**Evaluation, synthèse de formation**

**Entretien d’accueil et de crise**

**Centre Hospitalier Ste Marie Rodez**

26 et 27 septembre 2022

Les soignants de l’UADO accueillent les patients, dénouent les états de crise, apaisent les crises et les états d’agitation, évaluent le comportement des patients, organisent la prise en charge immédiate, orientent, coordonnent et triangulent les interventions d’urgences psychiatrique, assurent une intervention infirmière dans les unités d’urgence et de réanimation, assurent une écoute téléphonique aux appels de détresse psychologique (pour l’UADO). Ces différentes tâches requièrent des compétences cliniques, techniques et relationnelles qu’il est crucial d’entretenir et de développer. Bien que toujours singulier, et par conséquent subjectif, l’entretien clinique n’échappe pas à l’évaluation de sa pratique, il convient donc de réfléchir à des critères et des indicateurs pertinents. Les habiletés nécessaires à la pratique de l'entretien peuvent être mobilisées pour prévenir, accompagner, contenir psychiquement toute situation de crise, directement avec le patient et son entourage.

L’objectif général de cette formation était de permettre aux soignants :

- d’identifier différents types d’entretiens et de choisir selon le contexte le type d’entretien le plus à même de répondre aux objectifs qu’il se fixe avec le patient ;

- de conduire un entretien d’accueil avec davantage d’aisance et d’efficacité ;

- de repérer ce qui fait cadre dans l’entretien qu’il propose et d’évaluer le contenu de l’entretien et son déroulement ;

- d’identifier la demande de soins du patient et de son entourage éventuel, de l’orienter et de tirer un fil à partir duquel organiser la prise en charge ;

- de développer un savoir-faire spécifique en entretien de crise qui lui permettra de désamorcer la dite-crise, de réduire voire d’éviter les hospitalisations, l’isolement et la contention du patient.

**Les caractéristiques du groupe**

Le groupe, composé de 9 IDE et d’un cadre de santé, regroupait pour moitié des soignants de l’UADO (5 sur 10), directement concernés par les entretiens d’accueil et de crise qui constituent la plus grande part de leur travail. Les trois soignants du service de nuit et les deux de UIF apparaissaient moins directement concernés par la pratique même si l’entretien d’accueil et de crise fait partie du bagage clinique de chaque infirmier. Quoi qu’il en soit, tous ont investi la formation et ont apporté leur expérience, leurs questions et réflexions à la formation. L’ambiance au sein du groupe était à la fois détendue, chaleureuse, studieuse et propice à la réflexion. Il faut noter que deux participants potentiels n’ont pu se libérer.

Lors des présentations les participants de l’UADO recherchaient surtout des pistes de réflexion, des outils pour mieux animer des entretiens d’accueil de de crise, les entretiens téléphoniques, « *une approche à laquelle ils n’avaient pas pensé* ». Les demandes des autres soignants étaient davantage centrées sur l’entretien informel, sur ce qui fait cadre dans ce type de séquences de soin, et les attitudes qui favorisent l’expression du patient.

Lors de l’évaluation finale de la formation, les participants déclarent avoir eu comme objectifs :

« *Avoir des pistes et améliorer ma pratique professionnelle* » ;

« *Développer ma palette de possibilités, nouveaux axes de travail* » ;

« *Mise à jour des compétences infirmières à transmettre, outils, suivi des EIDE* » ;

« *Obtenir de nouvelles pistes, nouveaux outils pour l’exercice de ma profession au quotidien* » ;

« *Améliorer mes techniques d’entretien étant novice sur l’UADO* » ;

« *Avoir de nouvelles approches, parfaire mes savoirs* » ;

« *Apprendre quelques techniques supplémentaires pour conduire un entretien* » ;

« *Apprendre de nouveaux outils ou pistes pour mener à bien un entretien* » ;

« *Découvrir de nouveaux outils, accroître mes connaissances* » ;

« *Avoir des pistes pour l’entretien de crise* ».

