

	CR REUNION/GROUPE DE TRAVAIL CPTS DU PAYS D'AURAY
GROUPE QUALITÉ INTERPROFESSIONNEL	
Thématique :	Accueil et relations avec le patient ; quel lien avec le renoncement aux soins ?
Rédacteur :	Tristan Maréchal et GT Qualité interprofessionnel
Objet du document	Notes de réunions GQI du 23 novembre 2023 Synthèse des échanges Accès direct à la synthèse Propositions du GQI
Sources	APIMED, recherche Web, ChatGPT, documentation fournie par Yves CHEVALIER
Méthode	Notes prises en séances, résumé, synthèse, régulation et validation par le groupe.

1. Accueil et ouverture de la réunion

Mot de bienvenue du président de la CPTS du Pays d'Auray

La tenue du groupe qualité est contextualisée dans le cadre des missions portées par la CPTS. Ici Mission 5 Qualité et Efficience des soins – Axe 14 Qualité et Échanges Interprofessionnels. La méthode ayant permis la construction du projet et la mise en place du GQI est présentée. La méthode de travail pour les GQI est exposée et expliquée.

Il est indiqué la notion particulière de ce groupe qualité **interpro**.

Les notions d'écoute et de bienveillance sont proposées.

Le principe de confidentialité est rappelé.

Présentation de Yves CHEVALIER, animateur du GQI.

Tour de table

Eric RIBU, MG, centre de soins non programmés de traumatologie du Pratel ; SGA CPTS PA.

Eric HENRY, médecin généraliste (MSP de la Gare d'Auray) ; vice-président de la CPTS PA.

Loïc PIMENTA, directeur ADN Vannes, PSAD ; membre du CA de la CPTS.

Agnès GASNIER, pharmacien (Pharmacie Morvan, Auray) ; SG CPTS PA.

Dorothée LE GARREC, pharmacien (Pharmacie de la Gare, Brech).

Tristan MARÉCHAL, kinésithérapeute (Maison Jaune, Auray) ; président CPTS PA.

Le rapporteur désigné : Tristan Maréchal.

2. Retour sur le précédent GQI : sans objet.

3. Et si on parlait qualité ?

Au cours de la soirée, la discussion se porte peu à la « notion d'indicateurs » factuels concernant le renoncement aux soins sur le territoire.

À ce stade, nous n'avons pas de chiffres relatifs à la renonciation aux soins ; encore moins liés à la prise en charge par les professionnels de santé libéraux.

Pour les cas cliniques présentés et un lien avec ce renoncement, cela concerne :

- Avec un problème ou une problématique... 100% des cas présentés
- Déroulement par l'arrêt des soins ? 1 cas sur 6 présentés (16,6% des cas)
- Solution trouvée dans le dialogue. 5 cas sur 6 (83,3% des cas)

4. Présentation du thème du jour

Yves Chevalier, animateur

Ancien professeur des universités, communication, Rennes.

Formation à la communication thérapeutique.

Présentation sur la base de diapos (document annexe 1).

Notes de cadrage sur la communication et notion **d'alliance thérapeutique**.

Notion de carte et de territoire... de dossier patient et de vécu du patient.

... comment le patient a-t-il pris les derniers événements de son parcours ?

Écouter, observer et accompagner...

Pratique de la communication thérapeutique

Pourquoi ?

→ Pour favoriser l'alliance thérapeutique par la maîtrise des langages du soin et de la proxémie¹ afin d'améliorer le confort du soignant et le vécu émotionnel du patient.

Pour qui ?

→ Pour enrichir les compétences communicationnelles sur la base des compétences professionnelles.

Objectifs :

- Développer l'écouter au travail
- Soulager les maux par les mots
- Améliorer le bien-être au travail
- Maitriser les processus à l'œuvre dans l'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique

Accueil, placement, équilibre...

Établissement de la confiance sur la base de la bonne analyse et compréhension du « lieu de maîtrise » et de la place de chacun afin ensuite d'avancer ensemble.

Les outils sont l'écoute, l'observation, l'analyse des langages (verbaux et non verbaux) et la gestion de la proxémique.

La carte et le territoire

Ou comment faire la différence entre le dossier du patient et le patient...

... et la juste part des choses entre nos perceptions et celles du patient.

... en adaptant notre mode de communication en fonction du canal que le patient privilégie.

