

Année 2023/2024

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Magalie RIVIERE

Né(e) le 12/07/1982 à Aix en Provence (13)

REGARDS ET USAGES DU CABINET DE MEDECINE GENERALE, PAR SON PRATICIEN

Présentée et soutenue publiquement le **31 Octobre 2024**, devant un jury composé de:

Présidente du Jury :

Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Emmanuel BAGOURD, Médecine Générale, La Croix en Touraine

Docteur Mélanie BOISSINOT, Médecine Générale, PH, CHU-Tours

Docteur Maxime PAUTRAT, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine - Tours

Directrice de thèse : Docteur Séverine DURIN, Médecine Générale, PH, CH - Vendôme

LISTE DES ENSEIGNANTS :

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric.....	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie

LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VIILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie Orthophoniste || CORBINEAU Mathilde | Orthophoniste |
HARIVEL OUALLI Ingrid	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeure Clarisse DIBAO-DINA, Présidente du jury,

Pour l'honneur que tu me fais d'accepter de présider ce jury de thèse, et pour m'avoir guidée vers le DUMG. Un grand merci.

A Monsieur le Docteur Emmanuel BAGOURD,

Pour avoir accepté de participer à mon jury, et pour m'avoir accompagnée dans mes premiers pas de médecin.

A Madame la Docteure Mélanie BOISSINOT,

Pour ta présence à ce jury de thèse, et pour m'avoir montré une autre pratique de la médecine générale.

A Monsieur le Docteur Maxime PAUTRAT,

Pour ta participation à ce jury et pour m'avoir suivie pendant tout mon internat en tant que rapporteur.

A Madame la Docteure Séverine DURIN, Directrice de thèse,

Pour votre soutien, et pour avoir su diriger cette thèse en m'accordant la liberté et le temps auxquels j'aspirais. Merci de votre confiance et de vos encouragements.

Je souhaite remercier ma famille pour leur soutien précieux tout au long de ce parcours, et sans qui je n'aurais tout simplement jamais réussi ce projet. Ils sont mon socle sur lequel tout s'est construit. Merci de votre compréhension pour ces heures que je n'ai pas pu passer à vos côtés et pour la fierté que vous éprouvez pour cette aventure. Sans cela, je ne l'aurais pas fait, c'est grâce à vous si j'ai pu emprunter et avancer sur ce chemin. Ces succès sont autant les vôtres que les miens.

Je souhaite également remercier le Dr COPIN, qui a permis à ce projet de naître : sans notre rencontre, rien de cela ne serait arrivé. Merci d'avoir ainsi changé ma vie.

Je suis aussi reconnaissante à toutes ces personnes que j'ai eu la chance de rencontrer et qui ont partagé avec moi leur passion et leur enthousiasme :

professeurs, maitres de stage, collègues de travail, médecins : vous avez chacun influencé ma vision de la médecine en y apportant humanité et motivation, et avez ainsi façonné le médecin que je suis devenue.

Je tiens à remercier Julie, qui a accepté de trianguler ma thèse avec beaucoup de sérieux et d'engagement, tout en menant de front une vie de famille. Ma reconnaissance va également à Estelle, pour les dernières relectures et pour m'avoir ouvert les portes de son cabinet. Et je profite enfin de ces quelques lignes pour remercier mes compagnons de route chez qui j'ai trouvé une bienveillance et une écoute sans faille, et qui ont participé à envelopper cette aventure de chaleur humaine, d'humour et de joie : Assia, Agathe, Romain, Tiphaine, Wiame, Marine, à nouveau Julie bien sur, et bien d'autres encore. Cela n'aurait pas été pareil sans vous et je réalise la chance que j'ai de vous avoir rencontrés et de vous avoir à mes côtés. Merci.

A Daphné et Gabriel.

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

En France, plus de 220 millions de consultations de médecine générale se sont déroulées au sein de cabinets de consultation, cadre spatial particulier où le médecin oeuvre au quotidien, et où s'établit la relation médecin-patient. De plus en plus de recherches étudient ce lieu mais jamais encore selon une approche globale.

L'objectif de ce travail était d'explorer cette question du cabinet de médecine générale selon une vision élargie en adoptant le point de vue du médecin : comment celui-ci voit-il, conçoit-il et utilise-t-il ce lieu de travail?

Cette étude qualitative inductive inspirée de la théorisation ancrée a été conduite auprès de médecins généralistes libéraux résidant principalement en Indre et Loire, selon un échantillonnage raisonné théorique, via la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés.

De nombreux facteurs d'influence ont été relevés, regroupés en cinq catégories : les critères de choix/valeurs du médecin, son image professionnelle, sa santé physique et mentale, le processus de création incluant l'influence de son groupe, et la présence de facteurs extérieurs.

Le cabinet était le territoire du médecin généraliste, reflet plus ou moins conscient de sa pratique et de sa personnalité, et reposant sur 3 domaines : celui du médecin, celui du groupe médical et celui du patient. Le cabinet répondait aux besoins et aux attentes de chaque médecin, influencé par son parcours et sa vision du métier, et s'inscrivant également dans l'histoire et le fonctionnement de la structure médicale.

La maîtrise de cet aménagement est apparue nécessaire pour l'épanouissement professionnel du médecin.

Par la suite, poursuivre ces recherches en y intégrant une approche pluridisciplinaire (sociologie, architecture, vision et attentes des patients et du groupe médical) pourrait amener à l'émergence de nouveaux lieux de soins.

Mots clés : Médecine générale, Aménagement, Cabinet de médecine générale, Psychologie environnementale, Relation Médecin-Patient, Architecture d'intérieur, Ergonomie.

SUMMARY AND KEYWORDS

VIEWS AND USES OF THE GENERAL MEDICINE PRACTICE, BY ITS PRACTITIONER

In France in 2022, over than 220 million general medical consultations took place in consultation offices, a specific physical environment where the doctor works daily, and where the doctor-patient relationship is established. Although increasing attention is being paid to this space, it is rarely examined from a comprehensive perspective. The objective of this work was to explore the general practice environment from a broader perspective by adopting the doctor's point of view: how does the doctor perceive, design, and use this workspace?

This inductive qualitative study, inspired by grounded theory, was conducted with private general practitioners primarily from Indre-et-Loire (France), using a theoretically reasoned sampling method through semi-guided individual interviews.

Many influencing factors were identified and clustered into five categories: the doctor's personal values and criteria, their professional image, their physical and mental health, the influence of the medical group, and external factors. The practice was the general practitioner's territory, reflecting their work and personality to varying degrees of awareness. It revolves around three key elements : the doctor, the medical group, and the patient. The practice meets the various needs and expectations of each doctor, influenced by his background and vision of the profession. It was also shaped by the history and ways of working of the medical structure. Mastering this arrangement appeared crucial for the doctor's professional development.

Further research, incorporating a multidisciplinary approach such as sociology, architecture, the vision and expectations of patients and the medical group, should lead to the development of new care environments.

Key-Words :

Primary care, Layout, General Medicine Practice, Environmental Psychology, Doctor-Patient Relationship, Interior architecture, Ergonomics.

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	15
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	16
1. TYPE D'ÉTUDE : ÉTUDE QUALITATIVE INDUCTIVE INSPIRÉE DE LA THÉORISATION ANCRÉE	16
2. POPULATION : ÉCHANTILLONNAGE RAISONNÉ THÉORIQUE	16
3. RECUEIL DES DONNÉES	16
4. ANALYSE DES DONNÉES	17
5. ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES	17
III. RÉSULTATS	19
CATÉGORIE I : LES CRITÈRES DE CHOIX DU MÉDECIN	21
1. USAGE AU QUOTIDIEN	21
2. CHOIX ESTHÉTIQUES	25
3. SOUPLESSE/FLEXIBILITÉ	28
4. IMPACT ENVIRONNEMENTAL	29
5. UTILISATION ET OPTIMISATION DE L'ESPACE	32
CATÉGORIE II : IMAGE DU MÉDECIN	38
6. LES RESPONSABILITÉS/LES ENGAGEMENTS	38
7. LA RELATION MÉDECIN-PATIENT	43
CATÉGORIE III : SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE DU MÉDECIN	48
8. UN MÉTIER DIFFICILE	48
9. PRÉVENTION	50
10. EPANOUISSEMENT PROFESSIONNEL	55
CATÉGORIE IV : PROCESSUS DE CRÉATION	57
11. UN PROJET PERSONNEL	57
12. UN PROJET DE GROUPE	63
13. CONCEPTION ET RÉALISATION	67
CATÉGORIE V : DES FACTEURS EXTÉRIEURS	70
14. UNE SITUATION PARFOIS COMPLIQUÉE	70
15. CHANGER DE PERSPECTIVE : DU POINT DE VUE DU PATIENT	73
IV. DISCUSSION	75
1. RÉSULTAT PRINCIPAL : MODÈLE EXPLICATIF COMPLET	75
2. LA COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE	79
LES CRITÈRES DE CHOIX DU MÉDECIN	79
IMAGE DU MÉDECIN	86
SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE DU MÉDECIN	98
CREATION ET FONCTIONNEMENT	101
DES FACTEURS EXTÉRIEURS	104
V. LES FORCES ET LIMITES	106
VI. LES PERSPECTIVES	107
VII. CONCLUSION	108
BIBLIOGRAPHIE	109
ANNEXES	114
ANNEXE 1 - EXEMPLE DE MAIL DE CONTACT	114
ANNEXE 2 - GUIDE D'ENTRETIEN	116
GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL	116
GUIDE D'ENTRETIEN FINAL	117
ANNEXE 3 - VERBATIM	120

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon	p 20
Figure 1 : Les critères de choix du médecin (Branche I)	p 22
Figure 2 : Modèle explicatif partiel - Les critères de choix du médecin	p 38
Figure 3 : Image du médecin (Branche II)	p 39
Figure 4 : Modèle explicatif partiel - L'image du médecin	p 48
Figure 5 : Santé physique et mentale (Branche III)	p 49
Figure 6 : Modèle explicatif partiel - Santé physique et mentale	p 57
Figure 7 : Processus de création (Branche IV).....	p 58
Figure 8 : Modèle explicatif partiel - Processus de création.....	p 70
Figure 9 : Des facteurs extérieurs (Branche V).....	p 71
Figure 10 : Modèle explicatif partiel - Des facteurs extérieurs.....	p 75
Figure 11 : Arborescence complète.....	p 76
Figure 12 : Modèle explicatif des éléments agissant sur l'aménagement du cabinet médical du point de vue du médecin.....	p 77

LISTE DES ABRÉVIATIONS

VMC : Ventilation mécanique contrôlée

PMR : Personne à mobilité réduite

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

RMP : Relation médecin-patient

I. INTRODUCTION

En 2022, plus de 220 millions de consultations de médecine générale ont été réalisées en France (1). Ces consultations se sont déroulées dans un cadre spatial précis : celui du cabinet de consultation, où le médecin généraliste oeuvre au quotidien.

L'étude des interactions entre un lieu et les individus qui y évoluent s'est développée à partir du début des années 70, sous le terme de psychologie environnementale. Ces recherches posent la question de l'impact du cadre de vie sur l'homme (en terme de santé et de bien-être) et de la relation que l'individu entretient avec son environnement (perception, émotion, attitude, et comportement induit) (2).

A partir des années 80, ces questionnements ont été appliqués au milieu hospitalier via notamment les travaux d'Ulrich sur l'influence de l'environnement physique sur les usagers (soignants et patients) (3, 4). Cela a alimenté la réflexion sur la conception de lieux de soins propices à la guérison (5). Dans une moindre mesure, ces recherches se sont portées hors des murs de l'hôpital pour s'intéresser aux cabinets de consultation (6) notamment ceux de psychothérapie (7, 8).

En parallèle de cela, le cabinet de médecine générale apparaît comme un espace singulier qui ne s'apparente à aucun autre. A mi-chemin entre espace public et espace privé, il se doit de répondre à certaines obligations légales et éthiques (9, 10, 11) tout en s'inscrivant dans un cadre symbolique (12). Mais c'est également un lieu d'exercice privilégié de par sa liberté, qui porte l'empreinte du médecin qui y exerce (13).

On constate un intérêt croissant pour cet espace, avec une augmentation du nombre de thèses de médecine portant sur ce sujet, mais qui l'abordent chacune selon un angle bien précis : l'ergonomie, le matériel référencé, la salle d'attente, l'usage du meuble-bureau ou encore l'influence sur la relation médecin-patient. La question d'une vision plus globale, s'inscrivant dans le champ de la psychologie environnementale, n'a pas été posée.

Par conséquent, l'objectif de ce travail était d'explorer la question du cabinet de médecine générale selon une vision élargie, en adoptant le point de vue du médecin généraliste. Comment celui-ci voit-il et conçoit-il ce lieu de travail, et de quelle façon l'utilise-t-il?

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'étude : étude qualitative inductive inspirée de la théorisation ancrée

L'objectif de ce travail était d'explorer la vision et les choix d'aménagement de médecins généralistes. Ces choix reposent sur le ressenti des praticiens, seuls à même d'expliquer leurs points de vue et leurs motivations. Par conséquent, nous avons opté pour une étude qualitative, plus adaptée pour prendre en compte cette subjectivité. De plus, considérant l'aspect fragmenté des connaissances actuelles sur cette problématique, l'analyse inductive paraissait appropriée au contexte (14).

L'approche méthodologique choisie s'est inspirée de la théorisation ancrée, considérant que cette recherche explorait les représentations et les comportements des médecins, et que les données recueillies permettraient l'élaboration d'un modèle explicatif théorique (15). Le vécu ou les émotions des praticiens n'étant pas au coeur de notre questionnement, l'approche phénoménologique apparaissait moins pertinente.

2. Population : échantillonnage raisonné théorique

Nous avons réalisé un échantillonnage raisonné théorique. Le premier participant a été sélectionné dans la population de référence, à savoir les médecins généralistes exerçant dans un cabinet de médecine générale. L'analyse de ce premier entretien a mis en lumière les éléments à approfondir au second entretien et donc les critères de sélection du deuxième participant, selon une démarche d'échantillonnage inductive (16). L'analyse des interviews et la construction du modèle théorique a ainsi guidé les critères de sélection de chaque participant.

Le recrutement s'est effectué en partie parmi les connaissances de l'investigatrice, en partie par effet « boule de neige » auprès des interviewés ou de contacts existants. Selon les situations, les praticiens ont été contactés directement par mail, par téléphone, ou par appel aux secrétariats avec exposition de la démarche et envoi d'un mail. Ce mail présentait le thème de la recherche et justifiait le choix du profil du participant (Annexe 1).

3. Recueil des données

Le recueil des données a été effectué par entretiens individuels, semi-dirigés, réalisés au cabinet de chaque médecin interviewé afin d'être physiquement présent

dans l'objet de la discussion. Des photos des éléments et des espaces cités lors de l'interview ont été prises à l'issue de l'entretien, en présence du médecin interrogé. La réalisation de focus groupe n'a pas été retenue car l'objectif était d'accéder aux justifications personnelles et possiblement intimes des médecins interrogés. Il a été considéré que le focus groupe aurait pu avoir un effet limitant sur les réponses obtenues. De plus l'échange se serait alors déroulé en dehors du cabinet médical, ce qui n'était pas souhaité.

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 (Guide d'entretien initial et final - Annexe 2). Les entretiens ont été enregistrés sur le téléphone de l'investigatrice (iPhone Xr) via l'application Dictaphone, et retranscrits manuellement, intégralement et anonymisés. Le contenu manifeste a été retranscrit, ainsi que le contenu latent dans une certaine mesure (uniquement au niveau des rires/soupirs/ton de voix, mais n'incluant pas l'expression corporelle). Les retranscriptions ont été faites sur l'application Note puis transférées sur fichier Word/Page. Les retranscriptions n'ont pas été soumises aux participants pour relecture.

La suffisance des données a été considérée atteinte lorsque la lecture du matériel n'apportait plus d'éléments nouveaux pour caractériser les catégories conceptuelles, c'est à dire à l'obtention de la saturation théorique des données (16).

4. Analyse des données

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux chercheuses (Magalie Rivière, investigatrice et Julie Seguinot, co-investigatrice).

L'étiquetage initial a été conduit à l'aide du logiciel libre Taguette (ver1.4.1-50 - Disponible sur <https://app.taguette.org>).

L'analyse intégrative a été réalisée via l'application MindNote (version 2023.3.6 (538)) afin de réaliser un arbre de codage.

La construction du modèle explicatif a été menée via le logiciel Miro (Version gratuite - Miro©2024, disponible sur www.miro.com).

5. Aspects éthiques et réglementaires

Les interviewés ont consenti librement à leur participation à cette étude en toute connaissance de cause. L'information sur l'utilisation et l'anonymisation des données

a été donnée à l'oral aux participants. L'enregistrement n'a débuté qu'après l'obtention de leur consentement oral.

La confidentialité a été assurée par la suppression de tous les noms propres (personnes et lieux). Les noms des participants ont été remplacés par un code (M1, M2, etc.).

Au regard de la loi Jardé, la présente étude n'était pas considérée comme une Recherche impliquant la personne humaine (RIPH) car se plaçant dans le champ de l'expérimentation humaine et sociale. De ce fait, elle n'a pas été soumise à l'avis du Comité de protection des personnes. Le recours à l'outil proposé par le Collège national des généralistes enseignants a confirmé que la présente étude se situait hors champ de la loi Jardé (17). Cet outil a également évalué qu'il n'était pas nécessaire dans le cas présent de demander l'avis d'un comité d'éthique.

Considérant que cette étude ne traitait pas de données de santé, et considérant que le traitement des données concernait uniquement des données anonymisées, cette étude n'a pas été enregistrée auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés.

III. RÉSULTATS

Description et sélection de l'échantillon étudié :

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
Sexe	F	M	M	F	F	F	F	M	M	M	F
Age	38	35	52	48	39	41	28	35	63	65	60
Nb d'années exercées (années)	12	5	7	20	9	14	<1	5	35	36	34
Durée d'installation ds ce cabinet (années)	10	2	5	10	8	11	<1	3	32	7	1
Propriétaire/ locataire	P	P	P	P	L puis P	P	L	P	P	P	Salariée
Localisation selon le praticien	Semi R	U	Semi R	U	3/4 R	U	U	U	U	Semi U	U
Localisation selon l'Insee	Centre urbain intermédiaire	Grand centre urbain	Bourg rural	Grand centre urbain	Rural à habitat dispersé	Petite ville	Petite ville	Grand centre urbain	Ceinture urbaine	Ceinture urbaine	Grand centre urbain
Création / Reprise	Re	C ds existant	Re	C	Re	Re	Re	C	C ds existant	C	C
Date dernière rénovation (il y a X années)	10	2	5 puis 1	6	8 puis 3	11	<1	3	32	7	1
Type de rénovation	Ra	Co	Ra puis Tra	Co	Ra	Ra + Co	Ra	Co	Co	Co	Co
Bureau partagé?	N	N	N	N	O	O	N	N	N	N	N
Taille du groupe médical (nb de med)	2	3	5	4	5	3	3	3	5	1	3
Surface (m2)	30	15	35	35	20	35	20	18	30	20	20
Cabinet à 1 ou 2 espaces	2	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1
Exercice particulier	Accueil interne	Salarié CIVG	Accueil interne	Dermato	Accueil interne	Accueil interne	Non	Non	Non	Homéo, méso, nutrition	Salarié
Secretariat	Ph	Ph	Ph	Ph	Ph	Tel	Tel	Ph	Ph	Ph	Ph
Salle de pause	N	N	N	O	O	O	O	O	N	N	O

P : Propriétaire. L : Locataire. S : Salarié. R : Rural. U : Urbain. C : Création. Re : Reprise. Ra : Rafrâichissement. Co : Construction. Tra : Travaux. O : Oui. N : Non. Ph : Physique. Tel : Téléphonique.

- « Localisation selon le praticien » : La localisation a été demandée à l'interviewé, qui a défini par lui-même le statut (Urbain, Rural, etc.).
- « Localisation selon l'Insee » : le statut de chaque lieu d'interview a été défini via la grille communale de densité éditée par l'Insee au 01/01/24, la ruralité n'étant plus définie uniquement par des critères de taille de population mais par une approche plurifactorielle (18).
- Type de rénovation : une distinction est faite entre le Rafrâichissement (peinture, meuble), les Travaux (engagement plus important, menuiserie par exemple, sans modification de la surface) et la Construction (modification de l'espace, ajout de cloison, restructuration).

Conformément à la démarche d'analyse inductive, de nouveaux critères ont été recherchés à chaque entretien, pour guider le choix de l'interviewé suivant.

Le premier entretien concernait une reprise d'un cabinet, anciennement occupé par un membre de la famille. Le deuxième entretien a donc ciblé une création. L'influence du groupe médical ayant été identifiée, le troisième entretien a ciblé un groupement de médecins plus important. Le quatrième entretien avait pour objectif de rechercher si certains éléments étaient propres à la médecine générale en interviewant un médecin d'une autre spécialité (avec des critères communs à la médecine générale : importance de l'interrogatoire et de l'examen physique, exercice libéral). La problématique de l'insécurité est apparue et sera donc questionnée lors des entretiens suivants. La notion d'appropriation/personnalisation du bureau étant apparue également, le cinquième entretien s'est tourné vers un bureau partagé, et permettait d'aborder un environnement plus rural et un fonctionnement de MSP. Le sixième entretien permettait d'approfondir cette notion d'appropriation du cadre de travail avec un cabinet impersonnel du point de vue de la décoration. Le septième entretien a été sélectionné du fait de son installation récente tandis que le neuvième entretien explorait une installation ancienne. Le huitième entretien avait été sélectionné du fait de sa localisation en plein centre d'une ville de taille importante. Le dixième entretien correspondait à un praticien ayant réalisé son installation après plusieurs années de pratique. Enfin, le onzième entretien explorait l'influence possible du statut de médecin salarié.

L'ensemble des entretiens a été réalisé en région Centre, et la quasi totalité (10/11) en Indre et Loire (1 entretien réalisé dans le Loir-et-Cher).

Des photos des cabinets ont été prises. Cependant leur analyse n'apportait pas d'éléments supplémentaires aux résultats obtenus. De plus, leur utilisation pouvait porter atteinte à l'anonymat des interviewés en permettant l'identification d'un cabinet. Il a donc été décidé de ne pas les utiliser.

L'analyse de ces entretiens a permis d'identifier 5 catégories, détaillées ci dessous.

CATÉGORIE I : LES CRITÈRES DE CHOIX DU MÉDECIN

Cette première catégorie regroupait 5 Propriétés, pour un total de 15 étiquettes (Figure 1).

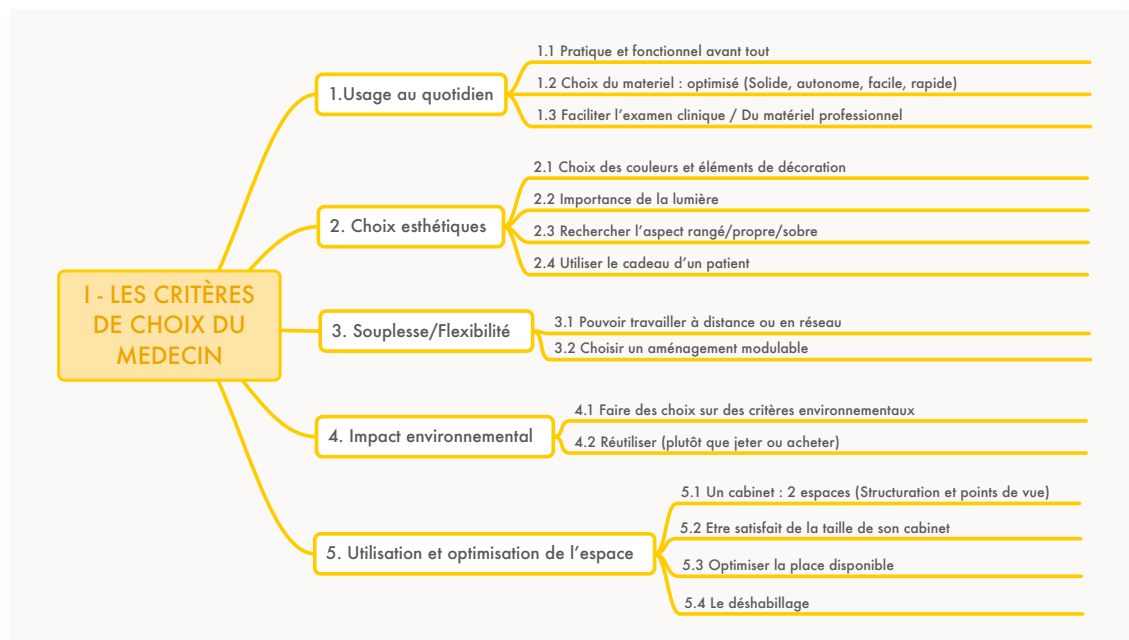


Figure 1 : Les critères de choix du médecin (Branche I)

1. Usage au quotidien

1.1. Pratique et fonctionnel avant tout

La notion la plus fréquemment mise en avant par les interviewés était la recherche de praticité et de fonctionnalité au quotidien, unanimement citée.

Cela se traduisait par la mise en place de rangements, si possible en quantité. On retrouvait assez logiquement l'utilisation d'un meuble dédié à l'administratif/papeterie à proximité du bureau et l'organisation du matériel clinique à proximité du divan d'examen, avec d'une part le matériel courant accessible directement (sur mobilier roulant, sur paillasse ou meuble dédié, avec plan de travail accessible et dégagé), et le reste organisé selon des systèmes propres à chacun (tiroirs ou meubles à thème, étiquetage, compartiments...).

Cette recherche de fonctionnalité sous-tendait un désir d'efficacité, à travers la notion de gain de temps et d'anticipation. Le gain de temps était obtenu avec des éléments

placés à portée de main : rapidement accessibles, sans nécessité de déplacement à l'autre bout de la pièce et sans perte de temps en recherche. L'anticipation se traduisait par l'achat de matériel en double et la constitution de stocks, généralement entreposés plus à distance. Dans l'optique de parer à toute éventualité, on retrouvait la volonté de protéger le matériel (placé hors de vue des enfants, pour éviter toute manipulation non souhaitée). Enfin était évoqué la tranquillité d'esprit apportée par un cabinet bien organisé, où l'on retrouve facilement ce que l'on cherche.

- *Euh..., je trouve que le cabinet, si tu veux, il est très fonctionnel, c'est à dire que j'ai ma table d'examen ici, avec le, le, tout ce qui, ma paillasse à côté et tout est à portée de main. C'est à dire, j'ai les tiroirs pour les pansements, tiroir pour la pédiatrie, tiroir.. fin, tout est .. plutôt rapide, c'est des tiroirs en plus, je vais assez vite pour sortir les éléments. M7*
- *Et bien, important, aussi bien pour le confort personnel, pour me sentir à l'aise, que pour mettre à l'aise le patient, les deux. Et puis pour être efficace, et pas être... que l'aménagement ne soit pas un frein à l'activité mais que.. ça permet de travailler sans penser à où on cherche les affaires. Parce que moi, j'ai connu des médecins, où on voulait un arrêt de travail, il fallait chercher dans la pile, il y en avait un au fond.. Après, il faut un spéculum, il n'y en a plus... donc on cherchait partout à plein temps. Les piles usagées mélangées avec les piles neuves, du coup y a pas de lumière dans l'otoscope... Non. J'ai connu des choses, oui... Ça faisait pas envie. En med gé, on a de la chance de faire beaucoup de stages et du rempla, donc... après, on sait ce que l'on aime et ce que l'on aime pas. M3*

1.2.Choix du matériel : optimisé

Le matériel était choisi dans une optique similaire : faciliter le quotidien du praticien. On retrouvait comme précédemment la notion de gain de temps et de tranquillité d'esprit (matériel facile à mettre en place, sans maintenance) à laquelle s'est ajoutée la recherche de solidité et de fiabilité.

Cette demande d'optimisation s'applique à différents niveaux : bureautique, matériel médical, logiciels informatiques, ou encore mobilier.

Exemple sur le plan bureautique, avec du matériel informatique rapide et multi-fonctions : scanner/imprimante, téléphone/casque, le filaire pour plus de fiabilité ou le sans-fil pour moins de contraintes. Sur le plan du matériel médical : nouvel ECG plus rapide, pèse-bébé « increvable ». Sur le plan mobilier : bureau, chaises, plan de travail et divan d'examen solides, durables dans le temps.

- *Au niveau du matériel, je n'ai pas pris des trucs franchement esthétiques, moi j'ai misé sur des trucs robuste, donc... c'est pareil c'est pas forcément le truc le plus joli mais au moins ça tient quoi. M2*
- *Euh.. que ce soit très fonctionnel (Rires). Fonctionnel et que ça demande le moins, euh..... tu vois, le moins d'entretien ou le moins de tracas possible. M6*

Si les critères identifiés ici étaient partagés, chaque médecin avait cependant des attentes, des priorités et un vécu qui lui étaient propres, et qui l'amenaient à des choix différents de ses confrères. Ainsi, malgré cette base commune, chaque médecin se constituait au final un cabinet unique. Ceci est illustré à travers ces deux exemples :

Avis sur le logiciel d'exploitation

- *(Ce que M7 apprécie) Et que.. le le système IOS est très simple en fait. Je le trouve vraiment très très simple. Voilà. Qu'il y ait pas de bug. Quand j'arrive au cabinet, je peux te dire que je suis fonctionnelle en trente secondes. Tout, tout marche très vite. Pas de soucis. M7*
- *(Ce que M8 n'apprécie pas) Un ordinateur Mac. Parce que c'est la galère en fait, le Mac ça coûte très cher, les logiciels sont très chers, il faut des informaticiens tous les 3,4 matins pour... Donc c'est très beau mac, mais en fait ça coûte une fortune et c'est pas du tout adapté avec les communications avec l'assurance-maladie, ça se fait très mal donc en fait, c'est, c'est à éviter. À mon sens. M8*

Avis sur le divan d'examen

- *(Choix d'un divan non électrique) C'était pratique. Et vu que c'est une table qui n'est pas électrique ou quoi, elle ne prenait pas de place et elle était facile à mettre en place. M2*
- *(Choix d'un divan électrique) Et cette table d'examen, je ne sais pas si ça intervient là, mais elle est fort pratique. J'ai longtemps étudié pour trouver cette table, pour la gynécologie par exemple, je n'ai pas besoin de visser-dévisser des étrières, j'ai des étrières escamotables donc ça prend à peu près cinq secondes chrono de les ramener, de les ranger et de les remettre. Et elle est en trois plans, donc je peux mettre le patient tête en bas, tête en l'air... Elle est fort pratique. M1*

1.3.Faciliter l'examen clinique/du matériel professionnel

La partie Examen clinique du cabinet faisait l'objet d'une organisation particulière pour optimiser son usage au quotidien.

Ainsi, le praticien pouvait souhaiter tourner facilement autour de son patient, avec un espace suffisant autour de la table d'examen. Il pouvait également avoir développé

des habitudes d'examen en adoptant toujours le même positionnement fixe (à droite ou à gauche du patient en fonction de la manualité et des habitudes du praticien), en plaçant l'ensemble de son matériel à proximité.

L'examen pédiatrique pouvait bénéficier d'aménagements avec un espace dédié, afin de faciliter l'examen clinique, avec un point d'eau à proximité immédiate, et une disposition permettant la proximité du parent sans gêner l'examen.

L'examen gynécologique faisait aussi l'objet d'une attention particulière chez certains interviewés avec l'acquisition d'une table à 3 plans, avec étriers facilement et rapidement mis en place.

Concernant le matériel médical, on retrouvait l'usage de matériel professionnel, acquis pour faciliter l'examen et gagner en confort et en précision. La lampe à pied pour l'examen gynéco, la lampe sur rail multi-usages, l'otoscope à fibre optique, le tensiomètre électrique pour une mesure objective, la mallette de dépistage pédiatrique sensory-baby test, etc. Là encore chaque médecin investissait en fonction de ses besoins et envies.