La demande est claire et presqu’unanime : de nouvelles pistes et de nouveaux outils. La demande ne s’adresse pas au savoir théorique mais à l’espace du quotidien.

Qu’ils maitrisent ou non l’entretien d’accueil et de crise, tous sont convaincus par la nécessité d’utiliser un outil qui fait partie intégrante de leur fonction. Des verbes d’action sont au premier plan, ils dénotent une volonté de creuser. Les soignants se positionnent comme des praticiens soucieux d’améliorer « leur » pratique.

**Le processus de formation**

Après avoir défini ce qu’est un entretien d’accueil infirmier, présenté différentes formes d’entretiens (questions de l’elfe, portrait chinois, thérapie narrative, etc.), le groupe s’est donc fixé sur l’entretien d’accueil et de crise. A ensuite été abordée la question de la demande en intégrant l’approche systémique. Le groupe a, ensuite, posé les différents invariants du cadre de l’entretien ainsi que les différentes étapes qui le composent. Un jeu de rôle a été proposé, il a été brillamment joué par des professionnels très au fait de la spécificité de leur positionnement sur le seuil du lieu de soin. Les stagiaires ayant appris le suicide d’un patient passé par l’UADO, nous avons collectivement repris le parcours de ce patient et nous sommes interrogés sur ce qu’il était possible de percevoir (ou non) lors de son accueil.

La formation a alterné théorie et pratique. Les références théoriques présentées ont emprunté à la psychanalyse, à la théorie des systèmes (Bateson, Watzlawick, Ausloos), et à l’approche centrée sur la personne.

Le programme a été respecté mais modifié sur les marges pour correspondre à la demande du groupe.

**La perception de la formation par le groupe**

Les 10 participants présents ont rempli le questionnaire. Sept avaient demandé la formation, trois non :

« *Le cadre du service nous l’a proposée car cela pouvait être bénéfique à l’amélioration de notre pratique professionnelle* » ;

« *Formation prévue par l’ancien cadre UADO* ».

On note l’importance de la fonction « prescriptrice » des cadres.

Parmi ceux qui ont demandé la formation :

« *Volontaire, fiche d’inscription présente dans le service* » ;

« *Cœur de mon activité sur mon service* » ;

« *Formation proposée par la cadre* ».

On mesure que la formation s’inscrit bien dans un mouvement institutionnel avec des cadres qui facilitent voire mobilisent les soignants.

**Perception globale de la formation**

Neuf participants ont une perception positive de la formation, un stagiaire en a une vision « neutre ». Il n’éclaire pas son jugement que ses réponses aux autres items ne confirment pas. Dans le détail, sa perception de la formation est positive, voire très positive.

**La durée**

Huit stagiaires ont trouvé la durée de la formation adaptée à l’exception d’un participant qui l’a trouvée trop longue et d’un autre qui l’a trouvée trop courte :

« *Un jour aurait suffi* » ponctue le stagiaire qui trouve la formation trop longue. Dans la suite du questionnaire, il note qu’il aurait préféré moins de théorie.

« *Il faudrait un suivi pour débriefer de ce qu’on a pu mettre en application* » explique le stagiaire qui la trouve trop courte. La durée est pour lui, le point faible de la formation, il suggère par ailleurs de mettre en place un suivi.

Le découpage en deux jours consécutifs ne permet pas, effectivement, de faire retour au terrain des stagiaires pendant la durée de la formation. Il est toujours intéressant que les stagiaires puissent expérimenter les outils pour en faire une critique.

Il serait intéressant de proposer aux stagiaires de venir avec une situation d’entretien complexe afin de partir de leur expérience.

**Enrichissement professionnel**

Les participants ont tous retiré un enrichissement professionnel de la formation.

« *Cela m’a permis d’avoir des clés pour mener à bien les entretiens* »

**Le nombre de participantes et les échanges en groupe**

Neuf participants ont trouvé que le nombre de stagiaires était satisfaisant et un l’a trouvé insuffisant.

Trois stagiaires ont trouvé les échanges entre participants très enrichissants et les 7 autres satisfaisants.

