



HAL
open science

Perception du respect de la confidentialité par les médecins généralistes au sein de leur propre cabinet : une étude qualitative

Johanna Bec

► **To cite this version:**

Johanna Bec. Perception du respect de la confidentialité par les médecins généralistes au sein de leur propre cabinet : une étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03116630

HAL Id: dumas-03116630

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116630>

Submitted on 20 Jan 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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R. des sciences médicales

THÈSE pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Par Johanna BEC
Née le 26/12/1990 à BRIANÇON

Présentée et soutenue publiquement le 5 Novembre 2020

**Perception du respect de la confidentialité par les médecins
généralistes au sein de leur propre cabinet**
Une étude qualitative

Sous la direction de : Céline LAJZEROWICZ

Membres du jury :

Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Docteur Yves MONTARIOL	Rapporteur
Docteur David CHEVILLOT	Juge
Docteur Patrick DURRIEU	Juge
Docteur Céline LAJZEROWICZ	Directrice de thèse

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,
Pour me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL,
Pour me faire l'honneur d'être le rapporteur de ma thèse. Acceptez toute ma gratitude pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Merci pour votre relecture attentive et vos corrections.

À Monsieur le Docteur David CHEVILLOT,
Pour avoir accepté de juger ce travail. Veuillez croire en ma profonde considération.

À Monsieur le Docteur Patrick DURRIEU,
Pour l'intérêt porté à ce travail et d'avoir accepté de le juger. Veuillez croire en ma profonde reconnaissance.

À Madame le Docteur Céline LAJZEROWICZ, merci pour le temps que tu m'as accordé, d'avoir accepté de m'accompagner dans ce projet et d'avoir été d'une aide si précieuse.
Sois assurée de mon plus grand respect.

A tous les médecins généralistes ayant accepté de participer à l'étude,

Pour votre disponibilité. Sans vous, ce travail n'aurait pas pu être réalisé. Soyez assurés de ma plus grande reconnaissance.

A ma double codeuse Julie,

Pour ton implication dans ce travail.

A tous les Médecins et Universitaires qui ont accompagné ma formation,

À mes maîtres de stages qui m'ont tant apporté, de l'externat à l'internat avec une pensée particulière pour le Dr Patrick DURRIEU et le Dr Christophe PEYROU, des médecins passionnés par leur métier et qui m'ont accompagnée dans le premier contact avec la médecine générale.

A toute l'équipe de la polyclinique de Navarre à Pau pour sa bienveillance et ce partage dans le domaine de la gynécologie-pédiatrie. Vous m'avez permis de m'épanouir dans un domaine que me passionne et que je compte pratiquer dans mon activité.

A mes anciens co - internes,

A Antoine pour ses talents culinaires. Je me souviens encore de ton poulet à la « Gaston Gérard ».

A James, Guillaume et Félix, la fine équipe de gériatrie de Xavier Arnozan. Quel semestre entre « guerre du cellophane » et danse endiablée sur du reggaeton sicilien.

A ma famille et à mes amis,

A mes parents, pour m'avoir toujours assurée de leur confiance. A ma mère pour avoir été ma confidente pendant toutes ces années d'études. A mon père qui m'a transmis le goût de l'ambition.

A mon frère, toujours aussi protecteur envers moi.

A mes grands-parents, avec une pensée toute particulière pour papi Paul, fringuant quasi-centenaire. J'espère te rendre fier à travers cette thèse.

Ai miei suoceri e a mia cognata, che mi hanno accolto così bene, grazie per la vostra gentilezza.

A Géraldine, Sarah, Lucille, Julie et Aurélie qui resteront toujours mes choupinettes.

Aux amis de Bordeaux, toujours autant de plaisir de vous retrouver autour d'un bon verre de vin.

A mon futur mari, Leandro, mon rayon de soleil au quotidien. A notre bel avenir. Merci de ton soutien, ta patience, pour avoir su trouver les mots justes dans les moments les plus difficiles.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	7
CONTEXTE.....	8
1. Confidentialité et secret médical.....	8
1.1. Définition de la confidentialité	8
1.2. Histoire du secret médical	8
1.3. Cadre légal et déontologique actuel.....	8
1.4. Défaut de confidentialité dans les cabinets.....	9
2. L'organisation des cabinets médicaux en l'absence de directives officielles	9
2.1. Compétence professionnelle de la gestion d'un cabinet médical	9
2.2. Absence de critères d'évaluation de la qualité des cabinets.....	10
2.3. Absence d'obligation de traitement acoustique.....	10
3. La gestion des outils de communication	11
3.1. Appels téléphoniques.....	11
3.2. Fax	12
3.3. Messagerie santé.....	12
4. Dossier médical : entre qualité des soins et risque pour la confidentialité	12
5. Problématique de l'étude	14
BIBLIOGRAPHIE DU CONTEXTE	15
ARTICLE.....	17
1. Introduction.....	17
2. Matériel et Méthode	17
2.1. Type d'étude	17
2.2. Population.....	17
2.3. Recueil des données.....	17
2.4. Analyse des données.....	18
2.5. Aspect éthique et réglementaire.....	18
3. Résultats.....	18
3.1. Caractéristiques de l'échantillon	18
3.2. Définition de la confidentialité par les médecins	20
3.3. Importance accordée.....	20
3.4. Satisfaction mitigée	20
3.5. Erreurs de structuration du cabinet	20
3.6. Des outils de communication sources de divulgation.....	21
3.7. Défaut de vigilance des professionnels.....	22
3.8. Défaut de confrontation des avis	23

4. Discussion	23
4.1. Principaux résultats.....	23
4.2. Forces et limites de l'étude.....	23
4.3. Analyse des résultats.....	24
4.4. Perspectives d'amélioration.....	24
5. Conclusion	25
BIBLIOGRAPHIE DE L'ARTICLE.....	26
ANNEXES	28
1. Annexe 1 : Guide d'entretien final	28
2. Annexe 2 : Entretien 9	29
3. Annexe 3 : Arbre de codage.....	38

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Principe de masse-ressort-masse	10
---	----

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Valeurs minimales d'isolation acoustique standardisé pondéré dans les établissements de santé	11
Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon.....	19

LISTE DES ABREVIATIONS

- WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
- ARS : Agence régionale de santé
- dB : Décibel
- DnTA : Isolement acoustique standardisé pondéré
- MSSanté : Messageries sécurisées de santé
- ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique
- ASIP : Agence des systèmes d'information partagés en santé
- CPS : Carte de professionnel de santé
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- CPP : Comité de protection des personnes
- SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

CONTEXTE

1. Confidentialité et secret médical

1.1. Définition de la confidentialité

Dans le dictionnaire Larousse, la confidentialité se rapporte à « une information dont le caractère est confidentiel, qui comporte des informations qui doivent rester secrètes, qui ne s'adresse qu'à un petit nombre de personnes » (1). Pour que le patient soit prêt à partager des informations confidentielles avec son médecin, il faut qu'il existe une relation de confiance entre eux. « Le pacte de confiance est porté au rang de normes et cela le rend universel, il lie tout médecin à tout patient. Cette norme universelle revêt la forme d'un interdit : celui de rompre le secret médical » (2). Confidentialité et secret professionnel sont donc liés.

1.2. Histoire du secret médical

La plus célèbre et ancienne expression du secret professionnel est contenue dans le serment d'Hippocrate (Vème siècle avant Jésus-Christ) : « Tout ce que je verrai ou entendrai au cours du traitement, ou même en dehors du traitement, concernant la vie des gens, si cela ne doit jamais être répété au-dehors, je le tairai, considérant que de telles choses sont secrètes » (3). C'est alors une obligation uniquement morale.

A l'époque médiévale, le secret médical se confond avec le secret de confession. Cassiodore, au VIème siècle, rapporte que « les médecins sont consacrés par des serments analogues à ceux du prêtre » (4).

A la renaissance, il arrive que le pouvoir politique impose la levée du secret médical quand l'intérêt public prime sur l'intérêt privé.

Suite aux bouleversements engendrés par la révolution française apparait, en 1810, le premier code pénal. L'article 378 du code pénal donne un fondement juridique au secret médical: « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 500 à 15000 francs » (5).

1.3. Cadre légal et déontologique actuel

L'article 226-13 du code pénal prévoit une sanction pour « 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 » (6).

Le code civil, dans son article 9, mentionne que « chacun a droit au respect de sa vie privée » (7). Le patient peut demander réparation sous forme de dommages et intérêts en cas de non-respect.

Le code de santé publique précise dans l'article L1110-4 que « toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant » (8). Le principe du secret professionnel s'étend aux aides et collaborateurs des médecins.

« Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle » (9).

L'article 71 du code de déontologie médicale reprend l'article R 4127-71 du code de santé publique, donnant un cadre plus matériel au secret médical. Afin de pouvoir garantir le secret des informations, « le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge » (10). Le conseil de l'ordre des médecins est le garant du respect du secret professionnel dans la sphère déontologique. Les sanctions prévues sont l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer et la radiation du tableau de l'ordre (11).

1.4. Défaut de confidentialité dans les cabinets

Malgré les normes juridiques, à ce jour, la confidentialité n'est pas systématiquement respectée dans les cabinets de médecine générale. Une étude s'est intéressée à la satisfaction des patients au sein de deux maisons de santé en Franche Comté en 2007. Concernant la confidentialité en salle d'attente, 6% des patients de la maison de santé de Pagny et 3% des patients de la maison de Saint Clause déclarent avoir entendus des propos jugés confidentiels (60% au secrétariat et 40% en salle d'attente) (12). Une étude ethnographique observationnelle dans le Lincolnshire (Angleterre) étudie le comportement du personnel et des patients pendant deux heures dans 13 cabinets de médecine générale. Dans 44 cas, des informations identifiables par le patient ont été entendues. Parmi ces cas, 22 ont été initiés par le personnel, 22 par des patients, 33 en face-à-face et 10 à partir de conversations téléphoniques. Les infractions incluent le nom et l'adresse, les symptômes, les conditions ou les résultats de bilan biologique (13).

2. L'organisation des cabinets médicaux en l'absence de directives officielles

2.1. Compétence professionnelle de la gestion d'un cabinet médical

Pour la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), le médecin généraliste applique ses compétences dans 3 champs d'activité : la démarche clinique, la communication avec les patients et la gestion du cabinet médical (14). Dans la gestion du cabinet, il est détaillé la capacité à organiser, équiper et gérer les finances du cabinet efficacement et à collaborer avec l'équipe du cabinet. La formation durant l'internat de médecine générale s'intéresse peu à cette compétence. C'est ce que montre l'étude Panel jeunes médecins, étudiant, sur une cohorte d'étudiants de Marseille et Nice venant d'être diplômés en 2013, la perception de la formation de médecine générale. Dans la thématique du professionnalisme, seul 28% des internes se déclarent bien préparés à la gestion du cabinet (15).

Ce manque de formation est également décrit dans un rapport sur la place et le rôle de la médecine générale par le professeur Pierre-Louis Druais remis en mars 2015 à Marisol Touraine, ministre de la santé. Il souligne que pour développer au mieux les maisons ou pôles ou réseaux de santé, il faudrait assurer une formation aux médecins « d'éducation à la gestion, au management, aux ressources humaines, aux aspects financiers, aux aspects administratifs et techniques, qui font cruellement défaut dans notre formation initiale et continue actuelle » (16).