Aménagement de l'espace examen

- *Alors, moi ce que j'aime, c'est de pouvoir tourner autour de la table, voilà. M11*
- *Par contre, voilà, ça je suis content comme tout, l'aménagement de ça. (Montre la tablette). Parce que j'arrive ici, c'est pour ça quand tu me posais la question de... Voilà, c'est, voilà, on s'enquiquine pas, moi j'ai mes stéthos, toc là, tensio, machin, je ne bouge pas d'ici, voilà, j'ai les abaisses-langue là. Et voilà, je ne bouge pas de mon coin, je suis là. Tu vois? M9*

Aménagement plus spécifique (pédiatrie)

- *Uhm.. Ben le coin pédiatrique maintenant qui est quand même très pratique avec l'évier à côté, tout à portée de main , à la bonne hauteur. [...] Et puis la petite rampe d'éclairage, qui permet d'avoir les reflets pupillaires facilement. Les jouets pas loin. M3*

Du matériel adapté

- *Ah ça oui, j'en suis très content, parce que moi je m'en servais dans mon usage annexe, à l'hôpital. Donc j'en suis très très content, au niveau de l'usage. C'est une lampe professionnelle. C'est un faisceau qui n'est pas le même, ça n'a rien à voir avec des lampes courantes. M2*

1.4.Synthèse

Propriété : Usage au quotidien
Etiquettes : Pratique et fonctionnel avant tout / Choix du matériel : optimisé (solide, autonome, facile, rapide) / Faciliter l'examen clinique, du matériel professionnel
Cette propriété Usage au quotidien correspondait à une recherche des meilleures conditions de travail en terme d'ergonomie et d'efficacité au quotidien. Les réponses apportées différaient d'un praticien à l'autre en fonction de sa pratique et de ses habitudes. Cela se traduisait en terme de choix du matériel utilisé, de sa disposition et de l'aménagement du cabinet. L'aménagement et l'équipement professionnel visible dans le cabinet renseignaient en partie sur les pratiques et préférences du praticien et participaient à construire son image professionnelle.

2. Choix esthétiques

2.1.Choix des couleurs et éléments de décoration

L'esthétique avait une certaine importance. Les médecins appréciaient les coloris qu'ils avaient choisis pour leur cadre de travail, décrits comme jolis ou apaisants, et qui se déclinaient là encore en de multiples propositions: ensemble blanc avec quelques touches colorées (Blanc et jaune. Blanc et noir avec touches de rouge), tons neutres et doux (Rose. Bleu. Beige), ou encore ambiance colorée (Orange et violet). A cela étaient parfois ajoutés quelques éléments mobiliers de couleur (chaises, revêtement du divan d'examen).

Les couleurs étaient associées à des représentations. Le rose : féminin. Le blanc : propre. Le jaune : joyeux. Le bleu : apaisant. Les couleurs vives : dynamiques. Le orange : chaleureux. L'association beige/bleu : apaisante.

D'autres éléments décoratifs étaient utilisés, notamment le recours aux tableaux ou photos : dessin humoristique choisi car transgénérationnel et ne heurtant pas la sensibilité, éléments de nature (fleurs, paysage), illustrations de centres d'intérêt personnel (sport, théâtre, bande dessinée), photos de famille ou de voyage. On pouvait noter également la décision contraire, avec l'absence d'éléments au mur.

Ressenti des coloris

- *Ah bah je sais pas, parce que je trouvais ça sympa, c'est calme, ça me repose. J'aime bien le bleu. (Rires). M9*

- *Oui voilà, souvent je leur dis que c'est un bureau de fille. Des murs roses, ça les fait rigoler, mais oui, c'est fait pour désaseptiser un petit peu ce côté très clinique, très médical du tout blanc-tout blanc quoi... Rétrospectivement, peut-être que les quatre murs roses ça faisait beaucoup... (Rires). Mais voilà, j'ai essayé aussi de coordonner avec ma table d'examen tu vois, ça fait un peu de déco quand même. M1*
- *Au niveau des couleurs, ben... j'ai essayé de mettre quand même des trucs un petit peu, le peu de couleurs que j'ai mis c'est des couleurs un petit peu flashy. Jaune, moi je.. Voilà, je suis, moi je suis plutôt de bonne humeur comme personne donc je pense que cela reflète bien. M2*

Eléments décoratifs

- *(A propos des photos et des tapis au mur) Et bien parce que je les aime ! Et parce que je trouve qu'ils sont chauds. Les tapis indiens je les ai achetés exprès pour le cabinet, pendant un voyage en Inde. Et les cadres photos, je les ai développés exprès pour ici. M3*
- *Ben, oui, le côté, y'a juste le côté déco où les murs sont nus, mais bon, comme y'a cette différence de couleur et tout ça, donc.. M10*

2.2.Importance de la lumière

La luminosité était un critère cité par différents médecins, avec une recherche de lumière, qu'elle soit naturelle ou artificielle. Elle était utilisée pour recréer une ambiance chaleureuse, propice à rassurer le patient. Elle était également considérée comme nécessaire pour la bonne réalisation de l'examen clinique.

- *Ce que j'aime bien dans mon bureau? Qu'il soit assez lumineux. M1*
- *Ben j'ai l'impression que les patients se sentent plutôt à l'aise. Justement du fait des lampes courges, de la lumière orangée, du côté cocoon. M3*
- *Non, je parlais de l'éclairage du plafond. Avec les spots, qui permettent d'avoir une lumière blanche mais qui, .. ça éclaire vers le plafond, et on peut les orienter pour que ça ne soit pas agressif au niveau du plan de travail pédiatrique avec les nourrissons. Mais qu'en même temps, on ait un bon éclairage diffus, neutre, avec une lumière froide sur le corps des patients. M3*

2.3.Rechercher l'aspect Rangé/Propre/Sobre

Les praticiens interrogés avaient pour la plupart des cabinets ordonnés et rangés. Cependant cet aspect était particulièrement important pour certains et était alors cité avec insistance. Cet aspect ordonné s'expliquait par le caractère du médecin et sa façon de travailler. Mais cette recherche d'ordre correspondait également à une

projection du médecin, à sa conception de ce que devrait être un médecin et de l'image qu'il devrait véhiculer. Pour ceux-là, un médecin se devait d'avoir un espace de travail en ordre.

- *Sobre. Moderne. Uhm... Pratique. Il est beau, tout simple. M4*
- *Et au niveau visuel pour les gens, c'est quand même très désagréable quand tu arrives dans un cabinet et qu'il y a du bordel partout. [...] Pour le propre et le bien rangé, ça ouais, je m'acharne, cela m'a tellement agacé quand j'étais remplaçant d'être dans des futoirs avec des trucs dégueulasses en plus. Alors qu'on est médecin...M2*
- *Epurer les choses et que.. les gens se disent « y'a, c'est, c'est, le bureau du médecin est rangé, y'a pas de bazar. » M7*

2.4.Utiliser le cadeau d'un patient

Certains praticiens ont fait référence à des présents, offerts par les patients, qu'ils avaient utilisés pour décorer leur bureau. Le cadeau était ainsi conservé, soit car l'objet en lui-même faisait plaisir au médecin, soit parce que celui-ci désirait faire plaisir au patient en l'exposant. Même si cela a été moins clairement exprimé, il apparaissait que le médecin pouvait aussi apprécier, non pas le présent en lui-même mais ce que représentait le cadeau, le symbole d'une relation médecin-patient qui a été construite. Parfois, le présent devenait partie intégrante du cabinet, de son identité.

- *Et ce tableau, ça c'est un patient de 95 ans qui me l'a peint. C'est pour lui faire plaisir. M3*
- *Donc elle m'a fait une bouture de pothos et elle me l'a emmenée il y a trois semaines-un mois. Et du coup j'étais ravie parce qu'en fait je trouve ça, ben, déjà c'était sympa. M5*
- *Alors, j'ai aussi une décoration qui est progressive, c'est-à-dire que j'ai aussi des patients qui me font des cadeaux, donc y'en a certains qu'on affiche. Là par exemple, la, la planchette d'anatomie c'est une patiente. Les 2, les 2 éléphants de Thaïlande, c'est les patients thaïlandais, voilà. M8*
- *Ça c'est un tableau d'un de mes petits patients...[...] maintenant, il est âgé le patient.. Et donc il avait 7 ans quand il a fait ça (montre un dessin de coccinelle). Et donc, je l'ai gardé, je l'ai déménagé et j'ai dit « ça, ça fait partie de mon cabinet ». Et les gens, quand ils arrivent ici, ils disent « ah, c'est bien, y'a la grenouille ! Et puis y'a la coccinelle! ». M11*

2.5.Synthèse

Propriété : Choix esthétiques
Etiquettes : Choix des couleurs et éléments de décoration / Importance de la lumière / Rechercher l'aspect rangé, propre, sobre / Utiliser le cadeau d'un patient
Cette propriété Choix esthétiques correspondait à la décoration du cabinet. On constatait que ces choix étaient forcément personnels, dans la sélection des teintes, des éléments de décor, mais également dans ce que le médecin souhaitait transmettre comme impression au patient. Ainsi le décor créé au sein du cabinet devenait un environnement de travail, destiné d'une part au médecin qui y oeuvrait au quotidien mais également au patient, dans une optique de réassurance (ambiance chaleureuse, environnement organisé, relation privilégiée).

3. Souplesse/Flexibilité

3.1.Pouvoir travailler à distance ou en réseau

Avec l'évolution de l'outil informatique s'est développé l'accès à distance au logiciel métier. Le confort de l'accès à distance a été souligné, d'une part lors des visites à domicile chez le patient, et d'autre part depuis le domicile du praticien, soit pour gérer une urgence depuis le domicile sans avoir à retourner au cabinet, soit pour faire de l'administratif à distance (comptabilité notamment).

La mise en réseau du logiciel facilitait également son usage dans le cadre d'un groupement médical, où le patient pouvait être amené à voir un autre médecin que son médecin habituel. De nouveau, l'accès depuis n'importe quel poste informatique facilitait le quotidien.

- *C'est immatériel mais le logiciel métier, pareil, c'est un truc, je pense que c'est un des choix primordiaux quoi. [...]. Les logiciels en ligne, c'est vraiment une bénédiction. Quand on a une bonne connexion Internet. Mais ce logiciel là en particulier, moi j'en ai essayé pas mal... Il marche bien. Et le fait que cela soit en ligne, on peut tout faire à distance. Au niveau pratique, là on a parlé du cabinet, mais quand tu dois te barrer en courant le soir et que tu n'as pas fini un ou deux trucs, tu sais que 90 % des choses, tu peux les faire vite fait chez toi à distance. Les trucs urgents tu peux les gérer. M2.*
- *Ensuite le cabinet est en réseau, 'fin, donc tous les dossiers étaient accessibles depuis n'importe quel bureau donc voilà, c'était pas un travail individuel ou voilà. On, on pouvait tous accéder aux dossiers médicaux même si à un moment donné le, le patient ne voyait pas forcément son médecin habituel. M5*

3.2.Choisir un aménagement modulable

La modularité permettait de gagner en souplesse en adaptant un élément aux besoins du moment. Cela s'exprimait au niveau du matériel, dans l'aménagement de la pièce, voire même dans la destination de la pièce elle-même.

(Exemple sur le plan matériel : lampe modifiée pour pouvoir coulisser sur un rail, meuble ECG adapté pour servir de plan de travail lors des sutures, étriers escamotables. Sur le plan aménagement : rideau plié, déployé en cas de besoin d'intimité. Sur le plan de la destination de la pièce : pièce multi-usages pouvant être convertie en salle de repos ou en cabinet pour un interne ou une infirmière).

- *Et ça rejoint aussi le petit rideau, là, qui est en option, qui sert rarement mais quand les gens doivent montrer leurs fesses, et bien le rideau, il se rabat devant la porte. M2*
- *J'aime bien le fait en effet d'avoir cette pièce en plus à côté, qui peut servir, soit pour en effet une infirmière Asalée, soit pour un étudiant. M6*
- *On a voulu que quand y'a des patients dans cet espace, ils se, ils aient pas l'impression que ça soit aussi la salle de pause. Donc c'est-à-dire que tout ce qui est vaisselle est caché maintenant dans des meubles, euh, qu'y a vraiment un espace examen clinique dédié, qui n'empiète pas du tout sur la, l'endroit où on mange quoi. M7*

3.3.Synthèse

Propriété : Souplesse / Flexibilité
Etiquettes : Pouvoir travailler à distance ou en réseau / Choisir un aménagement modulable
Cette propriété Souplesse/Flexibilité correspondait là encore à une recherche de confort et de simplicité dans l'exercice au quotidien. L'adaptabilité apportée par ces différents aménagements permettait au praticien de répondre facilement à certaines situations.

4. Impact environnemental

4.1.Faire des choix sur des critères environnementaux

Le degré d'implication en terme de considération environnementale était très variable d'un praticien à l'autre, allant d'une simple non prise en compte à un engagement important tendant vers un cabinet éco-responsable.

Cette conscience écologique se traduisait à deux niveaux : sur le plan du bâtiment lui-même, au moment de sa conception, et sur le plan des changements d'habitudes avec modification du matériel acheté et notion d'achat raisonné.

En terme de bâti, la question énergétique était au coeur de la réflexion, avec un travail mené sur l'isolation et l'exposition. Cette problématique était parfois portée par les architectes, parfois à la demande du médecin. L'augmentation récente du coût énergétique a été un facteur supplémentaire pour alimenter cette réflexion d'économie des ressources.

Au niveau du changement d'habitudes, les initiatives étaient multiples : usage de piles rechargeables, impression des ordonnances en format A5, limitation des emballages individuels (compresses), réflexions sur les produits ménagers ou la gestion des poubelles. Plusieurs praticiens ont évoqué l'utilisation des rouleaux de papiers pour les examens, avec des réflexions plus ou moins abouties pour ne plus l'utiliser à titre systématique.

Ces changements étaient menés généralement à l'échelle du cabinet. Un praticien cependant évoquait une réflexion portée à une échelle supérieure, avec une dynamique de groupe et la mise en place de mesures concernant le fonctionnement global de la structure médicale. Ce praticien était le seul interviewé faisant partie d'une MSP. Ce statut pourrait favoriser les dynamiques de projets.

- *Oui, oui! Ça l'était pour tout ce qui était isolation thermique, beaucoup.. Alors, l'architecte était très, pour le coup, il était très, il était un peu au taquet là dessus. Euh, donc les, les espèces de brise-lumières, là, qui permettent de, de limiter l'exposition, euh..., les matériaux, enfin, on est très bien isolées hein, l'hiver on chauffe quasiment pas. Si on met du chauffage un mois dans l'année, c'est à peu près tout. [...] C'est vraiment très bien isolé. Donc oui, ça a été un truc important. Y'a.. au départ il voulait faire un toit végétalisé, ça n'a pas pu être fait parce que justement, on a été obligé de rajouter la clim. M4*
- *Alors, non, mais ça va peut-être arriver. Parce qu'on se pose des questions en effet, sur, voilà, beaucoup de papiers, tu vois. Donc X, elle est passée à, justement, ben, plus forcément de draps d'examen mais plutôt un drap. Moi j'hésite encore, je me dis peut-être du, du pschiiit entre deux et puis mettre justement le drap que quand il y a risque de souillure ou ce genre de choses, les examens gynéco ou quoi que ce soit. Euh.... On se posait aussi la question, euh, du tri. Euh, on se posait aussi la question, ben de l'énergie. Très clairement. Ça l'énergie c'est un vrai problème, on sait pas encore exactement comment gérer ça. Tout en restant dans les normes. Parce que sinon on aurait bien remis, en effet, on aurait bien remis un sas mais là.. on va retomber dans ces histoires de normes... Donc euh.. voilà... ... L'isolation aussi, on a remis une nouvelle isolation. Et voilà, c'est plutôt des ... on en est quand même encore en réflexion. M6*
- *Franchement, l'environnement, vous voulez dire l'écologie ? Franchement non. Je, je, je ne vais pas mentir, ça n'a pas été la priorité principale, néanmoins, on s'astreint, et ça*

c'était la seule chose, c'est à avoir deux poubelles : une poubelle pour le tri, une poubelle jaune comme pour la ville et une poubelle pour les déchets communs. Et bien sûr un DASRI. M8

4.2. Réutiliser (plutôt que de jeter ou acheter)

Concernant l'aménagement mobilier du cabinet, on retrouvait cette dimension environnementale dans le réemploi de meubles, pouvant être associé à une dimension économique. Certains praticiens aménageaient leur cabinet avec des meubles déjà présents au domicile (table à langer, étagère), ou en réutilisant tout ou partie du mobilier laissé par le prédécesseur.

Une réflexion similaire s'appliquait par exemple au réemploi d'anciens jouets, à destination de la salle d'attente, plutôt que l'achat de jouets neufs.

- J'essaye de réutiliser au maximum ce qui était, plutôt que de le changer. Parce que... si y'a des choses qui fonctionnent, même si... Le bureau, je l'aurais fait un peu différemment j'aurais préféré un bureau en bois, j'avais des idées... je l'aurais bien fait moi-même. Bon. Il y en avait un qui me convenait, je n'allais pas le jeter à la poubelle pour en acheter un autre. C'était plutôt dans cette idée là, ouais. Ne pas racheter ce qui fonctionne. M3*
- Par exemple la bibliothèque, c'est une récupération d'un truc que j'avais chez moi. 'Fin voilà, je préfère..., 'fin si y'avait du mobilier à acheter ou des choses à acheter, je préfère, je penserais à regarder sur le bon coin, voilà. Faire en deuxième main. M5*

4.3. Synthèse`

Propriété : Impact environnemental
Etiquettes : Faire des choix sur des critères environnementaux / Réutiliser (plutôt que jeter ou acheter)
Cette propriété Impact environnemental concernait la prise en compte de la problématique écologique. Cette implication était très variable d'un praticien à l'autre. Une première réflexion s'imposait au moment de la construction du bâti (isolation, économie d'énergie). Une seconde réflexion concernait les changements d'habitudes, et pouvait toucher de nombreux domaines (limitation des polluants , économie des ressources, usage raisonné, réemploi). La réflexion était généralement menée au niveau individuel mais pouvait également faire l'objet d'une dynamique de projets à l'échelle de la structure médicale.

5. Utilisation et optimisation de l'espace

5.1. Un cabinet : deux espaces (Structuration et points de vue)

Selon les praticiens, la consultation possédait une structuration temporelle avec tout d'abord le temps de l'interrogatoire suivi par le temps de l'examen clinique. Cette structuration était également spatiale, avec un espace interrogatoire localisé autour du bureau et une partie examen clinique qui se déroulait en majorité au niveau du divan d'examen. Là encore, ce cadre était plus ou moins flexible selon le praticien. Cette structuration pouvait être différemment matérialisée : soit le cabinet était formé d'une pièce unique et c'est le bureau et le divan d'examen qui symbolisaient ces espaces, soit la pièce était séparée en deux. Dans ce cas cette séparation était marquée par une cloison (plus ou moins grande) ou par une distinction d'ambiance (changement de couleur des murs et du type de décoration).

Les praticiens en faveur de la séparation physique mettaient en avant un gain de confidentialité (en cas d'accompagnant), une structuration plus marquée de la consultation, avec une partie plus axée sur la mise en confiance et l'échange et l'autre partie ciblée sur l'examen.

Les adeptes du « sans cloison » évoquaient quant à eux un gain de temps et pour certains une plus grande fluidité dans l'échange, sans que cela déstructure les deux temps de la consultation.

Sur cette question de la séparation, les avis pouvaient être tranchés avec une préférence nette pour la présence ou l'absence de séparation, ou au contraire être plus mitigés.

Ce choix de séparation de l'espace en 1 ou 2 pièces s'expliquait en partie par la préférence du médecin. Le tableau des caractéristiques des praticiens interrogés semblait indiquer que les médecins installés depuis longtemps dans leur cabinet avaient fait le choix de la séparation, et ceux d'installation plus récente avaient opté pour le « une pièce ». Cette évolution du cadre de travail pourrait concorder avec l'évolution des pratiques, d'autant plus que les cabinets « 1 pièce » étaient le plus souvent des créations (et non pas des reprises de cabinets existants). Cependant ceci ne peut pas être affirmé ici, du fait du caractère non représentatif de notre échantillon et de la méthode employée.

Dans la même logique, il apparaissait que les cabinets de taille plus modeste étaient plus souvent constitués d'une seule pièce, tandis que les cabinets plus grands pouvaient être séparés en deux. Cette contrainte technique semble probable mais là encore, ne peut être affirmée ici du fait de la méthode employée.

Structuration temporo-spatiale

- *Effectivement avec les internes, je me suis aperçue que ça pouvait être aussi un peu différent, euh.. Mais souvent, moi, là, voilà : l'interrogatoire c'est bureau, et examen clinique c'est là-bas. Et je, je vais à l'examen clinique une fois que pour moi, toutes les questions quasiment ont toutes été abordées. En fait, je me dis pas « je vais faire les deux en même temps » parce que [...] pour moi, le primordial, c'est l'interrogatoire en fait. [...] ça m'arrive de reposer des questions du côté examen clinique quand j'ai besoin justement de repréciser des choses en fonction de mon examen, ou des choses auxquelles je n'avais pas pensé, mais c'est vraiment pour moi, voilà, vraiment scindé en deux, effectivement. M5*
- *Et même quand la personne vient toute seule, je trouve qu'on sépare bien les deux choses quoi. Là, ici, on discute, on parle, on interroge, et après on passe à l'examen clinique, voilà etc. Et on revient ici pour prendre la décision, poser le diagnostic, et mettre un traitement et voilà quoi. Donc non non pour moi, c'est important, mais au début, puisque tu m'as posé la question, y avait rien, y avait rien en fait. Elle a été posée après cette cloison, enfin quand je suis arrivé. Je l'ai fait poser. M9*
- *Oh ben on parle un peu tout le temps. Et puis des fois ça m'arrive d'examiner sur la chaise. Sur la table... (C'est comme ça vient?) Voilà c'est ça! C'est un peu ça! (Rires). M6*

Un avis plus ou moins tranché

- *(« A contrario est-ce qu'il y a à l'opposé des choses vraiment rédhibitoires, des choses que vous avez connu avant et vous vous êtes dit : ça je n'en veux pas ») Une pièce sans séparation. Ça c'était sûr. Voilà entre la partie conversation ou échange et la partie examen. Ça c'était sûr. Ça, j'en voulais pas. Moi. M10*
- *Ben, alors.. A mon cabinet, j'avais, une séparation. Dans mon cabinet libéral. Là ça m'a pas trop, j'y ai pas pensé, je vous dirais franchement... Et je trouve que c'est facile d'accès, comme ça on peut continuer à parler ou à.. ça a son avantage et ses inconvénients. C'est vrai que quand y'a des personnes, quand y'a d'autres personnes qui accompagnent, la séparation peut être bien... mais on peut aussi faire sortir les gens donc... Non, ça m'a pas semblé nécessaire.. Chacun a des avantages et des inconvénients. J'ai pas de... M11*

5.2. Etre satisfait de la taille de son cabinet

Globalement, les médecins se disaient satisfaits de la superficie de leur cabinet.

Ceux qui estimaient que leur cabinet était spacieux l'évoquaient comme une qualité, que cela concerne le cabinet ou la structure médicale.

Ceux qui estimaient que leur cabinet était de petite surface considéraient que ce n'était pas un inconvénient, voire pouvait apporter des avantages supplémentaires, tels que la convivialité (aspect cocon) ou le gain de temps. Sans dénigrer la surface, deux médecins ont cependant évoqué qu'un plan de travail un peu plus long aurait été appréciable.

- *D'abord y'a de la place, c'est, voilà. C'est spacieux, c'est clair, y'a un parking qu'on avait fait refaire, là aussi y'a quand même de la place, on a un environnement sur le plan du jardin, des plantes etc... qu'est... , on a quand même un paysagiste qui vient régulièrement pour entretenir ça, donc là vraiment je suis, de ce côté là, je je pense qu'on l'est tous d'ailleurs, bon. M9*
- *Oui, tout à fait. Alors je dirais pas qu'on a une grande pièce, moi je trouve qu'on a une pièce petite, et ça c'est, je trouve que c'est très appréciable, j'ai horreur de, en fait au début je voulais un grand bureau, je voulais 20-25 mètres carrés, et en fait, euh, ben si on veut gagner du temps et si on veut être efficace, je trouve qu'avoir un petit bureau, c'est , c'est génial parce qu'on passe de la table d'examen à la chaise très rapidement. M8*
- *Moi je suis très content d'avoir un cabinet plus petit mais genre, il y aurait 1 m de plus pour le plan de travail, cela aurait été le top. Je pense. Le plan de travail, c'est comme dans une cuisine, c'est toujours bien d'en avoir un peu trop que pas assez. Ouais c'est surtout ça. Le plan de travail. M2*

5.3. Optimiser la place disponible

Que cela soit dans les petits ou dans les grands cabinets, l'optimisation de l'espace disponible était recherchée. Les stratégies étaient diverses : mobilier avec portes coulissantes pour limiter l'espace de dégagement nécessaire, plaques phoniques d'épaisseur équivalente aux plaques standards pour ne pas perdre de place, choix d'un mobilier de petite taille (bureau, divan d'examen), limitation de l'emprise au sol en accrochant des éléments au mur (lampe sur rail), ou encore la numérisation des dossiers papiers.

- *Parce que le principe du meuble avec une ouverture coulissante derrière moi c'est pratique, parce que tu n'as pas besoin de reculer ta chaise pour ouvrir une porte ou un tiroir. J'ai juste à faire coulisser la porte, c'est à ma hauteur donc je peux rester assise et j'ai juste à me tourner sur ma chaise de bureau. M1*

- *Je ne voulais absolument pas un truc au sol, parce que moi j'ai un petit cabinet, et sinon je me serais pris les pieds dedans et cela m'aurait fait un truc en plus par terre. Moi le but, c'est d'avoir le moins de trucs d'emprise au sol possible parce que le cabinet, mon cabinet à moi, il est tout petit. Cela fait à peine 15 m² ici. Donc c'est pour ça que moi je voulais absolument un truc mural. M2*

5.4. Le déshabillage

Le lieu de déshabillage et de dépôt des vêtements était souvent identifié (patère, majordome, tabouret) mais dans les faits, ce lieu s'avérait fluctuant, en fonction de l'âge du patient, de ses habitudes, de la présence de tierces personnes (accompagnateur ou étudiant en médecine). Plusieurs médecins ont évoqué avec humour la présence parfois impromptue d'un sous-vêtement sur un lieu inapproprié (tabouret, bureau..).

Les bureaux en une pièce semblaient moins soumis à ces variations, le patient déposant généralement ses effets sur les chaises situées devant le bureau.

- *Alors ça dépend (rires), il y en a qui se déshabillent là (montre la pièce côté examen) et il y en a qui se déshabillent là (montre la pièce côté bureau) et je leur dis « ah bah non! ». Non, mais, y'a de tout. Mais bon bah ils sont habitués, ils se déshabillent de l'autre côté. M10*
- *Alors très souvent de l'autre côté, 'fin du côté examen. Euh.... Après souvent, alors, on a une patère exprès justement pour accrocher les vêtements, et souvent (Rires) c'est pas utilisé, ils la voient pas, donc ils mettent ça sur la table d'examen ou sur le tabouret. Ce qui est parfois un peu désagréable, surtout quand c'est des examens gynéco.. Voilà c'est ça, c'est que moi je mets mes fesses après dessus! (Rires) Des fois, c'est par terre. Bon après ça c'est leur problème (Rires). Voilà. Bon c'est plutôt les enfants quand c'est par terre mais ça arrive que ce soit les adultes, que ce soit par terre. Euh... Et puis rarement, du côté, rarement du côté bureau, où vraiment on est.. Mais ça arrive quand même. Ça arrive et c'est, ça peut être souv... c'est souvent, soit des adolescents.. en fait c'est un peu genre j'ai pas envie d'aller, j'ai pas envie d'aller de l'autre côté me faire examiner alors je reste quand même le plus longtemps possible côté bureau, avec ma maman, mon papa... (Rires) et je garde mes vêtements et pis je les pose péniblement.. voilà, sur la chaise, et oui, effectivement, va falloir enlever le sweat, le t-shirt voilà.. Soit des fois c'est des, des patients beaucoup plus âgés, qui se déshabillent d'emblée, direct, parce que je pense qu'ils ont été habitués comme ça, c'était.. et ils se déshabillent d'emblée et hop, après ils vont de l'autre côté. Pas tout nus, hein, mais en slip et (rires) slip et soutien-gorge! Voilà. M5*

- Et bien ça dépend! (Se tourne vers l'étudiante présente) Hein, ça dépend, hein! Voilà. ça dépend. Des fois là, des fois là bas. (Intervention de l'étudiant : "quand je suis là, la plupart du temps, c'est là-bas » (montre l'autre pièce)) Ouais c'est ça! C'est là.. c'est vrai que ça dépend en plus de la présence, c'est ça, ça dépend en effet de la présence d'un étudiant ou pas pendant la consult. Ou de la présence d'une autre personne aussi tu vois, quand par exemple le parent vient... M6

5.5.Synthèse

Propriété : Utilisation et optimisation de l'espace

Etiquettes : Un cabinet - deux espaces (structuration et points de vue) / Etre satisfait de la taille de son cabinet / Optimiser la place disponible / Le déshabillage

Cette propriété **Utilisation et Optimisation** de l'espace concernait la conception de l'espace du cabinet et faisait écho à la structuration de la consultation elle-même. Les praticiens se déclaraient satisfaits de la taille et de la forme de leur cabinet, avec une dichotomie entre les cabinets « une pièce » et les « deux pièces ».

Cette distinction avait des répercussions sur le déroulé de l'examen notamment pour le lieu de déshabillage ou la prise en charge de l'intimité en cas d'accompagnant.

L'optimisation de l'espace avait comme objectif d'éviter la perte de surface inutile, mais également la prise en compte de l'ergonomie.

Modèle explicatif :

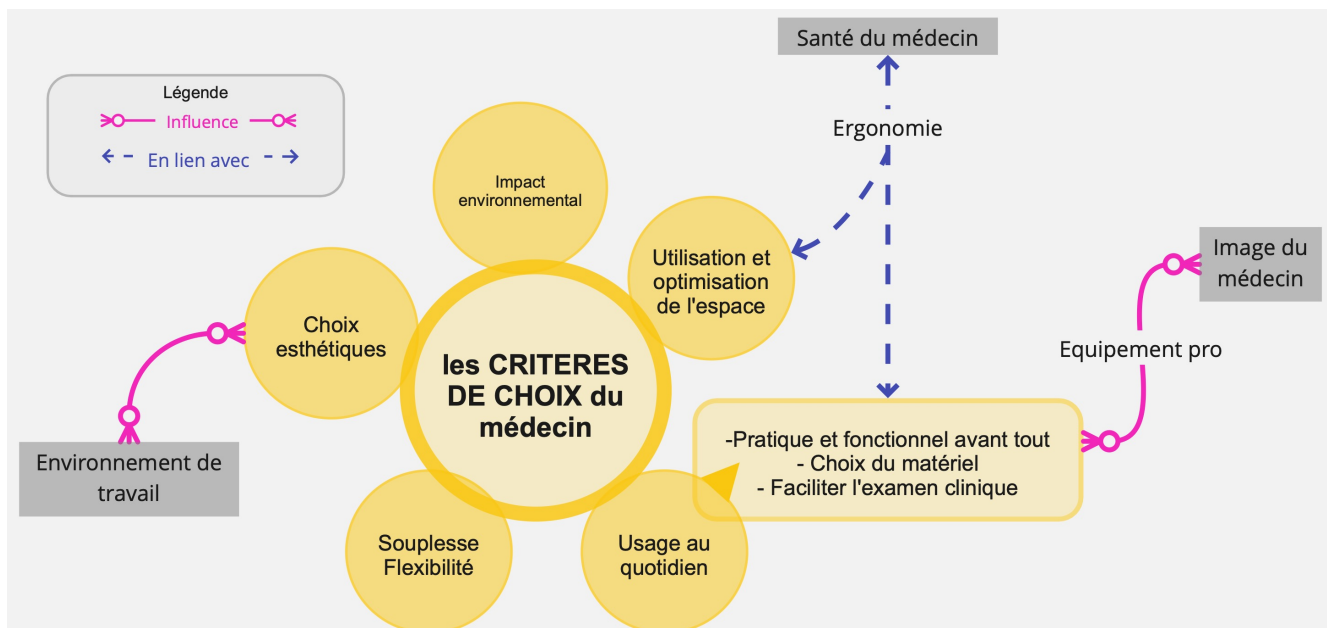


Figure 2 : Modèle explicatif partiel - Les critères de choix du médecin

La catégorie **Les critères de choix du médecin** détaillait les éléments participant à la conception du cabinet : sur le plan esthétique d'une part et sur le plan fonctionnel d'autre part, avec la recherche d'un maximum de praticité et de fonctionnalité, pour faciliter le quotidien du médecin. Cette conception s'appuyait sur les valeurs et les attentes du médecin qui y exerce, d'où son caractère unique.

Des liens s'ébauchaient entre ces critères de choix et la santé du médecin, notamment la santé physique à travers les notions d'ergonomie. Le cabinet ainsi conçu représentait un environnement de travail pour le professionnel. L'équipement professionnel sélectionné participait à l'image médical du cabinet. (Figure 2)

CATÉGORIE II : IMAGE DU MÉDECIN

Cette catégorie regroupait 2 propriétés, pour un total de 8 étiquettes (Figure 3).