Les réponses ne sont pas éclairées. On peut noter que les participants se sont installés par unité : d’un côté l’UADO, de l’autre le service de nuit et au milieu les soignants de l’UIF. La durée de la formation n’a pas permis de mixer le groupe. On se mélange peu entre soignants des différentes unités.

**Les apports de connaissance**

Six stagiaires ont jugé les apports de connaissance très pertinents et quatre pertinents.

**Les méthodes pédagogiques**

Les méthodes pédagogiques ont été jugées très favorisantes par six stagiaires et favorisantes par les quatre autres.

**Les capacités relationnelles du formateur**

Huit stagiaires ont trouvé les capacités relationnelles du formateur très favorisantes et deux favorisantes.

**Les points forts de la formation**

Les participants ont retenu :

« *Groupe. Expérience de chacun*.« ;

« *Pédagogie du formateur et approche avec nouvelles techniques* » ;

« *Apports pertinents, bien illustrés. Etudes de cas, mise en situation*. » ;

« *Expériences & illustrations du formateur, exemples, partage de retour (RETEX).* » ;

« *Interactivités des échanges adaptées aux différents entretiens.* » ;

« *Explications données sous forme de situations vécues* » ;

« *Formateur à l’écoute, sans jugement qui donne ses informations de façon très simple* » ;

« *L’échange, le contenu de la formation est entièrement réalisable* » ;

« *Le travail sur les cas concrets*» ;

« *Travail sur un cas concret* ».

Chacun y a trouvé quelque chose qui l’intéressait. Se détachent les aspects très concrets de la formation, l’écoute du formateur, l’interactivité au sein du groupe.

**Les points faibles**

Peu de points faibles rapportés. Notons que les points forts des uns peuvent être les points faibles des autres :

« *Trop court* » ;

« *Mise en place concrète de certains axes peu probables du fait de l’organisation* » ;

« *Que ce ne soit pas plus homogène dans le groupe, temps de parole +++ des soignants de l’UADO.* »

L’écart entre une pratique très pointue et organisée (celle de l’UADO) et celles moins ouvertement centrées sur l’accueil et la crise des soignants (plus informelle) des deux autres unités représentées dans cette formation peut limiter les uns et tirer les autres vers le haut. Il faudrait probablement une formation généraliste pour les uns et une autre ciblée sur l’entretien d’accueil et de crise pour les soignants de l’UADO, des CMP et des structures de soins qui travaillent sur l’accueil et la crise.

**Les points à modifier**

Peu de points à modifier pour les participants.

« *Se cantonner à un seul service pour plus d’échanges* » ;

« *Faire un suivi* » ;

« *Moins de théorie, plus d’activité* » ;

« *Le titre « Entretien d’évaluation de la crise » n’est peut-être pas le plus adapté* ».

Les réponses à cet item sont assez complémentaires du précédent.

**Les éléments à mettre en pratique**

Cet item a été heureusement, systématiquement renseigné par les participants. A travers la diversité des points se lisent les spécificités professionnelles.

« *Les questions de l’elfe, les entretiens à deux soignants* » ;

« *Les techniques d’entretien d’accueil* » ;

« *Faire faire une synthèse au patient de l’entretien pour savoir s’il a bien compris ce qui était dit.* » ;

« *Supports à faire circuler auprès des jeunes infirmiers sur l’UADO* » :

« *Questions de l’elfe, décentrage* » ;

« *Entretien à deux soignants* » ;

« *Nouvelles approches et techniques de conclusion* » ;

« *Entretiens plus poussés, plus détaillés, plus adaptés* » ;

« *La grille de l’elfe, refaire reformuler les entretiens à certains patients* » ;

« *Les questions de l’elfe* ».

Parmi les différentes techniques proposées, les questions de l’elfe remportent un certain succès, la conclusion des entretiens est également retenue par les soignants tout comme la technique des entretiens à deux soignants, à la fois rassurante pour ceux qui ont peu d’expérience et plus dynamique en termes d’échanges avec le patient.