2.2. Absence de critères d'évaluation de la qualité des cabinets

Un mémoire réalisé par Pierre Buttet, pour devenir médecin inspecteur de santé publique en 2013, a étudié la place et l'intérêt de l'inspection contrôle dans les cabinets libéraux de médecins (17). L'inspection contrôle est une des missions fixées aux Agences Régionales de Santé (ARS). « Elles veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux [...] ; elles contribuent, avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux » (18). Peu de contrôles sont réalisés dans les cabinets libéraux. En Ile de France, avec une population professionnelle de 25 546 médecins libéraux, seules trois inspections ayant pour site un cabinet médical libéral ont été réalisées par l'ARS entre 2011 et 2013. Ce défaut d'inspection est imputable à l'absence d'outil d'évaluation spécifique à l'exercice professionnel en cabinet de médecine libérale. Devant ce constat, Pierre Buttet a rédigé un cadre général d'exercice en cabinet libéral où, entre autres, l'isolation phonique de la salle d'attente serait un critère à respecter (17). Cependant, ce guide n'est pas encore en application.

2.3. Absence d'obligation de traitement acoustique

Le son est une sensation auditive produite par une variation de la pression de l'air qui se propage dans tous les milieux ambiants, à l'exception du vide.

Les conversations humaines s'étalonnent entre 20 décibels (dB) (voix chuchotée), 30 dB (conversation à voix basse), 55dB (conversation normale dans un environnement calme), 60 dB (conversation normale) à 70 dB (conversation en face à face dans un environnement animé) (19). En termes de perception, réduire le niveau sonore de 10 dB donne l'impression d'entendre deux fois moins de bruit.

Il existe deux types de traitement acoustique dans le bâtiment : l'isolation acoustique (pour réduire la transmission du bruit à travers les murs, cloisons, planchers ou plafonds directement ou indirectement) et la correction acoustique (pour réduire la réverbération des sons dans une pièce donnée). La performance acoustique recherchée pour un local en termes de confidentialité par rapport aux locaux voisins est l'isolation acoustique des bruits aériens.

Les parois simples sont composées que d'un seul matériel. Dans ce cas, l'affaiblissement acoustique sera d'autant meilleur que la paroi est lourde et épaisse (loi de masse). Afin de limiter l'épaisseur et le poids des parois, une solution est la mise en place d'un système de double paroi. Elles sont constituées de deux parois simples, séparées par un espace rempli d'isolant fait souvent de laine de verre ou laine de roche. Ces parois répondent au principe de masse-ressort-masse (20).

- 1 La première paroi joue le rôle de masse (comme dans le cas des parois simples) : elle réfléchit une partie du bruit et en laisse passer une autre.
- 2 Le bruit est transmis dans l'isolant souple, il intervient comme amortisseur, absorbe et réduit ainsi l'amplitude des ondes.
- 3 La seconde paroi réfléchit de nouveau une partie du bruit à l'intérieur de l'isolant (qui l'absorbera de nouveau).
- 4 Et transmettra enfin le bruit atténué dans le local adjacent.

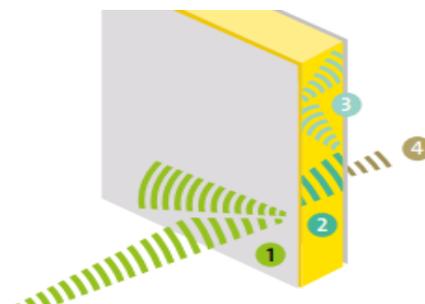


Figure 1 : Principe de masse-ressort-masse (20)

Il est recommandé que les cloisons non porteuses soient désolidarisées des structures porteuses du bâtiment pour limiter les transmissions indirectes du bruit par la mise en place de bandes de résiliente. Il en est de même au sol entre la chape flottante et la dalle de support.

L'arrêté du 25 avril 2003 relatif à la limitation du bruit dans les établissements de santé neufs fixe les valeurs minimales d'isolement acoustique standardisé pondéré ($D_{nT,A}$) selon le type de local d'émission et de réception du bruit (21). L'isolement acoustique standardisé pondéré est une valeur exprimée en décibels permettant d'exprimer l'isolement acoustique en réponse à un bruit de spectre donné mesuré in situ entre deux locaux.

Bruits aériens intérieurs (Isolement : $D_{nT,A}$)

o Valeurs minimales à respecter :

Isolement acoustique standardisé pondéré $D_{nT,A}$		Local de réception du bruit	
		Salles d'opérations, d'obstétrique et salles de travail	Locaux d'hébergement et de soins, salles d'examen et de consultation, salles d'attente ⁽¹⁾ , bureaux médicaux et soignants, autres locaux où peuvent être présents des malades
Local d'émission du bruit	Locaux d'hébergement et de soins	≥ 47 dB	≥ 42 dB
	Salles d'examen et de consultations, bureaux médicaux et soignants, salles d'attente	≥ 47 dB	≥ 42 dB
	Salles d'opérations, d'obstétrique et salles de travail	≥ 47 dB	≥ 47 dB
	Circulations internes	≥ 32 dB	≥ 27 dB
	Autres locaux	≥ 47 dB	≥ 42 dB

⁽¹⁾ Hors salles d'attente des services d'urgence.

Tableau 1 : Valeurs minimales d'isolation acoustique standardisé pondéré dans les établissements de santé (20)

Après avoir interrogé différents bureaux d'étude en acoustique architecturale et des cabinets d'architectes, il apparaît que l'application de cet arrêté aux cabinets médicaux libéraux fait débat. Pour les acousticiens, cet arrêté est applicable alors que pour les architectes, celui-ci ne l'est pas pour les cabinets libéraux car ils peuvent être classés en établissements recevant du public de type W (bureaux, administrations, banques) et non pas de type U (établissements de santé publics ou privés) pour des raisons de coût d'aménagement.

3. La gestion des outils de communication

Les moyens de communication utilisés par les professionnels de santé sont à risque de divulguer des informations confidentielles. Certains dispositifs aident les professionnels à limiter ce risque.

3.1. Appels téléphoniques

Les appels téléphoniques ne permettent pas d'identifier de manière certaine la personne appelante. Un article publié en 2006 dans le British Journal of General Practice s'est intéressé à différentes solutions possibles suite à un cas clinique dans lequel la sœur d'une patiente avait réussi à obtenir les résultats

sanguins de la patiente, en usurpant son identité au téléphone auprès du médecin traitant. Selon cet article, une première solution radicale serait d'interdire tout appel téléphonique. Cette décision engendre des inconvénients pour les patients habitant loin du cabinet. La deuxième solution est de laisser le système tel qu'il est, sachant qu'il existe peu de cas d'usurpation d'identité. La solution idéale consisterait à mettre en place un système de mot de passe, afin de réduire le problème de confidentialité tout en permettant aux généralistes d'utiliser le téléphone de manière efficace. Le système obligerait les appelants qui demandent des informations confidentielles à donner un mot de passe préenregistré. Le mot de passe, fourni à toutes les personnes autorisées par le patient, indiquerait au médecin traitant que l'appelant a légitimement droit à l'information. Le principal inconvénient de ce système résiderait dans le temps ainsi consommé avec l'ajout d'une tâche supplémentaire, entre le choix du mot de passe, son enregistrement dans le dossier et le contrôle à chaque appel du patient (22).

3.2. Fax

Le fax peut être source de divulgation d'informations confidentielles en cas de mauvais report des coordonnées du destinataire. Pour l'utilisation du fax, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a édité en 2015 des recommandations. Le fax doit être situé dans un local accessible uniquement au personnel médical et paramédical. Le fax doit afficher l'identité du fax destinataire. Elle suggère, pour éviter les erreurs de transmission, de préenregistrer dans le répertoire du fax les destinataires potentiels (23).

3.3. Messagerie santé

La transmission des informations de tous ordres concernant les patients entre professionnels de santé est indispensable. La correspondance par courrier est encore utilisée pour la communication entre professionnels mais présente l'inconvénient d'un délai important entre l'envoi et la réception. La messagerie électronique non sécurisée, même si elle apporte un gain de temps, ne constitue pas a priori un moyen de communication sûr pour transmettre des données médicales nominatives.

Depuis 2014, il existe un système de Messageries Sécurisées de Santé (MSSanté) gratuit qui répond à l'obligation de confidentialité. L'utilisation d'une messagerie professionnelle intégrée à l'Espace de Confiance MSSanté n'est pas obligatoire mais celle-ci permet de respecter le cadre juridique de l'échange des données personnelles de santé (article L1110-4 du code de la santé publique) (8) ainsi que de leur hébergement (article L1111-8 du code précité) (24).

Afin d'inciter les médecins à utiliser cet outil, le fait de disposer d'une messagerie sécurisée de santé apparaît dans le forfait structure de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) (25). Pour le professionnel de santé, la messagerie sécurisée de l'Espace de Confiance MSSanté est représentée par une adresse spécifique, un serveur de messagerie sécurisée géré par l'Agence des systèmes d'information partagés en santé (ASIP) et l'utilisation de la carte de professionnel de santé (CPS) (26). Apicrypt est une seconde messagerie sécurisée. Il existe une interopérabilité de ces deux messageries permettant une communication de tous les professionnels, qu'ils utilisent Apicrypt ou une messagerie sécurisée de l'Espace de Confiance MSSanté (27), ce qui n'était pas le cas auparavant.

4. Dossier médical : entre qualité des soins et risque pour la confidentialité

Le dossier médical se définit comme un document sur lequel le médecin, en accord avec son patient qui lui accorde sa confiance, consigne des informations relatives à la santé et à l'environnement socio-

économico-affectif du malade. L'objectif premier est de conserver une trace écrite, indélébile, d'un acte ou d'une demande médicale.

La notion de confidentialité est retrouvée dans l'article 45 du code de déontologie : « Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques » (28). Les professionnels de santé utilisant un outil numérique doivent « garantir une sécurité appropriée des données à caractère personnel, y compris la protection contre le traitement non autorisé ou illicite et contre la perte, la destruction ou les dégâts d'origine accidentelle, ou l'accès par des personnes non autorisées, à l'aide de mesures techniques ou organisationnelles appropriées », mentionné dans l'article 4 de la loi Informatique et Liberté (29).

La commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a rédigé un guide pour assurer la sécurité des fichiers (30) :

- Protéger l'accès à l'ordinateur, au système d'exploitation et aux applications par des mots de passe individuels, propres à chaque utilisateur. Le mot de passe choisi doit, si possible, être alphanumérique, d'une longueur de huit caractères au moins, changé périodiquement et conservé confidentiellement.
- Elaborer une procédure d'habilitation : l'objectif est de restreindre l'accès des données sensibles aux seules personnes habilitées. Une procédure efficace d'habilitation doit prévoir les hypothèses d'autorisation et de suppression d'accès aux données dès que les utilisateurs n'ont plus accès aux locaux ou lorsqu'ils ont cessé leur collaboration au sein du cabinet (31).
- Impossibilité pour les utilisateurs de se connecter à plusieurs sous le même code utilisateur et le même mot de passe.
- Indication systématique aux utilisateurs lors de la connexion, sous forme d'un affichage sur l'écran, des dates et heures de la dernière connexion sous les mêmes code utilisateur et mot de passe.
- Après plusieurs frappes (exemple : trois) incorrectes successives du mot de passe (associé à un code utilisateur correct), blocage de l'accès et message demandant à l'utilisateur d'appeler le responsable du système.
- Procédure de déconnexion automatique en cas de non-utilisation du système pendant un temps donné (time out).
- Ne pas coller le code personnel sur la carte de professionnel de santé, ni sur un autre support.
- En cas d'absence, même temporaire, penser à éteindre l'ordinateur, ou à mettre en place un écran de veille protégé par un mot de passe, et ne pas laisser la carte de professionnel de santé dans le lecteur.
- Utiliser des antivirus régulièrement mis à jour et installer un « pare-feu » (firewall) logiciel en cas d'utilisation d'internet.
- Effectuer régulièrement des sauvegardes cryptées sur des supports amovibles (CD-Rom, DVD, Disque dur externe...) et les conserver dans un lieu différent du cabinet.
- Utilisation dans la mesure du possible du codage des données nominatives.
- Chiffrement de tout ou partie des données dans le cadre de la réglementation française et européenne en vigueur (30).

5. Problématique de l'étude

Le respect de la confidentialité est donc au centre de la pratique quotidienne du médecin généraliste. Pourtant, il n'est pas rare que cette confidentialité ne soit pas respectée dans les cabinets libéraux.

Les médecins en ont-ils conscience ? Comment les médecins généralistes perçoivent-ils le respect de la confidentialité dans leur cabinet ?

Bien que le code de déontologie préconise une installation convenable afin de respecter le secret professionnel, il n'existe pas d'obligation concernant l'aménagement du cabinet et la gestion de l'outil informatique en dehors de la sécurisation du dossier médical informatisé. Les médecins généralistes sont donc libres de suivre ou non les recommandations. A quel point les médecins généralistes accordent-ils une importance au respect de la confidentialité ? Quels aménagements ont-ils entrepris pour améliorer la confidentialité de leur cabinet et quels freins ont-ils rencontré ?

BIBLIOGRAPHIE DU CONTEXTE

1. Larousse. Définitions : confidentiel, confidentielle [Internet]. [Consulté le 25 mai 2019]. Disponible sur : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confidentiel_confidentielle/18087
2. Crémon J. Editorial : Le secret. In: Association santé et médecine du travail. Les cahiers S.M.T. n°17. Organisation du travail et santé mentale. Saint Maurice: Association santé et médecine du travail; 2002. p 3-4.
3. Delahaye JP. Le secret au cœur de nos sociétés. Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion; 2016.
4. Lecu A. Le secret médical. Vie et mort. Paris: Les éditions du Cerf; 2016.
5. Code pénal (ancien). Article 378.
6. Code pénal. Article 226-13.
7. Code civil. Article 9.
8. Code de la santé publique. Article L1110-4.
9. Code de déontologie médicale. Article 72.
10. Code de la santé publique. Article R4127-71.
11. Bem A. Violation du secret professionnel : sanctions pénales et disciplinaires [Internet]. [Consulté le 25 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.legavox.fr/blog/maitre-anthony-bem/violation-secret-professionnel-sanctions-penales-8753.htm>
12. Jeanmaire T, Jendoubi K, Vuattoux P, Chazerand P. Aide à la démarche qualité dans les maisons de santé : apport d'une enquête de satisfaction auprès des patients. Santé Publique. 2009;21(hs1):91-101.
13. Scott K, Dyas JV, Middlemass JB, Siriwardena AN. Confidentiality in the waiting room: an observational study in general practice. Br J Gen Pract. 2007 Juin 1;57(539):490-493.
14. Allen J, Gay B, Crebolder H. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille [Internet]. Wonca Europe. [Consulté le 25 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>.
15. ORS PACA-SESSTIM. Caractéristiques et perception de la formation des jeunes médecins généralistes. Première vague du « Panel Jeunes Med ». Regard santé. 2015;26:1-6.
16. Druais PL. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé [Internet]. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2015 mars 31. [Consulté le 25 mai 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/la-place-et-le-role-de-la-medecine-generale-dans-le-systeme-de-sante>

17. Buttet P. Place et intérêt de l'inspection contrôle dans les cabinets libéraux de médecins. Mémoire de médecin inspecteur de santé publique, Rennes : Ecole des hautes études en santé publique ; 2013.
18. Code de la santé publique. Article L 1431-2.
19. Le casque parfait. L'échelle du bruit [Internet]. [Consulté le 21 nov 2019]. Disponible sur : <https://lecasqueparfait.com/lechelle-du-bruit/>
20. Isover Saint-Gobain. Guide de l'isolation phonique [Internet]. [Consulté le 21 nov 2019]. Disponible sur : <https://www.isover.fr/guides/isolation-acoustique/guide-de-lisolation-phonique>
21. Arrêté du 25 avril 2003 relatif à la limitation du bruit dans les établissements de santé. Article 2.
22. Sokol D, Car J. Protecting patient confidentiality in telephone consultations in general practice. Br J Gen Pract. 2006 Mai 1;56(526):384-385.
23. CNIL. Données de santé, messagerie électronique et fax [Internet]. Paris: CNIL; 2015 décembre 1. [Consulté le 19 nov 2019]. Disponible sur <https://www.cnil.fr/fr/donnees-de-sante-messagerie-electronique-et-fax>
24. Code de santé publique. Article L 1111-8.
25. Ameli. Modernisation du cabinet : forfait structure [Internet]. Paris: Ameli; 2020 janvier 27. [Consulté le 19 nov 2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet>
26. Bezancon C. MSSanté : une messagerie dédiée aux professionnels de santé. Revue francophone d'orthoptie. 2016;9:119-120.
27. Apicrypt. Découvrir Apicrypt V2 [Internet]. [Consulté le 19 nov 2019]. Disponible sur : <https://www.apicrypt.org/apicryptv2>
28. Code de déontologie médicale. Article 45.
29. Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés. Article 4.
30. CNIL. Données de santé : un impératif, la sécurité [Internet]. Paris: CNIL; 2013 janvier 31. [Consulté le 19 nov 2019]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/donnees-de-sante-un-imperatif-la-securite>
31. MACSF. La confidentialité et la sécurité des données à caractère personnel [Internet]. Puteaux: MACSF; 2017 décembre 14. [Consulté le 19 nov 2019]. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/Nos-publications/Nos-livres-blancs/livre-blanc-logiciels-metiers-medecins>

ARTICLE

1. Introduction

La confidentialité dérive du verbe latin confido, composé de « cum » signifiant « avec » et « fido » signifiant « avoir confiance en » (1). Elle est donc un pacte de confiance patient-médecin. Pour le professeur Louis Portes, « il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret » (2).

La notion de secret professionnel dans le monde médical date du Ve siècle avant Jésus-Christ avec le serment d'Hippocrate (3). En 1810, le code pénal officialise le secret médical avec une sanction financière et d'emprisonnement en cas de « révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire » (4). L'article 71 du code de déontologie médicale affirme la nécessité « d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel » (5). Pour la communication entre professionnels de santé, l'agence des systèmes d'informations de partage de santé (ASIP) a créé une messagerie sécurisée interprofessionnels (MSSanté) (6) et la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a édité des recommandations pour le fax (7) et le logiciel médical (8).

Il n'existe pas de directives concernant l'aménagement du cabinet afin de garantir le secret professionnel. Les généralistes sont libres d'aménager leur cabinet comme ils le souhaitent. Dans une étude portant sur le niveau de satisfaction dans deux maisons de santé en Franche-Comté, 3 à 6% des patients déclarent avoir entendu des propos jugés confidentiels (9). Les médecins ont-ils conscience de ce risque dans leur cabinet ?

L'objectif principal de l'étude est d'explorer la perception qu'ont les médecins généralistes du respect de la confidentialité dans leur propre cabinet. L'objectif secondaire est d'analyser les situations à risque identifiées par les médecins, les aménagements entrepris et les freins rencontrés.

2. Matériel et Méthode

2.1. Type d'étude

Une recherche qualitative a été conduite par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes libéraux de Nouvelle-Aquitaine.

2.2. Population

Les médecins étaient recrutés par échantillon de convenance, selon les connaissances de l'investigatrice, puis par effet boule de neige. Le premier contact s'effectuait par courriel ou téléphone, le sujet de la thèse était mentionné. L'échantillonnage était raisonné en recherche de variation maximale selon les variables âge, sexe, mode et milieu d'exercice.

2.3. Recueil des données

Les entretiens étaient individuels et en face-à-face excepté le dernier entretien réalisé par téléphone. Un guide d'entretien a été rédigé et adapté au fur et à mesure de la progression de l'étude, en fonction des nouvelles idées apportées (Annexe 1 : Guide d'entretien final). Les médecins étaient interrogés sur leur définition de la confidentialité, leur perception de son respect au sein de leur cabinet et son importance. Ils étaient questionnés sur leur expérience en termes d'aménagement et d'organisation du cabinet. Lorsque la saturation des données semblait atteinte, deux entretiens complémentaires ont été réalisés afin de la confirmer.

2.4. Analyse des données

Les entretiens étaient retranscrits intégralement et fidèlement. Un codage axial des verbatim a été réalisé dès le premier entretien avec le logiciel RQDA via R Studio. Afin de vérifier la reproductibilité de l'analyse, un double codage par une autre investigatrice a été réalisé. Par la suite, ces catégories ont été regroupées en thèmes plus généraux afin de construire un arbre de codage (Annexe 3 : Arbre de codage).

2.5. Aspect éthique et réglementaire

Les médecins étaient informés oralement de l'enregistrement audio et de l'anonymisation des données. Cette recherche a été soumise aux lois de protection des données personnelles et portée au registre des traitements de données à caractère personnel de l'université de Bordeaux. Elle n'a pas été soumise au Comité de Protection des Personnes (CPP) compte tenu de son caractère sociologique l'inscrivant en dehors de la loi Jardé.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

Les entretiens ont été réalisés entre juillet 2019 et avril 2020. Douze médecins ont été interrogés. Le détail des caractéristiques de l'échantillon est présenté dans le Tableau 2 : *Caractéristiques de l'échantillon*.

La durée des entretiens était en moyenne de 27 minutes (écart-type : 14 minutes). Tous les entretiens ont été réalisés dans des cabinets différents, hormis les entretiens M2 et M11 pour confronter les points de vue du fait d'une ancienneté différente dans le cabinet.