Communiquer, c'est une chose, mais se pose aussi la question du comment et « de où », ce qui conduit à se poser la question du **positionnement** avec l'abord de la notion de **postures**... (Annexe 2)

Introduction sur les bases de la relation : symétrie ou complémentarité ?

... et en fait jamais l'un ou l'autre, mais plus souvent une adaptation permanente avec des passages de l'un à l'autre...

Et quand ça bloque ?...

¹ Larousse : Étude de l'utilisation de l'espace par les êtres animés dans leurs relations, et des significations qui s'en dégagent.

Il faut assumer la position « haute ».

.. le patient attend quelque chose qui dépend de cette position.

Notion de technicien de santé et de soins à apporter.

Typologie de patients... ceux qui veulent ou essayent de maîtriser et ceux qui laissent aller...

Notion de lieu de maîtrise...

Et au bout, la notion de confiance, comme un contrat en parti affectif.

Pas de jugement et de la bienveillance.

Les places et positions dans la relation thérapeutique

Échange symétrique ou complémentaire ?

- Relation **symétrique** : elle propose de minimiser les différences. Le patient vient pour SE soigner. Le soignant se positionne « au niveau » du patient, donc « en bas » pour lui.
- Relation **complémentaire** ou **asymétrique** : les différences sont accentuées. Le patient vient pour ÊTRE soigné et le soignant renforce sa position « haute ».
→ Cette typologie est théorique car dans les faits, c'est toujours plus compliqué. La relation thérapeutique ne peut s'installer de manière définitive dans l'un ou de l'autre des cadres et va en fait osciller.

Et quand ça se passe « mal »...

Escalade symétrique : quand le patient cherche à prendre le pouvoir en s'appuyant sur ce qu'il a pu apprendre sur le net ou par ses lectures, alors qu'il commence de fait à contester et/ou refuser les soins, la posture ne peut plus être tenue. La relation symétrique devient alors impossible et absurde.

Remarque : il ne faut pas éluder le fait que cette attitude de patient peut...

- ... aussi être un appel à l'aide.
- Un début de reprise en main de sa santé.

→ Les choses ne sont donc pas toujours simples, tranchées, noires ou blanches et appellent à une lecture « plus fine » des choses.

Complémentarité rigide : le patient s'installe dans son statut de « malade » et va refuser de voir et d'accepter toute amélioration.

La réponse simple du soignant serait de suivre dans ce « renoncement » en indiquant qu'il ne peut plus rien faire.

Le lieu de maîtrise du patient

Tendance que peuvent avoir les individus à penser que ce qu'ils font va influer sur ce qui leur arrive (lieu de maîtrise interne) ou à contrario que, quoi qu'ils fassent, ce sont d'autres déterminants qui seront prépondérants (maîtrise externe).

Donc ce n'est jamais simple...

Il faut donc écouter le récit, tenir compte de la différence de représentation de chacun, séparer carte et territoire, choisir une posture, qui sera la stratégie d'un moment mais qui pourra changer en fonction des besoins.

Le tout visant à assurer le confort du praticien et la confiance du patient.

5. Cas Clinique

N°1

Contexte :

Patiente en interrogation par rapport à son Ksein.

...pas de comptes rendus, d'explications de ce qu'elle a et personne pour faire synthèse et bilan.

La patiente a l'impression d'être abandonnée.

Interrogations :

- Patiente perdue dans la jungle de son parcours.
- Besoin d'un temps d'écoute et de parole.
- Questionnement sur le temps médical attribué à la patiente...

Problématiques

- Notion de gestion d'un patient en attente d'un diagnostic.
- Problème car cas exposé par pharmacien, qui n'est pas le MG qui doit rester le coordinateur et le pivot du parcours du patient.

Ici précisément, la patiente n'a pas les réponses du MG qui par ailleurs dit « ne rien pouvoir pour elle ».

Solution :

La pharmacienne a donné des pistes et la patiente a fini par décider de se prendre en main.

Discussions :

Offre de soins ambulatoire pas au rendez-vous des attentes de la patiente perdue dans la jungle de son parcours qu'elle ne peut du coup pas s'approprier.

Question aux MG présents :

Avez-vous le temps de tout lire du dossier d'un patient ?

Réponses :

On a parfois les courriers et les éléments de dossier qu'au moment où le patient arrive et on décrypte avec le patient...

De manière générale, le MG/MT découvre et décrypte en même temps que le patient.