**Pré et post-test, quelle évolution en deux jours de formation ?**

En début de formation, certification Qualiopi oblige, un pré-test fut remis aux stagiaires. Le lendemain après-midi, à la fin de la session, le même questionnaire leur fut proposé. Sur une formation en deux jours, le coût en temps n’est pas négligeable. Il peut également expliquer que les stagiaires aient été peu prolixe dans le questionnaire individuel d’évaluation de la formation.

Six questions (une fermée et six ouvertes) ont été posées aux stagiaires qui y ont répondu par écrit.

Sept stagiaires ont énoncé pratiquer régulièrement des entretiens d’accueil infirmiers. Trois ont répondu par la négative (la cadre de santé et les deux infirmières du service de nuit). Parmi les sept « pratiquants » réguliers, un d’entre eux a précisé faire essentiellement des entretiens informels. Nous pouvons ainsi, dès cette première question différencier les soignants de l’UADO et les autres, qui ont une pratique moins centrée sur les entretiens d’accueil et de crise.

**Que pouvez-vous dire à propos du cadre des entretiens d’accueil infirmiers ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pré-test** | **Posttest** |
| SB1 |  |
| SC1 « Ce sont des entretiens informels » | « Ce sont des entretiens non-programmés » |
| NC1 « Entretiens informels la nuit » | « Formels ou informels, pas d’objets fragiles ou potentiellement dangereux » |
| ED1 « Souvent informels, en chambre » | « Choisir un cadre qui mettra en confiance le patient afin qu’il puisse se livrer plus facilement » |
| AP1 « L’entretien d’accueil a lieu un peu à distance de l’entrée du patient qui a déjà eu un entretien lors de son passage aux urgences » | « Il faut attacher une attention particulière au cadre c’est-à-dire au lieu, au contexte, au moment, à la façon de prévoir le déroulement » |
| AC1 « S’adapte au contexte, patient, etc. » | « Modulable, patient dépendant » |
| CF1 « Réalisés en présence d’un infirmier, en toute confidentialité. Nous évaluons les idées suicidaires systématiquement et le pourquoi du motif de consultation, hospitalisation du patient » | « Qu’il est important de le définir, d’en prendre conscience et de savoir le moduler (Entretien formel d’accueil de crise, entretien informel). |
| MB1 « Bureau, face à face, calme, confidentialité » | « Temporalité, contexte, lieu, personnes, présentation » |
| SG1 « Confidentialité, calme » | « Confidentiel, calme, agréable, laisser choix bureau/petit salon) » |
| JR1 « Les entretiens d’accueil sont surtout faits à l’UADO. Ceux qui sont faits à l’UIF sont souvent informels et peuvent être reportés en fonction de la situation » | « Peuvent être formels ou informels. Adaptés à la situation et au contexte. Dans un lieu adapté. Avec confidentialité » |

En prétest, nous repérons bien l’écart entre les réponses des soignants de l’UADO et ceux des autres unités. Les entretiens sont essentiellement « informels », ce qui suffit au fond à décrire leur cadre, comme s’ils n’en avaient pas. Si le cadre est un peu mieux décrit pour les soignants de l’UADO, les deux maitres-mots en sont « calme » et « confidentialité ». On note qu’en termes de contenu, les soignants explorent les idées suicidaires et les motifs de la consultation.

En post-test, les réponses occupent un volume plus important et sont relativement plus précises. L’entretien informel est défini par sa non-programmation. ED1 prête attention au cadre, même lorsque l’entretien est informel, il convient de choisir un cadre qui permette au patient de se sentir en confiance pour se livrer. JR1les décrit comme adaptés à la situation et au contexte. Les soignants de l’UADO décrivent ce cadre avec plus de finesse et en citent quelques éléments.

L’évolution est patente.