Médecins	Age (ans)	Sexe M : Masculin F : Féminin	Année d'installation (ans)	Mode d'exercice	Lieu d'exercice (Rural/Urbain)	Secrétariat présentiel Reprise de ligne*/ télé-secrétariat en dehors présence physique
M1	32	F	2018	Groupe médical	Urbain	Oui, mi-temps, reprise de la ligne
M2	31	F	2017	Maison de santé pluridisciplinaire	Rural	Oui, temps plein
M3	35	M	2018	Groupe médical	Urbain	Oui, mi-temps, reprise de la ligne
M4	37	F	2018	Groupe médical	Urbain	Non
M5	40	F	2016	Groupe médical	Urbain	Oui, mi-temps, télé-secrétariat
M6	56	M	1996	Maison de santé pluridisciplinaire	Rural	Non
M7	61	M	1987	Maison de santé pluridisciplinaire	Rural	Oui, temps plein
M8	42	F	2007	Exercice seul	Urbain	Non
M9	59	M	1987	Groupe médical	Urbain	Oui, temps plein
M10	38	M	2012	Maison de santé pluridisciplinaire	Rural	Oui, temps plein
M11	57	M	1992	Maison de santé pluridisciplinaire	Rural	Oui, temps plein
M12	60	M	1992	Seul	Urbain	Non

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon

* Reprise de la ligne : Réception des appels par le médecin en dehors des horaires d'ouverture du secrétariat présentiel.

Malgré l'importance accordée à la confidentialité, les médecins ont conscience qu'elle n'est pas toujours respectée. Ils identifient quatre principales causes : la structure du cabinet, les outils de communication, le défaut de vigilance professionnelle et l'absence d'échanges sur ce sujet.

3.2. Définition de la confidentialité par les médecins

La confidentialité comprend l'obligation légale du « *secret médical* » (M8). Il existe cependant des dérogations à son respect : « *un adulte [...] témoin [...] d'attouchement [...] je vais le dire aux services sociaux* » (M11). C'est aussi une « *posture* » (M11) professionnelle qui implique d'être « *vigilant, actif, [...] pour accueillir la confiance* » (M11). Concernant l'aspect matériel, la confidentialité est indissociable de la nécessité « *[d'] insonorisation* » (M5), de gestion « *des ordonnances* » (M3) et de sécurité informatique.

L'objectif de la confidentialité n'est « *pas pour que des choses ne s'entendent pas mais pour que des choses puissent se dire et se partager* » (M11).

3.3. Importance accordée

La majorité des médecins estiment que la confidentialité est « *primordial[e] [...] immuable* » (M1), surtout dans « *un petit village* » (M11). Sa prise en compte dans la conception du cabinet est récente : « *il y a 11 ans [...] ça ne paraissait pas aussi [...] important* » (M9). Les médecins sont plus attentifs à son respect, s'ils ont déjà été « *confronté à cette problématique* » (M5). La plupart accordent plus d'intérêt à l'isolation phonique qu'à l'intimité visuelle.

3.4. Satisfaction mitigée

Malgré l'importance accordée, la satisfaction des généralistes au sujet de son respect au sein de leur cabinet est mitigée, estimant que « *il y a des tas de trucs qu'on pourrait [...] améliorer* » (M1). Leur niveau de satisfaction est surtout lié à leur perception de l'isolation phonique de leur bureau de consultation.

La majorité des médecins considère que « *le secret médical est toujours mis en danger d'une manière ou d'une autre* » (M12). Quelles sources de menace ont-ils identifiées ?

3.5. Erreurs de structuration du cabinet

3.5.1. Isolation phonique

Le défaut d'isolation phonique concerne autant les bâtiments anciens que récents.

3.5.1.1. Isolants non adaptés

Le défaut d'isolation phonique vient d'erreurs dans l'isolant utilisé dans la construction. Pour solution, certains cabinets utilisent « *des cloisons phoniques* » (M11) ou des « *portes avec une isolation phonique* » (M2) pour créer des « *bulles phoniques* » (M11). Leur utilisation n'est pas systématique, les médecins n'« *y connais[sant] rien* » (M1) et certains spécialistes du bâtiment n'ayant pas « *pas pensé à cette problématique* » (M5). Ces améliorations sont limitées par « *l'argent* » (M1). Une solution abordable est de distraire les patients par « *un système musical* » (M5). Certains médecins ont créé des sas au moyen de double-porte mais manquent de praticité.

3.5.1.2. Contiguïté des espaces

La proximité des espaces du cabinet concourt aussi au défaut d'isolation phonique. Des médecins sont attentifs à ce que les pièces servant au parcours du patient « *soient bien éloignées* » (M7). Ils disposent le bureau « *au milieu* » (M11) de la salle de consultation. Un cabinet « *exigu* » (M9) et les contraintes budgétaires limitent les possibilités d'aménagement. Le secrétariat est souvent sans « *espace dédié* » (M10) mais beaucoup de généralistes sont réticents à l'individualiser car il perdrait sa fonction première de « *accueillir les patients* » (M1).

3.5.2. Isolation visuelle

Les rencontres des patients en salle d'attente peuvent rompre la confidentialité. Certains médecins ont créé une « *porte de sortie [...] indépendante de l'entrée* » (M5). Cet aménagement n'est pas toujours possible par « *la configuration du bâtiment* » (M11) et « *le prix du mètre carré* » (M11). La plupart sont vigilants à aménager leur agenda pour éviter les rencontres non désirées. D'autres n'y accordent aucune importance considérant que « *tout le monde est libre de consulter le médecin de son choix* » (M1).

3.6. Des outils de communication sources de divulgation

3.6.1. Logiciel médical commun

Le logiciel médical commun permet l'« *accès aux dossiers des autres* » (M2) facilitant la continuité des soins. Un médecin a constaté la consultation de ses données médicales par ses confrères par curiosité. Des codes d'accès individuels et le traçage pour « *voir qui regard[e] le dossier* » (M6) renforcent la sécurité informatique. Certains médecins limitent l'accès au dossier selon la volonté du patient. Ils peuvent aussi limiter l'accès aux « *paramédicaux sauf pour une raison [...] pertinent[e]* » (M10).

3.6.2. Automatisation des courriers médicaux

Un médecin trouve délétère la reprise automatique de certains antécédents dans les courriers médicaux. Il « *expurge les listes d'antécédents pour ne laisser que ceux qui sont pertinents* » (M4).

3.6.3. Dérangement téléphonique

Beaucoup considèrent que le dérangement téléphonique au cours d'une consultation est source de divulgation d'informations confidentielles car les médecins peuvent « *oubli[er] qui est en face d'eux* » (M10) et « *dire qui est ce qu'ils ont] au téléphone* » (M10). Certains diffèrent les appels avec prise de message par le secrétariat sauf en cas d'urgence. D'autres préfèrent répondre tout de suite pour éviter « *de [se] dire que j'aurai ça en plus ce soir* » (M9).

3.6.4. Libre accès aux documents en salle d'attente

Certains moyens de correspondance ne permettent pas de vérifier le correspondant. C'est le cas des documents (ordonnances, certificats) laissés « *aux yeux de tout le monde dans la salle d'attente* » (M8) alors que certains patients se permettent de « *fouiller* » (M10). Les médecins ne disposant pas d'un secrétariat physique limitent l'accès au contenu en « *ferm[ant] avec une agrafe* » (M4). D'autres préfèrent « *remettre en main propre* » (M12). Ceux ayant un secrétariat physique peuvent missionner la secrétaire de « *identifier[...] la personne* » (M10) avant de remettre le document. Quelques

médecins trouvent cette délivrance contrôlée « *contraignant[e] pour les patients* » (M10) mais aussi source de surcharge de travail et de dérangement « *[là où] on peut déjà l'être à cause du téléphone ou d'autre raison* » (M1).

3.6.5. Mails non sécurisés

Concernant les mails, certains médecins n'utilisent pas la « *messagerie sécurisée* » (M5), jugeant le temps d'envoi « *plus long* » (M8) qu'avec une messagerie simple. Ils sont aussi confrontés à sa faible utilisation en milieu hospitalier ou chez certains spécialistes. Certains anonymisent alors l'identité du patient en ne mettant pas « *les noms de famille en entier* » (M1).

Dans la correspondance avec leur patient, la majorité des médecins n'utilise pas les mails jugés « *plus dangereux que de laisser un courrier que les patients viennent chercher* » (M1). Ils redoutent surtout d'être « *harcelé[s] de mails [...] pour des choses qui nécessitent d'être vues* » (M4).

3.7. Défaut de vigilance des professionnels

3.7.1. Défaut d'anonymat

3.7.1.1. Appel du patient en salle d'attente

L'avis des médecins est divergent sur l'importance de ne pas révéler l'identité de la personne en salle d'attente « *surtout que [les patients] se sont vus* » (M9) et qu'ils ne « *reçoi[vent] pas de personnalité connue* » (M9). Peu invitent les patients du « *regard* » (M11) à rentrer dans le bureau de consultation.

3.7.1.2. Révélation de l'identité de l'appelant

Lors d'un appel reçu au cours d'une consultation, tous les médecins essaient de rester « *attentif à ne pas [...] nommer la personne* » (M9) appelante, mais estiment que « *c'est pas facile* » (M10) et qu'ils font parfois des erreurs. Ils forment aussi leur secrétaire en prenant « *un petit quart d'heure pour [discuter] spécifiquement du problème* » (M10).

3.7.2. Echanges hors du bureau de consultation

Les médecins ont conscience que les conversations avec leur secrétaire, même à « *voix basse* » (M1), peuvent être entendues. Rare sont ceux équipés d'une « *messagerie interne* » (M7) pour résoudre cela. Ils avouent également que « *quelques phrases qui concernent encore le sujet de [la] consultation* » (M1) sont échangées avec le patient sur le pas de la porte.

Les patients peuvent être aussi la source de moins de confidentialité en « *arriv[ant] au milieu de tout le monde [pour] montrer un truc* » (M7). Certains médecins s'imposent donc une discipline : « *la porte s'ouvre, c'est une salle d'attente, on se tait* » (M11).

3.7.3. La gestion des familles

Les généralistes étant des médecins de famille, ils pensent que « *les pires atteintes à la confidentialité, c'est [...] vous avez vu mon mari, comment il va ?* » (M10). Ils doivent veiller à « *s'autocensurer* » (M10) pour ne pas révéler d'informations sans accord de l'intéressé.

Pour beaucoup les consultations en couple ne dérogent pas au secret médical, considérant que « *[les patients] ont même envie que l'information soit partagée* » (M4). Certains restent vigilants à limiter leur interrogatoire et à porter attention aux informations révélées devant l'accompagnant. D'autres utilisent un « *paravent* » (M11) entre le bureau et l'espace d'examen pour permettre au patient de « *dire des choses confidentielles par la communication non verbale* » (M11). Lors de consultation parent-adolescent, la plupart pensent à faire « *sortir les mamans* » (M6) pour faciliter la libre-expression. Un médecin ne le fait pas de peur d'être accusé « *d'attouchement* » (M11).

3.8. Défaut de confrontation des avis

3.8.1. Absence de partage entre professionnels

La plupart des médecins interrogés exercent en groupe mais avouent ne pas avoir « *vraiment discuté* » (M1) de la confidentialité. Les plus récemment installés ne se sentent pas légitimes de proposer des améliorations et « *trouvent délicat de tout rechanger* » (M1). Certains doivent se « *pli[er] à la majorité* » (M7) de ceux qui manquent de « *motivation* » (M1) à améliorer le cabinet. D'autres s'étant « *bien entendus* » (M5), ils ont eu une réflexion commune avec « *l'archi* » (M2). Peu demandent « *l'avis des secrétaires* » (M2).