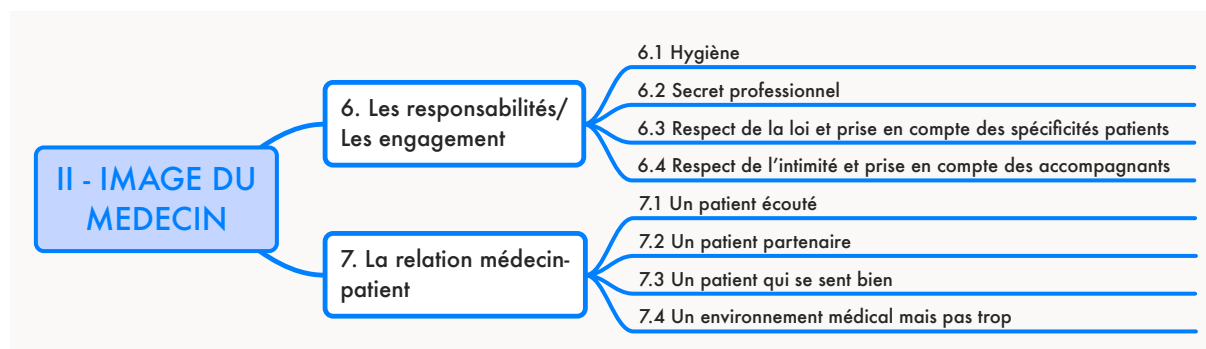


Figure 3 : Image du médecin (Branche II)

6. Les responsabilités/les engagements

6.1.Hygiène

La recherche de l'hygiène apparaissait comme une évidence auprès des interviewés, notamment à travers l'installation d'un point d'eau. Même lorsque celui-ci avait nécessité des travaux, cela n'était jamais remis en cause et tous les cabinets interrogés étaient munis d'un évier.

La sélection de matériaux facilement lavables ou la protection du matériel contre les germes et la poussière (en évitant de le laisser exposé à l'air libre) ont été cités, de même que l'usage de la climatisation et de la VMC pour limiter les mauvaises odeurs et évacuer les particules virales à l'extérieur.

Avec l'arrivée du Covid, les praticiens avaient modifié leurs pratiques, la remarque la plus récurrente concernant le coin enfant dépourvu de jouets pour limiter les risques de contamination et de transmission.

Certains praticiens étaient attentifs également à prendre soin de leur aménagement et refusaient l'image de négligence associée à du matériel abîmé, en particulier pour les assises et le revêtement du divan d'examen.

- *On a fait en sorte que tout soit lavable, propre, qu'il n'y ait pas de... que ce soit adapté à un truc médical quoi! M4*
- *Je vais chercher mes patients et je les raccompagne jusqu'à la porte, et, pour prendre le patient suivant, je fais toujours une pause. Alors ça, c'est depuis le Covid, de changer le drap d'examen.[...] Alors qu'avant, je le changeais avant d'examiner la personne. Mais là maintenant non. [...]. Quand ils vont dans la partie d'examen, le drap est propre. C'est le leur. M10*

- *On avait réfléchi au passage des brancards et c'est pour ça que nos murs sont un petit peu arrondis, c'était pour éviter que les brancards attrapent les angles, etc.. Euh.. Donc pour passer, vous voyez, quand ils font leurs manœuvres et tout, c'est important ça... M4*

6.2. Secret professionnel

La confidentialité a été citée spontanément par 8 médecins sur les 11 interrogés. Les éléments utilisés pour garantir l'isolation phonique variaient d'un cabinet à l'autre, mais avec toujours le même objectif : ce qui était dit dans le cabinet ne devait pas être audible par des personnes extérieures (murs avec placot phonique ou épaisseur importante, portes phoniques ou système de doubles portes, plaques anti-résonance au plafond, musique dans la salle d'attente, porte de la salle d'attente fermée). Certains faisaient référence à des expériences passées où des patients avaient pu se plaindre de ce manque de confidentialité, ce qui les avait amenés à intégrer cette problématique.

Ce respect de la confidentialité était globalement pris en compte au niveau du cabinet de consultation mais était plus difficile à mettre en oeuvre au niveau du secrétariat, notamment lorsque les secrétaires étaient amenées à rappeler des patients. Les noms de famille et le motif de l'appel étaient parfois audibles pour les personnes situées à proximité.

Le secret professionnel incluait également la protection et la sécurisation des données, citées par un praticien à travers la sauvegarde des données médicales en associant une sauvegarde en local et une en ligne sur un hébergeur certifié en données de santé (en cas de vol ou d'incendie).

- *Et notamment l'isolation phonique, vu que toi tu t'intéresses aux choses importantes du cabinet : ça pour moi, c'était un des trucs les plus importants. Là par exemple, entre les deux pièces, y'a certes la brique existante qui a été laissée mais ensuite il y a un placot phonique de chaque côté, qui a été remis. Donc ça veut dire que là, tu peux hurler, normalement ma collègue ne t'entendra pas... M2.*
- *(A propos des plaques phoniques) Ouais, qui permettent d'insonoriser, qui absorbent les bruits. Ça résonne beaucoup moins. On entend du coup très peu les collègues, voilà, c'est très bien. Et donc ça c'est pas mal parce que comme ils savent que l'on entend pas à côté, ils savent qu'on ne les entend pas aussi. Je pense que.. voilà. M4*
- *Alors, de temps en temps, oui, et moi je, j'insiste, [les patients de la salle d'attente me demandent] « Est-ce que vous pouvez pas laisser la porte ouverte ? » Bah, j'dis non, écoutez non. Pour la confidentialité et autre. Donc non. Et ça revient souvent. M10*

6.3. Respect de la loi et prise en compte des spécificités des patients

Les mises aux normes dont il a été fait mention concernaient presque exclusivement les normes d'accessibilité et de signalétique pour les personnes à mobilité réduite (PMR). Plusieurs cas de figure ont été identifiés : la construction récente d'un cabinet, entraînant de fait l'obligation légale d'être dans les normes avec parfois la nécessité de négocier une dérogation (taille de couloir, rampe d'accès). L'acquisition d'un cabinet « non aux normes », avec le désir de se mettre en conformité. Et enfin la construction d'un cabinet remontant à « avant la loi », sans travaux depuis et donc sans mise aux normes réalisée.

Il a été évoqué à plusieurs reprises les contraintes fortes de cette loi (toilettes adaptées aux PMR avec surface supérieure à celle de la salle d'attente par exemple), en grande majorité suivie par les médecins, mais certains notant parfois une discordance avec l'urbanisme de la ville (un cabinet aux normes mais avec un trottoir d'accès au cabinet trop étroit).

Au delà de l'aspect légal, les praticiens avaient à coeur d'aménager leurs cabinets pour inclure les spécificités de leurs patients au sens large (âgés, obèses, à mobilité réduite, avec canne ou fauteuil roulant, etc..). Les particularités des assises étaient notamment réfléchies, ainsi que l'accessibilité au divan d'examen et la montée sur la balance.

Une mise en conformité liée à l'âge de la construction

- *De toute façon, à partir du moment où c'est un local, quand on a déposé le permis de construire, à partir du moment où c'est un local qui accueille du public, ça passe par plein de commissions. [...] On a eu une réflexion pour le couloir. Le couloir est pas assez large pour que deux fauteuils roulants se croisent. Alors on les a arrêtés tout de suite, en disant il n'y aura jamais deux fauteuils qui vont se croiser, parce que nous allons chercher les patients en salle d'attente, ils viennent là, on les raccompagne avant d'aller chercher éventuellement quelqu'un d'autre en fauteuil roulant. M10*
- *Ah bah tu sais à l'époque, y'avait pas grand-chose pour les handicapés. [...] Et puis, le cabinet n'est pas aux normes handicapés. Non, non, mais c'est ça, y a 30 ans, c'est vrai qu'on pensait pas à tout ça. Mais les toilettes là, y'a quelques patients là, qui viennent, bon ben ils sont souvent accompagnés donc bon ils se débrouillent, ils passent tu vois, en arrière, ils se... Mais c'est vrai que c'est pas aux normes. M9*

Un cabinet adapté à tous les patients

- *Tout à fait. Et mes chaises de bureau initialement c'étaient pas celles-là. Enfin mes chaises où sont assis mes patients. C'étaient les mêmes que dans la salle d'attente, qui sont trop basses et sans accoudoirs. Et les gens un peu âgés ils arrivaient pas à se relever. J'ai un patient qui a une myopathie aussi, c'était pareil. Et en fait ces sièges là, ils aiment bien parce qu'ils sont un tout petit peu rehaussés et il y a des accoudoirs de chaque côté. Et ils sont suffisamment larges pour accueillir tous les types de fesses et donc c'est bien aussi. M1*

6.4.Respect de l'intimité et prise en compte des accompagnants

Les praticiens ont évoqué la place de l'accompagnant dans le déroulé de la consultation. Selon la nature de celui-ci, les interactions étaient différentes et justifiaient des aménagements en conséquence.

Ainsi dans le cadre d'un patient adulte accompagné de ses enfants, certains médecins avaient instauré un espace de jeux : livres, table à dessin, malle à jouets. Ces aménagements ont été retirés pendant le Covid puis certains les ont remis en place par la suite. Des assises supplémentaires pouvaient également être mises à disposition.

Dans le cadre d'un patient enfant accompagné de ses parents, un médecin avait créé un aménagement spécifique pour faciliter la place des parents pendant l'examen clinique, sans gêner ce dernier. Des aménagements de type « miroirs » ou autres diversions ont également été mentionnés.

Dans le cadre d'un patient adolescent accompagné de ses parents, la dynamique était tout autre avec plutôt une recherche d'intimité pour permettre un échange privé avec le patient, notamment si celui-ci n'avait pas souhaité que son parent quitte la pièce. Dans cette situation, la cloison séparatrice permettait de faciliter cet échange privé.

La question d'un adulte accompagné d'un autre adulte (parent, conjoint, accompagnant-non-intime) n'a pas été abordée par les médecins au cours des entretiens.

La question de la pudeur se posait également même lorsque le patient se présentait seul, afin de lui offrir un espace d'intimité propre à se dévoiler. Pour cela, les médecins mettaient en place des éléments à même de le protéger des regards

extérieurs. Les solutions adoptées étaient variées : fenêtre en verre dépoli, brises-vue, rideaux en lamelles, volets roulants tirés la nuit quand le cabinet était allumé, volets fermés en permanence, fenêtre sans vis à vis donnant sur un jardin privatif).

D'autres éléments d'aménagement avaient été instaurés pour protéger d'une entrée impromptue dans le cabinet, avec une séparation de la pièce (cloison, semi-cloison, mur, claustra ajouré, rideau tiré devant la porte d'entrée). Ces éléments étaient évoqués dans le cadre de l'examen gynécologique mais également lors d'un examen pouvant nécessiter une plus grande intimité ou dans le cadre d'un patient pudique. Cette notion de respect de la pudeur était mise en place pour le patient, mais également pour le médecin, qui considérait cet espace comme intime et souhaitait le préserver.

Patient adolescent accompagné par ses parents

- *Voilà, parfois on est pas tout seul à la consultation et ça peut permettre d'avoir un coin, plus d'intimité. [...] Je pense aux familles, qui ont des adolescents, voilà, des enfants pré adolescents, qui veulent garder une distance avec leurs enfants, 'fin montrer qu'ils ont pas envie d'empiéter sur leur espace personnel, euh, physique, euh, ça permet.. voilà les gens sont là, on les voit pas là bas, ça permet de garder une distance, une distance physique et puis de, voilà, de masquer un peu ce qui se passe de l'autre côté. M5*

Patient adulte accompagné de ses enfants

- *J'ai surtout mis un endroit espace enfant, je trouve hyper important, derrière toi. Où ils ont leurs petits jeux et souvent en fait ça permet de les apaiser dès le début, dès qu'ils rentrent [...] dans le cabinet, même si je les connais pas, tu vois ils filent direct là dessus et, euh..., et je trouve que les consultations se passent mieux, c'est plus apaisé. M7*
- *Ah oui oui oui, je.. séparer les choses entre la salle d'examen, et puis la salle, voilà, de consultation. Même quand ils viennent à deux, j'ai pas besoin que les gens viennent.. Y'a des gosses des fois qui viennent, qui mettent le nez.. je dis « écoute, t'es mignon tu restes là quoi » (rires). Tu vois. Mais non, parce que j'ai pas envie qu'il voit... C'est, c'est, c'est intime, c'est intime. M9*

Patient seul

- *Et ça rejoint aussi le petit rideau, là, qui est en option, qui sert rarement mais quand les gens doivent montrer leurs fesses, et bien le rideau, il se rabat devant la porte. Parce que comme cela, s'il y a quelqu'un qui doit frapper ou même se tromper, [...] ils comprennent tout de suite qu'il y a un souci. Et les personnes qui sont là, ça les rassure. Parce que ça, oui ! Cela avait été une réflexion aussi sur la relation médecin patient, quand les gens doivent se dénuder, comment on fait ? Est-ce que l'on met un loquet avec un tour de clé*

au risque que les gens ça les glace, ou de mettre un rideau ? Le rideau c'est quand même une meilleure solution là-dessus. M2

- *Après, si je faisais de la gynéco, peut-être de l'intimité entre le bureau et le, euh.. mettre un rideau. On a pas.. C'est vrai qu'on a un bureau entier quoi, on a pas une cloison séparée entre la table d'examen et le bureau mais c'est la superficie du centre-ville qui veut ça quoi. M8*

6.5.Synthèse

Propriété : Les responsabilités / les engagements du médecin

Etiquettes : Hygiène / Secret professionnel / Respect de la loi et prise en compte des spécificités des patients / Respect de l'intimité et prise en compte des accompagnants

Cette propriété **Les responsabilités/les engagements du médecin** correspondait à des notions considérées comme partie intégrante de la pratique médicale. Prendre soin dans le respect de l'hygiène, de la confidentialité, s'adapter au patient et ne pas nuire, sont autant d'éléments qui transparaissaient à travers l'aménagement du cabinet. Le cabinet devenait ainsi un espace de confiance, propice à l'élaboration de la relation médecin-patient. De plus, le cabinet en deux parties, ou conçu avec des aménagements modulables de type cloisons éphémères, permettait pour certains de répondre au besoin d'intimité.

7. La relation médecin-patient

7.1.Un patient écouté

L'importance de l'attitude d'écoute, via la relation en face à face a été mentionnée, en particulier par le placement de l'écran d'ordinateur, décalé sur le coté. Un médecin parmi ceux interrogés allait plus loin dans cette démarche, et réalisait ses consultations sans recours à l'outil informatique (rangé sur une étagère, disponible en cas de nécessité). Plusieurs praticiens avaient également porté leur attention sur l'impact sonore du matériel informatique (bruit des touches du clavier, clic de souris) afin de les rendre les plus discrets possibles pour ne pas parasiter l'échange (à l'attention du patient mais également pour le confort du praticien).

Plusieurs médecins ont cependant souligné que l'écoute et la disponibilité se traduisaient majoritairement par une attitude, et non pas par des aménagements matériels.

Même si l'espace bureau était identifié comme le lieu privilégié de l'interrogatoire, il s'avérait que le lieu de confiance adopté par le patient n'était pas toujours localisé

au bureau. Il arrivait dans certaines situations que le patient se confie au moment de l'examen clinique, du fait de la proximité physique induite par l'examen ou suite à un examen rassurant ouvrant la porte aux hypothèses psychologiques.

- *Ah! Parce que l'ergonomie informatique, volontairement, effectivement, il y a plein de choses auxquelles j'ai fait attention. [...] J'ai un clavier informatique très plat, qui ne fait pas de bruit quand on tape, ça permet de prendre des notes en même temps qu'on écoute les gens. M3*
- *Je trouve que c'est quelqu'un qui écoute ses patients et qui s'adapte à ce que les patients veulent faire. Voilà. (Rires) [...] justement en leur laissant un espace d'écoute [...]. Après.. matériellement je vois pas comment ça peut se traduire. M5*
- *Ça dépend des personnes. Y'en a, on arrive très bien à les faire parler au, au bureau, et d'autres ça vient effectivement quand je pose le stetho sur eux. Pile au moment où j'ai pas envie qu'ils me parlent parce que... (Rires) parce que je suis en train d'écouter le coeur! Et en fait je pense que le fait qu'on a une proximité, à ce moment là, fait que tu vois ils parlent à ce moment là. Y'en a beaucoup ça se passe comme ça aussi. M7*

7.2.Un patient partenaire

Il a été évoqué à plusieurs reprises le désir de rester accessible, de ne pas se placer en position de supériorité. Ceci se traduisait d'une part dans une dimension verticale, avec la volonté de mettre les assises à même hauteur, qu'il s'agisse des sièges des patients et du médecin, ou de l'emploi du tabouret lors de l'examen clinique pour ne pas se positionner « au-dessus » du patient, mais à son niveau. D'autre part cela intégrait la dimension horizontale avec un choix de bureau aux dimensions adaptées : pas trop grand, pas trop profond, défini comme « modeste », « non prétentieux ».

- *Donc ils aiment bien mes chaises qui sont un peu colorées, et pratiques, et confortables, de ce qu'ils m'en disent. Ils sont à peu près à la même hauteur que moi, donc il n'y a pas cette distance où toi tu es surélevée sur ta chaise et eux ils sont en contrebas de toi. M1*
- *(A propos du bureau) J'aimerais pas qu'il soit plus, plus profond, 'fin en tout cas, plus grand parce que je pense justement que cette barrière physique elle serait encore plus importante. M5*

7.3.Un patient qui se sent bien

Les médecins interrogés mentionnaient l'importance de l'ambiance pour que le patient se sente en confiance et puisse se confier au sein du cabinet. Pour rassurer

le patient, plusieurs stratégies étaient mises en avant. On retrouvait la recherche d'une ambiance plutôt professionnelle pour certains (organisée, moderne). D'autres investissaient dans une ambiance chaleureuse ou paisible avec des aménagements personnalisés. Pour d'autres au contraire, la conception d'un cabinet peu personnalisé offrait au patient un espace neutre, sans jugement, à même de recueillir leur confiance.

Certains aménagements étaient utilisés dans des situations spécifiques : recours à de la musique pour détendre les patientes lors de certains gestes (pose de stérilet), utilisation du divan d'examen électrique à visée ludique pour apprivoiser les enfants.

Enfin, la notion de confort était évoquée ponctuellement, sur des domaines très variés : climatisation, assise des chaises ou disponibilité de places de parking à proximité.

- *Et pour que les gens se sentent bien quand ils viennent nous voir. Parce que si ils voient un truc en bordel qui n'est pas investi, je ne pense pas que cela leur donne envie de venir en consultation. M2*
- *Ben j'ai l'impression que les patients se sentent plutôt à l'aise. Justement du fait des lampes courges, de la lumière orangée, du côté cocoon. La plupart qui connaissent pas le cabinet se disent aaah! un cabinet où l'on a pas l'impression d'être chez le médecin. Voilà. Donc pour causer, il semblerait que cela soit plus facile. M3*
- *Je pense qu'ils le perçoivent comme un endroit où en tout cas ils seront pas jugés... et où ils peuvent se permettre de dire ce qu'ils pensent. Euh.. Mais voilà, sans être trop, je pense, tu sais....[...] Disons que c'est un cabinet qui est moins personnalisé que certains cabinets. (C'est un espace neutre un peu?) Oui, c'est ça, exactement. M6*

7.4.Un environnement médical mais pas trop

Certains médecins cherchaient à apporter un aspect médicalisé à leur cabinet, qu'ils associaient à une notion de professionnalisme et à une certaine notion d'hygiène. Pour d'autres au contraire, il était nécessaire de s'éloigner de cet environnement médical afin de rassurer le patient, souvent anxieux chez le médecin. La plupart du temps, l'on retrouvait une combinaison de ces deux éléments au sein d'un même cabinet.

Une partie des médecins recourait à l'utilisation d'éléments personnels comme décoration. Cela participait à l'élaboration d'un cadre de travail personnalisé pour le médecin et d'un décor rassurant pour le patient. Ainsi on retrouvait l'usage de photos de famille, de décoration de voyage ou de références locales, ou encore d'éléments revêtant une signification particulière pour le médecin. Ceci concourait à créer du lien et ainsi participait à la relation médecin-patient.

Aspect médical

- *Non, mais dans les vieux cabinets médicaux des anci..des dermatos.. mais y a beaucoup de dermatos qui sont partis à la retraite et que .. je connaissais, avec de la moquette et de vieux bureaux et des machins. Donc ça les change un petit peu les patients, donc c'est une des réflexions qu'ils font, c'est « ah! ça fait plus médical » quoi, presque. En tout cas plus hygiénique. M4*
- *Ça bouge pas, voilà. Ça, c'est pareil (montre la paillasse), je l'ai fait faire chez un, un ami à moi qui, qui a aménagé tout ça, ça a pas été fastoche, hein, mais voilà. Tu vois. Et... mais je trouve que c'est bien parce que, c'est c'est, ça fait vraiment médical. Sans vouloir critiquer, si tu veux, les autres du cabinet, des fois ça fait un peu cuisine. M9*

Éléments personnalisés

- *Eux ils voient des choses derrière moi justement, que pour le coup moi je ne vois pas, y'a les fleurs, il y a un peu de photos, ils aperçoivent des photos de mes enfants, ils sont contents, ils aiment bien. Elles ne sont pas très à jour mais... (rires) c'est pas très grave. M1*
- *Oui, j'ai des petites réflexions sur ma déco « oh, y'a de la déco ici. » Ils font des remarques « Vous êtes du Sud » comme y'a des photos de la mer. Ils disent ça : « Oh nous aussi on a ce tableau ! », (Montre du doigt un tableau qui représente une vue d'Amboise) ce tableau là « on se croise à Amboise ». Mais c'est ça les réflexions que j'ai eues. M7*
- *C'est pour les enfants. C'est un martin-pêcheur, c'est vrai, mais euh, c'était plus pour le côté déco, euh, quand j'étais petit, j'étais chez un pédiatre qu'avait, pareil, des mobiles et ça m'a toujours plu. M8*

7.5.Synthèse

Propriété : La relation médecin-patient
Etiquettes : Un patient écouté / un patient partenaire / un patient qui se sent bien / un environnement médical mais pas trop
Cette propriété La Relation médecin patient correspondait à ce lien qui se tisse dans le cadre de la consultation. Le décor où ces interactions prenaient place avait de l'influence, en donnant au patient le sentiment de son importance et de sa légitimité. Le médecin définissait les éléments qui lui semblaient les plus pertinents pour traduire le climat qu'il désirait mettre en place, en jouant sur certains curseurs : notamment l'aspect médicalisé ou le recours à des éléments personnalisés.

Modèle explicatif

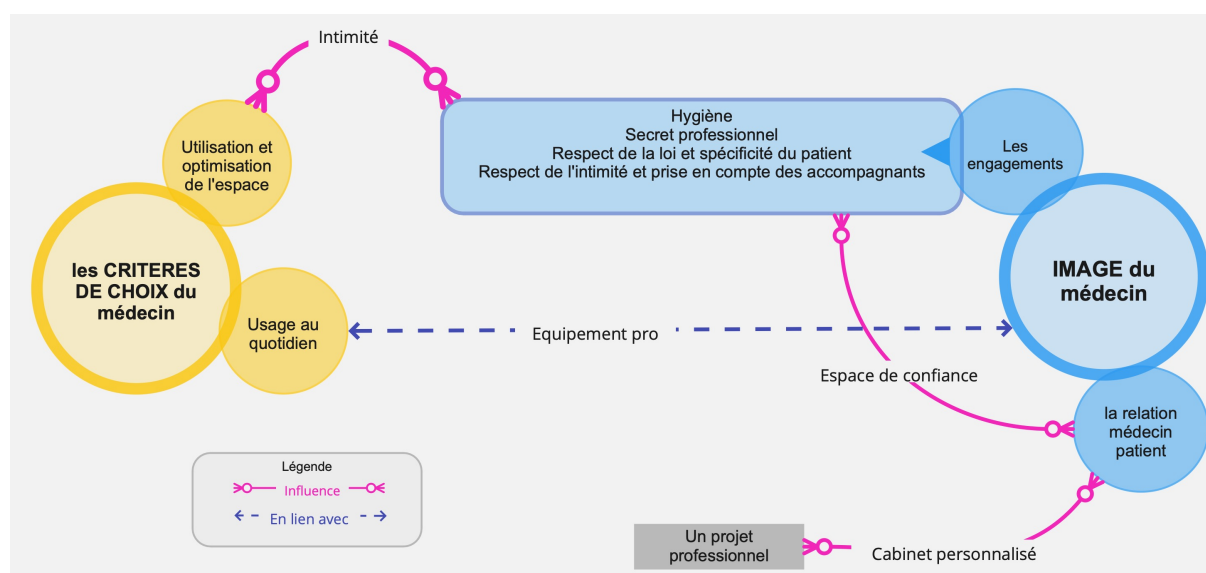


Figure 4 : Modèle explicatif partiel - L'image du médecin

A travers les engagements du médecin, et plus particulièrement avec le respect de l'intimité et de la confidentialité, le praticien créait un espace de confiance au sein de la consultation propice à l'épanouissement de la relation médecin patient. Cette notion de respect de l'intimité pouvait être traduite par des aménagements de type « séparation de pièce », faisant le lien avec la propriété « utilisation et optimisation de l'espace ». Un autre lien s'établissait entre la propriété Usage au quotidien et l'**Image du médecin**, à travers le symbolisme de l'équipement médical professionnel. L'environnement de travail, en intégrant des éléments personnalisés ou en s'inscrivant dans un cadre neutre, traduisait une personnalité professionnelle. (Figure 4)

CATÉGORIE III : SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE DU MÉDECIN

Cette catégorie regroupait 3 Propriétés, pour un total de 6 étiquettes (Figure 5).

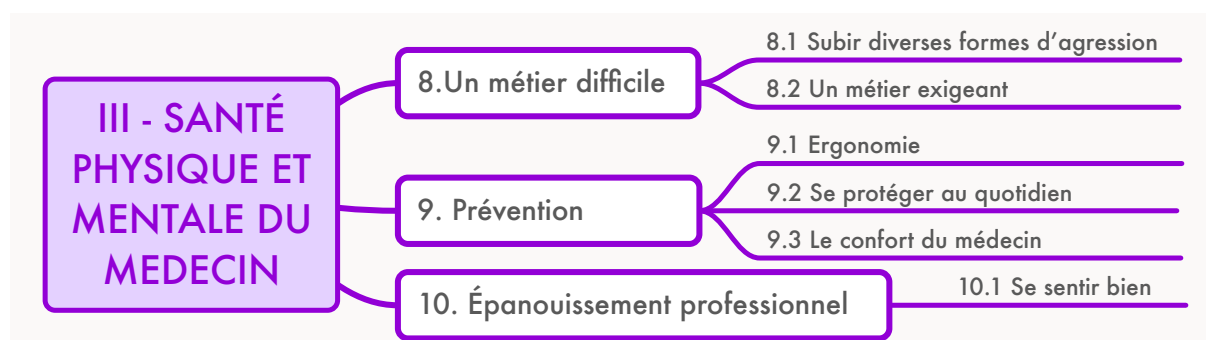


Figure 5 : Santé physique et mentale (Branche III)

8. Un métier difficile

8.1. Subir diverses formes d'agression

Deux formes d'agressions ont été relevées par les médecins, subies au sein du cabinet.

La première concerne un sentiment d'insécurité, rapporté par une majorité des médecins interrogés (situation vécue ou situation redoutée). Trois familles de situations ont été évoquées : le patient masculin avec des demandes inappropriées lors du dernier rendez-vous du soir avec un médecin-femme, le patient agressif/psychotique/sous substance en demande d'ordonnance pour mésusage et le patient agressif envers le secrétariat. L'agencement du bureau peut renforcer ce sentiment d'inquiétude, lorsque le patient est positionné entre le médecin et la porte de sortie, avec absence d'échappatoire.

La seconde forme concerne un sentiment d'oppression induite par les patients, à travers la pression de la salle d'attente, à travers des demandes intempestives en dehors des créneaux de consultation et enfin l'oppression provoquée par les remarques désobligeantes de patients (plainte de retard notamment).

La mise en place d'aménagements adéquats permettrait de palier à ces agressions en limitant leur probabilité de survenue.

Insécurité

- *Oui. Ça m'est arrivé. Alors, pas dans ces locaux là mais dans les locaux d'avant mais oui, c'est la même chose, ça m'est arrivé, de me sentir... Alors nous on est, enfin, moi et mes collègues aussi, on est que des femmes donc quand les secrétaires sont parties, on*

demande soit que cela soit des patientEs le soir, soit des patients que l'on connaît très bien, pas de nouveaux patients-homme quand il n'y a plus de secrétaires, et .. et .. oui.. oui.. oui. des trucs.. oui. Qui mettent très très mal à l'aise. Oui oui... M4

- C'est notamment pour ça que j'arrête de faire des gardes, [...] parce qu'on est vraiment, alors là c'est vraiment une configuration bien pire où il y a qu'une seule porte, on fait le tour, on est vraiment derrière, et si on veut sortir, on ne peut pas du tout sortir. M5
- Je me suis déjà posé la question comment je fais, je ferais si... j'avais une situation d'un patient qui était violent avec moi. J'ai déjà réfléchi à ça parce que j'ai déjà eu une fois un patient assez agressif avec moi, que je ne connaissais pas, qui voulait justement changer de médecin, du coup, ben.. non. Et je crois que c'était un jour où j'étais toute seule en plus au cabinet. On est trois filles en plus, donc c'est forcément des questions que tu te poses. M7
- Insécurité dans l'ancien cabinet, ouais. Dans l'ancien cabinet, on était dans, on était dans un cabinet où j'étais tout seul, dans un couloir exigü sans lumière, où y'avait pas possibilité, c'est à dire que clairement, si, si, on, si y'a une agression, on peut pas s'enfuir et là, voilà. [...] Bon clairement c'était absolument pas adapté. M8
- Notre secrétaire [...] elle a été agressée par une patiente psychiatrique et on a été obligé de la terrasser et d'appeler les flics et tout ça. Ouais. Voilà. On a eu quelques petits... Voilà, des gens pas très cool, des gens un peu violents, mais on s'en est toujours... on s'en est toujours sorti. M11

Oppression

- Avant notre cabinet c'était ça.. Quand on ouvrait la porte du cabinet on était directement sur la salle d'attente avec tous les gens qui attendent, qui se levaient presque (Rires) pour aller directement rentrer. C'est hyper oppressant je trouve. Donc ça c'est vraiment bien. Vraiment. Vraiment bien. M4
- Après y'a des patients qui râlent des fois, surtout par rapport aux histoires de retard. Euh... bon j'ai pas été insultée assez... j'ai pas été insultée (rires) mais voilà, des remarques très désagréables. M5

8.2.Un métier exigeant

D'autres contraintes ont été évoquées, la principale concernant le volume horaire, avec de nombreuses heures passées au sein du cabinet, avec un rythme de travail soutenu.

- Si, c'est important. Encore une fois, on y passe beaucoup beaucoup d'heures dans une semaine. M1

- *Tu prends un plat préparé, tu vois, un plat préparé, et puis et puis on mange ça chacun dans son bureau, en regardant les bios. Non mais c'est vrai, (rires) c'est un truc de fou. M9*

8.3.Synthèse et ouverture

Propriété : Un métier difficile
Etiquettes : Subir diverses formes d'agression /Un métier exigeant
Cette propriété Un métier difficile correspondait à des situations anxiogènes, vécues ou appréhendées, dont le cabinet médical était parfois le théâtre, que cela soit en terme d'oppression ou d'insécurité. A cela s'ajoutaient les contraintes d'un quotidien exigeant.

9. Prévention

9.1.Ergonomie et prévention des TMS

Concernant l'ergonomie, la posture faisait l'objet d'une attention particulière, et plus précisément le fauteuil du médecin, signalé par quasiment tous les praticiens interrogés. Le recours à une table d'examen, électrique ou non, placée à bonne hauteur pour le dos était également cité à plusieurs reprises.

La recherche d'ergonomie se traduisait dans le soin apporté à l'installation du poste de travail (matériel informatique, hauteur et placement de l'écran d'ordinateur, bureau bien agencé en terme d'accessibilité, de mobilité, portes coulissantes du mobilier, matériel à hauteur pour limiter les gestes inutiles, circulation fluide, sans obstacle). L'objectif affiché était de limiter le risque de blessures en réfléchissant aux mouvements du quotidien.