Le « livre » est lu ensemble.

Pas de préparation en amont...

→ Le **risque** de tout lire avant est de **se mettre la pression** avant même que le patient ne soit là et du coup **de bloquer tout processus d'échange** et de discussion avec le patient.

→ **Discuter** avec le patient de son dossier, **laisser aussi transparaître de temps à autre des émotions** pour faire vivre la relation.

Proposition du groupe...

- Prendre le risque d'appeler le MG/MT pour lui dire, pour l'alerter de l'attente de la patiente.
- Démarche possible dans la CPTS...grâce à la notion de « communauté» d'échange, de partage...
- La validation, diffusion et adoption par les soignants du territoire de la proposition OncoParcours de la CPTS peut améliorer les choses. Notion de parcours « opposable » ?
- Éventuellement, il existe aussi la maison médicale de garde pour avoir un autre avis...

N°2

Contexte :

Enfant dans un contexte de violence, maltraité par le nouveau conjoint de la mère dans un contexte de garde alterné.

Première consultation.

Conduite tenue :

- Photos
- Ordonnance de ne pas re présenter l'enfant
- Prévenir gendarmerie

Questionnement

Comment aider un père qui n'a pas la garde exclusive ?

Comment ne pas faire monter la violence entre les adultes ?

Solutions :

- Père mis en arrêt de travail
- Justice est intervenue
- Enfant va mieux, le père aussi

Constat :

Le MG a pris un risque en faisant les certificats.

Crainte d'une plainte de la mère.

Proposition du groupe...

REM Rappel de la loi

Devoir pour tout enfant qui subit quelque chose ou toute personne perçue comme vulnérable de prévenir le procureur de la République.

- Prévenir le procureur
- Renvoyer aux gendarmes

Vulnérables : femmes, séniors, enfants.

Questionnement du groupe :

Quelle responsabilité si pas de signalement au procureur ?

Responsabilité engagée...

→ Même si la personne refuse le signalement, il faut le faire.

→ Rappeler l'ensemble des obligations légales aux soignants au décours des GT ou par une communication ad hoc dédiée.

N°3

Contexte :

Femme 32 ans, qui se présente pour être embauchée comme auxiliaire de vie.

Elle a été élevée par le père jusqu'à 15 ans.

La mère revenue au bout de 15 ans et le frère qui va naître et grandir sont maltraitants avec cette jeune femme.

Problématique

Comment aider cette personne sans être intrusif, sans créer de bouleversement, le tout dans un cadre de première rencontre ?...

Solution :

- La personne va être aidée par la structure.
- On lui propose de s'éloigner.

Pas de dénonciation au procureur.

Discussion du groupe au sujet de la responsabilité en cas de non-signalement.

Conclusion :

Le signalement va être fait.

Les réflexions et les propositions du groupe vont dans le même sens que pour le cas précédent.

N°4

Contexte :

Mise en porte à faux du médecin à cause de la technologie.

Femme (anxieuse), entorse de cheville bénigne.

Au bout de 3 jours, la patiente rappelle pour être revue.

La douleur persiste, mais le traitement n'a pas été suivi.

Imagerie pour confirmer la patho... Prescription de kiné.

Mais la patiente s'appuie sur internet et met le thérapeute en défaut.

Elle veut un scanner...

Le scanner ressort normal... et la patiente panique.

Questionnement :

Doute du médecin sur son diagnostic, sa pratique, après réflexion, il décide de ...

Solution :

→ Tout le discours est repris depuis le début et la patiente reprend confiance...

→ Le choix a été de ne pas envoyer la patiente ailleurs.

→ Notion de perte de confiance dans le thérapeute.

Discussion

Le lieu d'exercice... dans le centre de soins non programmés biaise tout, car il y a sur place de quoi faire toute l'imagerie. Les patients le savent et mettent leurs exigences à haut niveau en conséquence.

Problématique

La techno, le smartphone est devenu la troisième main.

Remarque : Risque des analyses par IA... à Vannes... l'IA se trompe à chaque fois...

Un MG dit que s'il voit un patient une troisième fois pour la même raison, c'est qu'il n'a pas compris.

Discussion & proposition...

... sur la prescription d'examens complémentaires et d'imagerie.

Notion de prescriptions faites pour maintenir le lien avec les patients.