3.8.2. Absence de retour critique des patients

Les médecins ont rarement des retours de leur patient au sujet de la confidentialité de leur cabinet. N'ayant « *jamaï posé souci* » (M1), les médecins ne remettent pas en question leur organisation actuelle. Pour favoriser les remarques, un médecin fait appel à une « *association des usagers* » (M10) et a disposé une « *boite à idées dans les salles d'attente* » (M10).

4. Discussion

4.1. Principaux résultats

La majorité des médecins généralistes considèrent que la confidentialité est indispensable à une relation de confiance patient-médecin. Ils sont mitigés quant à son respect au sein de leur cabinet considérant qu'elle est régulièrement mise en défaut par la structure des locaux, les différents canaux de communication ou l'attitude des professionnels. Les facteurs limitants sont le manque de connaissance, le coût des aménagements, la surcharge de travail et l'absence d'échange à ce sujet.

4.2. Forces et limites de l'étude

4.2.1. Forces

L'une des forces de cette étude résidait dans son originalité par une réflexion ne se limitant pas à l'aménagement des locaux (10). La recherche qualitative s'avérait la plus appropriée pour comprendre les raisons du défaut de confidentialité. Les entretiens semi-dirigés permettaient une libre expression des médecins. La diversité sociodémographique et du mode d'exercice permettaient d'approcher une représentativité de la population concernée. Le double codage et l'obtention de la saturation des données renforçaient la validité interne de l'étude.

4.2.2. Limites

L'investigatrice n'était pas formée à la réalisation d'entretiens semi-dirigés et à l'analyse qualitative. Elle a pu induire des réponses en orientant ses questions durant les entretiens. Les participants n'ont pas exprimé leur retour sur les résultats de l'étude.

4.3. Analyse des résultats

4.3.1. Défaut de formation

Les médecins relatent une méconnaissance des aménagements possibles pour plus de confidentialité. Au-delà de l'absence de normes sur ce sujet, ils sont peu formés durant leur internat à la création d'un cabinet (11). Ils manquent aussi de formation à la sécurisation de l'outil informatique (12).

4.3.2. Contrainte budgétaire

Les contraintes budgétaires limitent les améliorations. Certains médecins aimeraient disposer d'un secrétariat afin de limiter le dérangement téléphonique (10) identifié, dans notre étude, comme une source de divulgation d'informations confidentielles. Un secrétariat présentiel solutionne le libre accès des documents en salle d'attente (13). Le coût important (14) restreint son instauration.

4.3.3. Contrainte de temps

Les médecins étant surchargés (15), ils se tournent vers des moyens rapides pour communiquer avec les professionnels et avec les patients afin de répondre à leurs sollicitations.

4.3.4. Une collaboration insuffisante

Les médecins exerçant seuls restent isolés et ne recourent pas à des confrères pour avoir leur avis sur l'aménagement d'un cabinet. Dans les cabinets de groupe, il semble exister une hiérarchie (16), les médecins les plus récemment installés ou les secrétaires ne se sentant pas légitimes pour proposer des améliorations. Les médecins ont peu de retour de leurs patients sur la confidentialité de leur cabinet. Il est possible que ces derniers aient une perception satisfaisante du respect de la confidentialité mais nous pouvons aussi émettre l'hypothèse qu'ils ne se reconnaissent pas compétents ou autorisés à émettre un avis à ce propos.

4.4. Perspectives d'amélioration

4.4.1. Se former à la gestion d'un cabinet

La formation théorique au cours de l'internat pourrait aborder la confidentialité de manière plus pratique. Les stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) et le remplacement permettent de mieux penser l'organisation de son propre cabinet (17,18).

4.4.2. Aides financières

Des aides financières existent dans les zones sous dotées, permettant de prendre en charge les frais d'investissement pour la création d'un cabinet (19). Il serait intéressant de savoir dans quelle mesure ces aides incitent à l'amélioration de la confidentialité. Une incitation financière à un aménagement

plus confidentiel pourrait se faire aussi par la création de critères de confidentialité rentrant dans le forfait structure.

4.4.3. Partager entre professionnels de santé et avec les patients

Aborder la confidentialité au cours des séances de groupe de pairs permettrait de rompre l'isolement des médecins, de confronter les pratiques et de remettre en question leur attitude. Dans ces échanges, le point de vue des secrétaires doit être inclus. L'avis des patients pourrait être recueilli à propos de l'aménagement du cabinet et des pratiques, au service de la confidentialité.

5. Conclusion

Les médecins généralistes perçoivent que la confidentialité n'est pas toujours respectée dans leur cabinet. Ils identifient une origine plurifactorielle à sa rupture. Ils doivent rester les premiers acteurs de son respect et être mieux formés à la création ainsi qu'à la gestion d'un cabinet. La communication demeure un élément essentiel pour assurer le respect de la confidentialité. Le maintien d'un échange entre pairs est nécessaire pour améliorer les pratiques en intégrant l'avis des secrétaires et des patients.

BIBLIOGRAPHIE DE L'ARTICLE

1. Gaffiot F. Le grand gaffiot. Dictionnaire latin français. Paris: Hachette education; 2000.
2. Portes L. « Du secret médical », communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques, 5 juin 1950. In: Portes L. A la recherche d'une éthique médicale. Paris: Masson; 1964. p. 153.
3. Delahaye J-P. Le secret au cœur de nos sociétés. Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion; 2016.
4. Code pénal. Article 226-13
5. Code de la santé publique. Article R4127-71
6. Bezancon C. MSSanté : une messagerie dédiée aux professionnels de santé. Revue francophone d'orthoptie. 2016;9:119-120.
7. CNIL. Données de santé, messagerie électronique et fax [Internet]. Paris: CNIL; 2015 décembre 1. [Consulté le 19 nov 2019]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/donnees-de-sante-messagerie-electronique-et-fax>
8. Loi n°79-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Article 4.
9. Jeanmaire T, Jendoubi K, Vuattoux P, Chazerand P. Aide à la démarche qualité dans les maisons de santé : apport d'une enquête de satisfaction auprès des patients. Santé Publique. 2009;21(hs1):91-101.
10. Genet E. Perception par les médecins généralistes du risque de non-respect involontaire du secret professionnel par un aménagement inadéquat des locaux. Enquête qualitative. Thèse de médecine, Nancy: Université de Lorraine; 2019.
11. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale [Internet]. Lyon: ISNAR-IMG: 2013 novembre – décembre. [Consulté le 1^{er} mai 2020]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
12. Bami G. Protection des données patients informatisées en médecine générale. Etude transversale. Département du Val d'Oise. Septembre - décembre 2007. Thèse de médecine, Paris: Université Paris 7 - Denis Diderot; 2009.
13. Lestapis-Auroux S. Place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes: étude qualitative auprès des secrétaires. Thèse de médecine, Poitiers: Université de Poitiers; 2018.
14. Convention collective nationale du personnel des cabinets médicaux du 14 octobre 1981. Avenant n°70 du 12 janvier 2017 relatif aux salaires minima au 1er janvier 2017.
15. Chaput H, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. DRESS, Etudes et résultats. 2019 mai 7;(1113):1-2.
16. Charrier C, Fachaux B. Exploration des différents modes d'implication au sein d'un pôle de santé pluriprofessionnel: une étude qualitative sur le vécu du personnel du pôle de santé de Saint-Martin-d'Hères. Thèse de médecine, Grenoble: Université de Grenoble Alpes; 2018.
17. Lajzerowicz C. Le SASPAS en Aquitaine en 2016: enquête auprès des internes sur les pratiques de supervision et l'acquisition des compétences professionnelles pendant le stage Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2017.

18. Setien A. Parcours d'installation de jeunes médecins généralistes primo-installés dans les Alpes-Maritimes entre 2008 et 2016: rapport d'expériences et conseils aux futures générations Thèse de médecine, Nice: Université de Nice Sophia Antipolis; 2016.
19. ISNAR-IMG. Aides à l'installation [Internet]. Lyon: ISNAR-IMG; 2017 janvier. [Consulté le 28 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/aides-installation.pdf>

ANNEXES

1. Annexe 1 : Guide d'entretien final

Merci beaucoup de me recevoir. Nous allons essayer d'analyser, avec l'aide de votre témoignage, la perception qu'ont les médecins généralistes du respect de la confidentialité dans leur propre cabinet, les aménagements entrepris et les freins qu'ils ont pu rencontrer. L'entretien sera enregistré via ce dictaphone et téléphone, retranscrit à l'ordinateur par mes soins, puis analysé. Les données seront bien évidemment anonymes.

Pouvons-nous commencer ?

- Qu'est-ce que la confidentialité dans un cabinet pour vous ?
- Quelle importance accordez-vous à la confidentialité dans votre pratique quotidienne ?
- Comment percevez-vous le respect de la confidentialité dans votre cabinet ?
- Quelle est votre expérience personnelle concernant l'aménagement de votre cabinet pour assurer la confidentialité ?
- Quelles sont, d'après vous, les circonstances dans lesquelles la confidentialité risque d'être le moins respectée ?
- Comment avez-vous pensé votre salle d'attente ?
- Comment avez-vous décidé de la position de votre secrétariat dans votre cabinet ?
- Comment faites-vous quand vous devez donner une consigne à votre secrétaire au sujet d'un patient ?
- Comment faites-vous quand vous devez donner un document à un patient que vous n'avez pas vu en consultation ?
- Comment faites-vous lorsque vous recevez le patient et son accompagnant ?
- Comment faites-vous lorsque vous recevez un appel pour un autre patient lors d'une consultation ?
- Comment se passe la sortie du patient de la salle de consultation ?
- Comment gérez-vous le partage des données avec votre logiciel ?
- Comment faites-vous lorsque vous devez rappeler un patient et qu'il ne répond pas ?
- Quelles seraient vos idées pour améliorer la confidentialité dans votre cabinet ?
- Quels seraient les freins pour améliorer la confidentialité dans votre cabinet ?

Je finirai juste par vous demander quelques détails aidant à l'analyse et afin de constituer l'échantillonnage :

- Age
- Sexe : Masculin Féminin
- Année d'installation
- Mode d'exercice : Seul Groupe médical Groupe pluridisciplinaire
- Secrétariat sur place : Oui Non
- Milieu d'exercice : Rural Urbain

Merci de votre disponibilité

Je me propose de vous envoyer les résultats de mon étude, une fois finalisée.

2. Annexe 2 : Entretien 9

Le 21 Janvier 2020

Durée 39 min 27

Lieu : Cabinet médical

Investigatrice (I) : Alors déjà, merci beaucoup de me recevoir. Et donc le but de ma thèse, c'est de voir la perception qu'ont les médecins généralistes de l'aménagement de leur cabinet afin de respecter la confidentialité. Donc c'est de savoir, ben déjà, est-ce qu'ils sont satisfaits de la confidentialité dans leur cabinet, de voir les aménagements quand ils sont arrivés, qu'est-ce qu'ils ont fait pour la confidentialité, les freins qu'ils ont pu rencontrer. Voilà, je vais vous interviewer et vous enregistrer avec le téléphone et le dictaphone et après je vais retranscrire tout ce que vous avez dit et, bien sûr, tout sera anonyme, je ne vais pas noter de nom.