- *Ouais, y'a deux choses. La première c'est que j'ai pas lésiné sur le prix du fauteuil sur lequel je m'assois. C'est clair, je l'ai testé. Et ensuite on a, on a repris, j'ai une souris ergonomique. Voilà. Parce qu'il y avait ça dans les anciens cabinets, on a trouvé ça pratique. A priori y'a moins de tendinopathie avec, donc voilà. M8*
- *J'avais une table fixe. Alors la table fixe, elle était faite pour moi, pour que j'ai pas mal au dos. Donc c'était compliqué pour les personnes âgées de monter, etcetera. [...] Mais justement, moi j'avais justement choisi ma table de façon à ce que j'attrape pas mal au dos. M11*
- *Oui! Et ça, c'est le fait de remplacer qui m'a apporté ça, sinon je pense que je n'en aurais rien à secouer mais une fois qu'on a vu... C'est super important pour moi, pour l'ergonomie, pour notre santé, parce que mine de rien on va dire toute la journée aux gens qu'il faut pas qu'ils fassent certains gestes alors que nous-mêmes on va les faire... M2*

9.2. Se protéger au quotidien

En écho aux éléments identifiés dans l'étiquette précédente « Subir diverses formes d'agression », les médecins avaient mis en place un panel d'aménagements pour se préserver.

La première stratégie identifiée concernait la mise à distance du patient. Concernant la crainte d'une agression, de nombreux dispositifs de sécurité avaient été instaurés, d'une part pour contrôler les entrées patient notamment en fin de journée (tintement de porte signalant une entrée/sortie, porte d'entrée mise en sens unique (sortie) le soir, visiophone, ouverture/fermeture à distance) et d'autre part pour limiter les risques d'intrusion et d'agression (système d'alarme avec télésurveillance, fermeture des volets, bouton d'alarme avec sirène - soit dans les cabinets des médecins, soit au niveau du secrétariat). En cas d'agression avérée, des systèmes de doubles portes de sortie avec verrou ou bureau situé au plus près de la porte offrait une perspective de fuite.

Concernant le sentiment d'oppression, la question de la salle d'attente revêtait un intérêt particulier. Un seul des médecins interrogés travaillait dans un cabinet donnant directement sur la salle d'attente et il aspirait à une disposition différente. La présence d'un sas ou d'un couloir permettait de bénéficier d'un effet tampon, avec souvent l'élaboration d'un circuit patient, où ce dernier ne repassait pas par la salle d'attente pour repartir. De cette façon, le médecin n'était pas confronté directement au patient suivant et pouvait donc disposer de son temps sans pression extérieure. Le rôle du secrétariat physique était également souligné par ceux qui en possédaient un, à travers sa fonction de filtre et de gestion des rendez-vous et des demandes.

D'autres éléments avaient été cités ponctuellement, comme conserver le cabinet fermé et les lumières éteintes jusqu'à l'heure officielle d'ouverture, trier sa patientèle pour se séparer ou ne pas accepter les patients agressifs. Le statut de salarié permettait aussi, selon le médecin qui en disposait, d'alléger la pression mentale subie au quotidien.

Pouvoir mettre le patient à distance

- *Alors, pour moi non. Pour ma collègue oui. Elle voulait, c'est, c'est un truc, ça nous a marqué mais... ma collègue voulait que son bureau soit le plus proche de sa porte pour, en cas d'agression, pouvoir sortir rapidement. M8*
- *Ça c'est top. Parce que ça nous permet, si on a besoin, de discuter entre nous entre deux patients, ou d'aller aux toilettes, le truc bête, ou d'aller faire une pause, de prendre un*

café, de pas avoir 10 paires d'yeux qui nous suivent du regard et qui disent « ah ben, y'a déjà du retard et en fait, ça va pas être mon tour tout de suite... ». Ça c'est vraiment, pour le confort du travail, d'avoir cette espèce de sas d'aération, c'est hyper important, hyper important.. ça pour le coup vraiment, ça c'est top. M4

- *Oui, voilà et agressifs parce qu'il y a du retard, parce qu'ils ont pas vu, ils ont pas eu le rendez-vous qu'ils voulaient, ils ont pas eu ceci, ils ont pas eu cela. Mais ceux-là, je préfère qu'ils aillent chez le voisin. Tu vois ce que je veux dire. Bon maintenant, avec l'expérience, je m'en fous hein, je leur dis « bah écoutez monsieur, si vous êtes pas content, bah vous prenez la porte et puis, puis voilà ». Mais ça on le fait pas quand on, quand on s'installe, on a un peu peur, on fait la patientèle, on est un peu... Maintenant, alors moi je vais te dire, ils sont bien reçus ! (Rires). M9*

La seconde stratégie concernait la mise en place de limites en définissant un cadre de travail précis, tout en profitant de la liberté du libéral pour concevoir ce cadre à sa guise, en terme d'horaires, de jours travaillés, et de son application plus ou moins stricte. La définition de ce cadre se répercutait sur l'aménagement (bureau partagé si temps d'occupation faible, implantation d'un secrétariat physique au sein du cabinet, agenda ou logiciel métier accessible à distance).

Dans cette optique, les logiciels en ligne, considérés comme positifs pour leur souplesse, pouvaient également être vus comme envahissants et pouvant donc ne pas convenir à toutes les personnalités. Certains appréciaient de pouvoir gérer le cabinet à distance depuis le domicile tandis que d'autres préféraient séparer les différents secteurs de leur vie. L'équilibre vie professionnelle/vie privée était recherché, avec la volonté affichée de conserver cet équilibre.

Sur l'aspect de liberté, bien que le confort du secrétariat physique ait été mis en avant par certains, il était considéré par d'autres comme une perte de liberté, avec une majoration des charges et une perte d'indépendance au quotidien en devant gérer cette relation employeur/employé.

Mettre des limites à son travail

- *Alors le fait déjà de pouvoir m'installer à mi-temps, d'être, de pouvoir travailler dans les conditions qui me paraissaient vraiment plutôt idéales. M5*
- *Ouais. Ouais ouais. Que quand je ferme ma porte, je ferme la porte quoi. M6*
- *Ben clairement il y a deux paramètres. Le premier c'est de ne pas travailler euhhh 5 jours/semaine voire cinq jours et demi/semaine. D'avoir une journée pour souffler, de couper, ça*

c'est clair. Et le deuxième c'est, moi je fais minimum, euh.... deux heures d'escalade voire 4h voire 6h d'escalade par semaine. M8

- *Moi le fait de pas avoir de secrétariat physique, pour moi c'est quelque chose qui me protège, parce que je gère en fait, je gère moi-même des choses, en particulier les demandes abusives, etcétera. Et, euh, je n'ai pas, je pense que je serais une piètre cheffe d'entreprise, parce que je suis trop indépendante pour ça et trop indépendante pour, pour que mon travail dépende trop d'autres personnes. [...] De faire des compromis trop et que moi finalement, après, j'ai du ressentiment, et que justement.. Et ça le ressentiment, pour ma santé mentale, c'est pas bon. M6*

9.3.Le confort du médecin

Cette notion de confort s'appliquait à plusieurs domaines. Tout d'abord au niveau de l'environnement du bureau : le confort thermique (climatisation, chauffage et double vitrage, orientation) et le confort sonore (avec la volonté de minimiser au maximum les bruits ambiants : clavier, clic de souris, bruit de ventilation de l'imprimante). De façon plus triviale, les toilettes personnelles avec accès direct depuis le cabinet ont également été mentionnées.

L'ouverture du cabinet sur l'extérieur ou la présence d'éléments de Nature étaient également identifiés comme des éléments importants, voire incontournables pour certains. Que cela soit à travers une fenêtre donnant sur un jardin, l'installation d'une plante, la présence de photos de paysages, de fleurs ou d'animaux, cette dimension était évoquée dans quasiment la totalité des interviews. Cette ouverture sur l'extérieur était recherchée également lors de la pause repas : soit via l'aménagement d'une terrasse ou d'une table d'extérieur, partagée par le groupe, soit en mangeant seul à l'extérieur (campagne).

- *Je pense que c'est plus pour moi, ouais, c'est plus le côté apaisant du son. Je, je, le, ce son un peu comme amorti, je trouve que c'est assez confortable. M5*
- *Ouais. Baie vitrée, voir un peu de nature, un peu de nuages, un peu de... Si je suis enfermé... Alors ça par contre, oui ! Je ne sais pas comment tu veux le mettre, mais ça aurait été complètement rédhibitoire d'être enfermé. Y'a des cabinets où on n'a pas de vue, on a des vitres opaques, on voit rien, on est enfermé dans une... je serai devenu fou. Ça n'allait pas. M3*
- *Donc le but de la plante, c'était de, voilà, quand même de faire quelque chose de, de d'apporter une touche de végétal qui, on sait très bien que ça a des vertus positives sur la santé, sur le bien-être, sur la façon dont on se sent, et donc j'avais mis un truc. M5*

L'équipe associée à la structure médicale pouvait également être citée comme un élément participant au confort du médecin, en particulier l'assistant médical et le secrétariat physique (déjà cité auparavant), mais également la présence de paramédicaux, accessibles facilement pour échanger sur un patient commun. Sur ce point, seul le médecin appartenant à une MSP a identifié ses collègues paramédicaux comme source de confort.

Le dernier élément concernait le choix de l'implantation du cabinet. En toute logique, cette localisation définissait les caractéristiques du trajet travail-domicile. A nouveau, les choix différaient d'un médecin à l'autre, certains privilégiant un trajet court, d'autres appréciant une certaine distance pour faire la transition entre domicile et travail, mais aussi pour éviter de croiser des patients en dehors du travail.

Ce choix de localisation avait également une répercussion sur le type de patientèle, à dominante urbaine ou rurale, là encore avec des préférences et des représentations propres à chacun. Ainsi la population rurale était évoquée comme moins consommatrice de soin, et la patientèle urbaine comme étant plus jeune et plus active. La proximité de centres hospitaliers et l'accès aux spécialistes étaient également identifiés comme pouvant influencer le choix de cette localisation, dans l'objectif de faciliter les prises en charge.

Enfin, des critères personnels influençaient ce choix : ville d'enfance, présence de la famille, opportunité, attrait pour un quartier.

- *Pis ben voilà, comme je l'aimais bien, pis que Amboise c'était pas très loin mais sans être près de chez moi parce que je voulais pas être près de chez moi, je voulais pas croiser mes patients au quotidien, donc euh.. ben j'ai pris. M6*
- *Alors, depuis trois ans, jamais les patients m'envahissent. Sauf les patients qui habitent dans ma rue, ça c'est clair que.. parce qu'ils sont voisins donc il y a une proximité, parfois c'est un peu plus. Mais... Moi, je trouve que les patients que, 'fin les patients que j'ai en tout cas, sont très bien élevés. On se dit bonjour. Parfois c'est moi qui amorce la conversation, mais clairement ils me parlent, ils me parlent rar, très rarement voire jamais de leurs problèmes de santé, spontanément quoi. M8*

9.4.Synthèse et ouverture

Propriété : Prévention
Etiquettes : Ergonomie / Se protéger au quotidien / Le confort du médecin
Cette propriété Prévention correspondait aux éléments mis en place pour préserver la santé physique et mentale du médecin, d'une part en le protégeant des potentielles situations d'agression ou d'oppression de la part des patients, et d'autre part en lui apportant le confort nécessaire pour une pratique épanouissante. Au-delà de l'ergonomie et de l'aménagement propre au cabinet, c'était parfois l'ensemble de la structure qui influençait ce confort, du point de vue de la localisation, de l'équipe ou de la définition du cadre de travail.

10.Epanouissement professionnel

10.1.Se sentir bien

Les médecins semblaient dans la majorité satisfaits de leur cabinet et employaient souvent la même expression « je m'y sens bien ». Certains évoquaient dans le même temps leur intérêt toujours présent pour la pratique de la médecine. Les praticiens, bien que faisant une distinction claire entre travail et vie personnelle, faisaient mention d'un « chez soi », d'un lieu de travail conçu pour eux, à leur image. Enfin cet épanouissement dans le travail était cité comme un élément pouvant influencer positivement la relation médecin-patient.

Aimer son travail

- *Ben je suis content ! je suis content de venir bosser. Et puis ouais, non c'est vrai, c'est une question que je ne m'étais pas posée. Ben je suis juste content, je suis bien.[...] Donc voilà. Satisfaction, je pense que c'est ça. M2*
- *Oh ben je suis contente. Il est lumineux, il est... Non non, moi j'aime bien mon boulot, j'aime bien mon cabinet. M11*

Se sentir bien

- *C'est bizarre mais y'a.. j'suis j'suis bien dans le cabinet. 'fin je me sens bien, c'est hyper important. Je te dis c'est un peu cocon donc de base je me sens assez sereine dans ce cabinet, je me sens pas au travail, je me sens pas négative en venant ici parce que je me sens bien dans cet environnement là. M7*
- *Ouais franchement mon équilibre. C'est vrai que quand je me sens bien ben globalement, ça se passe bien. C'est la première chose qui influe positivement sur une relation médecin-patient. M6*

- *Ah ben je me sens bien. Bien quoi. Je me sens chez m.. 'fin chez moi quoi .M8*
- *Je m'y sens bien, j'y travaille bien. Je me sens vraiment chez moi. M9*

Le diagramme illustre la relation médecin-patient et la santé physique et mentale. Au centre se trouve un grand cercle rose intitulé « SANTE PHYSIQUE ET MENTALE ». Autour de ce cercle sont disposés plusieurs éléments :

- En haut à gauche, un rectangle gris « Un projet professionnel » est influencé par « La localisation » (cercle) et « L'équipe » (cercle). Il influence à son tour « Etre soi » (cercle).
- En haut à droite, un rectangle violet « Ergonomie » (contenant « Se protéger au quotidien » et « Le confort du médecin ») est influencé par « L'équipe » (cercle). Il influence « Un projet professionnel » (rectangle) et « Epanouissement professionnel » (cercle).
- En haut, un cercle violet « Prévention » est influencé par « Ergonomie » (rectangle) et influence « Epanouissement professionnel » (cercle).
- En bas à gauche, un cercle orange « Circuit Patient » est influencé par « Utilisation et optimisation de l'espace » (cercle) et influence « Ergonomie » (rectangle).
- En bas à gauche, un grand cercle orange « les CRITERES DE CHOIX du médecin » est influencé par « Utilisation et optimisation de l'espace » (cercle) et influence « Usage au quotidien » (cercle).
- En bas à droite, un cercle orange « Usage au quotidien » est influencé par « les CRITERES DE CHOIX du médecin » (cercle) et influence « Ergonomie » (rectangle).
- En bas à droite, un cercle violet « Epanouissement professionnel » est influencé par « Ergonomie » (rectangle) et « Prévention » (cercle). Il influence « la relation médecin patient » (cercle) via « Congruence » (cercle).
- En bas à droite, un cercle bleu « la relation médecin patient » est influencé par « Epanouissement professionnel » (cercle) et « Congruence » (cercle).
- En bas à gauche, un cercle orange « Utilisation et optimisation de l'espace » est influencé par « Circuit Patient » (cercle) et influence « les CRITERES DE CHOIX du médecin » (cercle) et « Ergonomie » (rectangle).
- En bas à gauche, un cercle orange « Un métier difficile » est influencé par « Ergonomie » (rectangle) et influence « Prévention » (cercle).

La légende indique :

- Les cercles roses (à l'origine) et les cercles violets (à la fin) sont reliés par une ligne rose, ce qui signifie « Influence ».
- Les cercles bleus (à l'origine) et les cercles orange (à la fin) sont reliés par une ligne bleue, ce qui signifie « En lien avec ».

A travers les échanges réalisés, il s'est dessiné un métier parfois difficile, exigeant et soumis à des pressions extérieures, voire parfois à des risques d'agressions. En réaction, de nombreux aménagements ont été imaginés, à visée sécuritaire, ergonomique, de confort ou pour apporter des limites via la définition d'un cadre de travail. En ce sens, l'aménagement du cabinet ne s'arrêtait pas aux limites du bureau de consultation mais englobait la structure médicale au sens large, avec la question de la circulation au sein du cabinet (circuit patient), des relations au sein de l'équipe et de la localisation des locaux. C'était dans cet environnement construit selon les valeurs et les règles propres à chaque médecin que celui-ci pouvait élaborer un chez-soi professionnel, reflet de son identité et propice à l'épanouissement professionnel nécessaire au bon exercice de son métier. Il pouvait ainsi faire preuve d'authenticité et de congruence dans sa relation avec le patient. (Figure 6)

CATÉGORIE IV : PROCESSUS DE CRÉATION

Cette catégorie regroupait 3 Propriétés, pour un total de 7 étiquettes (Figure 7).

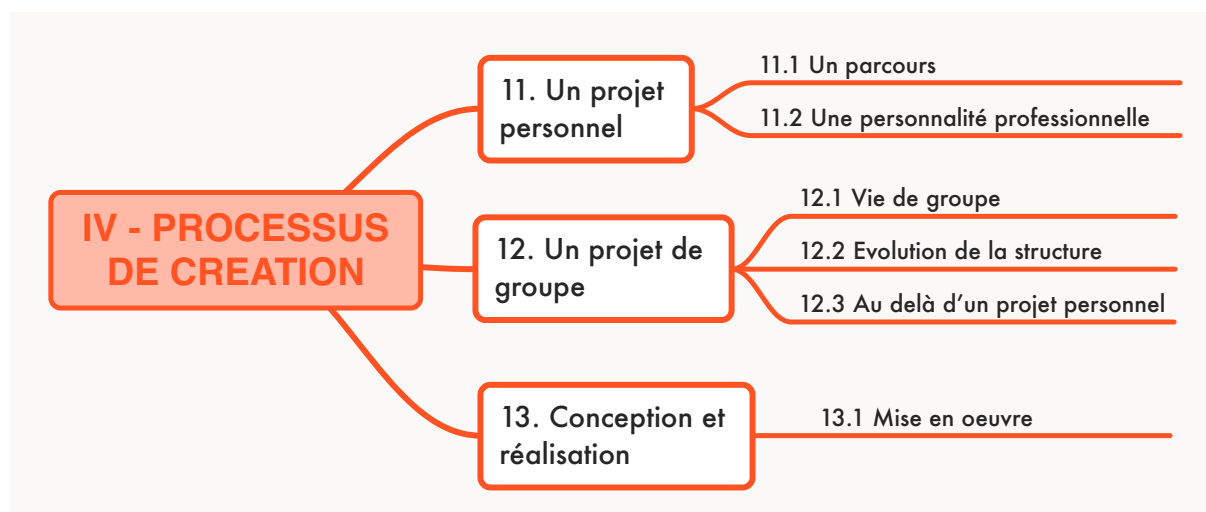


Figure 7 : Branche IV - Processus de création

11. Un projet personnel

11.1. Un parcours

Les choix effectués par le médecin généraliste s'appuyaient en partie sur son vécu. A travers l'internat, les remplacements ou parfois une installation précédente, les praticiens avaient pu expérimenter des aménagements ou du matériel et ainsi définir quels éléments leur convenaient ou étaient considérés comme rédhibitoires. Pour cela, ils s'inspiraient de leur expérience personnelle, des éléments vus et parfois testés chez des collègues, voire de source d'inspiration extérieure, type Pinterest. Selon certains médecins cependant, l'aménagement de leur cabinet avait été réalisé de manière indépendante, sans s'être inspiré ni des expériences passées ni des confrères.

Source d'inspiration

- *Je l'ai fait, en fait il y a des trucs, je les ai fait parce qu'il y a des choses qui m'ont pas plu du tout lorsque j'étais remplaçant. Donc je me suis dit que je ne voulais pas faire pareil. M3*
- *Qu'est-ce qu'on a pu voir ailleurs qui aurait pu nous influencer.. Oh, on avait des collègues à XXX qui s'installaient, qui ont fait la même chose que nous mais peu de temps avant nous donc je pense qu'on a pu s'inspirer un petit peu. ... Euh, on s'est beaucoup inspirées de ce qu'on avait vécu juste avant en fait. C'est plus ça, ouais. M4*

- *Euh... j'avais remplacé dans un cabinet où effectivement il avait la paillasse vraiment à côté de la table d'examen, avec beaucoup de tiroirs et je trouvais que c'était un gain de temps, donc là c'est sûr que je me suis inspirée de lui. M7*
- *Franchement, non parce que, non, j'ai même pas pensé. J'ai créé mon truc et puis voilà. J'ai pas pensé en me disant « tiens c'est vrai que ça c'est une bonne idée » ou « ça c'était pas terrible », non non non. Moi je suis arrivé ici, c'était nu. J'ai dit je veux faire comme ça. Point barre. M9*

Le choix du cabinet lui-même relevait souvent d'une opportunité (un départ soudain d'un associé, un cabinet laissé vacant, l'émergence d'un projet de création de structure). Le secteur géographique était plus ou moins prédéfini, et le projet faisait parfois suite à de bonnes relations déjà établies avec les autres membres du cabinet. Dans le cadre d'une reprise, selon les praticiens, les locaux étaient ou non un élément influant sur la décision d'installation.

Le choix du cabinet

- *Et en fait au moment où il est parti, on avait pas prévu en fait d'investir dans les murs, mais en fait, euh..., en 6 mois il est parti et en fait c'était soit il vendait les murs à quelqu'un d'autre, soit on les rachetait. Donc et ben on les a rachetés avec X. M6*
- *En fait, Y était dans ma promotion. Donc on se côtoyait. Et en fait ce qui se passe, c'est que comme on fait des visites à domicile tous les 3, on se croisait souvent en maison de retraite. Et donc euh, à partir de là, on discute souvent, [...] on discute et puis voilà. A partir de là... ça c'est fait! M8*
- *Le cabinet en tant que tel? Ça a pas joué de, de rôle. Je voulais m'installer ici et c'était l'opportunité qu'on m'a proposé. Donc.. M7*
- *Ça a été parce que je m'entendais très bien avec Y et avec X, ça c'est le premier critère, et puis, parce que j'avais trouvé que...[...] un truc comme ça, enfin, je veux dire, une maison médicale comme ça, c'est quand même... On n'en voit pas partout ! M9*

11.2. Une personnalité professionnelle

Le bureau était un élément important pour les médecins. Considéré par certains d'un point de vue très pragmatique comme un élément fonctionnel, il traduisait selon d'autres une certaine manière d'exercer et de se positionner par rapport au patient. A première vue, les critères de choix s'appuyaient sur les besoins du médecin et les contraintes du cabinet (choix d'une taille et d'une forme en adéquation avec l'espace

disponible, suffisamment grand pour y poser tout le matériel nécessaire). L'aspect arrondi choisi par certains était associé au caractère convivial.

Tous les médecins interrogés avaient adopté le positionnement en face à face. Le bureau était considéré comme une forme de barrière physique, permettant d'instaurer la bonne distance avec le patient. Il se devait de ne pas être trop profond pour ne pas nuire à la relation en induisant une certaine froideur. Il se devait également de ne pas être trop étroit afin de jouer son rôle de protection et permettre au médecin de préserver son espace et de maintenir son rôle dans la relation médecin-patient.

Enfin, le bureau était également le support de l'écran d'ordinateur. La relation en face à face permettait au médecin de consigner sur l'écran des informations qu'il jugeait nécessaire pour la bonne prise en charge de son patient mais qu'il ne souhaitait pas forcément partager sur le moment avec le patient (doute sur des violences conjugales, éléments de l'examen clinique à recontrôler, suspicion de cancer, troubles cognitifs débutants, contact particulier). La pratique du médecin et sa façon d'utiliser l'outil informatique déterminait le positionnement qui était fait de l'écran et l'usage du meuble bureau.

- *Le bureau, voilà, moi j'ai fait mes choix en fonction de moi ce que je voulais, et du cabinet mais le choix du bureau, je n'y pensais pas avant de m'installer. Ça m'a pris un peu de temps, c'est vraiment, moi je trouve que c'est primordial. Que ce soit le choix du bureau, comment on l'aménage, ce que l'on met dessus... M2*
- *Ben, c'est quand même plus (rires) pour poser les choses. Concrètement, pour poser l'ordinateur et puis les documents. Après, y'a, y'a une ambivalence sur le bureau. Y'a le côté séparation avec le patient, qui peut parfois être un peu.. désagréable, dans le côté posture, 'fin d'avoir justement cette barrière physique de posture différente. Euh.. Et en même temps aussi, parfois, ça permet de se protéger justement (sourire) donc, euh....., donc, c'est une barrière physique aussi entre, voilà, entre nous et le patient. M5*
- *C'est quelque chose de pratique. Quelque chose de pratique, euh.. après c'est vrai que moi, derrière mon bureau, oui, j'aurais tendance à me sentir assez bien parce que bah, voilà, 'fin.. mon espace, leur espace. M6*
- *Bah c'est moi qui l'ai dessiné déjà. [...] pour ce côté convivial, arrondi pour les patients et puis pour moi, le côté fonctionnel [...] Et cette distance, là, elle a aussi un rôle de « bon OK, vous avez un problème. OK on va s'asseoir ». On est pas dans la même relation, si on est l'un à côté de l'autre, voilà. Cette distance là, elle est représentative quand même en disant voilà, OK, vous arrivez, vous avez une problématique, vous me la soumettez. Et je vais essayer de la comprendre avec mes compétences et voir comment je la*

comprends, et puis mes propositions thérapeutiques. Donc. Et puis ce face-à-face, il est important aussi. Et puis, en même temps, c'est un support pour écrire, voilà. M10

L'aménagement du cabinet reflétait également des éléments de personnalité du médecin. Une partie des praticiens mettaient en avant certains traits de leurs caractères (tempérament plutôt organisé, plutôt calme, etc..) et considéraient que le cabinet était conçu à leur image (ordonné, paisible, etc)... Pour d'autres, l'aménagement avait été construit pour refléter ce qu'ils souhaitaient que le patient perçoive : un aménagement cossu, une ambiance chaleureuse, etc...

Au delà des traits de personnalité, l'aménagement s'accordait également avec la sensibilité et les centres d'intérêt du médecin : valeurs écologiques, désir d'être proche de ses patients en réduisant la distance, implication dans la formation des nouvelles générations de médecins. Le cabinet était élaboré en adéquation avec ces formes d'engagement.

Un aménagement reflet de la personnalité

- *Quand on a dit que c'était propre et bien rangé, je pense que moi en général, je suis assez, j'aime bien... je suis plutôt ordonné. J'ai jamais aimé trop le bordel. M2*
- *J'aime bien que le bureau soit épuré, qu'il y ait pas grand chose qui dépasse. Ça va avec ma personnalité aussi, c'est comme ça, je suis assez carrée. M7*

Un aménagement pour transmettre un message

- *Bah voilà, un bureau qui n'est pas imposant, qui est plutôt voilà, qui est modeste. Une distance limitée avec le patient, pas d'objets qui nous séparent. Une ambiance plutôt cocoon, chaude... Et d'une certaine manière, ma personnalité elle transpire, ce n'est pas neutre comme un... aseptisé. Il y a des médecins qui mettent aucun objet qui les, qui trahissent leur personnalité. Bon là on voit un petit peu ce que j'aime et ce que j'aime pas. Donc ils ont affaire au médecin et en même temps à moi. M3*
- *Il fallait que ce soit, encore une fois, sobre, et puis là dessus on était toutes d'accord, il fallait que ce soit un peu cossu quand même .. que ça donne, voilà, que ça fasse des locaux qui étaient plutôt quand même pas mal.. M4.*

Un aménagement en accord avec la sensibilité du médecin

- *À mon avis, ça dépend des choix qu'il veut faire. Un jeune qui veut... Je pense que c'est, voilà ! Suivant le type de Médecine qu'on veut faire, si on veut dépoter, faire beaucoup d'argent, mettre de la distance avec le patient, et bien il faut un gros bureau qui*

impressionne, que le patient sente bien qui est le médecin et qui est le patient, qu'il n'aura le droit de causer que quand on lui demande et que c'est le médecin qui va faire l'ordonnance et hop ! vite payé! Si à l'inverse, on veut que le patient se sente à l'aise, soit prêt à se livrer et à s'investir pour sa propre santé, je pense qu'on a intérêt à ce qu'il sente qu'il, que l'on est un partenaire et pas... le médecin au-dessus de lui. M3

- *Puis en même temps bon moi j'avais regardé un peu, parce que à force de remplacer, de pas travailler à ma sensibilité, à ma manière, j'ai dit bon, c'est bon j'ai vu un petit peu, mais surtout par rapport à comment moi j'aimerais travailler. M10*
- *Ça représente la crainte originelle que j'avais quand même en choisissant ce métier, qui était de me faire complètement envahir par les patients et je pense que c'est pour ça que je mets quasiment rien de personnel dans mon cabinet. M6*

L'environnement de travail était également marqué d'éléments personnels que le médecin désirait afficher dans son cadre de travail. De nature très diverse, on pouvait y retrouver des souvenirs de voyage ou de vacances (photos, tapis, affiches), des photos personnelles (famille, vacances), des éléments en lien avec des centres d'intérêt (plateforme playmobil des métiers médicaux, photos d'escalade, d'opéra) ou encore des cadeaux de proches. L'environnement ainsi recrée était à destination du médecin (éléments constitutifs de son environnement de travail, qualifié de « chez soi », voire de « territoire ») mais également à destination du patient, car visible.

De ce fait, la question de la limite était également posée. Chaque praticien avait sa limite propre, de ce qu'il désirait ou non partager avec ses patients. Un médecin affichait des paysages de l'un de ses voyages à l'étranger mais ne voulait pas mettre d'éléments concernant ses autres passions (piano, musique). Un autre utilisait des affiches en lien avec ses loisirs (opéra, théâtre), mais ne désirait pas paraître trop passionné. Un troisième avait affiché une des ses propres aquarelles mais ne souhaitait pas que les patients apprennent qu'elle l'avait réalisée. Un quatrième souhaitait conserver une certaine distance entre sa vie personnelle et sa patientèle et n'exposait aucun élément personnel.

Enfin, certains médecins estimaient avoir donné beaucoup d'eux-même dans la réalisation de leur cabinet, en dessinant les plans, les meubles, en supervisant ou en réalisant une partie des travaux, en y consacrant du temps et de l'énergie. Ils étaient souvent attachés à ce lieu et n'envisageaient pas de le quitter. D'autres ont eu un

investissement plus mesuré avec un attachement moindre, ou étaient animés par une dynamique de renouveau et pouvaient se projeter dans d'autres réalisations.

Un chez soi professionnel

- *Alors, ça ressemble pas tellement à chez moi mais ça me ressemble à moi. Ma personnalité ouais. M7*
- *Oui c'est ça. C'est mon territoire. M9*
- *Mais voilà c'est c'est, j'suis bien parce que parce que c'est mon, c'est mon chez moi. Professionnel. M9*

Mettre des limites à ce que l'on partage

- *Alors écoute, on m'a beaucoup dit, euh, le premier mot qui me vient à l'esprit, c'est épuré. Parce qu'en effet il y a pas grand chose de personnel (Rires) M6*
- *Ah, ouuuui, en fait ma femme m'a dit que c'était trop personnel.. Dans l'escalade y a une grande personne qui a démocratisé l'escalade en France qui s'appelle Patrick Edlinger et c'était une photo de Patrick Edlinger en solo en noir et blanc. Mais voilà, elle trouvait que c'était trop, que ça faisait trop, voilà, ça n'avait pas sa place dans le cabinet. Donc voilà. M8*

Donner de soi, ou pas

- *Ben ça sera probablement, en fait c'est mon premier et certainement dernier endroit. [...] Donc, autant mettre effectivement tout ce qu'on peut, tout ce qui est bon à prendre, mettre dedans quoi. C'est clair. M8*
- *Ah bah c'est super important. C'était oui. C'était vachement bien. [...] voilà, pour moi c'était, ben tu sais, quand on s'installe en tant que toubib, hein! Donc non non j'étais content, c'était, c'était très important, c'était très très important. M9*
- *C'est vraiment à toutes les 4 hein, c'est un truc, c'est notre bébé à toutes les 4. M4*
- *Mais j'ai pareil, j'ai jamais forcément pensé à changer parce que ... j'pense, j'pense que j'investis pas tant que ça en fait dans mon espace professionnel. M6*

11.3.Synthèse et ouverture

Propriété : Un projet personnel
Etiquettes : Un parcours /Une personnalité professionnelle
Cette propriété Un projet personnel correspondait au choix et l'appropriation du lieu de travail. Ce choix était issu de la rencontre entre une opportunité et un parcours personnel (ayant défini des critères de sélection). L'appropriation du cabinet reposait sur les expériences et le vécu du praticien (source d'influence). L'environnement de travail y était le

reflet partiel et maîtrisé de la personnalité du médecin. Celui-ci définissait la part de lui-même qu'il souhaitait inscrire sur les murs de son cabinet, en utilisant entre autre des éléments personnels. De cette façon, il s'appropriait et définissait un chez-soi professionnel, qui serait visible et donc partagé avec le patient. Chaque médecin choisissait les limites de ce qu'il désirait ou non partager, en accord avec sa sensibilité. Ces choix définissaient également la posture qu'il souhaitait adopter envers ses patients, entre autre à travers le choix du bureau. Cela concourait à dessiner les contours d'un cabinet unique, à nul autre pareil.