Si ces examens peuvent paraître inutiles et donc inutilement coûteux, il s'avère que le maintien du lien et de la confiance permet aussi d'assurer le cheminement sur la voie de la guérison.

Ainsi, même inutiles, ils peuvent faire partie du parcours de soins...

→ Importance du maintien de lien avec le patient, y compris par la prescription, mais du coup aussi la discussion des résultats, d'examens complémentaires.

Réflexions & proposition

Les patients pensent en savoir autant, voire plus que leur thérapeute.

REM : ils se hissent eux-mêmes à « la hauteur » du soignant. Les différences de postures sont dès lors non voulues par le soignant, mais imposées par la situation.

→ Il convient de reprendre « le dessus ». Rappel de la notion évoquée de savoir « assumer la position haute », voire ici, de la reprendre et de l'imposer.

N°5

Contexte :

Patiante, 45 ans, Ksein, très avancée.

Ulcère ouvert au sein, chaire à vif. Purulent, sanguinolant.

Photos envoyées à l'oncologue qui ne répond pas.

Effet secondaire du Xeloda...

Hospitalisation le lendemain sur base de grosse anémie...

Problématique

→ Consternation ou questionnement lié à la non-réponse de l'oncologue.

Solutions évoquées par le groupe

→ Hypothèse d'envoyer le dossier à un autre praticien par Omnidoc.

→ La réponse peut être là encore la notion de création d'un parcours, définit, validé par le GT ad hoc de la CPTS, proposé aux soignants du territoire.

→ Discussion sur la possibilité de questionner le MG ou le spécialiste pour le compte du patient.

N°6

Contexte :

Femme la trentaine, communauté des gens du voyages sédentarisés, ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique.

Suite chirurgicale compliquée avec forte dégradation générale.

Après plusieurs mois, le tableau se dégageant, de la kinésithérapie en vue d'une réhabilitation physique est proposée.

Au bout de 3 séances, la patientes déclarent que ce sont des séances de gym' qu'elle peut faire seule. Elle n'est pas chez elle pour la 4^{ème} séance et ne répondra pas aux sollicitations pas SMS.

Questionnements & problématiques

- Perte de chance de la patiente qui ne va pas bénéficier du programme qui lui permettrait de retrouver une bonne autonomie de vie et stabiliser les effets de la chirurgie...
- Comment acculturer à la santé des populations dont ce n'est pas la culture...
- Comment faire comprendre que ces soins sont vraiment utiles pour elle ?

Solutions ?...

En allant vers des explications simples ?

Discussion :

REM ne pas juger ces patients.

Comment faire pour les amener à améliorer leurs déterminants sociaux et leur capacité à se prendre en charge.

REM Connaissance de cette communauté : pour eux tout ce qui n'est pas médecin est une perte de temps.

Proposition du groupe

- Mieux connaître la communauté.
- Confiance de la communauté.
- Créer le lien de sympathie.
- Tutoyer.... Position basse stratégique.
- Ne pas aller à domicile, faire venir au cabinet pour impliquer la patiente.

6. Et en conclusion ?

Notion de posture...

Ne pas renoncer à la position haute.

Essayer d'avoir une lecture plus fine de ce qu'est l'autre, pour s'en rapprocher.

Exposé de l'**Index de computation...** (Annexe 2)

Synthèse

Contexte : session animée par Yves Chevalier (communication thérapeutique).

Objectifs : explorer la posture soignante, la construction de l'alliance, la gestion des patients en renoncement et les réponses pratiques et déontologiques.

1. Fondements théoriques et objectifs

- **Communication thérapeutique** : vise à améliorer l'alliance en travaillant l'écoute, l'observation, l'analyse des langages (verbal / non verbal).

Objectifs mentionnés : développer l'écoute au travail, soulager par la parole, améliorer le bien-être au travail, maîtriser les processus de l'alliance.

- **Carte / territoire** : distinction systématique entre le dossier (carte) et la personne vivante (territoire). Important pour éviter de réduire le patient à ses seules données médicales.
- **Postures relationnelles** : oscillation nécessaire entre posture « basse / symétrique » (se mettre au niveau) et posture « haute / complémentaire » (assumer l'expertise). Cette alternance est un outil stratégique – ni soumission, ni domination permanente.
- **Lieu de maîtrise** : écouter la représentation que le patient a de sa santé (maîtrise interne vs externe) pour adapter le discours et l'accompagnement.