Médecin 9 (M9) : Bon, je suis rassuré.

I : Voilà. Si vous êtes d'accord, on va commencer.

M9 : On y va.

I : Alors déjà, qu'est-ce que la confidentialité pour vous ?

M9 : La confidentialité, c'est que qui permet dans une relation, même dans une vie humaine, de préserver l'intimité et de laisser les personnes à l'abri de l'intrusion ou de la prise de connaissance les concernant par des personnes pour lesquelles ils ne veulent pas que des choses se sachent. La confidentialité, c'est ce qui permet de garder quelque chose de secret, oui, d'intimité des gens.

I : Et des personnes, quand vous dites des personnes extérieures, vous identifiez quelles... ?

M9 : Ben en fait, toute autre personne qui n'a pas de raison d'être en contact par la volonté même de l'individu, c'est quelqu'un qui vient perturber la confidentialité. Cela peut être à la maison, on a besoin de confidentialité, chacun a sa chambre et il y a une certaine isolation pour qu'on n'entende pas, qu'on ne voit pas ce que chacun fait pour préserver son intimité et sa vie personnelle.

I : D'accord. Et comment, vous, est ce que c'est quelque chose d'important pour vous, dans votre pratique, justement cette confidentialité ?

M9 : Ben je m'en suis rendu compte lorsque j'ai été dans mon deuxième cabinet. Mon premier cabinet avait une salle d'attente séparée de ma salle d'examen par un couloir et une pièce intermédiaire, ce qui fait que je n'entendais rien de ce qui se passait dans la salle d'attente et réciproquement les personnes dans la salle d'attente ne savaient jamais si j'étais là ou pas quand ils étaient tout seuls. Et quand je suis allé dans mon deuxième cabinet, dès le premier jour, j'ai entendu tout ce qu'il se passait dans la salle d'attente donc je me suis dit « ah, zut, ils doivent entendre ce qu'il se passe dans mon bureau » mais je n'avais pas anticipé l'aménagement de mon cabinet pour cela donc j'ai dû travailler sur l'isolation phonique.

I : D'accord. Et donc, du coup, qu'est-ce que vous avez fait par rapport à ça ? Cette isolation phonique ? Quels aménagements avez-vous fait ?

M9 : Et ben, j'ai renforcé. Remarquez, en soit, il y avait de la moquette donc ça allait. J'ai renforcé pour cela l'isolation des portes principalement et j'ai utilisé un stratagème classique, j'ai mis du bruit

dans la salle d'attente avec une radio. La musique de la radio faisait que ce que je pouvais dire n'était pas toujours identifiable par les patients dans la salle d'attente mais ce n'était pas parfait parce que j'aurai du refaire une meilleure isolation des murs que je n'ai pas fait faire et donc que j'ai fait un peu mieux lorsqu'on est venu ici, que nous avons réalisé sur plan.

I : Ok, d'accord. Donc c'est quelque chose que du coup, ici, vous avez pris en compte quand vous avez aménagé ?

M9 : Voilà, quand on a décidé de réaliser le cabinet ici, on a demandé, pas tant à l'architecte que à l'entrepreneur qui a réalisé les cloisons de prévoir une isolation phonique parce que c'était pour nous le plus important et on l'a obtenu et ça marche très bien. Sur ce plan, moi, je suis assez satisfait, je n'entends pas ce qu'il se passe dans le bureau de mon associé, on a des portes acoustiques assez lourdes. On entend un bruit du couloir mais je n'entends aucune conversation particulière sauf quand les voix sont fortes. Le problème est venu ici avec le secrétariat où, effectivement, quand on a dessiné le secrétariat, on a prévu un espace ouvert sur la salle d'attente. Et c'est à l'usage qu'on se rend compte que, effectivement, tout ce que dit la secrétaire est entendu par les patients de la salle d'attente et ce qui fait que, sur ce plan là, on a des progrès à faire.

I : D'accord.

M9 : Donc ça, c'est le premier point. L'intimité, je dirai, la confidentialité sonore et après, il y a la confidentialité du corps et donc pouvoir fermer la porte à clé est une chose importante. Je ferme à clé lorsque je désire préserver la confidentialité par rapport à l'extérieur du bureau. Par contre, je n'ai aucun aménagement dans mon bureau entre la table d'examen et le bureau. Donc quand il y a des accompagnants, éventuellement je les fais sortir.

I : D'accord. Et est-ce que justement, voilà, le fait parfois d'avoir un accompagnant, ça pose des soucis parfois de le faire sortir ?

M9 : Oh, non, ça s'exprime clairement et si nécessité, mais je demande l'accord de la personne : « si vous voulez, on peut poursuivre ensemble et votre accompagnant peut sortir ou rester si sa présence ne vous gêne pas ». On obtient l'accord comme ça. Mais l'important, c'est aussi de l'aborder dans ces cas-là, c'est la même chose vis-à-vis des enfants et des adolescents. Il y a des consultations des adolescents pour lesquelles il est habituel de demander aux parents et à l'enfant « est ce que je peux le voir tout seul ? », voilà.

I : D'accord, ok. Vous voyez d'autres situations à risque dans ce cabinet ?

M9 : Alors (silence). Non je n'en vois pas plus, vraiment le secrétariat qui m'embête. Alors après... Oui, il y a d'autres situations, quand on reçoit un appel téléphonique, que l'on est devant les patients. Là, effectivement, je veille à être attentif à ne pas nécessairement nommer la personne lorsqu'on échange sur un résultat d'analyse et éventuellement certaines fois, je suis amené à sortir du cabinet, du bureau pardon, pour aller sur un des bureaux de mes associés qui ne sont pas toujours là en même temps que moi pour pouvoir être dans un lieu isolé et pouvoir parler plus facilement sans que la personne présente entende et sans que je lui demande de sortir.

I : Et vous répondez en consultation, s'il y a quelqu'un d'autre, ça vous arrive de répondre au téléphone malgré tout ?

M9 : Ca m'arrive de répondre au téléphone malgré tout, même si ma secrétaire faisant un filtre, je peux lui dire que je ne vais pas prendre l'appel maintenant et que je vais répondre plus tard. Donc

effectivement, c'est la secrétaire qui prend les appels et qui me les transmet secondairement donc ça nous offre une certaine possibilité de respecter la confidentialité. Sauf si elle dit tout haut dans la salle d'attente « Ah Mme D., le docteur ne peut pas vous avoir, il vous répondra tout à l'heure. Ah oui, pour votre cancer », bon voilà quoi. C'est vrai qu'on en a un peu parlé à nos secrétaires mais faudra qu'on le redise régulièrement, sûrement de veiller à préserver la confidentialité quand elles répondent au téléphone.

I : D'accord. Donc c'est quelque chose que vous avez abordé avec votre secrétaire d'être aussi sensible à la confidentialité ?

M9 : Un petit peu, un petit peu... Peut-être pas encore assez souvent.

I : Et quels sont les appels qui poussent que vous deviez répondre en consultation ?

M9 : Ahhhh. J'allais dire, ce qui me pousse à répondre c'est surtout parce que le type d'appel ne souffre pas trop d'attendre que je rappelle plus tard et parce que j'ai le temps de répondre aussi par rapport à mon planning, ce qui fait que ça me fait ça de moins à rappeler plus tard en fin de journée car je reste quand même celui qui finit souvent le dernier du cabinet donc rajouter du travail, du retard au retard, j'ai pas trop envie. Intellectuellement, c'est plus facile pour moi de me dire, « allez, je réponds en ce moment en consultation », que de me dire que j'aurai ça en plus ce soir. Voilà pourquoi il m'arrive de répondre au téléphone en présence de patients.

I : D'accord, ok. Et donc, après, vous parliez du secrétariat par rapport à cette position, par rapport à la salle d'attente, qu'est ce qui a fait que vous l'avez accolé à la salle d'attente ?

M9 : Ben ça nous paraissait le plus fonctionnel en pratique. Et donc on a réfléchi au fonctionnel avant de réfléchir à la confidentialité. Donc avec le bureau de la secrétaire accolé à la salle d'attente avec une large ouverture, avec un large comptoir où la secrétaire peut parfois échanger des papiers, où les patients peuvent rédiger un chèque ou faire une carte bancaire, c'est en fait avoir un lieu matériel d'échange d'objet et de discussion et donc le plus simple, cela nous paraissait de le faire comme cela parce que l'espace était un peu exigü pour faire autrement. Et donc on réfléchit pour le cabinet futur que nous voulons faire à une organisation où finalement il n'y aura pas de contact audible entre la salle d'attente et le secrétariat. La secrétaire pourra voir ce qu'il se passe mais les gens auront besoin de se déplacer à un endroit où l'intimité et la confidentialité pourra être plus facilement respectée. On va le prévoir. Là, l'espace est trop exigü pour qu'on puisse à la fois fermer une partie et ouvrir de l'autre, ça ne paraît pas jouable. Voilà, et donc réaménager maintenant paraît difficile. Matériellement, un rideau roulant ou quelque chose comme ça ou faire des secrétaires qui parlent très bas, ça ne marche pas très bien. Voilà.

I : D'accord. Et donc vous disiez qu'en fait, vous avez passé le côté pratique du coup, par rapport au côté confidentiel avant. Mais c'est parce que, pour vous, c'est, on va dire moins important la confidentialité ?

M9 : Oui, dans la conception du cabinet, il y a 11 ans, effectivement, ça ne paraissait pas aussi clairement important. En fait, parce que aussi, pas manque d'expérience. Quand nous avons organisé ce cabinet, c'est là où en même temps, nous avons intégré une secrétaire, il n'y avait pas de secrétaire sur place au cabinet auparavant. Donc on a changé notre mode de fonctionnement et c'est à l'usage, qu'on s'est rendu compte que la confidentialité n'était pas bien respectée avec cette organisation des locaux, qu'elle n'était pas prévue à l'origine.

I : Et les architectes, vous disiez que c'était sur plan, c'est quelque chose de que vous avez abordé cette position, à l'époque, de dire...

M9 : Oui, on l'a abordé mais bon, je pense que l'architecte n'avait pas réfléchi ou n'avait pas eu l'idée... Ou je ne sais plus si on avait parlé, peut-être d'une fenêtre coulissante et qu'on s'était dit qu'on le verrait après coup et que.... Oui, vu l'exiguïté du local de la secrétaire, ça aurait fait un petit peu trop poisson dans un bocal et de ce fait là, on a abandonné l'idée. Voilà, en se disant, que ce n'était peut-être pas si grave.

I : Et justement, est-ce que maintenant avec l'expérience, vous avez eu des retours de patient qui ont pu se plaindre ou dire, voilà, j'ai entendu des propos que je n'aurai pas dû entendre ?