12. Un projet de groupe

12.1. Vie de groupe

La présence d'une salle pour se réunir, sur le temps du midi ou ponctuellement lors de réunions, a été évoquée. Lorsque le bâtiment ne disposait pas d'une telle salle, son besoin était mis en avant. Cet espace permettait un moment de partage et un moment de pause, et représentait une coupure dans le quotidien. Elle pouvait revêtir plusieurs formes, du bureau de consultation transformé en cuisine le temps du déjeuner à une pièce entièrement dédiée à ces temps communs.

A noter que trois patriciens ressentaient moins le besoin de ce lieu de détente. L'un prenait sa pause du midi à son domicile, l'autre était adepte de la journée en continue et le troisième praticien pratiquait également la journée en continue dans ses anciens locaux. Il s'agissait des trois médecins les plus âgés de notre échantillon. A nouveau, pour des raisons de méthodologie, il n'était pas possible d'affirmer un lien entre l'âge et les habitudes de travail, mais l'évolution des pratiques pourrait expliquer ces différences.

Lorsqu'il n'y avait pas de salle dédiée, les réunions se déroulaient soit dans un bureau soit dans la salle d'attente.

- *(A propos de la salle de pause) Ah oui, ah oui oui. Oh et puis ça c'était indispensable! (Rires). M4*
- *Ouais, il y a du coup, le midi est un moment commun. Alors c'est un grand mot parce que finalement on a souvent qu'une demi-heure pour manger, au grand max, et on se.. on se retrouve souvent dans la salle du milieu pour manger, qui est la salle de l'assistante médicale, de l'infirmière asalée et des internes mais qui sert aussi de .. de pause dej en fait. M7*
- *Alors, il y a, il y a un élément physique, on mange ensemble quasiment, au moins une fois par semaine si ce n'est plus. Donc là c'est un temps d'échanges, mais pas que de la médecine, du reste. [...] Et parfois, on se voit le soir pour faire des réunions. M8*

D'autres éléments de la vie de groupe étaient soulignés. Ainsi certains médecins mettaient en avant une recherche d'égalité entre praticiens, notamment du point de vue de la surface entre les différents cabinets, voire même pour certain d'uniformisation avec un exercice standardisé (matériel identique, logiciel partagé, mode de paiement similaire). Ceci s'appliquait notamment lors d'une création de novo de la structure médicale, avec un projet de groupe.

De plus, l'aménagement pouvait parfois prendre en compte d'autres membres de l'équipe médicale (rénovation du bureau de la secrétaire, aménagement de type étiquetage pour aider les remplaçants) mais ce n'était pas toujours le cas.

Recherche d'égalité

- *Oui, c'est nous qui l'avons pensé. Alors on a toutes les quatre les mêmes bureaux hein. M4*

Prendre en compte les autres membres de l'équipe

- *C'est ce qui manque, c'est ce qui manque ici. Ça serait un, pour nos, pour nos, pour nos secrétaires. C'est un coin de repos, et ça faut qu'on l'fasse. M8*

12.2.Evolution de la structure

Le cabinet avait son propre parcours, qui parfois débutait avant l'installation du praticien dans le cas d'une reprise. Dans ce contexte, le praticien décidait de conserver des éléments déjà présents ou au contraire choisissait de s'en affranchir. La peinture et le mobilier (bureau et divan d'examen) étaient les deux éléments principaux cités comme éléments modifiés ou conservés.

Les travaux envisagés allaient de l'ordre de la petite rénovation (changement de meubles et décoration) à la restructuration du bâti avec modification de la destination des pièces. Dans ce cas ci, le projet était conçu à l'échelle du groupe.

Enfin, la question du devenir était abordée, avec pour certains des projets de déménagement dans l'optique principalement d'un agrandissement de l'équipe médicale. Parfois, cette problématique avait été intégrée en amont, avec des pièces supplémentaires déjà disponibles permettant ainsi de conserver les locaux tout en agrandissant l'équipe médicale.

- *Il faudrait un cabinet médical plus grand, pour accueillir des confrères. [...] Ce serait la structure en elle-même du cabinet, un cabinet un petit peu plus grand, où l'on aurait une*

salle de détente où on pourrait se réunir. D'où le projet d'un autre bâtiment. Mais en gardant l'état de fonctionnement du premier. M1

- *bah voilà, ça serait dommage de construire quelque chose et puis de... que je sois coincé si y'a une opportunité d'un confrère ou d'une consœur, et que ça puisse pas se faire parce que ben justement, y'a pas de local. M10*

12.3.Au delà d'un projet personnel

Le cabinet de consultation ne pouvait être séparé de la structure à laquelle il était rattaché. Il était ainsi lié au groupe médical et à l'histoire de sa création. Plusieurs schémas pouvaient se dessiner. La première situation concernait une structure médicale déjà créée, stable, avec l'installation d'un nouveau médecin en remplacement du départ d'un des membres du groupe. Le nouveau-venu intégrait donc un groupe déjà constitué. On se situait dans le cadre d'une reprise. La deuxième situation correspondait à une structure ayant intégré par anticipation un cabinet supplémentaire, non aménagé. Celui-ci serait investi lors de l'arrivée d'un nouveau médecin dans le groupe déjà constitué. La troisième situation consistait en la création d'une nouvelle structure médicale, portée par les différents médecins impliqués. Cette structure pouvait être construite de toute pièce ou consister en la modification de bâtiments déjà existants.

Le type de situation rencontrée se répercutait sur l'ampleur des travaux et les possibilités d'aménagements, mais n'influait pas sur la liberté d'aménagement du cabinet.

Les décisions d'aménagements de la structure médicale se prenaient en concertation dans certains cabinets, aucune autre mention d'un processus décisionnaire différent n'a été relevée.

- *Uhm oui. En fait, je pense que, tu vois, que un nombre de mètre carré par médecin et après chacun fait ce qu'il veut dans le bureau quoi. M7*
- *Boh, après, on décide, euh.. , 'fin quand c'est des choses du cabinet de manière globale, c'est quand même ensemble. M5*
- *Alors chaque bureau, c'était un choix personnel, avec quand même, on était là, donc on conseillait, notamment sur les orientations des bureaux par rapport au soleil, etc. Et après, toutes les parties communes, et c'est là où c'est difficile et parfois fatigant, on gère tout, tous les trois. Donc. Quand on demande quelque chose je dis « ben faut qu'on en parle aux collègues », c'est des décisions qui sont toujours plus longues et parfois un peu plus fatigantes. Que quand on est tout seul c'est clair. M8*

La notion d'aléa était également évoquée. Parfois à l'origine de l'installation avec la création d'une opportunité, il pouvait également être responsable de modifications au sein du cabinet, voire amener à un départ de la structure.

- *On était que toutes les 2 à ce moment là oui. Parce qu'on était trois avec ce médecin là, et pis ben comme il partait... on était plus que 2. M6*
- *Le fait est que mon associé a pris sa retraite un peu avant moi, et du coup j'ai été obligée de chercher une autre activité. M11*

Enfin, certains praticiens travaillaient en « bureau partagé », les deux praticiens se répartissant l'usage du bureau au cours de la semaine. Le « chez-soi » professionnel étant partagé, cela pouvait imposer de nouvelles règles de fonctionnement et d'aménagement du cabinet.

Le partage du bureau pouvait avoir été défini d'emblée via l'association d'un duo de médecin, ou se faire dans un second temps, avec un collaborateur rejoignant un médecin déjà en place. Dans le cadre de nos interviews, les deux bureaux partagés étaient associés à une faible personnalisation du cabinet, avec une volonté de garder le patient à distance en ne partageant pas d'éléments privés.

- *Ben, voilà, on s'était dit qu'on laissait pas trainer de papiers. Que en fait on laissait le bureau comme on aurait aimé qu'il soit laissé quand on arrive pour une utilisation en direct quoi. Et ça on était d'accord tous les deux de toutes façons. M5*
- *Après, je pense que si j'y étais vraiment toute seule dans mon bureau [...] peut-être je réfléchirais un peu plus. A l'organisation, le positionnement, faire des transformations. Là, le fait d'être à deux, euh.. je peux pas dire que j'ai un peu l'impression d'être, par exemple, comme si j'allais travailler à l'hôpital et qu'en fait je m'en fichais complètement des locaux qui sont autour de moi mais c'est un peu comme ça que je le vis malgré tout. Je m'étais déjà fait cette réflexion plusieurs fois, je m'étais dit « bah, en fait c'est mon bureau mais .. c'est mon bureau mais c'est pas vraiment mon bureau ». Et en même temps ça me dérange pas. Du tout. Euh.. ça, en fait, c'est mon lieu de travail donc en fait, c'est pas chez moi, j'ai pas envie d'aller mettre des trucs personnalisés. J'ai jamais voulu avoir les photos de mes enfants sur un ... c'est pas quelque chose, je me sens pas en frustration de pas avoir les photos de mes enfants.. C'est pas grave quoi. En fait c'est juste mon lieu d'exercice. Je, j'ai pas besoin d'avoir des trucs très personnels pour pouvoir me sentir bien quoi. Je sais juste que c'est mon lieu de travail en fait, donc.. Où j'ai les outils, je me sens, voilà, je circule, il est quand même assez pratique. C'est ce qu'il me faut en fait. M5*

12.4.Synthèse et ouverture

Propriété : Un projet de groupe
Etiquettes : Vie de groupe / Evolution de la structure / Au delà d'un projet personnel
Cette propriété Un projet de groupe correspondait à l'histoire et aux contraintes inhérentes à la structure médicale en son ensemble, ainsi qu'à l'influence du groupe. Le cabinet était à considérer avec son passé et son avenir, et selon la nature du projet (création de novo, reprise, etc...). Le devenir de la structure pouvait avoir été anticipé au moment de sa création. La dynamique de groupe intégrait des notions tels que l'équité entre médecins (du point de vue de la surface) ou des prises de décision en concertation. La présence d'un lieu de réunion, souvent associé à un lieu de détente, était recherchée.

13.Conception et réalisation

13.1. Mise en oeuvre

La plupart des praticiens avaient une idée claire de ce qu'ils souhaitaient pour leurs locaux et certains élaboraient eux-même les plans d'aménagement. La plupart recouraient par la suite à un architecte et/ou un maitre d'oeuvre pour la réalisation des travaux si ceux-ci étaient d'importance. Le projet mêlait alors l'expertise architecturale à la pratique médicale. Les médecins faisaient part de leurs attentes (nombreux rangements, isolation phonique) qui étaient traduites en mesures concrètes.

Dans le cadre de rafraichissements, certains médecins réalisaient eux-même les aménagements (installation des meubles, de la décoration), aidés de proches. Pour d'autres cependant, ces questions n'avaient que peu d'intérêt et préféraient laisser les choix considérés comme esthétiques à d'autres membres du groupe médical.

- *Après, c'est des discussions que l'on a eu avec l'architecte qui était plutôt de bons conseils. Donc c'était son job après.. Mais il nous a beaucoup aidé sur l'aménagement intérieur et tout. M4*
- *Mais ça, c'est nous qui l'avons inventé. C'est moi qui ai dessiné. Qui ai dessiné l'infrastructure du bâtiment. M10*
- *Pfff.. choix des couleurs et décoration, niveau zéro (Rires) et puis ça m'intéresse pas, je pense que c'est vraiment ça. M6*

Sur la question des fournisseurs, concernant l'achat du mobilier, la majorité des praticiens s'étaient fournis en grande partie chez IKEA. Certains évoquaient également d'autres fournisseurs grand public sur Internet, notamment pour les

chaises (Skum). Pour certains éléments plus spécifiques comme le bureau ou le divan d'examen, les praticiens se tournaient vers des sites plus spécialisés, soit dans le médical, soit dans le mobilier de bureaux professionnels (Matelpro, Bureaulia, JPG). Enfin, un praticien avait acheté certains éléments de son aménagement sur des salons (salon d'orthopédie, salon d'artisanat).

- *Non (rires). Je l'ai trouvé chez IKEA. Je suis meublé intégralement en IKEA dans mon bureau sauf les sièges. Et au final il me plaît mon meuble! M1*
- *(A propos de la table d'examen) J'ai cherché sur des sites médicaux. Je me suis documentée. Et avec le recul elle me plaît. M1*

Modèle explicatif :

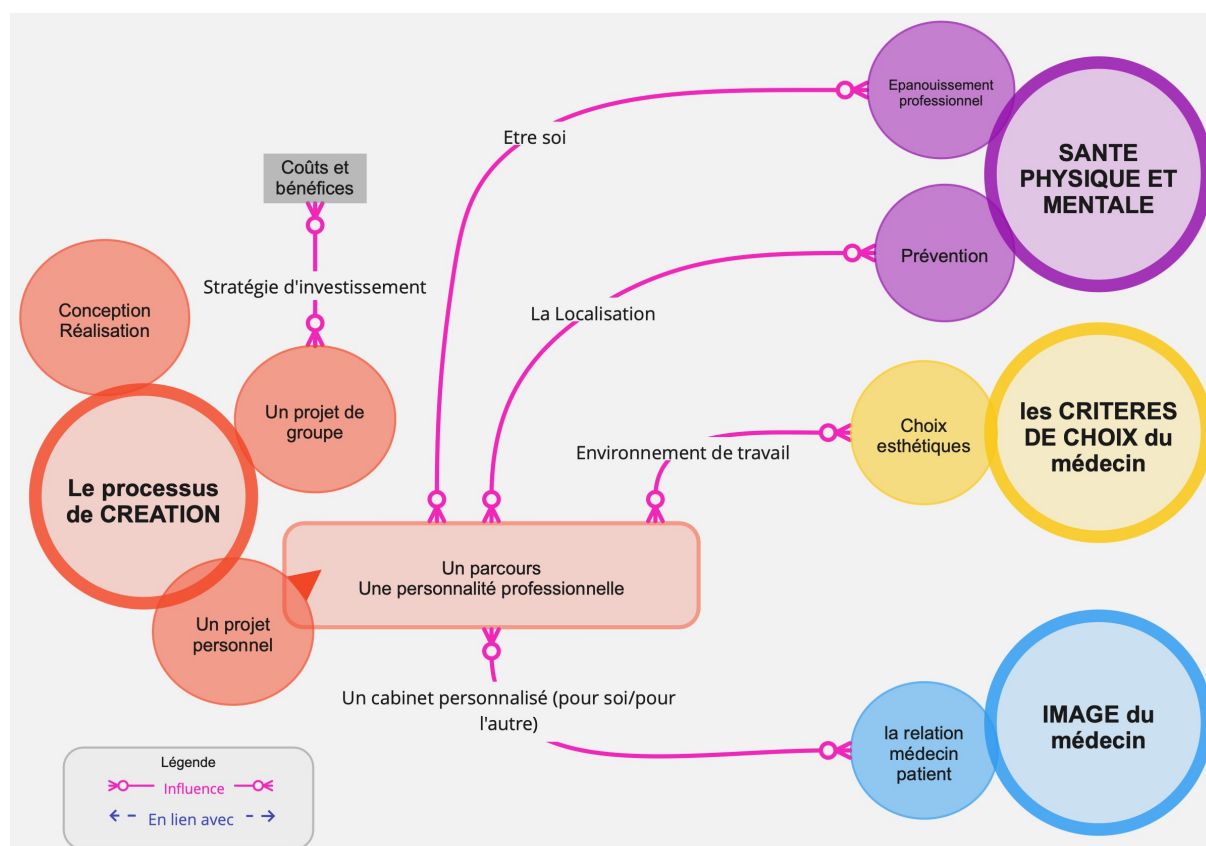


Figure 8 : Modèle explicatif partiel - Le processus de création

A travers l'aménagement de son cabinet, le médecin se composeait un environnement de travail, reflet de certaines composantes de sa personnalité et plus ou moins enrichi d'éléments personnels soigneusement sélectionnés, à destination du médecin et du patient. Ce cadre de travail offrait ainsi un lieu propice à l'épanouissement du médecin, pouvant être associé à une forme de chez-soi professionnel. L'élaboration de cet environnement incluait également ses préférences esthétiques, et était influencé par ses choix de vies, notamment l'implantation du cabinet (choix d'une localisation et d'un groupe, c'est-à-dire de l'équipe qui œuvrait au sein de la structure médicale). Ce groupe avait aussi une influence sur l'histoire de son cabinet. L'histoire du cabinet (sa création, son devenir) était lié plus ou moins intimement aux décisions du groupe, notamment sur les aspects financiers.

La création du cabinet se retrouvait ainsi à la croisée de deux trajectoires : celle du médecin et celle du groupe. (Figure 8)

CATÉGORIE V : DES FACTEURS EXTÉRIEURS

Cette catégorie regroupait 2 Propriétés, pour un total de 4 étiquettes (Figure 9).

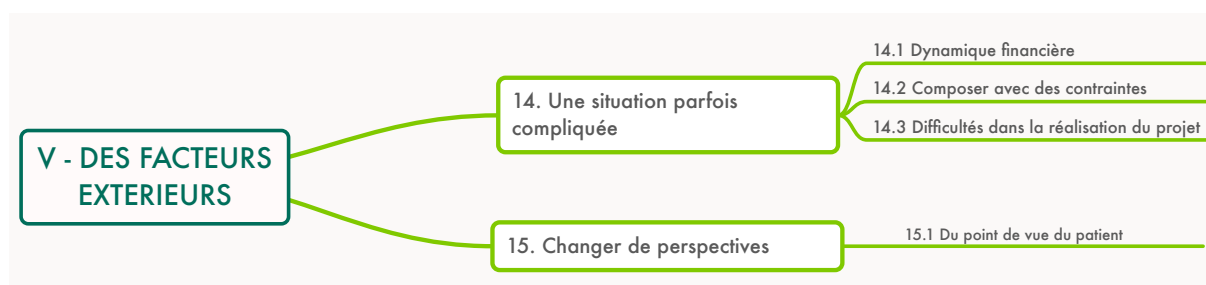


Figure 9 : Des facteurs extérieurs (Branche V)

14. Une situation parfois compliquée

14.1. Dynamique financière

La dynamique financière était souvent similaire : un investissement important au moment de l'aménagement du cabinet, suivi par des investissements plus modestes, pour des réparations majoritairement. Certains mettaient également en avant une dynamique d'achat de matériel pour développer leurs compétences.

Les travaux menés dans un cabinet pouvaient aussi inciter d'autres médecins de la structure à réaliser à leur tour des travaux. Ceci a été évoqué dans les deux sens : travaux dans le cabinet ayant motivé les collègues à faire de même, et modifications réalisées par des collègues ayant convaincu le médecin d'apporter des changements à son propre aménagement. Plus rarement, des évolutions étaient envisagées à moyen terme, dans un objectif de renouveau ou de changement.

Malgré l'importance ou l'attention qui avait pu lui être accordée, l'aménagement était néanmoins considéré comme non prioritaire. Les arguments avancés étaient le manque de temps et le coût de l'aménagement (notamment pour du matériel professionnel ou du matériel de qualité). De plus, cette dépense était à intégrer dans un contexte de charges mensuelles, elles-mêmes plus ou moins importantes.

Les dépenses d'aménagement portant sur la structure médicale (aménagement des communs, du secrétariat) correspondaient à des dépenses de groupe, c'est-à-dire nécessitant l'aval de tous, ce qui pouvait être un frein. En effet chaque membre ayant

sa propre dynamique, certains pouvaient souhaiter ne pas investir (départ à la retraite).

Dynamique d'investissement

- *Moi j'aime bien le changement, donc.. Même si là j'ai, j'ai tout refait évidemment vu que je me suis installée, mais je n'exclue pas dans 5 ans, de refaire toute la déco du cabinet quoi. J'aime bien le changement. Pour pas s'ennuyer. Ça fait des projets (rires). M7*
- *Et puis au moment où je suis arrivé, ben ils en ont profité pour refaire aussi dans leur bureau, les peintures. [...] Refaire un petit coup de neuf parce que c'est toujours pareil, tu viens voir, comme c'était un peu plus moderne, ils ont dit « ah ben oui tiens finalement c'est pas mal, tiens on va faire ça. M9*

Non prioritaire

- *Et puis après ben c'est vrai que, j'ai d'autres priorités que de mettre un tableau. M10*
- *L'aménagement c'est la cerise sur le gâteau ! C'est pas le plus important. M3*
- *Idéalement, j'aimerais avoir un peu plus le temps de changer les photos, ou des choses comme ça. Mais j'ai clairement pas du tout le temps .. M1*
- *Le problème c'est... (frotte ses doigts l'un contre l'autre) c'est l'aspect finances.. Et qu'Y va partir à la retraite là dans six mois...[...] Et à sa place, je ferais pareil. On va pas commencer à investir des trucs de ouf... M9*

14.2.Composer avec des contraintes

Les contraintes (d'espace et de coûts principalement) conduisaient les praticiens à faire des choix. Sans regretter les décisions qui avaient été prises, ils évoquaient les modifications qu'ils auraient aimé apporter dans une situation idéale, qui se résumaient le plus souvent à un espace plus grand (pour agrandir une salle d'attente, aménager un espace d'intimité pour le patient ou augmenter la surface des plans de travail).

Les normes ERP5 (accueil du public, notamment en situation de handicap) induisaient également leur lot de contraintes, leur respect se faisant au détriment du confort (perte d'espace) ou des économies d'énergie.

La dernière contrainte mentionnée faisait référence à la structure du bâti qui ne permettait pas le passage de brancards depuis l'entrée principale.

- *Ce qui me manquerait, ça serait un plan de travail plus grand, en continuité avec l'évier, pour mieux installer mon coin pédiatrique. M1*

- On avait, idéalement, on aurait aimé avoir un vrai endroit d'examen un peu plus fermé encore avec un.. comme vous dites, un petit sas pour se déshabiller, pour l'intimité. En terme de place c'était pas possible, donc il a fallu faire des choix, c'est pour cela qu'on a ce petit retour qui permet de garder quand même un petit peu.. M4
- L'entrée. Euh, tu vois le fait que par exemple pour les normes en fait on a du mettre une porte battante, 'fin tu sais une porte automatique là, ben ça c'est pas pratique. Parce qu'avant, sans les normes, on avait un sas d'entrée [...] Et le sas d'entrée, tu vois, pour par exemple les économies d'énergie, et ben c'était vachement bien. Parce que là le problème c'est qu'on est obligé en fait de pas beaucoup chauffer parce que sinon tout sort, et avec en ce moment le prix de l'énergie, euh, voilà.. M6

14.3. Difficultés dans la réalisation du projet

Dans le cadre d'une création, deux difficultés majeures avaient été éprouvées. La première concernait l'élaboration du projet, avec l'évocation d'une manque de soutien extérieur de la part des collectivités locales (d'un point de vue financier et pour la recherche d'un local), ou de difficultés à trouver des associés. La seconde concernait la réalisation des travaux avec des retard de livraison ou des malfaçons.

- Et puis, euh, donc on avait pas mal démarché les collectivités, mais euh.. voilà, beaucoup de portes nous ont été fermées. M8
- J'ai cherché des gens avec qui m'associer pour recréer un cabinet, voire des gens qui étaient dans le même, dans le même cas que moi, je n'ai pas trouvé. J'ai mis des annonces partout. Donc c'était un peu compliqué. M11
- Ben on a eu les contraintes classiques de retard de travaux et ce genre de choses. On a eu des soucis de malfaçons sur le sol, on a été obligé de faire.. euh.. voilà, de pousser un peu, voire même d'aller voir jusqu'à demander à un avocat de faire un courrier pour qu'ils nous refassent les sols. Voilà, donc c'est les aléas de travaux en général. M4
- Parce qu'on a eu des gros problèmes avec les entreprises et avec le maître d'œuvre. Les délais n'étaient pas tenus, y'a une entreprise qui a été vendue et rachetée avec une fuite de perso', 'fin un départ de personnel. Alors... c'était, c'était le bazar quoi. M8

14.4.Synthèse

Propriété : Contraintes et difficultés
Etiquettes : Dynamique financière / Composer avec des contraintes / Difficultés dans la réalisation du projet

Cette propriété **Des contraintes et des choix** correspondait à la nécessité de faire des choix lors de la création. Le plus souvent l'aspect financier et les contraintes du bâti étaient le facteur limitant, qui se traduisait par une surface de structure un peu plus réduite que ce que les médecins auraient souhaité dans l'idéal. L'investissement, important au moment de la création, se réduisait souvent par la suite au maintien en état de la structure, avec parfois des améliorations ou des investissements ponctuels, certains médecins n'excluant pas de modifier la décoration du cabinet dans un futur plus ou moins proche. L'étape de la création pouvait également s'avérer difficile, avec la recherche parfois vaine de soutien extérieur, et la survenue d'aléas lors de la réalisation des travaux.

15. Changer de perspective : du point de vue du patient

L'aménagement du cabinet médical était réalisé pour le médecin mais également pour son patient. Dans cette optique, le praticien essayait de se mettre à la place du patient, pour concevoir un environnement qui lui conviendrait. Globalement, les médecins pensaient que les patients étaient satisfaits des conditions qu'ils leur offraient. Ils évoquaient parfois quelques remarques, mais qu'ils n'estimaient pas toujours justifiées.

- *Et puis moi, j'avais déjà mon idée de ça, de justement, comment en tant que patient, on perçoit, ben le médecin le cabinet, est-ce qu'on y attache de l'importance ou pas de l'importance. M10*
- *Je pense qu'ils sont quand même plutôt satisfaits.. 'fin, je sais pas, je pense que je serais utilisatrice, je trouverais que c'est plutôt sympa, les locaux sont quand même bien conçus, y'a une salle d'attente, y'a un secrétariat quand même qui permet de les accueillir, ils ont des toilettes, euh.... 'Fin voilà, les bureaux sont quand même, voilà, bien bien fichus. M5.*
- *Très positive. Globalement ben on a fait, ma collègue surtout, X, a fait des gros efforts de décoration, ça plaît beaucoup. Et en fait ils sont très bien quoi.*
- *Non. Les seules réflexions qu'on a, c'est, ... la température. C'est-à-dire que quand il fait.. y'a, ils sont 5, par exemple dans la salle d'attente, y'en a un qui va dire qu'il fait trop chaud, l'autre qu'il fait trop froid, l'autre qu'il fait trop tiède...! Alors il y en a un qui ouvre la fenêtre, l'autre qui la ferme, l'autre qui met du chauffage, l'autre qui met la clim...*

Modèle explicatif :

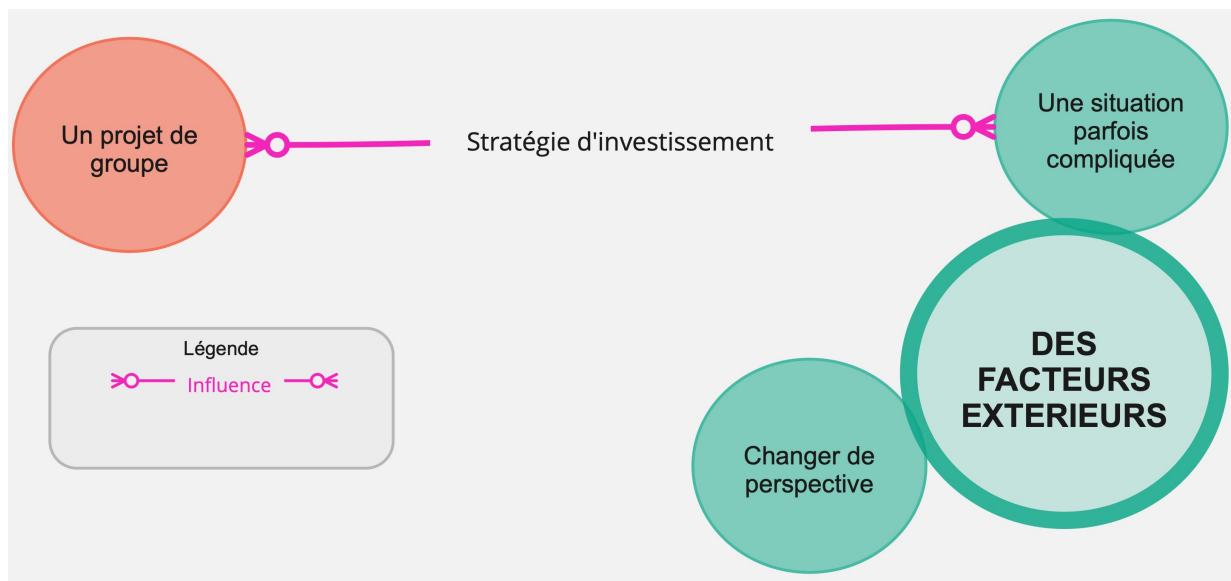


Figure 10 : Modèle explicatif partiel - Des facteurs extérieurs

La création du cabinet était soumise à des facteurs extérieurs, au niveau du groupe concernant les stratégies d'investissement mais également en terme de recherche de soutien pour la concrétisation des projets. Les médecins s'interrogeaient également sur le point de vue des patients qu'ils considéraient comme satisfaits (Figure 10).