**Quels objectifs fixez-vous à ces entretiens ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pré-test** | **Posttest** |
| SB2 |  |
| SC2 « Rassurer, apaiser » » | « Que le patient se sente mieux, rassuré, apaisé » |
| NC2 « Désamorcer une crise, apaisement » | « Recueil de données : évaluation psychologie, émotionnel, ressources, début d’alliance thérapeutique » |
| ED2 « Apaisement et/ou négociation concernant la prise des thérapeutiques. L’adhésion au soin » | « Faire bon accueil, de manière bienveillante, mettre à l’aise le patient, identifier les différentes émotions, les difficultés, les ressources du patient. De manière globale faire un recueil de données le plus complet possible » |
| AP2 « Réassurance, écoute et identifier les besoins du patient » | « Avoir des informations sur le vécu de la personne, le problème du moment, des signes cliniques, sa demande et lui apporter une aide et une réponse pertinente » |
| AC2 « Evaluer degré crise, urgence, etc. » | « Déterminer problématique, créer lien, alliance, identifier contexte » |
| CF2 « Evaluer la crise, évaluer idées noires, idées suicidaires, donner une réponse adaptée aux patients, parfois favoriser l’adhésion aux soins » | « Recueillir les difficultés du patient, ce qu’il attend de nous, qu’il trouve le moyen de facilement se livrer et identifier les ressources de ce dernier (le patient). |
| MB2 | « La demande » |
| SG2 « Evaluation psychologique, suicide, agressivité, antécédents, entourage, attitude, volonté du patient » | « Qui demande quoi à qui, comment et pourquoi maintenant ? A B C D E F G H I J + évaluation psychologique etc. (voir prétest) |
| JR2 « Evaluer les risques suicidaires, apprendre à connaître le patient et les raisons de sa venue » | « Repérer les besoins et demandes du patient. Recueillir les informations importantes » |

Entre pré et post-test, l’évolution est d’importance.

Dans les unités d’hospitalisation, en prétest, il s’agit d’apaiser, de rassurer, de désamorcer la crise, de négocier l’adhésion au soin. A l’UADO, c’est moins clair. MB2 ne répond pas à la question. Il s’agit d’abord d’évaluer : la crise, le risque suicidaire, et de favoriser l’adhésion aux soins. Au fond, un partage des tâches s’est organisé : à l’UADO on évalue les troubles, dans les unités d’hospitalisation on apaise, on désamorce la crise. C’est tout à fait cohérent.

Le paysage change en post-test.

Les réponses sont plus longues, plus précises, plus argumentées. En soi, c’est déjà un premier effet positif de la formation.

Dans les unités d’hospitalisation, ce qui était énoncé en termes de réaction à une crise à canaliser s’écrit en effet actif, positif : « que le patient se sente rassuré, apaisé ». Les soignants sont davantage tournés vers le vécu du patient. Ils sont actifs : recueillent des informations, identifient des ressources, sont attentifs à la demande d’un patient qui peut être davantage acteurs de ses soins.

Les soignants de l’UADO sont davantage centrés sur la question de la demande, ce qui leur permet de chercher l’alliance thérapeutique dès l’entrée. SG reprend les apports techniques de la formation et les rajoute à son bagage initial. JR différencie besoin et demande.

Les soignants des deux types d’unités de soin s’approprient la formation et les rajoutent à un déjà là conséquent pour nombre d’entre eux.

**A quels éléments êtes-vous attentifs lors de ces entretiens ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pré-test** | **Posttest** |
| SB1 |  |
| SC3 « Idées noires, idées suicidaires, angoisse comportement » | « Comportement, émotions, temps de réponse, parcours de vie, idées noires, idées suicidaires » |
| NC3 « Idées noires, idées suicidaires, agitation psychomotrice » | « Idées noires, idées suicidaires, attitude, posture, antécédents, ressources » |
| ED3 « Ses attitudes, ses besoins, le potentiel hétéro ou auto agressif, risque suicidaire » | « La posture, l’attitude, le comportement, les différents troubles (sommeil, alimentation), dépendances » |
| AP3 « Aux signes cliniques que l’on peut observer » | « A la posture, au discours, aux signes cliniques, la présence ou non d’une alliance thérapeutique » |
| AC3 « Tout. Risque suicidaire, consos, sommeil, apparence, etc. » | « Langage verbal et non verbal, posture, sensations du patient » |
| CF3 « La présentation du patient, le déroulé de l’entretien, l’implication du patient lors du déroulé de ce dernier, sa posture » | « Posture, émotions, contenu, le cadre et son respect » |
| MB3 « Idées noires, idées suicidaires, troubles du sommeil, risque de passage à l’acte auto ou hétéro-agressif, consos » | « Posture, idées de suicide, angoisses, sommeil, consos, environnement social et professionnel » |
| SG3 « Langage verbal, non-verbal, paraverbal + réponses à la question précédente | « A B C D E F G H I J de l’accueil à la conclusion de l’entretien + réponses au prétest » |
| JR3 « Le risque suicidaire, la posture, les attitudes du patient » | « Repérer les risques suicidaires et éléments VELCRO, des modifications dans l’attitude ou physique si l’on connait déjà le patient, aux signes d’agressivité ou de mal être » |