M9 : Alors, non, j'ai eu mais vraiment rarement des patients qui me disaient que « j'ai peur que on entende ce que je dis » et j'allais dire que je m'en étais rendu compte surtout dans le cabinet précédent où régulièrement des patients me disaient « ah mais quand même, dans la salle d'attente, on entend que vous parlez » alors que ici les patients le relatent moins. D'ailleurs, ici, géographiquement, la salle d'attente est quand même éloignée de mon bureau volontairement pour ça mais je n'ai pas eu de retour de patients concernant le secrétariat et le fait qu'ils entendent des choses par les secrétaires. Ça, ils ne m'en ont pas fait part. C'est une réflexion que nous avons eu avec mes associés de se dire « ah ben oui, là, on pourrait être meilleurs sur ce plan là », mais il n'y a pas eu de patient qui en a fait part sur ce sujet. Peut-être une fois un patient qui a dit « ah oui, on entend un tout petit peu des bruits des bureaux » mais il ne m'a pas dit « parlez moins fort ». Ah, si peut être une fois, une fois un patient m'a dit « parlez moins fort parce que on entend dans la salle d'attente ».

I : Et du coup, c'est quelque chose que vous avez pris en compte par la suite ?

M9 : De parler moins fort, oui ! Parce qu'effectivement, j'avais un enthousiasme et donc j'ai travaillé mon enthousiasme.

I : D'accord. D'autres situations qui vous viennent en tête.

M9 : Alors (silence). Non, non, a part quand il y a beaucoup de monde dans la salle d'attente et qu'ils sont calés un peu partout dans la salle d'attente. Non, pas spécialement. Enfin, ce n'est pas tout à fait, juste de rappeler aux personnes à qui je demande de faire un recueil d'échantillon d'urine, je leur demande quand même pour passer de mon bureau aux toilettes qui sont derrière de se rhabiller quand même, qu'ils ne sortent pas en petite tenue dans le couloir, quand même. Mais voilà, c'est tout ce que je vois comme élément particulier, les fenêtres sont grisées, donc voilà.

I : Et après, on va retourner un peu au secrétariat mais vous, quand vous avez besoin de donner une consigne à la secrétaire, comment ça se passe ?

M9 : Et ben voilà, soit je lui donne par téléphone, soit je vais la voir en la lui donnant mais donc effectivement, si il y a du monde dans la salle d'attente, on m'entend dire ce que je dis. Mais par exemple, je viens en ayant marqué le nom de quelqu'un et je dis « tu vois pour cette personne là, tu vas la rappeler » mais j'essaie de ne pas nommer les personnes. Par contre, quand on cherche les patients dans la salle d'attente, on dit le nom. Voilà.

I : Et par rapport à ça, qu'est-ce que vous en pensez ?

M9 : Ben moi ça ne me gêne pas, surtout qu'ils se sont vus et que pour l'instant, on ne reçoit pas de personnalité connue et si les gens venaient à connaître le nom ça pourrait poser problème, non. Et

comme on appelle juste par le nom, je pense que ça va. Ce que je veille aussi, c'est que en accompagnant les patients au secrétariat, ne plus aborder le thème précis de leur venue ou de la consultation, plus leur dire « portez-vous bien, prenez soin de vous » ou « rappelez-moi si ça ne va pas » mais je n'aborde plus, je veille à ne pas aborder les éléments de leur pathologie « si vous toussiez dans 3 jours, si vous faites pipi du sang demain ». C'est quand même une discipline de parole quand on est en dehors du cabinet, du bureau.

I : Et c'est pareil, c'est par expérience.

M9 : Oui, voilà, c'est par expérience, c'est d'en avoir discuté avec mes associés que je me suis dit comment je peux faire attention pour progresser puisque la salle d'attente et la secrétaire, quand je accompagne le patient pour régler, par exemple, la consultation à la secrétaire, ben c'est au milieu de la salle d'attente. Si on organisait différemment les locaux, qu'on pouvait être seul avec la secrétaire et le patient dans le bureau de la secrétaire, à ce moment-là, ça serait moins problématique. Donc voilà, l'attention du fait de l'ouverture du secrétariat aux personnes. Mais voilà, pour les coups de fil de la secrétaire, ça devient plus difficile effectivement, quand elles ont des appels des personnes, surtout quand elles demandent les noms et qu'elles répètent pour retrouver vraiment l'orthographe mais la plupart du temps c'est pour prendre des rendez-vous, il y a peu d'éléments de confidentialité qui sont divulgués par la secrétaire.

I : Les motifs sont demandés, justement, lorsqu'il y a prise de rendez-vous ?

M9 : Alors peut-être, mais je ne suis pas sûr qu'elles les répètent. Une des secrétaires les demande, l'autre beaucoup moins. Or, c'est la secrétaire qui est là très peu qui demande les motifs. Et je n'ai pas fait attention, tiens, comment elles demandent et comment elles répondent des motifs. Tiens, c'est une bonne idée, à creuser avec elles. Si elles disent « ah Mme D, tiens qu'est-ce que vous avez, ah vous avez ça ». Je le retravaillerai. Ah bah c'est bien, vous me faites penser à des choses !

I : (rires) Ah bah tant mieux, c'est le but aussi d'avoir cette discussion, c'est d'apporter des nouvelles données et des idées d'amélioration, donc... Et d'ailleurs, quand vous devez donner aussi des documents à des patients, comment ça se passe ?

M9 : 2 moyens, il y a une petite boîte avec des enveloppes avec les noms des patients sur le comptoir des secrétaires et parfois quand je sais que les patients vont passer, je les mets sur le bureau de la secrétaire, dans le bureau de la secrétaire sur une table, et je leur dis « ben voilà quand le patient viendra le chercher, vous lui donnerez ce document ».

I : Et qu'est ce qui fait la différence entre laisser un document en libre accès et...

M9 : Ben éventuellement c'est que c'est une donnée un peu sensible et éventuellement ils vont passer rapidement et donc ce n'est pas la peine de rajouter des éléments dans la boîte, je préfère que ce soit la secrétaire qui le donne et qu'elle s'assure qu'elle le donne bien à la bonne personne. Voilà, mais ce qu'il y a dedans a peu d'élément à valeur médico légale. Enfin non, il n'y a pas de certificats spécifiques ou autre qui, là, ne sont pas donnés aux secrétaires, ça s'arrête à des papiers de type oubli de prescription ou quelque chose comme ça. Je veille à faire en sorte de réduire au maximum ce genre de courrier à transmettre et régulièrement je dis à mes associés « mais on fait trop de papiers, les secrétaires nous font signer trop de documents à remettre après aux patients » et dans notre boîte il y en a toujours plein qui attendent et des gens qui sont jamais venus les chercher donc je réfléchis mais je n'ai pas encore trouvé la solution pour ne pas avoir de documents à donner aux patients, des documents qui attendent quoi. Je ne sais pas encore quelle est la meilleure stratégie pour ne pas avoir à donner parce qu'effectivement là il y a un petit risque que quand les gens viennent chercher des

choses mais ça serait plus à risque d'un comportement d'une personne qui serait particulièrement tordue et qui viendrait voir une chose. Mais c'est vrai que cette boîte avec les enveloppes, ça me gêne un peu sur le comptoir et c'est sûr que quand les secrétaires sont pas là, n'importe qui pourrait venir les prendre, voilà ça reste aussi un point à travailler.

I : D'accord. Et pourquoi finalement vous ne donnez pas tout à la secrétaire, de donner tout document ?

M9 : Voilà pourquoi c'est une boîte libre ? Bonne question ! Pourquoi ne pas laisser la boîte sous contrôle de la secrétaire et les gens viennent demander et ça resterait dessus. Ça peut être la solution la plus simple, si la secrétaire n'est pas là, ben ils attendent et ils demandent au médecin qui est là si le document s'y trouve. Ça peut être une solution tout à fait logique... et simple... qui va être réalisé dès que vous serez sortie du bureau. Ça, ça me convient !

I : (rire) Et ça peut être une solution mais est-ce que vous pensez que ça peut être un inconvénient pour la secrétaire ?

M9 : Qu'elle vérifie l'identité de la personne qui vient chercher le document ? Ben non parce que assez régulièrement les gens arrivent et lui demandent. « Ben tiens, ça doit être dans la boîte là » donc euh, ben là, ça sera elle qui cherchera. Mais la secrétaire dira « c'est à quel nom ? » et la personne devra dire son nom et donc les gens entendront le nom mais bon ce n'est pas trop grave à mon avis et elle pourra trouver. Mais oui, je pense que finalement ça sera la meilleure solution.

I : D'accord.

M9 : D'ailleurs, si ça embête la secrétaire, peut-être qu'elle en fera moins aussi.

I : Et après, il y a la communication là avec les patients mais comment vous faites pour la communication avec les autres professionnels, les spécialistes ? Comment vous faites ? Par appel, ou c'est plutôt par mail ? Comment vous gérez ça ?

M9 : Parfois je téléphone pour un patient directement donc ben ce n'est pas gênant. Par mail, c'est assez exceptionnel, ce n'est vraiment pas fréquent et c'est surtout quand je veux contacter les médecins du CHU parce qu'ils regardent leur boîte mail un peu plus facilement. Aussi non, c'est un courrier rédigé que je donne au patient. Oui, je n'envoie pas d'Apicrypt mais j'en reçois, de plus en plus.

I : Et vous dites, vous n'envoyez pas, c'est parce que vous n'envoyez pas de mail ou que vous utilisez une autre messagerie ?

M9 : C'est enfin. Enfin, c'est plus pour des transferts de dossier. Je fais un courrier au patient qui va le donner au spécialiste, je n'envoie pas de courrier par Apicrypt à des confrères spécialistes parce que l'envoyer à l'avance, ça ne va pas spécialement être utile. Donc soit j'envoie un fax, soit effectivement c'est plus les dossiers patients, les patients qui quittent le cabinet et qui vont dans un autre secteur, j'envoie le dossier du patient par internet et par une boîte mail qui n'est pas sécurisée. Voilà mais là aussi c'est des dossiers, ça n'arrive que 2-3 fois par an.

I : Et qu'est-ce qui vous pousse, voilà, à ne pas utiliser une messagerie sécurisée ?

M9 : Parce que déjà c'est exceptionnel, enfin non, c'est pas exceptionnel, les médecins, déjà avoir une adresse internet du médecin, c'est pas..., c'est déjà difficile alors si vous demandez en plus si ils ont

une messagerie sécurisée, ça viendra peut-être, il y a de plus en plus et donc c'est vrai que, ça doit faire un an que j'ai envoyé un dossier et donc maintenant, c'est vrai, que je pourrai demander si ils ont une messagerie sécurisée. Sinon, le patient vient et je dépose de dossier, comme c'est arrivé plusieurs fois, dans une clé USB et le patient repart avec la clé. Voilà, avec l'échange avec mes confrères.

I : D'accord. Et les échanges avec les patients, ça arrive que ça soit par mail, enfin par messagerie ?

M9 : Une seule patiente. Une seule patiente pour laquelle elle m'écrit et je lui réponds pas messagerie classique mais les autres non, car je ne veux pas utiliser, c'est trop compliqué, enfin c'est trop intrusif dans mon activité pour que ça m'intéresse.