IV. DISCUSSION

1. Résultat principal : Modèle explicatif complet

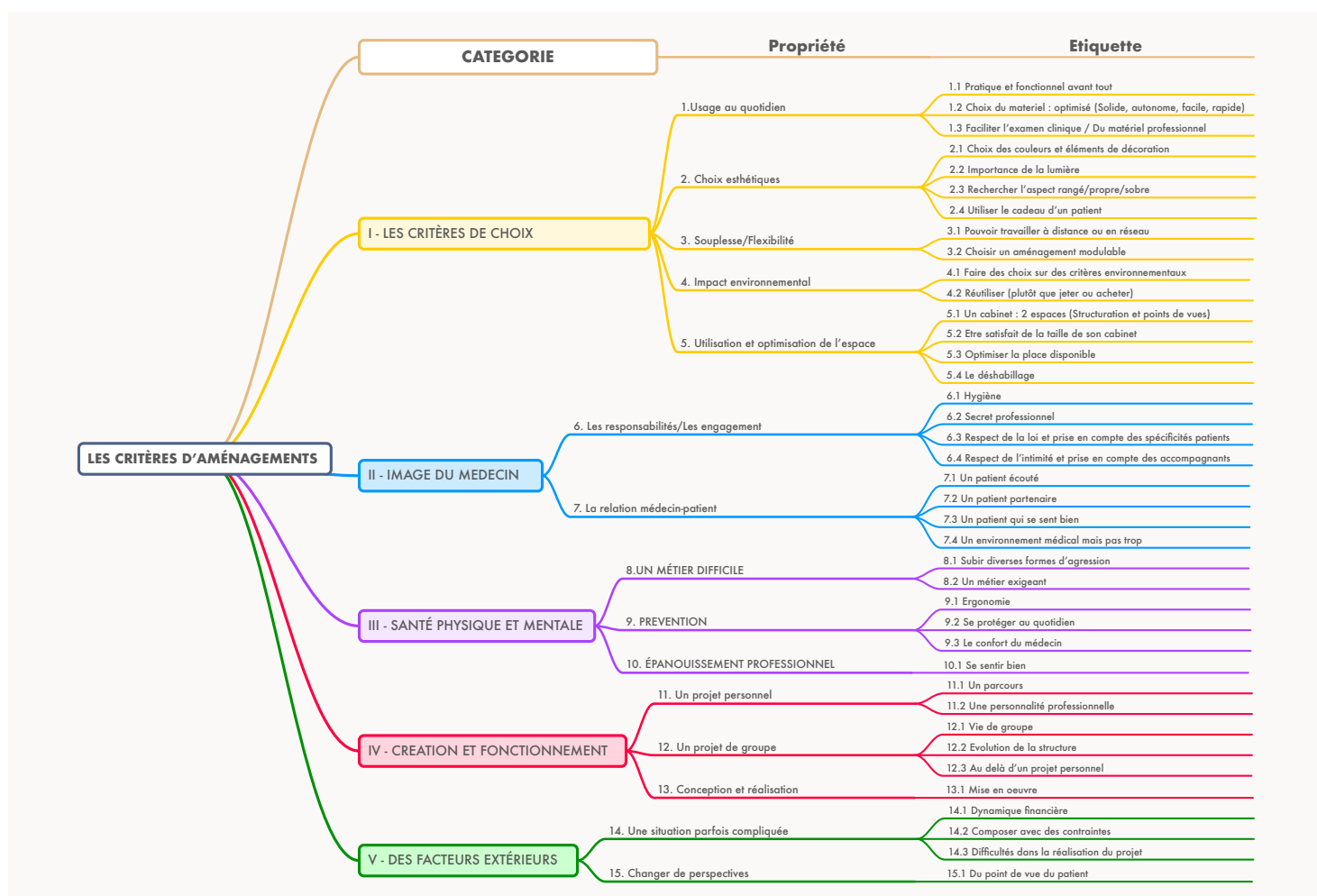


Figure 11 : Arborescence complète

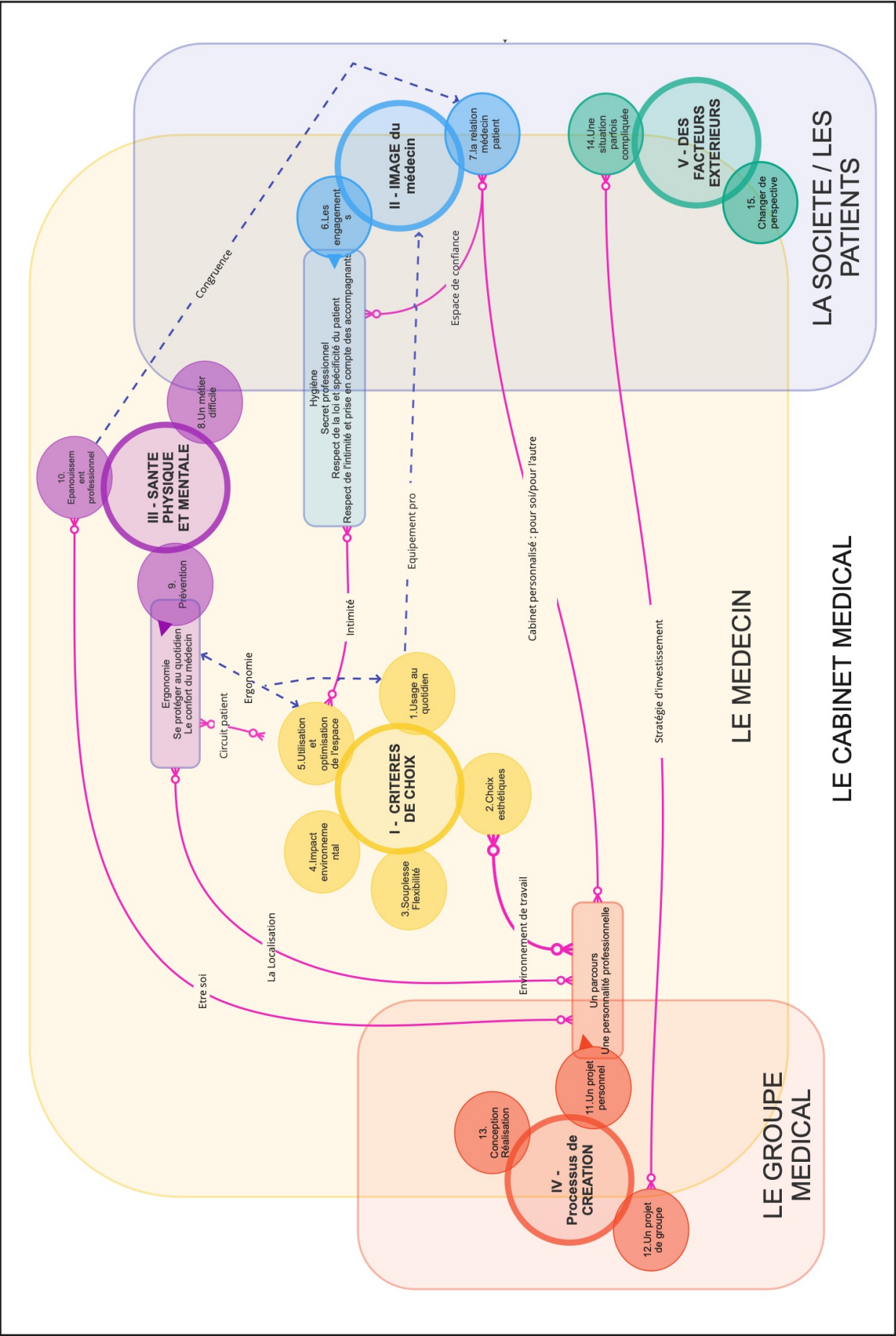
Au total, il a été identifié 5 catégories, qui regroupaient 15 propriétés pour un total de 39 étiquettes (Figure 11).

Un modèle explicatif a été élaboré à partir de ces données, qui reprend l'ensemble des éléments influençant l'aménagement du cabinet médical, du point de vue du médecin généraliste. Pour plus de clarté, les éléments du schéma sont repris dans le texte avec une accentuation typographique (**Catégories et propriétés sont notifiées en gras dans le texte**, liens et influences en souligné et *domaines en italique*) .

L'aménagement est apparu comme un phénomène complexe, structuré à travers 5 catégories : **l'image du médecin, sa santé, ses critères de choix, le processus de création** et **l'influence des facteurs extérieurs**. Ces catégories ne sont pas indépendantes les unes des autres et des interactions de diverses natures les relient. De plus ces catégories s'articulent au sein de 3 domaines : *le médecin, le groupe (=l'équipe médicale) et la société/les patients*.

Le cabinet médical forme les limites externes du modèle. Au centre de celui-ci se trouve en tout logique *le médecin*. Une seule sphère dépend uniquement du praticien. Il s'agit des **Critères de choix du médecin**, qui ont été répartis en 5 propriétés :

- **L'Usage au quotidien**, qui traduit une recherche de fonctionnalité. Le médecin cherche à gagner en efficacité, à éviter les pertes de temps et à limiter les risques de blessure (via l'ergonomie). Pour faciliter son examen clinique, il sélectionne son équipement professionnel en fonction de ses pratiques et définit ainsi son image professionnelle (représentation du médecin).
- **Les Choix Esthétiques**. Au delà des couleurs et des sources lumineuses, cela implique également des éléments de décoration plus ou moins personnels et l'aspect général du cabinet. Cela définit un environnement de travail à destination du médecin et du patient, reflet contrôlé de la personnalité professionnelle du médecin.
- La **Souplesse/Flexibilité**, qui permet au médecin de s'adapter aux aléas de son quotidien.
- La prise en compte de l'**Impact environnemental**, de façon plus ou moins poussée selon les praticiens.
- **L'Utilisation et Optimisation de l'espace**, intégrant entre autre la question de la séparation plus ou moins marquée de l'espace Examen, pouvant faire écho au besoin d'intimité du patient. Cette organisation de l'espace joue également un rôle dans la prévention des TMS (ergonomie). La conception de l'espace s'applique au cabinet de consultation mais également à la structure médicale, notamment à travers la définition du circuit patient, qui module la pression exercée par la salle d'attente sur le praticien.



MODELE EXPLICATIF DES ELEMENTS AGISSANT SUR L'AMENAGEMENT
DU CABINET MEDICAL DU POINT DE VUE DU MEDECIN

Figure 12

La seconde sphère **Image du médecin** correspond à ce que le médecin considère comme ses **engagements** et ses devoirs envers son patient et sa traduction en terme d'aménagement (Respect de l'hygiène, de la confidentialité, de la loi, prise en compte du patient et de ses accompagnants). Elle s'inscrit donc sur le domaine du *médecin* mais également sur celui de *la société/patients*, car faisant écho à ce que le médecin pense que la société/patient attend de lui. A travers la création de ce lieu d'écoute et de mise en confiance se pose l'enjeu déjà évoqué de la prise en compte de l'intimité. C'est également l'élaboration d'un espace de confiance, indispensable à l'établissement de la **relation médecin-patient** (RMP). Celle-ci est placée dans le *domaine patient* et à cheval sur le *domaine du médecin*, pour représenter la dyade médecin-patient. Pour une RMP de qualité, il est nécessaire de prendre en compte la santé mentale du praticien, représentée par le lien de congruence. Une prise en charge optimale intégrant écoute et empathie ne peut s'établir qu'avec un médecin en accord avec lui-même et épanoui professionnellement. Cette RMP s'établit dans le décor du cabinet, décor construit par le médecin à partir d'éléments personnels, en fonction des éléments de sa propre vie qu'il souhaite ou non partager. Ce cabinet personnalisé est à destination du médecin et du patient.

La troisième sphère concerne les aménagements mis en place pour conserver la bonne **Santé physique et mentale** du praticien. Comme vu précédemment l'**épanouissement professionnel** est bénéfique à une RMP de qualité (congruence), et se développe quand le médecin construit un projet qui lui correspond (Etre soi). Le métier de médecin généraliste peut s'avérer un **métier difficile** avec des responsabilités importantes, une pression parfois forte imposée par le patient et des risques d'agressions. La prise en compte de ces éléments extérieurs est représentée en plaçant cet élément en partie sur le domaine *Société/ Patients*. Le dernier volet de cette sphère concerne la **prévention**, tant physique (ergonomie) que morale, avec entre autres le circuit patient (déjà abordé) et le choix de l'implantation du cabinet (localisation) partie intégrante du projet personnel, qui implique le choix de sa patientèle, de ses collègues, de ses trajets.

La quatrième sphère **Processus de création** prend place dans le domaine du *Groupe médical* (collègues médicaux et paramédicaux de la structure médicale) et

s'articule en 3 volets. D'une part l'aspect concret de **conception/réalisation** du cabinet. D'autre part le projet du médecin (**projet personnel**), qui se nourrit de ses expériences passées et de ses aspirations en tant que médecin. Cette personnalité professionnelle transparaît dans la conception du cabinet, à travers le choix de la localisation, par l'élaboration de l'environnement de travail d'un point de vue esthétique, et par la part de lui-même que le médecin dévoilera (cabinet personnalisé), dans un cabinet à son image, où il se sent bien (Etre soi). Enfin le troisième volet concerne le **projet du groupe** médical, élément partiellement indépendant de la volonté du praticien, et donc placé en dehors du domaine du *médecin*. Le fonctionnement du groupe, sa dynamique d'évolution et de projets auront des répercussions sur l'aménagement du cabinet. La prise en compte des contraintes, notamment financières, influencera la stratégie d'investissement.

La dernière sphère **Facteurs extérieurs** prends place en toute logique dans le domaine *Société/Patients*, et à son interface avec le domaine *Médecin* sur lequel il agit. Le volet **situation parfois compliquée** correspond aux contraintes de toutes natures pouvant entraver la conception du cabinet, et influençant de fait les stratégies d'investissement élaborées par le groupe. Le volet **changer de perspective** correspond au point de vue du patient selon le praticien.

2. La comparaison avec la littérature

Le modèle explicatif présenté précédemment définissait la vision que le médecin généraliste portait sur son cabinet. Il en ressortait notamment les contraintes liées à sa pratique (légales, éthiques et symboliques, mais également liées à son parcours personnel et à celui du cabinet) ainsi qu'une liberté de choix, où chaque médecin construisait son cabinet en fonction de ses attentes et de sa pratique, pour un cabinet unique sur lequel il apposait son empreinte.

La section suivante portera sur la comparaison de ces résultats avec la littérature.

LES CRITÈRES DE CHOIX DU MÉDECIN.

1. Usage au quotidien

La propriété Usage au quotidien a révélé une recherche de fonctionnalité et de praticité. La thèse menée par Deprez (9) sur l'agencement du cabinet médical

retrouvait des éléments similaires sur cette notion de fonctionnalité, qu'elle associait à la facilitation du travail de bureau et de l'examen clinique. La thèse de Trichard-Lavergne (19), menée du côté des patients, retrouvait également cette idée de praticité : les patients estimaient que la fonctionnalité et le confort du médecin devaient, avant toutes choses, conditionner l'agencement du cabinet.

Nos travaux ont mis en avant l'intérêt porté à l'organisation et au rangement afin que le matériel soit facilement et rapidement accessible. On retrouvait des éléments concordants dans la thèse de Martin (20), qui révélait que les patients appréciaient lorsque les instruments utilisés par le médecin (examen clinique et matériel administratif) étaient situés à portée de main. Ainsi, sur cette notion de fonctionnalité, les attentes des médecins et des patients semblaient concorder.

Sur la question plus spécifique du choix de l'équipement, nous notions la recherche de matériel solide, fiable, facile à mettre en place, pour se faciliter le quotidien, avec une certaine hétérogénéité dans l'achat en fonction des attentes et du vécu du médecin. Concernant cette question du matériel présent au cabinet du généraliste, Carpentier précisait qu'il n'existait pas de liste du matériel obligatoire au cabinet de médecine générale (21). Elle citait entre autre l'article 71 du code de déontologie médicale, qui stipulait que « Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable [...] et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge ». Toute liberté était donc laissée au médecin pour s'équiper comme il l'entendait. Les travaux de Rastegue (22) sur les déterminants du bien-être au travail des généralistes soulignaient que le matériel à disposition devait être adapté et de qualité. Elle recommandait d'investir dans du matériel performant. Ceci est en accord avec nos résultats.

Enfin, la notion de confort lors de la réalisation de l'examen clinique rejoignait celle de « confort de travail diagnostique » développée par Malet (23). Sa thèse s'intéressait aux facteurs favorisant l'acquisition et l'utilisation de l'équipement, et évoquait la notion de confort au travail. Elle y soulignait la nécessité d'être à l'aise et confortable avec les équipements utilisés au quotidien, ce qui était en accord avec nos propres résultats. Elle y évoquait également la notion précédemment évoquée

de liberté dans l'acquisition du matériel (matériel jugé indispensable par certains mais inutile pour d'autres) et le lien entre ces choix et l'activité du médecin. Chaque médecin était donc en droit de s'équiper comme il le souhaitait, selon sa patientèle, ses orientations, son activité, et le matériel qu'il s'estimait capable de maîtriser. Pour déterminer le matériel dont ils souhaitaient équiper leur cabinet, les médecins s'appuyaient sur leurs expériences personnelles, leur formation, leur orientation spécifique et sur les recommandations de bonne pratique (23).

2. Choix esthétiques

- Choix des couleurs et éléments de décoration :

Concernant la composante esthétique, il a été souligné le soin apporté aux teintes et aux éléments décoratifs. La question des couleurs a fait l'objet de recherches, notamment celles de Leather parues dans *Environment and Behavior*, qui mettaient en avant l'induction d'états émotionnels par le biais de la couleur. Il évoquait des modifications du rythme cardiaque en fonction de l'exposition à certaines teintes (baisse de la fréquence cardiaque et effet relaxant du bleu-vert, excitation psychologique et physiologique (majoration de la fréquence cardiaque, attention dirigée vers l'environnement) des couleurs chaudes : rouge et certains roses) (24).

Cette question de l'influence des couleurs dans le cadre d'un établissement de soin a été étudiée, notamment en odontologie où la question de la gestion de l'anxiété est prégnante. On y retrouvait un effet apaisant et de mise à distance des couleurs froides (bleu vert), à utiliser notamment en salle d'attente, et l'effet stimulant et réconfortant des couleurs chaudes (rose jaune orange) à privilégier pour le secrétariat et les points d'accueil. Des teintes douces et harmonieuses étaient à privilégier, avec des couleurs neutres pour le cabinet (gris bruns, beige bruns, et ton pastels), peu fatigantes pour la vision (25, 26, 27).

Les travaux de Penloup sur l'architecture des lieux de santé évoquaient des résultats similaires, avec des plaintes récurrentes du personnel soignant oeuvrant dans le service aux murs colorés en rouge (tension, céphalées), comparativement à celui aux murs colorés en vert (28).

Au delà de cette approche générale, certaines spécificités pouvaient être prises en compte. Pour une patientèle pédiatrique, les teintes jaunes-orangées étaient recommandées, mais par petites touches pour éviter un effet sur-stimulant néfaste (25), tandis que dans le contexte d'une consultation gynécologique, les couleurs

douces étaient appréciées des patientes notamment pour le divan d'examen (bleu) (29).

Que cela soit en cabinet dentaire ou de psychothérapie, la présence de livres, de peintures et d'éléments permettant d'humaniser la pièce était apprécié du point de vue des patients et des praticiens (25, 30). Arneill de son côté s'était intéressée à la décoration de la salle d'attente et retrouvait que des notions esthétiques (présence de meubles, tableaux, luminaires) influençait la perception qu'avait le patient de la qualité des soins qu'il s'apprêtait à recevoir (31).

Concernant le recours aux peintures et photographies, leur nature pouvait avoir une influence. Les travaux d'Ulrich et Gilpin ont mis en avant que l'être humain était génétiquement prédisposé à porter attention et à répondre positivement aux images de visages humains souriants et sympathiques. Concernant les paysages, les patients exposés à des représentations de nature sereine présentaient une tension artérielle plus basse que ceux privés d'image (condition contrôle) ou que ceux exposés à des images belles mais stimulantes (paysage marin avec des vents violents). Certains éléments de nature pouvaient à contrario être source d'anxiété, notamment ceux pouvant représenter une menace (araignée, serpent, animaux massifs regardant directement le spectateur, espaces fermés et sombres (forêt dense) ou visages humains inquiets ou en colère) (32). Les peintures abstraites ou ambiguës, quant à elles, pouvaient être source d'anxiété, car soumises à interprétation. Dans un contexte de patient anxieux, elles pouvaient ainsi devenir des sources d'angoisse (Emotional congruence theory). Des travaux menés sur des patients hospitalisés montraient leur préférence systématique pour des scènes de nature représentative et le rejet de l'art abstrait (32, 33). De même, la thèse de Parvin citait une recherche menée dans un hôpital psychiatrie suédois où les patients avaient réagi positivement aux œuvres montrant la nature, et négativement aux œuvres abstraites ambiguës ou manquant de logique (commentaires négatifs). Certains patients avaient signalé au personnel que ces tableaux les dérangeaient, leur demandant de les enlever, au point que certains patients habituellement non violents avaient même attaqué physiquement ces peintures (34).

Ainsi, même en tenant compte de la subjectivité inhérente à l'interprétation d'une oeuvre d'art ou d'une photographie, et donc en acceptant qu'une oeuvre ne puisse pas plaire à tout le monde, il convenait néanmoins de sélectionner les oeuvres affichées au sein du cabinet pour en favoriser l'impact positif.

- Importance de la lumière :

L'importance de la lumière a été soulignée selon deux objectifs : contribuer à une ambiance agréable et garantir un examen clinique de qualité.

Concernant les éléments d'ambiance, la luminosité a été identifiée comme un facteur d'importance dans la thèse de Deprez sur l'agencement du cabinet médical. Elle était associée à un espace ouvert, sans cloison, en privilégiant l'éclairage naturel. La lumière conditionnait même parfois l'emplacement du bureau (pour ne pas avoir la lumière de face) (9).

L'influence des facteurs environnementaux sur la propension des patients à se confier a été étudiée par Okken. Elle a mis en avant que des variables telles que la couleur ou la luminosité de la pièce pouvaient influencer la perception de l'espace et modifier certains comportements. Ainsi, en situation de stress, les patients avaient plus de propension à partager des informations personnelles dans un lieu qu'ils percevaient comme plus spacieux, impression artificiellement recrée par une luminosité plus importante. A noter par contre que dans le cadre de consultation sans facteur de stress notable, la luminosité n'avait pas d'influence (35). A contrario, des travaux menés au Japon mettaient en avant qu'un éclairage tamisé induisait des sentiments plus agréables, un sentiment de détente et de confiance amenant à une plus grande révélation de soi, comparativement à un éclairage vif (36). Cependant cette étude n'a pas été menée dans un contexte médical mais chez un conseiller, et elle a été réalisée sur une population japonaise, emprunte d'une culture différente notamment du point de vue de la représentation et de l'organisation de l'espace.

Enfin, pour aborder l'éclairage du point de vue du confort au travail, selon Herthault-Renaudier, 3 critères devaient être pris en compte : l'intensité lumineuse, la surface vitrée et la présence de stores intérieurs, avec un objectif d'éclairage de 500 lux pour l'examen général et de 1000 lux pour un examen plus spécifique. Elle indiquait que

ces critères étaient majoritairement non atteints (un tiers seulement des cabinets de consultation de la population d'étude répondaient aux critères d'éclairage idéal) (37).

- Rechercher l'aspect Rangé/Propre/Sobre

Plusieurs études illustraient que les patients réagissaient plus favorablement aux bureaux ordonnés et bien entretenus (comparativement à ceux qui le sont moins) en considérant que cela était le reflet d'une plus grande conscience professionnelle et d'une plus grande disponibilité (30, 36, 38). De même, dans les travaux de Nguyen, l'agencement était considéré comme un marqueur de compétence qui, selon les patients, prouvait le professionnalisme du médecin (29). Une association récurrente était également faite entre le caractère ordonné de la pièce et sa propreté. De plus, la propreté et l'ordre étaient perçus comme des éléments de communication non verbal importants dans le cadre de la relation médecin patient et participaient à créer un environnement confortable et accueillant (8).

3. Limiter l'impact environnemental

Dans son article sur l'écoconception d'un cabinet médical (suisse), Nicolet soulignait que de plus en plus de médecins de famille oeuvraient pour réduire leur émissions de carbone, les principales émissions étant liées au chauffage et au transport (39).

La plupart des médecins interrogés dans le cadre de nos travaux semblaient également concernés par la cause écologique. La problématique énergétique était souvent abordée à travers la question de l'isolation, mais aucune remarque sur le transport n'avait été formulée. La limitation des consommables (usage raisonné du drap d'examen), cité à plusieurs reprises, était, selon Nicolet, relativement facile à mettre en place mais avait malheureusement un faible impact carbone (39).

4. Utilisation et optimisation de l'espace

- Un cabinet : deux espaces / Le déshabillage

Il existait un continuum entre le cabinet conçu comme un seul et unique espace et celui composé de deux pièces séparées. Cette séparation plus ou moins marquée pouvait être représentée par des revêtements différents, par le recours à une cloison mobile type paravent, à une cloison fixe séparant partiellement ou fortement l'espace (étagère plus ou moins haute, demi-mur, mur) ou par deux pièces concrètement séparées.

Elle pouvait répondre à deux situations : d'un part le désir de structurer spatialement la consultation et d'autre part un désir d'intimité de la part du patient.

Concernant la structuration de la consultation, elle s'effectuait dans le temps (la phase d'interrogatoire, puis d'examen physique) et dans l'espace (autour du bureau puis au niveau du divan d'examen). Selon Guyard, cette temporalité de la consultation semblait renforcée lorsque le déplacement s'effectuait d'une pièce à l'autre (40). Et selon Sarradon « la configuration avec séparation spatiale plus ou moins effective permettrait de souligner la fonction d'écoute de la pratique généraliste à côté de celle de technicien et d'expert » (12). Mais ce déroulé de la consultation pouvait s'effectuer indépendamment de cette barrière physique et il s'agirait plutôt de préférences liées à la pratique du médecin. Les avantages de la pièce unique avancés par les médecins interrogés dans notre thèse étaient similaires à ceux identifiés par Guigues, à savoir le gain de temps et moins de contraintes et de gêne pour la circulation (41).

Concernant le désir d'intimité, plusieurs travaux évoquaient un patient demandeur d'une séparation (19, 20, 41, 42). Cette demande correspondait à un besoin d'intimité majoré dans certaines situations : en présence d'un accompagnant (19), ou pour la réalisation d'un examen nécessitant l'exposition de parties du corps considérées comme intimes et pouvant mettre le patient mal à l'aise (examen gynécologique notamment). Ainsi, selon Nguyen, 2 femmes sur 3 préféraient un cabinet comportant une séparation dans le cadre de l'examen gynécologique (29). Enfin, les patients seraient demandeurs d'un espace où se déshabiller. Selon Guyard, l'usage du paravent pour définir le lieu du déshabillage revêtait principalement une fonction symbolique. Il ne servait pas tant à cacher de la vue mais plutôt à définir un espace attribué à la fonction de déshabillage. Si rien n'indiquait matériellement ce lieu de déshabillage, cela induisait de la gêne du point de vue du patient. (40, 41).

La question de cette séparation, en isolant de façon plus ou moins marquée la partie Examen, apparaissait donc principalement comme une demande des patients. Du point de vue du médecin, les positions étaient plus diverses et intégraient ces deux

dimensions : la création d'un espace d'intimité plus ou moins marqué autour de l'examen clinique et du déshabillage, et le fonctionnement propre du médecin (préférences personnelles) avec des atouts et des inconvénients pour chaque configuration.

- Etre satisfait de la surface de son cabinet

Les médecins interrogés se déclaraient globalement satisfaits de la taille de leur cabinet, résultat concordant avec ceux de Danel, où 90% des médecins interviewés étaient également satisfaits (43).

Les travaux de Deprez évaluaient à 16m² la taille minimale souhaitée pour un cabinet de consultation, une taille de 18 à 20 m² apportant tout de même un confort supplémentaire (9).

Concernant l'influence de la taille du cabinet de consultation sur la RMP, les travaux d'Okken indiquaient que les espaces restreints (16m² dans l'expérience menée) augmentaient l'inconfort et la sensation de confinement et diminuaient la propension à se livrer, comparativement à un espace plus grand (20m²) (44). Mais de son côté Archambault ne trouvait pas de corrélation significative entre RMP et taille de la salle de consultation (45). Enfin, selon Rapp, quand il était demandé au patient de décrire le volume d'une pièce, il n'en donnait pas une mesure objective mais évoquait plutôt sa luminosité ou son encombrement. Ces éléments étaient considérés comme des déterminants de leur perception de l'espace. Les patients se disaient, là encore, plus à même de confier des ressentis intimes lorsque les lieux leur paraissaient spacieux et disponibles pour les accueillir (38). De ces diverses expériences apparaissait un parallèle entre espace réel et espace psychologique.

Si l'on s'en référait à ces travaux, il pourrait être intéressant de privilégier les espaces de plus de 16m², tout en gardant à l'esprit que la perception du patient pouvait être influencée par des déterminants autres que la taille.

IMAGE DU MÉDECIN

1. Responsabilités/engagements

- Respect de la loi et prise en compte des spécificités du patient

L'aménagement du cabinet de consultation s'inscrivait dans un cadre réglementaire. C'était le cas notamment pour l'accessibilité universelle, les règles de sécurité et

incendie, l'hygiène, ou l'obligation d'affichage en salle d'attente (tarifs, convention, numéro d'urgences) (29, 9). Le code de déontologie évoquait la nécessité d'une installation convenable, qui devait permettre le respect du secret professionnel, la sécurité des personnes examinées et la pratique de soins de qualités (38).

La notion de conformité avec la loi du point de vue de l'accès aux personnes en situation de handicap a été régulièrement évoquée par les médecins que nous avons interrogés. Le cabinet médical faisait effectivement partie des établissements recevant du public (ERP de cinquième catégorie), et était par conséquent soumis à la réglementation en vigueur quant à l'accueil des personnes en situation de handicap. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances a renforcé l'obligation d'aménagement des bâtiments recevant du public, afin de permettre l'accès et la circulation de toutes les personnes, quelles que soient leurs difficultés (handicap auditif, cognitif, moteur, psychique et visuel) (11, 43). L'accessibilité de tous les établissements, incluant les établissements de santé, se devait d'être effective au 1^{er} janvier 2015, en respectant les prescriptions techniques d'accessibilité (cheminement praticable, cabinet accessible en fauteuil roulant, rampe avec pente inférieure à 5% si dénivelé important, bornes et poteaux détectables par une personne à visibilité réduite, contraste des couleurs, etc....), ou à défaut en bénéficiant d'une dérogation (46). Ceci n'était pas forcément le cas de l'ensemble des cabinets visités dans le cadre de notre étude. Cela rejoignait les travaux de Danel, réalisés en 2015, où seuls 31% des médecins interrogés avaient réalisés leur diagnostic d'accessibilité. L'argument principal de ceux ne l'ayant pas réalisé était qu'ils avaient pour habitude de visiter à domicile les patients avec des difficultés de déplacement. Par conséquent le bénéfice de ces aménagements était faible comparativement aux coûts induits. Le seul critère significatif de réalisation du diagnostic d'accessibilité retrouvé par Danel était l'exercice en cabinet pluridisciplinaire (43).

Dans le cadre de nos entretiens, la question de l'accessibilité n'était pas présente dans le questionnaire initial et s'est révélée au fur et à mesure des interviews. La prise en compte de cette nécessité d'accessibilité d'un point de vue légal était plus fortement ressentie par les praticiens s'étant installés après le passage de cette loi (construction ou reprise). Pour les médecins déjà installés avant cette loi, ou ceux

intégrant un groupe déjà en place avec des locaux non conformes, cette mise aux normes apparaissait moins nécessaire ou n'était pas évoquée.

Sur cette notion d'accessibilité, les patients étaient également en recherche d'un certain confort, avec des places de parking proches et un cabinet accessible aux personnes en situation de handicap et par extension aux poussettes (19). En effet, si les normes d'accessibilité avaient été bien prises en compte, la circulation était également facilitée pour les personnes avec poussette et déambulateur (largeur de portes de 80 cm minimum) (46). Enfin Fournier évoquait l'intérêt d'aller plus loin sur ces notions d'accès en intégrant un accès d'urgence pour l'évacuation d'un patient sur un brancard (46).

•Secret professionnel

Sur la notion de confidentialité, le code pénal faisait référence à « 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 », punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (47). Cependant ceci faisait référence à une divulgation volontaire. Il n'existait pas de texte du code pénal s'intéressant spécifiquement au côté involontaire de cette divulgation. Le code de déontologie y faisait référence dans l'article R 4127-71 « 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 dans l'article R 4127-73 : « le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux, concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents. Il en va de même des informations médicales dont il peut être le détenteur. » (10 - article 71). De plus le code de santé publique indiquait que « toute personne prise en charge par un professionnel de santé [...] a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant [...] (47). Le Conseil de l'Ordre des médecins était le garant du respect du secret professionnel, et les sanctions prévues pouvaient aller de l'avertissement à la radiation du tableau de l'ordre des médecins (48). Cette notion réglementaire du respect de la confidentialité n'a pas été évoquée par les médecins interrogés dans le cadre de nos travaux, qui faisaient plutôt référence à une préoccupation éthique.

La recherche de la confidentialité se traduisait dans nos entretiens et dans la bibliographie par différents type d'aménagements : musique en salle d'attente, utilisation de sas ou de doubles portes, création de bulles phoniques avec portes et cloisons phoniques, installation du bureau loin du mur adjacent à la salle d'attente (9, 48). La confidentialité des locaux apparaissait comme un sujet incontournable pour la plupart des médecins, plus important même que l'intimité visuelle. La divulgation du secret professionnel était considérée comme inacceptable (47, 48).

Cependant, si la notion de secret professionnel n'a que peu variée au cours du temps, son application a fortement évolué, comme indiqué par les travaux de Genet. Les médecins les plus anciennement installés reconnaissaient ne pas s'être posés les mêmes questions à leurs débuts qu'à l'heure actuelle, avec à présent une prise en compte plus importante des locaux et du personnel. Ceci expliquait que les locaux les plus anciens nécessitaient une rénovation importante du point de vue phonique (47).

De plus, il existait également une différence entre la perception des médecins et celle des patients quant à l'efficacité de cette isolation (48). Ainsi, Trichard Lavergne faisait référence à une étude où 80 à 95% des médecins interrogés étaient satisfaits de leur isolation phonique contre seulement 55% des patients interrogés dans les mêmes cabinets (19). Cette notion d'isolation phonique était une des considérations principales des patients. Les ruptures de confidentialité se produisaient la plupart du temps en salle d'attente, avec des propos entendus issus du cabinet de consultation ou du secrétariat, et la plupart du temps d'origine plurifactorielle (structure du cabinet, défaut de vigilance professionnelle, outil de communication (appel du secrétariat, ordonnance visible...))(48). Selon Fournier, une salle d'attente isolée du secrétariat permettait de gagner en confidentialité (46), cependant Genet mettait en garde contre l'installation de murs ou de vitres qui pouvaient contribuer à déshumaniser le cabinet. Il évoquait la nécessité d'un juste équilibre, entre protection du secret professionnel et aménagement chaleureux, justifié par le fait qu'un cabinet trop déshumanisé ne favorisait pas l'installation d'une bonne RMP et altèrait potentiellement la qualité des consultations (47).

- Hygiène :

La thèse de Deprez identifiait l'hygiène et la propreté comme des éléments importants pour le médecin généraliste (9). D'autres travaux s'étaient penchés sur ces notions d'hygiène, en s'appuyant sur les recommandations de la HAS, dans l'optique de diminuer le risque infectieux et de garantir ainsi la sécurité du patient et du médecin. Il était ainsi fait mention de revêtements facilement lavables, de points d'eau dans chaque salle de consultation et sanitaires associés à des distributeurs de savon liquide non rechargeables, de poubelles sans manipulation manuelle, de gestion des déchets, de fréquence d'aération et de nettoyage, etc... (49, 50, 51, 52).

Certaines recommandations ne prêtaient pas à débat, notamment la question du point d'eau. Tous les cabinets visités dans le cadre de cette thèse en étaient pourvus. Plusieurs études s'étaient penchées sur cet aspect et il apparaissait que c'était le cas de la grande majorité des cabinets, mais pas de la totalité (89% selon Daniel (43), 97,7% selon Meichel (52), 91% selon Sautel (53)).