2. Principaux problèmes observés (issues des cas cliniques)

- **Perte d'orientation / abandon perçu** (cas 1) : patients perdus dans leur parcours, attente d'explication et de synthèse ; le MG découvre souvent le dossier en même temps que le patient.
- **Violence et protection des vulnérables** (cas 2, 3) : situations de maltraitance ou de vulnérabilité où le renoncement peut relever d'un danger ; obligation d'intervention et de signalement discutée.

- **Technologie et défiance** (cas 4) : consultations dans des centres avec imagerie sur place augmentent les demandes d'examens ; internet/IA renforcent l'auto-diagnostic et l'exigence des patients, pouvant mener au refus ou à la défiance si l'attente n'est pas gérée.
- **Défaillance de continuité** (cas 5) : absence de réponse d'un spécialiste à un signal d'alerte ; nécessité d'un parcours clairement défini et accessible.
- **Acculturation culturelle** (cas 6) : populations spécifiques (ici gens du voyage) n'adhèrent pas forcément aux pratiques proposées ; non-adhérence pouvant entraîner perte de chance.

3. Enjeux concrets autour du renoncement aux soins

- **Renoncement volontaire** : droit du patient à refuser un soin, après information claire et consentement éclairé ; vérifier la capacité décisionnelle.
- **Renoncement subi** : obstacles d'accès, incompréhension, manque d'acculturation, ou pression sociale ; risque de perte de chance.
- **Maintien du lien** : parfois des prescriptions/examens « pour maintenir le lien » sont envisagées ; question éthique et économique, mais aussi pragmatique pour la confiance thérapeutique.
- **Trauma et réactivation** : impliquer un patient ancien « survivant » comme partenaire exige vérification de sa stabilité émotionnelle pour éviter réactivation traumatique.

4. Rappels juridiques et déontologiques (pratiques, non exhaustifs)

- **Droit à l'information et consentement** : la loi consacre le droit du patient à une information claire, loyale et compréhensible, et son droit au consentement libre et éclairé avant tout acte.
- **Refus du soin** : le patient capable peut refuser un traitement ; le soignant doit noter la décision, expliquer les

- conséquences et proposer des alternatives. Si la capacité est douteuse, évaluer la capacité décisionnelle et solliciter avis (psychiatre, équipe pluridisciplinaire).
- **Protection des personnes vulnérables :** obligation légale de signalement (autorités compétentes / procureur, forces de l'ordre) en cas de danger (enfants, personnes vulnérables). Le refus du patient de signaler ne supprime pas toujours l'obligation de signalement si un risque grave est objectivable.
 - **Traçabilité :** documenter systématiquement les informations données, les consentements/refus, les propositions alternatives, et toute mesure de signalement. C'est une exigence déontologique et une protection juridique.
 - **Coordination et responsabilité :** le MG reste souvent le pivot du parcours ; si la continuité est rompue, organiser un relais formel (CPTS, Omnidoc, maison médicale de garde).

5. Recommandations opérationnelles issues du groupe

1. **Prise en charge systématique :** prévoir un temps d'écoute structuré pour les patients en attente de diagnostic (systématiser une « synthèse » à remettre ou expliquer).
2. **Traçabilité active :** noter dans le dossier les informations, mails, comptes-rendus et décisions prises ; conserver preuves de l'information délivrée et du refus éclairé si existant.
3. **Procédures de relais :** définir dans la CPTS des parcours opposables (OncoParcours-type) et des circuits de remplacement si le spécialiste ne répond pas.
4. **Formation continue :** former aux techniques de communication thérapeutique, à l'évaluation de la capacité décisionnelle, et à la gestion des demandes d'imagerie/techno.
5. **Acculturation et médiation :** développer des approches d'acculturation pour

populations spécifiques (travail culturel, recours à médiateurs, stratégies de proximité).

- 6. **Gestion des demandes technologiques :** expliquer systématiquement l'intérêt, les limites et les alternatives aux examens; privilégier la discussion sur le plan thérapeutique plutôt que la prescription.
- 7. **Signalement et sécurité :** rappeler régulièrement aux équipes leurs obligations légales en matière de protection des vulnérables et la procédure à suivre (police, procureur, dispositifs locaux).