Finalement assez peu d’évolution dans les réponses, pour cet item, entre pré et post-test. Les soignants sont attentifs, voire vigilants au risque suicidaire. Quel que soit le lieu de soin où ils exercent. AP le dit bien : les soignants sont vigilants quant aux signes qu’ils peuvent observer. L’arbre suicidaire cache-t-il la forêt de signes ? Tout passe par le regard et peu par l’écoute. SG et CF prennent en compte le déroulé de l’entretien et les différents types de langage.

Peu dévolution donc entre pré et post test. Si les éléments auxquels être attentifs s’enrichissent, ils passent plus par le regard que par l’écoute.

**Quels éléments prenez-vous en compte lorsqu’il s’agit d’orienter le patient ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pré-test** | **Posttest** |
| SB1 |  |
| SC4 «  » | « Idées noires, idées suicidaires, agitation » |
| NC4 « Prise du sommeil, apaisement » | « Ressources, idées de suicide, agitation, alliance thérapeutique » |
| ED4 « Présence d’addiction, risque suicidaire, présence de délire, présence d’une agressivité potentielle » | « L’agitation, le potentiel agressif, risque suicidaire » |
| AP4 « Les signes cliniques, la pathologie » | « La demande du patient, le risque suicidaire, la potentielle agressivité, ses besoins en termes de contenance » |
| AC4 « Sa volonté, sa maladie, son comportement, etc. » | « Profil et maladie, sa demande et nos possibilités » |
| CF4 « Sa pathologie, son âge, s’il s’agit d’un premier contact ou non avec la psychiatrie, s’il s’agit d’un HL ou SSC, son degré de risque de passage à l’acte suicidaire » | « La gravité de la symptomatologie, la demande, l’attente du patient, son mode d’hospitalisation » |
| MB4 « Les mêmes qu’à la question précédente » | « Le profil du patient, ses possibilités et les nôtres » |
| SG4 « Age, gravité de la situation, agressivité, volonté du patient » | « Demander au patient de faire une synthèse de l’entretien + réponses pré test » |
| JR4 « La pathologie, les anciennes hospitalisations » | « La pathologie, la compliance au soin, ses hospitalisations antérieures, si possible les préférences du patient » |

Cet item n’aurait jamais dû être inclus dans le pré et post-test, la moitié du groupe n’orientant pas les patients vers une autre structure. En première analyse, les soignants privilégient les troubles du comportement auto ou hétéro-agressifs. En post test, apparaissent la sévérité du trouble, le profil du patient (notion qui mériterait d’être interrogée), la demande et les possibilités de l’institution.