Pour d'autres recommandations, leurs applications étaient moins unanimes. Ainsi les plantes, les aquariums et les bouquets de fleurs étaient déconseillés, notamment dans les salles de soin car difficiles à nettoyer et pouvant être des réservoirs potentiels de microorganismes (50, 53). Si des plantes étaient présentes, la HAS recommandait leur manipulation avec des gants (49). Cependant, comme le précisait Parvin, la majorité des recherches portant sur l'impact des plantes d'intérieurs s'étaient concentrées sur les risques plutôt que sur les bienfaits sur la santé, et d'autres critères seraient possiblement à prendre en compte (réduction de l'anxiété entre autre). De plus, toujours selon Parvin, aucune recherche n'avait encore pu trouver de lien significatif entre le risque d'infection nosocomiale et la présence de plantes. Cependant, considérant que les plantes réelles et les représentations de plantes avaient le même effet sur l'anxiété, et au vu du potentiel risque infectieux, l'utilisation de nature artificielle pouvait, selon lui, être une solution possible (34). Les travaux de Pizzigoni sur les mesures alternatives à la gestion de l'anxiété citaient l'utilisation d'aquariums, présents dans 50% des cabinets dentaires américains et utilisés de plus en plus fréquemment dans les hôpitaux. Leur action antalgique et anxiolytique était recherchée, ainsi que l'atmosphère hypnotique qu'ils participaient à

mettre en place (26, 34). Là encore, les aspects hygiéniques apparaissaient en contradiction avec ces notions de rassurance. Dans les interviews réalisées dans le cadre de notre étude, ce lien entre présence de plante/fleurs et possible risque infectieux n'a jamais été abordé.

Une réflexion similaire se posait concernant les jouets en salle d'attente et dans le cabinet. Du point de vue de la transmission d'agents infectieux, les recommandations étaient le nettoyage régulier des jouets (au lave-vaisselle ou au lave-linge) ce qui excluait l'usage de livres non lavables, et le retrait de tous les jouets lors des épidémies (bronchiolite, gastro-entérite aiguë) (49, 53, 60). Selon Moore, l'American Academy of Pediatrics avait édité des recommandations similaires, ce qui avait incité certains pédiatres américains à retirer tous les jouets de leur salle d'attente car ils jugeaient trop compliqué de les nettoyer et de surveiller leur utilisation. Moore en concluait qu'il fallait tenir compte des besoins des enfants en comparant les risques et les bénéfices liés à la présence/absence de jouets dans les cabinets, en prenant en compte le contexte épidémique (34, 51). Chez les médecins interrogés dans le cadre de cette thèse, la présence de jouets à destination des enfants n'était pas associée à une problématique d'hygiène. Les praticiens en revanche mettaient en avant l'importance de ces jouets pour le bon déroulé de la consultation, éléments que l'on retrouvait dans les travaux de Trichard-Lavergne, où les patients étaient en demande d'aménagement d'un coin enfant, pour améliorer la relation et faciliter le dialogue (19). Il a cependant été fait référence à l'épidémie de Covid, qui a entraîné le retrait temporaire des jouets. Ces résultats étaient en conformité avec la thèse de Sautel, qui évoquait que les médecins avaient modifiés leurs habitudes lors de la pandémie de Covid et que la très grande majorité des jouets et journaux avaient également été retirés des salles d'attentes (53).

Cette notion de respect de l'hygiène était donc importante, mais nécessitait également une vision globale et réfléchie pour que sa mise en oeuvre ne soit pas faite au détriment d'autres notions. Les travaux de Sautel illustraient cette difficulté à appliquer à la lettre les recommandations d'hygiène de la HAS. Aucun cabinet interrogé dans le cadre de sa thèse ne respectait l'ensemble des recommandations

de la HAS et un cabinet sur cinq environ comportait une plante, 1 bouquet ou un aquarium (53).

•Respect de l'intimité et prise en compte des accompagnants

Cette notion concernait principalement la question de la séparation de la pièce. Selon Deprez, qui a recueilli le point de vue des médecins, ceux-ci estimaient que les patients étaient demandeurs d'intimité au moment du déshabillage (9). Selon Guigues, la séparation par paravent pouvait jouer un rôle dans la protection des regards : celui des accompagnant, mais également celui d'une personne extérieure à la consultation faisant irruption par erreur dans le cabinet (41).

Du point de vue du patient, cette notion d'intimité était recherchée, notamment lors de l'examen physique, que cela soit par une séparation entre salle d'entretien et salle de consultation ou par une absence de fenêtre donnant sur l'extérieur (19, 42, 54). Cette recherche d'intimité était encore plus recherchée si le patient était accompagné (29).

Concernant la particularité de l'examen gynécologique, Nguyen a consacré ses travaux aux attentes des femmes lors de cette consultation. Les patientes souhaitaient un environnement réconfortant et familier, avec là encore un respect de l'intimité (confidentialité du cabinet, isolement de l'examen gynéco de tout contact extérieur). La séparation de l'espace en deux parties était souhaitée par 77% des femmes interrogées, car permettant de fixer un ordre spatio-temporel. Le paravent était considéré comme suffisant la plupart du temps. Un espace spécifique dédié au déshabillage n'apparaissait pas nécessaire pour 56% des femmes, mais elles étaient demandeuses d'un espace dédié pour déposer leurs vêtements et sous-vêtements (pour 74% des répondantes). Enfin, 55% des patientes estimaient que la couverture du bas du corps n'était pas utile, et le confort de la table d'examen était jugé satisfaisant à 93% (29).

Il était intéressant de noter cette distinction entre espace de déshabillage et lieu de dépôt des vêtements. Les praticiens interrogés dans le cadre de cette thèse liaient souvent les deux, et aucun cabinet ne présentait d'espace de déshabillage individualisé, pour des raisons d'espace disponible. La mise en place d'un lieu

clairement identifié où poser vêtements et sous-vêtements pourrait être un aménagement à considérer.

2. La relation médecin-patient

Dans les travaux de Deprez, la totalité des médecins interrogés reconnaissaient l'influence de l'aménagement du cabinet sur la RMP et 60% avaient souhaité faciliter voire améliorer cet échange à travers leur aménagement (9).

•Un patient écouté : le positionnement

Iandolo, dans son guide pratique sur la communication avec le patient, était partisan du positionnement « côte à côte » favorisant l'échange, plutôt qu'un placement en « face à face » qui, selon lui, intensifiait le contact physique car associé aux situations d'intimité ou d'affrontement (55). Cependant, selon d'autres travaux, ce positionnement en face à face était la position la plus appréciée des patients : elle permettait le maintien d'un contact visuel entre les deux interlocuteurs pour une meilleure écoute et une meilleure compréhension (54, 56). Les patients évoquaient une préférence pour un buste de praticien placé face à eux (ni de trois quart, ni de côté), sans obstacle visuel (pas d'écran d'ordinateur notamment). Certains patients néanmoins considéraient que ce positionnement en « côte à côte » pouvait aider au rapprochement avec le médecin et donc aider à se confier, tandis que pour d'autres, cela apportait une familiarité trop grande. Par conséquent c'était une position qu'ils préféraient réserver aux amis (56).

La disposition en face à face avait également l'avantage de constituer deux espaces privés bien distincts : celui du médecin et celui du patient. Puisque le médecin allait entrer dans l'espace intime du patient lors de l'examen physique, avoir un espace privé permettait à ce dernier d'être rassuré pendant le reste de la consultation (54). Cette notion d'intrusion dans l'espace privé faisait écho aux travaux de Hall sur la proxémie, à savoir l'étude des interactions spatiales et de leur signification. Dans son ouvrage « La Dimension Cachée », Hall a déterminé 4 distances interpersonnelles : la distante intime (mode proche <15cm, mode éloigné 15-40cm), la distance personnelle (45-125cm), la distance sociale (1m20-3m60) et la distance publique (3m60 et plus) (57). Dans la relation entre un médecin et son patient, ces distances prenaient des valeurs différentes. Ainsi le médecin, de part sa fonction

professionnelle, se plaçait à une distance « intime éloignée » lors de l'examen clinique sans que cela soit vécu comme un envahissement de la part du patient. Puis cette distance évoluait entre la sphère personnelle et la sphère sociale, en fonction de la teneur de l'entretien et du patient (57, 58). Ce rapprochement physique avec le patient (contact physique) améliorait la qualité de la relation médecin-patient (45).

•Un patient partenaire : relation symétrique

La RMP a changé au fil du temps. D'abord paternaliste, elle a évolué vers une médecine centrée-patient, où celui-ci est considéré comme acteur de sa propre santé (54). Plusieurs éléments du cabinet symbolisaient cette relation, notamment le bureau. Dans le cas par exemple d'un imposant bureau de notable, celui-ci représentait l'asymétrie de la relation, avec un rapport de supériorité du médecin, associé à une asymétrie de positionnement et de confort autour du bureau (54, 59). Cette asymétrie n'a pas été retrouvée dans les entretiens passés dans le cadre de nos travaux, avec l'usage de bureaux peu profonds, à échelle humaine.

Cette asymétrie de positionnement pouvait aussi se retrouver au moment de l'examen clinique, et Landolo recommandait de ne pas dominer le malade en étant debout lorsque celui-ci était allongé, mais au contraire d'utiliser un siège à proximité du lit d'examen (55). Un médecin interrogé dans le cadre de la thèse de Lugo allait plus loin en utilisant un tabouret hydraulique pour les enfants, inspiré de son expérience personnelle. L'installation sur le siège qui montait puis tournait rassurait l'enfant, placé à hauteur du médecin, et facilitait ainsi son examen comparativement à la position allongée sur le lit d'examen (59).

D'autres éléments pouvaient atténuer cette relation de pouvoir médecin/patient en diminuant le stress du patient : l'agencement, la luminosité ou les éléments décoratifs (29).

•Un patient qui se sent bien : le confort

Champeau citait la demande des patients pour des éléments de confort : chaises confortables avec accoudoirs, bureau sans butée au niveau des genoux pour que le patient puisse se rapprocher, bureau large pour pouvoir prendre appui, avec des angles arrondis (54, 60). Dans la thèse de Lugo, une majorité des médecins interrogés avaient également porté attention au confort des patients notamment au

niveau de l'assise (59). On retrouvait des résultats similaires dans nos travaux, avec des praticiens ayant à coeur le confort de leurs patients.

Selon Okken, cette attention portée à l'environnement facilitait de plus la mise en confiance. Créer un environnement plus plaisant ou plus confortable majorait la probabilité de se confier, car le patient se sentait plus à l'aise (44).

•Un environnement médical mais pas trop

L'environnement du cabinet s'inscrivait dans un équilibre entre un lieu rassurant, non hospitalier, et un cabinet professionnel, présentant les codes d'un lieu médical (19). Cette dualité était également retrouvée dans le discours des praticiens interrogés pour cette thèse.

Dans ses travaux sur l'hôpital, Leather évoquait la notion de médecine moderne associée à un environnement stérile, contribuant à l'expérience de déshumanisation du patient et source d'anxiété. Ainsi il recommandait de garder à l'esprit que la recherche de l'efficacité ne devait pas se faire au détriment du confort du patient (24). Dans le cadre plus spécifique de la consultation gynécologique, étudiée par Guyard, la distinction était faite entre consultation réalisée dans le cadre de l'hôpital et celle faite en ville (dans le cas d'une praticienne exerçant dans les deux) : « quand elle [la patiente] va à l'hôpital, elle sait qu'elle va voir un groupe, quand elle vient ici, elle vient voir quelqu'un. Le cabinet, c'est un lieu où le rapport médecin patient est plus privilégié » (61). Le cadre hospitalier était souvent associé à une relation moins personnelle, déshumanisée, source d'angoisse, que les patients ne souhaitaient pas retrouver dans le cabinet de médecine générale. Cependant, ils s'attendaient néanmoins à y retrouver des éléments en lien avec le monde médical. Cette ambivalence se retrouvait chez Nguyen, avec une recherche d'équilibre entre le besoin de rendre le cadre familier aux patients, dans un objectif de rassurance, et la nécessité de maintenir un cadre symbolique médical. De même, l'excès de familiarité transgressait les frontières de l'intimité, alors que des règles trop rigides exacerbaient le sentiment de perte de contrôle face au médecin (29).

- S'éloigner de l'hospitalier - personnalisation :

Selon Nguyen, les patients étaient en demande d'un milieu réconfortant, évocateur de la maison, qualifié de « Home like ». De cette atmosphère découlait le sentiment d'avoir la maîtrise de la situation (29). Rapp évoquait également la préférence des patients pour une ambiance chaleureuse et confortable, évoquant une maison ou un foyer. Une ambiance froide, peu décorée, avec un mobilier inconfortable était à contrario évocateur du milieu hospitalier. Elle retrouvait une représentation sociale négative de l'environnement des structures de soins hospitalières que les patients semblaient tolérer en cas de maladie grave mais déploraient chez leurs médecins généralistes (38).

Ce concept de Home-like a pris une dimension supérieure à travers les Maggie's center, lieux de soin pour patients atteints de cancer, associés à des lieux de vie au sein de bâtiments à l'architecture particulièrement travaillée, qui redonnaient le sentiment de contrôle au soigné et prenait en compte son bien-être (28). L'idée associée était que l'architecture médicale pouvait contribuer à améliorer l'état de santé du patient. La même réflexion se développait dans d'autres structures de soin, notamment les hôpitaux afin que le lieu en lui-même devienne un instrument médical (62). La réflexion sur l'aménagement et l'architecture intérieure entraient dans ce processus, y compris la personnalisation du lieu.

Ainsi le cabinet médical offrait une grande liberté d'aménagement et l'opportunité d'une personnalisation. Cette notion de personnalisation était décrite par Fisher comme « la décoration, la modification ou le réaménagement délibéré de l'espace par son utilisateur, de manière à y refléter sa valeur personnelle ». Cette personnalisation procurait un sentiment d'intimité et de bien être (63). Elle ne signifiait pas forcément l'affichage d'éléments personnels (photos de famille par exemple) mais d'éléments qui avaient un sens aux yeux du médecin. Certains se saisissaient de cet espace de liberté, tandis que d'autres ne souhaitaient pas le personnaliser (9).

Selon Nau, cette personnalisation était appréciée et recherchée par le patient, qui y voyait un reflet de la personnalité de son médecin, partageant à son tour un peu de son intimité. Il s'y sentait ainsi plus à l'aise (7, 20, 56). Rapp estimait également que cette personnalisation permettait d'atténuer une partie de l'asymétrie de la RMP, tandis que Sarandon considérait que l'affichage d'attributs personnels inscrivait

l'espace du bureau dans la sphère privée, voire intime, où le patient était accueilli et invité à se confier, de manière réciproque (12, 38). Cependant Deprez notait également un désir de conserver une certaine neutralité au sein du cabinet, afin que chacun puisse s'y sentir bien (9).

- Rester dans la symbolique médicale :

Les travaux de Rapp mettaient également en avant l'aspect rassurant, aux yeux du patient, des objets symbolisant l'expertise médicale du praticien : toise, balance, affiches anatomiques, livres. Il ne s'agissait pas de juger la compétence du médecin en se basant sur l'ampleur de son parcours mais de s'assurer de l'appartenance du praticien à la notion préconçue de « médecin », elle-même gage de compétence (38). Des propos similaires étaient retrouvés dans l'étude ethnographique de Sarradon, où elle évoquait la pièce de consultation comme l'un des constituants de la façade sociale du généraliste, qui établissait et fixait le rôle du médecin (12). La table d'examen représentait un repère invariant du « cadre spatial » de la consultation, tout comme le reste du mobilier médical (table à roulette, lampe sur pied, armoire d'instruments, bureau médical), porteurs d'une valeur symbolique forte aux yeux du patient (29, 56). Selon Arneill, les patients étaient également en demande d'une salle d'attente s'inscrivant dans le domaine médical. Dans le cas contraire, si la salle d'attente apparaissait très différente d'un environnement typique de médecin, les patients avaient alors moins confiance en leur praticien (31). Rapp soulignait de son côté que la présence d'objets sans lien évident avec la consultation médicale perturbait les patients et nuisait à leur attention (38).

Sur la notion de salle d'attente, les médecins interrogés dans le cadre de cette thèse y ont rarement fait référence. Le questionnaire ouvert leur laissait la possibilité de l'évoquer mais les propos étaient surtout axés sur le cabinet de consultation en lui-même. De nombreuses recherches s'étaient pourtant portées sur cette question, notamment du point de vue du patient. La salle d'attente était en effet le lieu pour lequel ils avaient le plus d'exigences, alors qu'elle retenait moins l'attention des médecins (19).

SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE DU MÉDECIN

1. Un métier difficile, à risque d'agression

Le métier de généraliste était un métier exigeant et intense, avec de nombreuses heures passées au sein du cabinet. La durée moyenne de travail était supérieure à 50h par semaine pour une majorité des médecins généralistes (64, 65).

Le corps médical faisait également partie des professions à risque d'agression (verbale et physique), notamment dans les cabinets de médecine générale, avec un pourcentage d'agression supérieur à celui des autres spécialités (66). En octobre 2002, le Conseil national de l'Ordre des médecins a mis en place un Observatoire de la sécurité des médecins (67). Le site IPSOS qui reprend les chiffres de cet observatoire faisait état en 2022 en France de 1244 déclarations d'incident (soit 0,63% des médecins), majoritairement des femmes (56%), avec des incidents composés à 73% d'agressions verbales ou menaces, de 10% de vols ou tentative de vols, de 7% d'agressions physiques et 7% de vandalisme (68).

Face à ce constat, les praticiens ont développé des stratégies de protection, variables d'un médecin à l'autre, comme ont pu le montrer nos résultats.

Concernant la protection vis à vis des agressions, Toutin rappelait que l'objectif n'était pas de transformer le lieu de pratique en bunker mais de rendre malaisé le passage à l'acte. Elle recommandait une amélioration de l'éclairage (à l'intérieur et à l'extérieur) commandé de l'intérieur, l'installation d'un interphone/visiophone également télécommandé de l'intérieur par le médecin ou le secrétariat, et la présence d'une télésurveillance/téléalarme, afin de mieux contrôler les entrées. Le renforcement des portes et fenêtres donnant sur l'extérieur était également mentionné (blindage, judas optique, volets). Concernant les espèces et les chèques, il était conseillé de les stocker dans des tiroirs sécurisés. Enfin, il était nécessaire de redoubler de vigilance à l'ouverture et à la fermeture du cabinet, avec un contrôle systématique de la vacuité des toilettes avant la fermeture. Une attention particulière était nécessaire également concernant le dernier patient, nommé « syndrome criminel du dernier malade », intervenant dans le cadre de locaux vides, avec un dernier patient de sexe masculin de type psychotique addictif ou délirant, avec le plus souvent un professionnel de santé de sexe féminin. (66). Une adaptation du planning des consultations apparaîtrait pertinente dans ce contexte.

2. Prévention et épanouissement professionnel

•Prévention psychique - se protéger au quotidien

Selon Deprez, le bien-être du médecin était influencé par des éléments tels que l'autonomie et l'indépendance vis à vis des patients, la proximité du domicile, et la présence d'un lieu pour le travail d'équipe (9).

L'équilibre entre vie professionnelle et vie privée était considéré comme indispensable pour l'épanouissement du médecin (22). Ainsi selon Julien, les médecins se plaignaient régulièrement de ne pas parvenir à accorder ces deux dimensions dans leur quotidien, engendrant stress et fatigue (69). Pour cela des stratégies de réorganisation du temps de travail ou l'instauration de soupapes de sécurité étaient mises en place (69, 12). La mise à distance du patient était une autre stratégie de préservation, en ayant recours au filtre du secrétariat ou en décidant de travailler à distance de son lieu de vie (22).

A propos de cette notion de localisation, Rastègue précisait par ailleurs que le choix du secteur conditionnait le mode d'exercice, chaque territoire ayant ses propres spécificités, avec une satisfaction équivalente retrouvée quelque soit le secteur. Les médecins avaient tendance à choisir un secteur connu, qui leur ressemblait. La richesse de l'offre de soin pouvait conditionner le choix du lieu d'installation (spécialistes, hôpitaux, pharmacies). Enfin, Rastegue soulignait que les médecins avaient souvent à coeur de ne pas trop s'éloigner de leur lieu d'origine, afin de rester à proximité de leur famille et amis (22).

La présence d'une équipe médicale ou paramédicale a également été évoquée dans nos entretiens comme un facteur protecteur. Cet aspect positif du travail en groupe a été souligné dans les travaux de Toutin et de Rastègue, parfois à travers le développement de maisons médicales, avec comme avantages retrouvés le partage des gardes et de la permanence de soin, le plaisir de travailler en collectif, et le sentiment d'un isolement moindre (22, 67). Sarradon évoquait également l'association comme le seul moyen de poser des limites à son activité en facilitant les absences et la réduction du temps de travail (12). Le recours à des salariés pouvait également alléger la charge de travail, via l'emploi d'un secrétariat ou d'assistants médicaux, pour les tâches administratives non directement liées aux soins (22).

Cependant cette augmentation de la taille de l'équipe nécessitait une adaptation ou une anticipation en terme de taille des locaux. Enfin, dans le cadre des MSP, les relations interprofessionnelles étaient appréciées (22).

L'ouverture sur l'extérieur ou le recours à des éléments de Nature (photos de paysage, plantes et bouquets, fleurs artificielles) a été retrouvé dans quasiment la totalité des interviews réalisés pour cette thèse. Le facteur apaisant de la Nature a été mis en lumière depuis de nombreuses années par Ulrich. L'une de ses expériences, publiée dans Science en 1984, a ainsi mis en lumière l'influence d'un séjour post-opératoire (post-cholecystectomie) dans une chambre dotée d'une fenêtre donnant sur un paysage de nature comparativement à une fenêtre donnant sur un bâtiment en brique. Les patients ayant bénéficié du séjour avec vue sur la Nature avec un besoin diminué en antalgiques, présentaient moins de complications mineures post chirurgicales et la durée de leur séjour était plus court. (3). Ulrich a également constaté que l'humeur du sujet était plus positive dans un bureau pourvu de plantes (70), et que les jardins hospitaliers étaient utilisés comme des échappatoires au stress du travail et aux conditions difficiles de l'hôpital (33). Simplement regarder un paysage avec des plantes pendant une durée de 3 à 5 minutes entraînait des modifications physiologiques, psychologiques et émotionnelles (réduction des émotions négatives, baisse de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque, de la tension musculaire et de l'activité électrique cérébrale) (33). Ses travaux ont également démontré que la qualité du paysage n'entrait pas en ligne de compte et qu'une belle peinture d'un parc national aurait autant d'effet qu'une modeste peinture de lac (32). Dans ce contexte, le recours à des éléments en lien avec la Nature semblaient pertinent, tant pour le médecin que pour le patient.

Enfin, la liberté d'exercice a été identifiée par Rastegue comme un facteur de bien-être. Cette liberté pouvait se retrouver dans le choix d'activité, le choix du lieu d'exercice, de réalisation d'activités mixtes, voire la réorientation de carrière. Cette liberté était également présente dans l'organisation du travail (gestion de l'emploi du temps, de la charge de travail, adaptation à la vie personnelle, choix d'être salarié ou libéral). L'indépendance et l'autonomie d'organisation étaient des éléments majeurs,

propres au médecin généraliste et pouvant évoluer dans le temps en fonction de l'âge, de la vie personnelle, des capacités et des envies du moment (22).

•Prévention physique - Ergonomie

Concernant les blessures physiques dans le cadre des TMS, l'attention était portée sur l'ergonomie. Selon Hottiaux, l'ergonomie était définie comme la recherche d'une meilleure adaptation entre une fonction, un matériel et son utilisateur (27). Elle ne se limitait pas uniquement au choix du matériel, mais prenait également en compte l'agencement dans le cabinet (incluant la circulation) et son environnement (thermique, lumineux, ...) (46, 37).

Cette réflexion sur l'ergonomie et l'usage au quotidien avait pour objectif de faciliter le travail de bureau (emplacement du scanner, de l'imprimante et des documents à usage courant, accessibilité des rangements depuis la place assise) (9, 37). Il était à noter que les médecins interrogés durant nos travaux abordaient également ces notions pour la partie examen, avec du matériel facilement et rapidement accessible.

3. Epanouissement professionnel

L'étude de Herthault-Renaudier indiquait que 77% des médecins interrogés étaient satisfaits de l'organisation de leur cabinet, tandis que Danel avançait le chiffre de 93% (37, 43). Julien quant à lui évoquait la satisfaction professionnelle des médecins généralistes, en majorité fiers et passionnés par leur métier, qu'ils jugeaient utile et dont ils tiraient une certaine reconnaissance. Rastegue de son côté faisait référence à l'étude du Healthcare Market Research Worldwide sur le quotidien des médecins généralistes français, avec 78% des médecins généralistes qui se considéraient heureux (66, 22).

CREATION ET FONCTIONNEMENT

L'aménagement du cabinet était apparu à travers nos travaux comme un projet au carrefour entre le parcours du médecin et celui de la structure, incluant le parcours du groupe médical à l'origine de sa création.

1. Un projet personnel

L'aménagement du cabinet n'était pas le fruit du hasard. Territoire du médecin, sa disposition était le reflet de sa position idéologique et affective, et de sa vision de la médecine (12, 20). Pour Guyard, la diversité des aménagements intérieurs était liée en partie à l'investissement personnel et affectif de la personne qui le concevait. Elle évoquait notamment « l'analyse sémiologique de l'installation du cabinet, révélatrice de symbolisation et d'implicites d'ordre idéologique ou affectif » (40). Au delà du reflet de la personnalité, l'aménagement du cabinet était également considéré comme un outil, un support utilisé par le médecin pour pratiquer de la façon dont il l'entendait et l'environnement de consultation renseignait ainsi sur sa pratique (71, 38). Dans la même idée, Sarandon faisait référence à la « façade sociale » du généraliste, comme une mise en scène de sa conception du métier, et associée à la présence de marqueurs professionnels (espace enfant pour les orientations pédiatriques, modèle de DIU sur le bureau pour les orientations gynécologiques, etc..) (12).

Le caractère plus ou moins personnel des éléments décoratifs choisis témoignaient de la distance professionnelle recherchée par le médecin (40, 20). Deprez de son côté évoquait, pour le médecin, la recherche d'un cabinet « à son image », en dévoilant (ou non) certains éléments choisis, sans exposer outre-mesure sa vie personnelle (9). Lugo retrouvait également cette notion dans ses travaux, certains médecins souhaitant personnaliser leur bureau, avec des éléments soigneusement sélectionnés (pour eux même et/ou à destination du patient), tandis que d'autres, au contraire, désiraient ne rien partager de personnel (59).

De plus on retrouvait la dualité, évoquée précédemment, d'un espace destiné d'une part à l'accueil des patients, et d'autre part lieu de travail du médecin, afin que les deux se sentent à l'aise. Le cabinet ainsi constitué était propre au médecin, il lui ressemblait et le patient l'identifiait à travers cet aménagement (40, 37). Cela fait écho aux attentes des patients, qui désiraient un cabinet à l'image du médecin, mais conservant néanmoins une certaine neutralité (19).

La question du meuble bureau a également fait l'objet de nombreux travaux. Considéré comme un élément de la personnalité et un outil de communication (56, 59), sa présence était parfois remise en cause par certains praticiens qui estimaient

qu'il jouait un rôle de barrière, et que son retrait amenait à une meilleure communication (71). Cependant cet aspect de barrière était parfois recherché par les praticiens, afin de mettre à distance les patients envahissants (59, 71) ou pour se protéger, considérant la hausse des violences et comportements menaçants (72). Pour Champeau, le meuble bureau pouvait matérialiser également l'autorité médicale et la différence de statut, en marquant la personnalité et la pratique du médecin (54).

Le point de vue des patients était également partagé : certains évoquaient leur intérêt pour un cabinet dénué de bureau (plus convivial, avec plus d'écoute), tandis que d'autres se sentaient moins confortables en absence de bureau, avec un sentiment d'infraction de leur sphère privée. Ils marquaient alors leur préférence pour un bureau de taille adaptée, conviviale (54, 56, 58). Certains patients avaient également besoin de plus d'espace pour pouvoir aborder des sujets intimes, comme le montraient les travaux d'Okken où les patients avaient plus de facilité à aborder les questions relatives à la sexualité lorsque la pièce était équipée d'un bureau large (180cm) plutôt que d'un bureau étroit (80cm) (44).

2. Un projet de groupe

Plusieurs travaux faisaient référence à une évolution du cabinet de médecine générale. Avec initialement un praticien exerçant seul sans secrétaire (hormis la contribution de la cellule familiale), l'exercice en groupe est devenu progressivement majoritaire, avec de plus en plus de regroupements pluridisciplinaires. Ces regroupements permettaient notamment un partage de la charge de travail et une mutualisation des moyens. (22, 37, 47, 69, 73). La pratique s'est orientée progressivement vers la création de petits centres de soins locaux (37, 47). Les frais et les investissements étaient ainsi partagés, mais avec des décisions parfois plus difficiles à prendre. Les médecins les plus récemment installés ne se sentaient pas légitimes de proposer des améliorations. Parfois, c'est la majorité qui l'emportait et cela pouvait bloquer certaines évolutions au sein du cabinet (48). Ainsi Lugo identifiait que l'évolution du cabinet médical était en partie liée au processus d'association (59). De même Sarradon avait constaté que lorsque les médecins associés investissaient les locaux en même temps, les surfaces de chaque bureau de consultation étaient sensiblement identiques. Par contre, si un médecin intégrait

une association déjà constituée ou rejoignait un confrère, l'espace alloué au dernier arrivé était plus restreint, ou les locaux plus vétustes (12). Parfois, certaines contraintes étaient également appliquées au nouveau venu, dans un souci d'homogénéité par rapport aux autres associés, pouvant être ressenti comme une contrainte ou un frein (59).

Le lieu de pause était un élément important dans la vie du cabinet de groupe. Selon Saradon, ce lieu, souvent impersonnel, n'était ni un territoire privé, ni un territoire professionnel. C'était un espace où le médecin pouvait abandonner sa façade, lieu de détente et de restauration, lieu d'échanges entre collègues. Ce lieu jouait également une fonction de décharge émotionnelle en cas d'exercice trop stressant ou trop soutenu, ou de difficultés personnelles (12).

Enfin, certaines études faisaient référence au bureau partagé, parfois source de conflits en cas de manière de travailler différentes ou de contrainte jugées trop importantes, pouvant mener à la fin de l'association. La question de la dépersonnalisation était également évoquée, comme condition nécessaire en cas de bureau partagé (59).

DES FACTEURS EXTÉRIEURS

Il a été mentionné précédemment que la majorité des généralistes étaient satisfaits de leur condition de travail. Néanmoins, comme le précisait Herthault Renaudier, plus de 60% des médecins qu'elle avait interrogés auraient souhaité apporter des modifications à leur cabinet (espaces plus grands, rangements plus nombreux, matériel plus adapté, modification de l'agencement, etc..). Cependant 50% des médecins interrogés n'avaient apporté aucune modification à leur cabinet depuis leur installation. Elle rappelait également que la médecine générale était une profession libérale, ce qui impliquait que les choix professionnels ou organisationnels étaient conditionnés en partie par le coût. Cette dimension financière était incontournable (37).

A propos des travaux de construction ou de rénovation, Genet évoquait le recours régulier à des professionnels du bâtiment pour la réalisation de travaux, dans

l'optique d'une réalisation finale de qualité. Malheureusement, il n'existait pas de normes spécifiques aux cabinets. Il a ainsi recueilli le témoignage de praticiens en partie déçus de la conception ou de la réalisation de leurs locaux. Une amélioration par des travaux secondaires était alors nécessaire après ré-évaluation à l'usage (47). Penloup évoquait également des constructions parfois décevantes, avec des éléments d'architectures non adaptés du point de vue médical (28). Genet recommandait par conséquent de recourir à des professionnels au fait des particularités des cabinets de médecine générale, avec une qualité de réalisation reconnue par des confrères (47). Ces difficultés et déceptions rencontrées dans les projets de constructions ont également été rencontrées par certains médecins de notre panel d'étude.

Enfin, concernant le point de vue des patients, cela s'inscrivait en limite de cette thèse, qui se focalisait sur le regard du médecin généraliste. Les travaux de Delvin menés sur des cabinets de psychothérapeutes comparaient les ressentis des patients quand au cabinet, et ce que les praticiens imaginaient être le ressenti des patients, avec une certaine concordance entre les deux. Le praticien semblait avoir une assez bonne représentation de ce que le patient pouvait percevoir (30).