I : D'accord.

M9 : Voilà.

I : Et des appels que vous donnez au patient, si ils ne répondent pas, comment vous, enfin voilà, que vous arrivez sur une messagerie, comment vous gérez ça ?

M9 : Ah oui ! Ben j'explique que c'est moi, que je les appelais car je voulais parler de quelque chose avec eux et que j'aimerais qu'ils me rappellent mais je ne laisse jamais d'information sur le répondeur.

I : Ok. D'autres...

M9 : Of, non je n'ai pas d'idée moi, c'est vous qui avez la trame d'entretien, ce n'est pas moi !

I : (rire) Non si on repart plus sur le côté plutôt physique, le patient quand il sort de la salle de consultation, au niveau de son parcours du coup, il sort par la même porte que celle par laquelle il rentre ?

M9 : Oui voilà. Il y a qu'une seule porte pour rentrer et sortir du bureau et une seule porte pour rentrer et sortir du cabinet. Donc ils croisent dans la salle d'attente, ils voient les patients dans la salle d'attente et les patients dans la salle d'attente le voient sortir. Il pourrait y avoir un circuit à prévoir... Bon ça ne me gêne pas.

I: D'accord.

M9 : Non, ça ne me gêne pas. Oui, ben il est vu, il repart.

I : Le fait que certaines personnes peuvent se connaître et peuvent se rencontrer sans forcément l'avoir dit à l'autre, même au sein d'une même famille, c'est ...

M9 : C'est le hasard des rencontres dans la salle d'attente, c'est que je veille dans mon emploi du temps, quand il y a des patients qui ont des liens de parenté et qui éventuellement ont des difficultés, par exemple un couple séparé, et que je vois que les rendez-vous se chevauchent ou se succèdent, là je fais appeler ma secrétaire pour demander de décaler un rendez-vous pour qu'ils ne se voient pas. Voilà, je repère des risques de hiatus, je fais appeler ma secrétaire mais bon jusqu'à présent il n'y a pas eu de bagarre dans le cabinet et donc je trouve un peu poussé d'aller jusque-là, que les gens sortent par une autre porte, c'est du luxe et je ne suis pas sûr qu'on puisse le faire dans le prochain cabinet.

I : D'accord. Et donc du coup, dans le prochain cabinet, quels aménagements vous avez pensé par rapport à la confidentialité, qu'est-ce que vous prévoyez à l'heure d'aujourd'hui ?

M9 : On a prévu de garder les bureaux éloignés de la salle d'attente. On a prévu d'avoir le secrétariat proche de la salle d'attente, accolé à la salle d'attente mais pas d'avoir d'ouverture directe parce que il y aura justement une petite baie vitrée ou quelque chose comme ça, une bande de vitrée qui permet de voir ce qu'il s'y passe sans que elle ne puisse être gênée mais sans que les gens ne la voient de trop. Peut-être un système de verre sans tain ou de miroir sans tain, ou quelque chose comme ça et donc un accès spécifique qui est individuel auprès d'elle pour qu'elle puisse être plus isolée avec possibilité, même qu'il y ait une porte vitrée qu'elle puisse fermer dans certains moments où elle doit téléphoner et ouvrir à d'autres quand les gens peuvent fermer. Voilà, on prévoit ça. Par contre, il risque d'y avoir la même, le croisement des patients quand ils rentrent et quand ils sortent parce que comme j'ai besoin que mes patients aillent régler à ma secrétaire, ben si ils voient la secrétaire, ça va être dur de retrouver un autre chemin pour sortir. Mais voilà, le bureau des secrétaires sera différemment aménagé par rapport à ici. C'est vrai que en ayant vu beaucoup d'endroit, les secrétaires sont effectivement derrière un comptoir, justement ouvert à la salle d'attente et donc ça me paraissait pas problématique mais en ayant vu depuis d'autres aménagements où les secrétaires sont installées de manière plus discrète, ça me paraît intéressant à mettre en place. Voilà, ce qu'on fera pour elles. Et après, qu'est-ce qu'on a prévu, de l'isolation phonique et puis voilà. Et grâce au développement des messageries et des biologiques par Apicrypt, on arrivera à communiquer plus facilement si besoin par ce système-là.

I : D'accord.

M9 : Bon voilà, voilà ce que je pouvais pour dire. Avez-vous d'autres... ?

I : Si, j'avais une autre question par rapport, vous avez un logiciel commun ?

M9 : Oui, nous sommes en réseau.

I : Et vous demandez leur accord, initialement, que leur fiche soit partagée ?

M9 : Oh non ! Je ne leur demande pas leur accord. Oui, voilà, depuis toujours, j'ai trop de travail et je ne demande pas mieux que les patients s'en aillent. Donc je ne demande pas leur accord parce que si ils ne sont pas d'accord, ça me soulage beaucoup et je leur dis « ben écoutez, vous trouverez un autre cabinet médical pour vous soigner ». Et tant mieux pour ceux que l'on refuse tous les jours de venir au cabinet. Donc voilà, ça paraît logique que dans un cabinet de groupe où il y a un fonctionnement commun et qu'il y a une bonne entente entre médecins, que les données soient accessibles par tous les médecins. Enfin, pour moi, c'est inconcevable de cacher à mes associés le contenu d'un dossier d'un patient, inconcevable. Donc le patient qui veut préserver, par rapport à d'autres médecins, à ce moment, il ne pourra pas rester dans ce cabinet. Et je n'en serai pas malheureux. Voilà, pourquoi, on partage les données. Et les secrétaires sont informées de la confidentialité des données et le fait que, quand elles sortent du cabinet, elles ne peuvent rien dire sur personne, qu'elles doivent avoir tout oublié. Voilà.

I : Et il y a un frein sur l'aménagement du cabinet, on va dire de configuration qui fait que ici, il y avait peut-être pas de place pour séparer le secrétariat, et est-ce que vous voyez d'autres freins sur un aménagement du cabinet ?

M9 : Ben enfin, le frein, c'est la surface. Si on a suffisamment de surface, on peut créer des lieux distincts, on a prévu d'avoir dans le prochain cabinet une petite salle d'attente distincte de la grande salle d'attente comme ça si il y a besoin d'isoler un patient, si il y a besoin de discuter à part, on a prévu une salle de repos qui pourrait être une salle qui pourrait accueillir dans d'autres conditions les personnes donc voilà, dès qu'on a de la surface, on peut faire beaucoup de chose. Donc le frein, c'est

la surface. Si on avait une plus grande surface, on pourrait effectivement une fois que la personne a vu la secrétaire, elle ne repasserait pas par la salle d'attente, on aurait une sortie sur le côté, ça, ça pourrait être envisagé. Ça, je vais la dessiner la sortie indépendante. Oui, voilà, ça, ça pourrait être possible.

I : Donc pas d'autre frein...

M9 : Non parce que après c'est un aménagement matériel technique, pardon, oui c'est ça, c'est du matériel, de l'isolant, des choses comme ça. C'est de la discipline quand on parle mais si quand on parle, on est dans un lieu où il n'y a pas d'autres personnes, bah ça va aller donc multiplions grâce à la surface disponible les lieux d'intimité, de respect de confidentialité.

I: D'accord, ok.

M9 : Voila

I: D'accord. Je ne sais si vous avez d'autres choses à apporter.

M9 : Oh non, je pense que je vous ai déjà dit beaucoup de choses.

I : D'accord. Ben merci de vos réponses et je vous enverrai les résultats de ma thèse une fois qu'elle sera finalisée. Merci beaucoup !

M9 : Merci à vous.

3. Annexe 3 : Arbre de codage



: Problématiques

: Solutions

: Freins

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

RÉSUMÉ

Contexte : La confidentialité est une obligation légale et déontologique pour tout médecin. Excepté pour le logiciel médical sécurisé, il n'y a pas de directive qui régleme l'aménagement et l'organisation du cabinet pour la garantir. Plusieurs études montrent que la confidentialité n'est pas toujours respectée dans les cabinets libéraux.

Objectif : L'objectif était d'explorer la perception qu'ont les médecins généralistes du respect de la confidentialité au sein de leur propre cabinet et d'analyser les situations à risque identifiées par les médecins, les aménagements entrepris et les freins rencontrés.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de 12 médecins généralistes de la région Nouvelle-Aquitaine. Une analyse thématique du contenu a été réalisée au moyen d'un double codage.

Résultats : Les généralistes avaient conscience que la confidentialité était régulièrement mise en défaut au sein de leur cabinet malgré l'importance qu'ils lui accordaient. Trois sources de sa rupture étaient distinguées : la structure du cabinet, les outils de communication et la vigilance professionnelle. Les thématiques identifiées étaient pour la première l'isolation phonique et visuelle ; pour la deuxième, le logiciel médical commun, la rédaction des courriers, le dérangement téléphonique et la communication sans vérification du correspondant. Dans la troisième, étaient abordés le maintien de l'anonymat, les échanges hors du bureau et le secret vis-à-vis des familles. Les facteurs limitants l'amélioration de la confidentialité étaient le manque de connaissance, le coût des aménagements, la surcharge de travail et l'absence d'échange sur ce sujet.

Conclusion : Les généralistes identifient une origine multifactorielle au défaut de confidentialité dans leur cabinet. Ils ont conscience d'être les acteurs principaux de son respect. Echanger avec les autres intervenants du cabinet et les patients pourrait l'améliorer.

ABSTRACT

General practitioners' perception of the respect of confidentiality in their own medical office

A qualitative study

Background: Confidentiality is a legal and ethical obligation for any doctor. Except for the secure medical software, there are no guidelines for the layout and the organization of the medical office to guarantee it. Several studies show that confidentiality is not always respected in medical offices.

Objectives: The objective was to explore the perception that general practitioners have of the respect of confidentiality within their own medical office and to analyze the risky situations identified by doctors, the improvements made and the impediments encountered.

Methods: A qualitative study by semi-directed interviews was carried out with 12 general practitioners in the Nouvelle-Aquitaine region. A thematic analysis of the content was carried out using double coding.

Results: General practitioners were aware that confidentiality was regularly breached in their offices despite the importance they gave to it. Three sources of his rupture were distinguished: the structure of the medical office, communication tools and professional vigilance. The themes identified for the first one were sound and visual insulation; for the second one, the common medical software, drafting correspondence, telephone disturbance and communication without verification of the correspondent. The third covered respect for anonymity, out-of-office discussions and secret to families. The limiting factors for improving confidentiality were the lack of knowledge, the cost of accommodation, the overwork and the lack of discussion on this subject.

Conclusion: General practitioners identify a multifactorial origin to the lack of confidentiality in their medical office. They are aware of being the main actors in its respect. Talking with other practice stakeholders and patients could improve it.

DISCIPLINE : Médecine

MOTS CLES : Confidentialité ; médecins généralistes ; conception et construction de locaux ; communication

KEYWORDS: Confidentiality; general practitioners; facility design and construction; communication

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R : U.F.R. des sciences médicales de l'Université de Bordeaux
146 Rue Léo Saignat
Case 16 - Espace Santé
33076 BORDEAUX