**Avec quels outils évaluez-vous l’aspect thérapeutique de ces entretiens ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pré-test** | **Posttest** |
| SB1 |  |
| SC5 «  » |  |
| NC5 « Prise du sommeil, apaisement » |  |
| ED5 « Pas d’outil, cela se base sur l’observation, la diminution de l’agitation par exemple, une accalmie » | « Proposer au patient de faire une synthèse de l’entretien. Cela permettra de voir quels éléments il occulte, qu’est-ce qu’il met en avant, le rendre acteur » |
| AP5 « pas d’outil mais l’observation du patient, s’il est apaisé ou pas » | « Le but étant de faire une synthèse complète à propos du patient à la fin de l’entretien » |
| AC5 «  » | « Synthèse, MTVED » |
| CF5 « La transmission du savoir par mes collègues anciens sur la structure. Parfois le bon sens » | « MTVED, la grille de l’elfe, le A jusqu’à J » |
| MB5 « L’ordonnance, le logiciel cariatide, l’appel pharma » | « MTVED » |
| SG5 « Plaquette risque suicidaire, expérience, URD, antécédents, ordonnance, traitement » | « Génosociogramme, questions de l’elfe ; grille de Séglas + prétest » |
| JR5 « Observation du patient, les changements de comportement à observer » | « L’observation, les techniques de reformulation » |

Cet item est souvent celui qui recueille le moins de réponses en prétest. Pour les soignants, en début de formation, il ne va pas de soi que l’entretien infirmier puisse avoir des effets thérapeutiques. Il est donc difficile de nommer des outils qui permette de l’évaluer. Cet effet thérapeutique est, par ailleurs, difficile à observer lorsque l’on ne revoit plus le patient hospitalisé dans une autre structure de soin.

Quoi qu’il en soit, en prétest sont cités l’observation, l’apaisement, le savoir transmis par les collègues plus anciens (plutôt opérant dans la structure de soin), les changements de comportement. Encore une fois peu reposent sur l’écoute du patient et, par exemple, la qualité de son insight.

En posttest, ED retient la synthèse de l’entretien effectuée par le patient, quatre soignants citent le MTVED (macrocible) qui peut effectivement servir à ce type d’évaluation si les effets thérapeutiques de l’entretien y sont intégrés, SG rajoute quelques outils d’entretien travaillés lors de l’entretien. A cet item aussi, l’évolution des représentations et des modes de pensée est perceptible.

Une formation qui modifie donc les représentations des stagiaires sur le cadre de l’entretien (elle promeut une vision plus large des entretiens informels et du cadre de soin), elle permet aux stagiaires d’affiner les objectifs qu’ils fixent à l’entretien d’accueil et de crise, d’être davantage vigilants à la parole du patient, à sa demande de soin, à ses ressources. Le patient y apparaît davantage acteur de ses soins.

**Evaluation collective**

L’évaluation collective a confirmé l’évaluation individuelle, ici, analysée. Elle a été effectuée en présence de Mme Boulanger.

La formation a été décrite comme vraiment intéressante pour les prises de poste des nouveaux diplômés. Evidemment ça dépend des compétences de chacun mais c’est vraiment un plus. Elle permet d’améliorer les prises en charge même si sur beaucoup de points, ce sont des choses que l’on faisait déjà. En plus des compétences transmises par les collègues plus anciens qui accompagnent ceux qui débutent dans les unités.

Le contenu est très parlant pour un jeune diplômé. C’est le cœur du métier. On peut s’identifier à ce que vous dites, on se sent plus à l’aise après.

Face aux impondérables du premier entretien, on peut faire face.

L’approche systémique apporte des outils qui renouvellent la pratique. A partir de quelques bases, ça rajoute à la boîte à outils.

La formation est intéressante si l’on travaille à l’UADO mais moins quand on n’y travaille pas même si l’on a pu cheminer pendant ces deux jours.

On pensait que c’était une formation à la gestion de crise ce que la formation n’est pas. C’est tout de même bon à prendre. On apprend des choses en termes de pratiques.

Les collègues du CASAP et du CSAPA pourraient en bénéficier.

**Pour conclure**, un groupe qu’il faut animer, les pratiques et les attentes en termes d’entretien d’accueil et d’orientation étant très différentes. Le groupe a su trouver un rythme de croisière. Dans un monde idéal il faudrait probablement une formation généraliste qui aborde les différents points et réflexion relatifs à l’entretien et une formation plus courte (un jour ou deux) qui seraient centrées sur l’entretien d’accueil et de crise. Il serait sûrement intéressant de l’ouvrir aux soignants du CMP, du CSAPA.

Dominique Friard pour Serpsy