V. LES FORCES ET LIMITES

Selon Poppe, une analyse qualitative de haute qualité nécessitait de l'expérience et « ne doit pas être laissée aux novices » (74). L'une des faiblesses de ce travail consistait donc en l'inexpérience de l'investigatrice en terme de recherche qualitative. Certaines maladresses ont notamment été constatées lors de la relecture des entretiens, par exemple l'emploi de questions avec des tournures peu adaptées, tel que le recours à la question « quelles réflexions avez vous eu .. ? », qui a été utilisée dans le sens « à quels éléments avez vous pensez .. ? », mais qui a été interprétée comme « quelles remarques vous a-t-on faites au sujet de .. ? ».

De même, ces travaux ont été menés en explorant toutes les pistes évoquées lors des entretiens, pouvant amener parfois cette recherche à la limite de son cadre initial. Le manque d'expérience en recherche qualitative a rendu parfois cette limite difficile à fixer.

Afin de combler ce manque d'expérience, ce travail a été mené avec rigueur afin d'en assurer la cohérence interne et externe. La cohérence interne a été obtenue via la triangulation des interviews grâce à la collaboration d'une co-interne (Julie Seguinot) travaillant également en recherche qualitative. Cela a permis de vérifier que les observations réalisées et leurs interprétations étaient représentatives de la réalité (75). Concernant la validité externe, il était à regretter des limites quant au recrutement, avec certains critères qui n'ont pas pu être explorés. L'échantillon était notamment dépourvu de médecin exerçant seul au sein de son cabinet, de médecin exerçant sans bureau, et peu de médecins interrogés travaillaient en milieu rural. Le choix a cependant été fait de ne pas poursuivre le recrutement car la saturation des données avait été considérée comme obtenue. Ces pistes seraient néanmoins à développer dans des travaux ultérieurs.

L'une des forces de ce travail résidait dans son originalité, en abordant la question de l'aménagement sous l'angle le plus ouvert possible, ayant ainsi permis d'identifier les différents facteurs mis en jeu dans cette problématique. La plupart des études réalisées sur la thématique de l'aménagement l'abordaient dans un cadre souvent restreint à un seul critère.

VI. LES PERSPECTIVES

Comme évoqué précédemment, les cabinets de médecine générale ont évolué au cours des dernières années, avec un regroupement tout d'abord de professionnels médicaux puis de paramédicaux au sein de structures de plus en plus grandes. L'émergence des maisons de santé s'inscrit dans cette logique, mais avec le risque d'une uniformisation et d'une dépersonnalisation des cabinets médicaux (19).

Dans un même temps, cette recherche a mis en lumière les nombreux enjeux qui s'inscrivaient dans l'aménagement du cabinet de médecine générale, et l'importance de la maîtrise de cet aménagement pour l'épanouissement du médecin généraliste. A travers ces choix d'aménagement, c'était la question de la territorialisation de l'espace de travail qui se posait et de la personnalisation de ce lieu.

Ainsi, il apparaît important pour le médecin généraliste de se saisir de cette question de l'aménagement, selon les différentes catégories identifiées dans ces travaux, que cela soit pour le choix de l'installation et de la création de son cabinet, ou pour réfléchir à son évolution. Tout l'enjeu de l'aménagement du cabinet est ainsi de ne pas subir cet aménagement mais au contraire de le maîtriser pour créer un outil au service du médecin.

La dimension de l'aménagement reste également peu abordée dans le cadre du cursus universitaire. Evoquer cette problématique et amener l'étudiant à définir en amont son projet et ses attentes professionnelles quant à son installation et son exercice paraît également pertinent. Cela permettrait de le rendre plus attentif aux expériences professionnelles vécues en tant qu'interne et remplaçant, afin de définir les éléments les plus en phases avec sa vision du métier et de sa pratique.

Enfin, ces travaux ont mis en lumière le trépied sur lequel reposait cet aménagement, à savoir les attentes du médecin mais également celles du groupe (collègue, équipe médicale et paramédicale) et celles du patient, écho des attentes de la société. Réfléchir à ces enjeux d'aménagement nécessite d'intégrer le point de vue de ces 3 acteurs pour aboutir à des lieux de santé répondant aux besoins de chacun. Ces lieux pourraient se faire à l'image des Maggie's center, ces espaces novateurs à la croisée entre lieu de vie et lieu de soin et soutenus par des concepts architecturaux novateurs. Poursuivre les recherches en y intégrant une approche pluridisciplinaire, mêlant sociologie, architecture et vision des patients et des praticiens permettrait ainsi l'émergence de nouveaux lieux de soins.

VII. CONCLUSION

L'aménagement du cabinet est un événement incontournable dans le parcours professionnel d'un médecin généraliste. Cet espace de travail s'inscrit dans une notion de territoire appartenant au médecin, reflet plus ou moins conscient de sa pratique et de sa personnalité. C'est également un lieu partagé, à la croisée de 3 domaines : celui du patient (reflet de la société), celui du groupe médical, et celui du médecin qui l'occupe.

A travers l'étude du regard que le praticien porte sur son cabinet, il apparaît que de nombreux facteurs influencent cet aménagement, regroupés ici en 5 catégories : les critères de choix/valeurs du médecins, son image professionnelle, sa santé physique et mentale, l'influence de son groupe et la présence de facteurs extérieurs.

Bien que partageant une structure commune (espace Interrogatoire/espace clinique), il n'existe pas un cabinet idéal unique mais bien une multitude de cabinets, chacun répondant aux besoins et aux attentes du médecin, mais aussi influencé par son parcours et sa vision du métier. Le cabinet s'inscrit également dans l'histoire de la structure médicale et du groupe médical qui y évolue, dépendant de son fonctionnement, de sa dynamique et de son organisation.

Réfléchir à la conception de son cabinet, dans sa globalité (localisation, fonctionnement, structure, aménagement intérieur) apparaît important, afin de ne pas le subir mais au contraire de le façonner, et si nécessaire de le faire évoluer, pour que chaque médecin puisse s'épanouir au mieux au sein de son environnement de travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. Assurance maladie. Activité des médecins libéraux par région en 2022. [Internet] Consultable en ligne : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/activite-medecins-liberaux-region#text_187742 [Consulté le 10/06/24]
2. Lecomte J. Chapitre 20 : La psychologie environnementale. Dans : J. Lecomte (dir.). 30 grandes notions de la psychologie. 2017. Dunod : Paris. p. 97-99
3. Ulrich R. View through a window may influence recovery from surgery. Science. 1984. Vol 224 : n°4647. p420-421.
4. Ulrich R, Zimring C, Quan X, Joseph A, Choudhary R. The role of physical environment in the hospital of the 21st century : a once-in-a-lifetime opportunity. Report to the center for Health Design for the Designing the 21st century Hospital Project. 2004. 69p.
5. Dodeler V. Chapitre 12 : Concevoir des centres de soins propices à la guérison : apports de la psychologie de l'environnement. Dans : Gustave-Nicolas Fischer Ed. Psychologie de la santé : applications et interventions. Dunod. 2014. p299-321.
6. Coble RJ, Sinnott SK, Walz TH. The Family Physician's Office : Proposed Design Criteria for Family Centered Medical Care. The Journal of Family Practice. 1982. Vol 14 : n°1. p77-81.
7. Okken V, Van Rompay T, Pruyn AD. Exploring space in the consultation room : environmental influences during Patient-Physician interactions. Journal of health communication. 2012. N°17. p397-412.
8. Taiwo A, Chinyio E, Hewson H, Agberotimi S. Client and Therapist' subjective understanding of an ideal therapy room : a divergent reflection of experience. The European journal of counseling psychology. 2023. 12p.
9. Deprez S. Agencement du cabinet médical : à propos d'une étude auprès de médecins généralistes. Thèse de Médecine : Université de Toulouse III - Paul Sabatier. 2009. 74p.
10. Code de Déontologie médicale. Ordre national des médecins. Conseil national de l'ordre. Edition Février 2021.
11. Ministère des Affaires sociales et de la santé - Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie. Les locaux professionnels de santé : réussir l'accessibilité - Être prêt pour le 1er Janvier 2015. 2012. 48p.
12. Sarradon-Eck A. Voyage en médecine de campagne : le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue. Dans : Bloy G, Schwyer FX (Eds). Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale. Rennes. 2010. Editions EHESP. p99-115.
13. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Revue française des affaires sociales. N°1. 2005. p101-125.
14. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. Journal of advanced nursing. 2008. N°62, vol 1. p107-115.
15. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L, groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone (GROUM-F). Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008. n°84 : p142-145.
16. Lebeau JP. (dir.) Initiation à la recherche qualitative en santé. Co-édition Global Santé Média - CNGE Productions. 2021. 189p.

17. Jouannin A, Andres E, de Fallois M, et al. Validation d'un outil de classification de la recherche à destination des internes de médecine générale d'après la loi « Jardé ». *Exercer*. 2019. N°155 : p306-313.
18. INSEE. La grille communale de densité - Grille communale de densité à 7 niveaux au 01/01/2024. Institut national de la statistique et des études économiques. [Internet - Disponible sur https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicator&i=grille_densite.degre_densite&t=A01&view=map1] 2024. Consulté le 01/07/24.
19. Trichard Lavergne A. L'agencement du cabinet médical : enquête qualitative réalisée auprès de patients dans trois cabinets de médecine générale. Thèse de Médecine : Université de Toulouse III - Paul Sabatier. 2011. 100p.
20. Martin A. Accueil au cabinet de médecine générale : éléments de communication influençant le ressenti des patients sur leur relation avec le médecin. Thèse de Médecine : Université de Nantes. 2016. 233p.
21. Carpentier M, Veillard D, Carpentier P, Bruel S. Quel équipement pour le médecin généraliste en ambulatoire? *Médecine*. Vol 16 : n°1. Janvier 2020. p31-36.
22. Rastegue M. Les déterminants du bien être au travail des médecins généralistes. Thèse de Médecine : Université de Marseille. 2022. 127p.
23. Malet J. Les facteurs influençant l'acquisition et l'utilisation des équipements dans les cabinets de médecine générale : étude qualitative chez des médecins généralistes installés de l'Hérault. Thèse de Médecine : Université de Montpellier. 2018. 111p.
24. Leather P, Beale D, Santos A. Outcomes of environmental appraisal of different hospital waiting area. *Environment and Behavior*. Novembre 2003. Vol 35, n°6 : p842-868.
25. Barcelonne H, Béry A. A propos des couleurs au cabinet d'O.D.F. *Revue d'orthopédie dento faciale*. 1988. n°22 : p419-424.
26. Pizzigoni L. La chromothérapie : une technique de gestion de l'anxiété non médicamenteuse au cabinet dentaire. Thèse d'Odontologie : Université de Lorraine. 2020. 155p.
27. Hottiaux A. Prise en charge de l'anxiété par modulation de l'environnement sensoriel au cabinet dentaire. Thèse d'Odontologie : Université de Bordeaux. 2017. 54p.
28. Penloup E. L'architecture des lieux de santé et la prise en compte des besoins des usagers. Observation du service de soins de suites et de réadaptation de l'Hôpital Rothschild à Paris. Mémoire de Master 2 : Ecole nationale supérieure d'Architecture de Normandie. Juin 2014. 142p.
29. Nguyen NK. Environnement réconfortant et respect de l'intimité : à propos de la consultation gynécologique. Thèse de Médecine : Université de Lille 2. 2018. 71p.
30. Devlin AS, Nasar JL. Impressions of Psychotherapist's Offices : Do Therapists and Clients Agree? *Professional Psychology : Research and Practice*. 2012. Vol 43, n°2. p118-122.
31. Arneill AB, Delvin AS. Perceived quality of care : the influence of the waiting room environment. *Journal of Environmental Psychology*. 2002. Vol 22 : p345-360
32. Ulrich R, Gilpin L. Healing Arts : Nutrition for the Soul. Dans : Frampton S, Gilpin L, Charmel P. Putting patients first : Designing and practicing patient-centered care. San-Francisco. Jose Bass. 2003. p117-146.

33. Ulrich R. Health benefits of gardens in hospital. Paper for conference « Plants for People ». International exhibition Florida. Pays-Bas. 2002. 10p.
34. Parvin L. L'impact de l'environnement des établissements de santé sur le bien-être des patients. Thèse d'Odontologie : Université Côte d'Azur. 2022. 65p.
35. Okken V, Van Rompay T, Pruyn AD. When the world is closing in : Effects of perceived room brightness and communicated threat during patient-physician interaction. Health Environments Research & Design Journal. 2013. n°7 : p37-53.
36. Miwa Y, Hanyu K. The effects of interior design on communication and impressions of a counselor in a counseling room. Environment and behavior. Juillet 2006. Vol 38 : n°4. p484-502.
37. Heurthault-Renaudier T. Conditions de travail et ergonomie au cabinet de médecine générale. Thèse de Médecine : Université d'Angers. 2010. 67p.
38. Rapp C. Décoration du bureau et compétence du médecin : étude qualitative sur les ressentis et représentations des patients. Thèse de Médecine : Université de Lyon - Claude Bernard Lyon 1. 2020. 116p.
39. Nicolet J, Mueller Y, Paruta P, Boucher J, Senn N. Recommandations pour l'écoconception des cabinets de médecine de famille. Revue médicale suisse. 2021. N°17. p924-927.
40. Guyard L. La médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique. Thèse de sociologie : Université de Paris X Nanterre. 2008. 326p.
41. Guigues S. Les représentations du paravent au sein du cabinet de médecine générale. Point de vue des médecins, point de vue des patients. Thèse de Médecine : Université de Lyon. 2018. 210p.
42. Fezard P. L'image du médecin généraliste et du cabinet médical dans la population d'Indre et Loire. Thèse de Médecine : Université de Tours. 1991. 117p.
43. Danel A. Cabinet médical fonctionnel : Etat des lieux de l'organisation, de l'ergonomie et de l'accessibilité. Thèse de Médecine : Université de Lille 2. 2015. 45p.
44. Okken V, Van Rompay T, Pruyn AD. Room to Move : On spatial constraints and self-disclosure during intimate conversations. Environment and Behavior. 2013. Vol 45 : n°6. p737-760.
45. Archambault D. Impact de la distance physique sur la qualité de la relation médecin-patient en médecine générale. Thèse de Médecine : Université de Bordeaux. 2015. 122p.
46. Fournier A. Equipement et ergonomie du cabinet médical. Thèse de Médecine : Université de Nantes. 2004. 124p.
47. Genet E. Perception par les médecins généralistes du risque de non-respect involontaire du secret professionnel par un aménagement inadéquat des locaux. Thèse de Médecine : Université de Lorraine. 2019. 59p.
48. Bec J. Perception du respect de la confidentialité par les médecins généralistes au sein de leur propre cabinet : une étude qualitative. Thèse de Médecine : Université de Bordeaux. 2020.
49. HAS (Haute autorité de santé). Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical. Juin 2007. 35p.

50. Squinazi F. Hygiène de l'environnement au cabinet médical - Quel agencement et quel matériel pour réduire le risque infectieux? La Revue du Praticien. Septembre 2017. Vol 77 : p797-800.
51. Moore D.L. La prévention et le contrôle des infections au cabinet du pédiatre. Paediatrics & Child Health. 2018. Vol 23, n°8. p191-207.
52. Meichel C. Hygiène en cabinet de médecine générale en Alsace : état des lieux et changements pendant la première vague de la pandémie de la Covid. Thèse de Médecine : Université de Strasbourg. 2021. 118p
53. Sautel A. L'hygiène en cabinet de médecine générale : Etat des lieux des équipements et des aménagements en Alsace. Thèse de Médecine : Université de Strasbourg. 2022. 119p.
54. Champeau S, Lallemand M. La place et les représentations du bureau dans la relation en médecine générale : étude qualitative du ressenti des patients. Thèse de Médecine : Université Toulouse III Paul Sabatier. 2019. 63p.
55. Iandolo C. Guide pratique de la communication avec le patient : techniques, art et erreurs de la communication. Elsevier Masson. Paris. 2007. 224p.
56. Nau R. Quelle est l'influence perçue du meuble bureau sur la communication et la relation médecin-patient? Thèse de Médecine : Université de Tours. 2020. 38p
57. Hall E.T. La dimension cachée. Edition de 1971. Amelia Petita, traductrice. Points. Paris. 2014. 256p.
58. Desbant A. Enquête quantitative sur l'avis et le ressenti des patients suite au retrait du bureau séparateur dans la salle de consultation du médecin généraliste. Thèse de Médecine : Université de Créteil (Paris Est). 2021. 60p.
59. Lugo S. Le bureau : élément de la personnalité du médecin et outil de communication avec ses patients, étude qualitative et iconographique. Thèse de Médecine : Université Paris Diderot - Paris 7. 2014. 155p.
60. Amstutz C, Arnold M, Bersier M, Blanc M, Cambridge E, Chevey JM, Dizerens P, Gruaz AJ, Michel C, Muerner R, Nemitz I, Schmid C, Wandeler JM. La salle d'attente idéale existe-t-elle? Revue médicale suisse. 2016. N°12 : p284-286.
61. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Champ psychosomatique. 2002. Vol 27, n°3 : p81-92
62. Agnihotri K. Lieux de guérison. Canadian Family Physician - Le Médecin de famille canadien. Vol 68. Juillet 2022. p196-198.
63. Fischer G-N. Psychologie des espaces de travail. Armand Colin. 1989. Paris. 214p.
64. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES Etudes et Résultats. Mars 2012. N°797 : 8p.
65. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. DREES Etudes et Résultats. Mai 2019. N°1113. 2p.
66. Clinet ML, Vaysse B, Gignon M, Jarde O, Manaouil C. Violences subies par les médecins généralistes exerçant en libéral : sous-déclaration des agressions ou des atteintes aux biens. La Presse Médicale. 2015. Tome 44. N°11. p321-329.
67. Toutin T, Bénézech M. Le médecin victime dans son exercice quotidien : conduite à tenir pour sa sécurité. Annales Médico-Psychologiques. 2007. N°165. p768-773.

68. IPSOS. Observatoire de la sécurité des médecins en 2022. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [Internet - Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1dxm17k/cnom_observatoire_securite_2022.pdf] Consulté le 13/05/2024. 50p.
69. Julien A. Evaluation des facteurs de risques psychosociaux chez les médecins généralistes libéraux : approche qualitative chez seize médecins de Gironde. Thèse de Médecine : Université de Bordeaux. 2016. 124p.
70. Ulrich R. Effects of gardens on health outcomes : theory and research. Dans : Cooper M, Barnes M. Healing gardens. New-York. Wiley. 1999. p27-86.
71. Tudrej B, Colas C, Augustin J, Robin E, Birault F. Cabinet sans bureau séparateur : points de vue de médecins généralistes et de leurs internes. Exercer. 2021. Vol 169 : p16-22
72. Floss M, Hoedebecke K, Vidal-Alaball J. Where is the patient's chair? Differences in general practitioner consultation room layouts - an exploratory questionnaire. F1000Research. Vol 8 : 1439. 2020. 14p.
73. Baudier F, Bourgeuil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) N° 157. Septembre 2010. 6p.
74. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care - Analyzing qualitative data. BMJ (British medical journal). Janvier 2000. Vol 320. p114-116.
75. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Pratiques psychologiques. 2004. N°10. p79-86.

ANNEXES

ANNEXE 1 - EXEMPLE DE MAIL DE CONTACT

A l'attention du Dr A

Bonjour,

Médecin remplaçante, je travaille actuellement à la réalisation de ma thèse qui porte sur le domaine de l'aménagement du cabinet médical, du point de vue du médecin généraliste.

Votre point de vue m'intéresse beaucoup, notamment de par votre position en tant que salariée, et en quoi cela modifie votre vision et votre usage du cabinet où vous exercer.

Nous avons déjà fait connaissance par le passé, en tant qu'ancienne patiente du Dr X et ayant été amenée à vous consulter. C'est à cette occasion que vous m'aviez informée de votre déménagement et de votre nouveau poste en tant que salariée. C'est dans ce contexte que j'ai pensé à vous.

Si vous êtes intéressée pour participer à ma thèse je peux être disponible en général les lundis et mardis à l'heure qui vous conviendra, ou à une autre date si nécessaire.

Idéalement, l'entretien devra se dérouler dans les lieux où vous exercer, et il me serait utile d'y prendre des photos si vous l'autorisez. La durée de l'interview est très variable et dure de 20 minutes à 1h15 en fonction de nos échanges et des points que vous souhaitez partager.

Ma thèse s'intitule « Regards et usages du cabinet de médecine générale par son praticien ».

Je vous remercie de l'attention que vous avez portée à ce projet, en espérant sincèrement que vous accepterez d'y prendre part.

A l'attention du Dr B

Bonjour,

Lors d'une consultation de dermatologie en début d'année, nous avons échangé à propos de mon sujet de thèse (en médecine générale), qui concerne l'aménagement

du cabinet médical du point de vue du médecin. Vous aviez évoqué à ce propos votre cabinet issu du travail d'un cabinet d'architecte et s'appuyant sur vos expériences de votre précédent lieu de travail.

Votre point de vue m'intéresse beaucoup, d'une part par son histoire et d'autre part car il me permettrait d'identifier les différences et les similitudes entre votre regard et celui des généralistes. Ce pas de côté vers la médecine spécialisée me permettra ainsi d'enrichir ma vision du point de vue de la médecine générale.

Si vous êtes toujours intéressée pour participer à ma thèse, je peux être disponible le jeudi de votre choix, à l'heure qui vous conviendra. L'entretien devra se dérouler dans votre cabinet et il me serait utile d'y prendre des photos si vous l'autorisez. La durée de l'interview est très variable, et dure entre 20 minutes et 1h, en fonction de nos échanges.

Ma thèse s'intitule « Regards et usages du cabinet de médecine générale par son praticien ».

Je vous remercie de l'attention que vous avez porté à ce projet, en espérant que vous accepterez d'y prendre part,

Cordialement

ANNEXE 2 - GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien initial

Portrait:

Sexe	Age	Date d'installation	Installé-remplaçant
Propriétaire - locataire	Rural/Semi rural/Urbain	Associé-Collaborateur	Cabinet partagé ou non
Exercice particulier	Nouvelle construction-reprise d'un cabinet existant		
Centres d'intérêts personnels			

1 - DU POINT DE VUE DE L'ERGONOMIE :

- Du point de vue de l'ergonomie, quels seraient les éléments que tu considères les plus fonctionnels et les plus pratiques dans ton cabinet ?

Pour chaque élément cité, approfondir :

- le QUOI : détailler le choix d'aménagement dont il est question
- le POURQUOI : quel est l'objectif recherché, l'intention qui a précédé le choix de l'aménagement
- le COMMENT
- le ET ALORS : la perception, la critique de ce choix

- Qu'est-ce qui te semble le moins ergonomique dans ton cabinet, ou que tu aimerais changer?

2 - DU POINT DE VUE DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT :

- Du point de vue de la relation médecin patient, comment est-ce que tu qualifierais l'ambiance de ton cabinet ?
- Quels sont, selon toi, les éléments qui agissent positivement sur la relation médecin patient , et dont tu es la plus satisfaite? (Quoi/Pourquoi/Comment/Et alors)
- Quel est ton ressenti quand tu rentres le matin dans ton cabinet?

3 - DU POINT DE VUE DE LA PERSONNALITE DU MG :

- En quoi ta personnalité se traduit-t-elle dans l'aménagement de ton cabinet ?

4 - OUVERTURE :

- De façon générale, quelles sont les idées, en terme d'aménagement, que tu recommanderais le plus ?
- Au contraire, si cela était à refaire, qu'est-ce que tu aimerais modifier ?
- Quel regard portes-tu sur l'aménagement d'un cabinet de médecine générale ?
- Est-ce que cela te semble important, et en quoi?

Guide d'entretien final:

Cabinet au sens large : cabinet en lui-même + ensemble de la structure (salle d'attente, accueil). Aménagement au sens large : décoration, meubles, agencement, logiciels informatiques, matériel médical...)

Portrait

Sexe	Age	Nombre d'années en exercice Nombre d'années installées Nombre d'années installées ici	
Propriétaire - locataire	Rural/Semi rural/Urbain	statut : Associé- Collaborateur-salarié	Cabinet partagé ou non
Exercice particulier	Nouvelle construction-reprise d'un cabinet existant		Surface
Centres d'intérêts personnels			

HISTOIRE DU CABINET

- Histoire de ce cabinet : sa création, son évolution ?
- Histoire personnelle : quel parcours ou quelles expériences t'ont amené ici ? (A l'époque, de quelle façon ce cabinet a joué un rôle dans ta décision de t'installer ici et pas ailleurs ?)

Partie 1 : L'AMENAGEMENT SELON 3 FACETTES (Ergonomie/RMP/Identité pro)

1 - ERGONOMIE :

- Eléments les plus fonctionnels, ou les plus pratiques, dans le cabinet (au sens large) ?
- Eléments les moins ergonomiques et que vous aimeriez changer ici ?
- Aménagements qui ne sont pas aussi exploités/utilisés que vous l'auriez espéré ?
- Eléments (des objets, des aménagements, etc...) que les patients demandent ?
- Du pt de vue de la santé physique, quels aménagements mis en place (contexte de douleurs/pathologie induite par le travail, ou pour éviter leur apparition ?)
- Du pt de vue de la santé mentale, quels aménagements permettent de souffler/se préserver ? (échappatoires ?)
- Accès aux personnes en situation de handicap, quelles réflexions avez-vous eues ?

2 - RELATION MEDECIN PATIENT

- Comment qualifieriez-vous l'ambiance du cabinet? Comment pensez-vous que les patients perçoivent le cabinet ?
- Pour quelles raisons avoir aménagé l'espace de cette façon ? (2 ou 1 pièce)?
- (Où est-ce que les patients se déshabillent ?)

- Si changement de locaux, en quoi cela a-t-il modifié la patientèle, ou son comportement?
- (Comment l'espace du cabinet est-il organisé et de quelles façons utilisez-vous ces espaces ?)
- Que représente pour vous le meuble bureau ?
- Y'a-t-il d'autres éléments ici, que l'on n'a pas cité, qui agissent positivement sur la RMP ?
- Et a contrario, éléments que vous aimeriez modifier car non bénéfiques à la RMP?
- Est-ce que vous pouvez me raconter si vous vous êtes déjà senti en insécurité dans un cabinet ou si vous avez été victime d'incivilité ?
- De quelle façon ces notions de sécurité ont-elles influencé l'aménagement ?
- Réflexions particulières par rapport à la salle d'attente ?

3 - PERSONNALITE DU MEDECIN (et sa vision de la médecine)

- Au moment de sa création, qu'est-ce que ce cabinet représentait pour vous ? Comment est-ce que vous vous projetiez dans ce cabinet en devenir ?
- A quoi avez-vous fait particulièrement attention lors de son aménagement ? Qu'est ce qui était important? (Quels éléments avez-vous changé rapidement dès votre arrivée ?)
- Avec le temps, est ce que ces critères de choix ont évolué et en quoi ?
- Quelle image de médecin souhaitez-vous renvoyer au patient ?
- Comment cette image de médecin se traduit-elle ici ?
- Quel est votre ressenti quand vous arrivez dans votre cabinet le matin ?
- En quoi ce cabinet est-il différent d'un autre, de quelle manière votre personnalité se traduit-elle ici ? (+ quels sont les éléments personnels ici ?)
- Éléments que vous aimeriez modifier ou ajouter, qui traduiraient plus votre personnalité ?
- Est-ce que la question environnementale a influencé certains choix d'aménagement et dans quel sens ?
- (Si bureau partagé : Comment avez-vous aménagé ce cabinet pour concilier cet usage partagé ? En quoi le fait de le partager a-t-il modifié la façon de l'utiliser?)

Partie 2 : PROJET INDIVIDUEL/PROJET DE GROUPE - REALISATION

- Comment les projets d'aménagement ont-ils été conçu (individuel, en concertation...) ? Comment la dynamique de groupe a-t-elle influencé ces choix d'aménagement ?
- Description du fonctionnement avec les autres médecins du groupe? (différences entre cabinets, un espace commun, des temps communs ?)

- Pourriez vous me racontez si il y a eu contraintes du fait du groupe, et de quelle sorte ?
- Quels aménagements ont été conçus pour favoriser l'usage du cabinet par quelqu'un d'autres ? (Remplaçant, collaborateur, etc..)
- Comment les travaux ont-ils été conçus et réalisés (plans, travaux)?
- Quelles connaissances et quel niveau de compétence estimez-vous avoir, dans ce domaine ?
- A combien estimez-vous le cout de l'aménagement du cabinet ?
- Comment décririez-vous votre stratégie d'investissement par rapport à l'aménagement ?
- Futurs projets d'aménagement ?

Partie 3 : OUVERTURE

- Sources d'inspiration. Quels éléments avez-vous vu ailleurs et qui ont influencé l'aménagement de ce cabinet ?
- Et a contrario, qu'est-ce qui était rédhibitoire dans les bureaux précédents où vous avez pu travailler ?
- De façon générale, quels éléments ou idées d'aménagement recommanderiez-vous le plus?
- Si cela était à refaire, qu'auriez-vous fait différemment ?
- Quels freins vous ont empêché de faire l'aménagement dont vous rêviez ?
- Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?
- Etes-vous fier/satisfait de votre cabinet et en quoi est-ce important pour vous ?

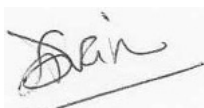
ANNEXE 3 - VERBATIM

L'intégralité du verbatim a été retranscrit et est disponible via ce QR Code.



Avis favorable de la Commissions des thèses
du Département de Médecine Générale
en date du : 31 Octobre 2024

Vu, la Directrice de Thèse

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Sain', written over a horizontal line.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

RESUME :

En France, plus de 220 millions de consultations de médecine générale se déroulent chaque année au sein de cabinets de consultation, cadre spatial particulier où le médecin oeuvre au quotidien et où s'établit la relation médecin patient. De plus en plus de recherches étudient ce lieu mais jamais encore selon une approche globale. L'objectif de ce travail était d'explorer cette question du cabinet de consultation selon une vision élargie en adoptant le point de vue du médecin.

Cette étude qualitative inductive inspirée de la théorisation ancrée a été conduite auprès de médecins généralistes libéraux résidant principalement en Indre et Loire, selon un échantillonnage raisonné théorique, via la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés.

De nombreux facteurs d'influence ont été relevés, regroupés en cinq catégories : les critères de choix/valeurs du médecin, son image professionnelle, sa santé physique et mentale, l'influence de son groupe et la présence de facteurs extérieurs. Le cabinet était le territoire du médecin généraliste, reflet plus ou moins conscient de sa pratique et de sa personnalité, et reposant sur trois domaines : celui du médecin, celui du groupe médical et celui du patient. Le cabinet répondait aux besoins et aux attentes de chaque médecin, influencé par son parcours et sa vision du métier, et s'inscrivant également dans l'histoire et le fonctionnement de la structure médicale. La maîtrise de cet aménagement est apparue nécessaire pour l'épanouissement professionnel du médecin.

RIVIERE Magalie

124 pages, 1 tableau – 12 figures

Résumé :

En France, plus de 220 millions de consultations de médecine générale se déroulent chaque année au sein de cabinets de consultation, cadre spatial particulier où le médecin oeuvre au quotidien et où s'établit la relation médecin patient. De plus en plus de recherches étudient ce lieu mais jamais encore selon une approche globale. L'objectif de ce travail était d'explorer cette question du cabinet de consultation selon une vision élargie en adoptant le point de vue du médecin.

Cette étude qualitative inductive inspirée de la théorisation ancrée a été conduite auprès de médecins généralistes libéraux résidant principalement en Indre et Loire, selon un échantillonnage raisonnée théorique, via la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés.

De nombreux facteurs d'influence ont été relevés, regroupés en cinq catégories : les critères de choix/valeurs du médecin, son image professionnelle, sa santé physique et mentale, l'influence de son groupe et la présence de facteurs extérieurs. Le cabinet était le territoire du médecin généraliste, reflet plus ou moins conscient de sa pratique et de sa personnalité, et reposant sur trois domaines : celui du médecin, celui du groupe médical et celui du patient. Le cabinet répondait aux besoins et aux attentes de chaque médecin, influencé par son parcours et sa vision du métier, et s'inscrivant également dans l'histoire et le fonctionnement de la structure médicale. La maîtrise de cet aménagement est apparue nécessaire pour l'épanouissement professionnel du médecin.

Mots clés : Médecine générale, Aménagement, Cabinet de médecine générale, Psychologie environnementale, Relation Médecin-Patient, Architecture d'intérieur, Ergonomie.

Jury :

Présidente du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Membres du Jury : Docteur Emmanuel BAGOURD

Docteur Mélanie BOISSINOT

Docteur Maxime PAUTRAT

Directrice de thèse : Docteur Severine DURIN

Date de soutenance : 31 Octobre 2024