6. Conclusion contextuelle

Garder la **position haute** lorsque nécessaire – c'est-à-dire assumer l'expertise et les décisions professionnelles – n'implique pas fermeture ou autoritarisme : il s'agit d'une posture professionnelle protégée par l'éthique et la loi. La finesse relationnelle consiste à **osciller** entre posture de proximité et posture d'expertise, selon l'histoire du patient et la situation clinique.

Le renoncement aux soins est souvent la conséquence d'une alliance thérapeutique qui s'effrite – parce que le parcours est illisible, la confiance rompue, la posture mal ajustée ou la culture du patient méconnue. La prévention exige des réponses cliniques, relationnelles et organisationnelles.

Ce renoncement se situe à l'intersection de l'autonomie du patient, de la responsabilité professionnelle et de la protection des plus vulnérables.

Il exige **écoute, explication, documentation** et parfois **intervention** (signalement, relais). Pour limiter la perte de chance et préserver la confiance, les structures doivent mettre en place des **parcours clairs**, des **outils de traçabilité**, une **formation pratique** et une **culture interprofessionnelle** qui valorise le partage d'informations pertinentes et la protection des patients et des soignants.

Annexes

Recherche documentaire

Définitions

Larousse

Patient(e) : personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale.

Soigné : personne qui reçoit des soins.

Soignant : personne qui donne des soins à quelqu'un.

Dictionnaire infirmier

Relation soignant – soigné

Le lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé.

Cette relation nécessite trois attitudes :

- - un engagement personnel de l'infirmier (...),
- - une objectivité (...),
- - un minimum de disponibilité.

La relation soignant/soigné n'est pas une relation de salon, elle a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie.

Documents joints

Annexe 1 Module CT_P&P_2023.pdf

Annexe 2 Les places et positions Dans l'Alliance thérapeutique.pdf

Annexe 3 Les mots du soin.pdf

Annexe 4 2023.11.23 Cas Cliniques.pdf

Annexe 5 CHU Nantes Soignants - Soignés.pdf

Annexe 6 HAS demarche_centree_patient.pdf

Annexe 7 Vie Publique Inégalités sociales.pdf

Annexe 8 Vie Publique Renoncement aux soins.pdf

Méthodologie

Plan de séance

1. Accueil et ouverture de la réunion
 - o Mot de bienvenue
 - o Tour de table
 - o Nommer un rapporteur
 - o Rappel de ce que sont les notions de Qualité et d'Efficience en matière de santé
 - o Présentation ou Rappel de la charte ou convention de travail

2. Retour sur le précédent GQI
 - o Le compte rendu et la synthèse conviennent-il ?
 - o Des questions en suspens ont-elles trouvé réponse ?

3. Présentation du thème du jour

4. Et si on parlait qualité ?
 - o Réflexion sur les indicateurs
 - o Validation de ces indicateurs

Remarque : recherche d'indicateurs pertinents permettant d'améliorer les choses.

5. Lecture des cas clinique
 - o Premier cas : lecture sans interruption
 - o Lors de la discussion (gestion par l'animateur)
 1. Éviter les jugements qu'ils soient négatifs ou positifs
 2. Relancer avec des questions ouvertes
 - o Prise de notes par rapporteur
 - o Un tableau numérique interactif sera à disposition si besoin en guise de tableau blanc.
 - o On relève les points d'accords
 - o On note les points de désaccords
 - o On note toutes les questions
 - o Que faire pour améliorer ?
 - o ... et on passer au cas suivant.

Remarque : suivant les séances, on pourra assumer la lecture et la discussion d'un ou deux « cas clinique ». Mais tous seront ajouté au compte rendu et à la synthèse

6. Clôture de la séance
 - o Synthèse des échanges
 - o Réflexion sur les manières d'améliorer les choses
 - o Dernières questions...
 - o On récupère tous les documents et cas clinique
 - o Validation de la date et du thème du prochain GQI
 - o On clôture...

... et on ouvre sur une discussion libre accompagnée du rangement de la salle...

7. Et si on parlait convention ? ou charte...
 - Confidentialité des échanges
 - Anonymisation des comptes rendus et synthèses
 - Anonymisation des cas cliniques
 - Acceptation de la publication des synthèses
 - Acceptation des valeurs d'écoute, de bienveillance, d'absence de jugement
8. Et si on parlait modalité ?
 - Groupe de 10 à 12 personnes max
 - 1 animateur
 - 1 secrétaire ou rapporteur
 - 1 thème par réunion
 - 8 thèmes par an
 - La synthèse est publié après validation par le groupe