**L‘entretien de crise en psychiatrie**

**1. Contexte de la demande**

En 1974, un arrêté préfectoral met en place la sectorisation de la psychiatrie adulte en Aveyron. Le département est divisé en quatre secteurs mais la ville de Rodez n’est pas sectorisée. En 1985, un nouvel arrêté modifie le découpage initial : Rodez, Espalion, Villefranche et Decazeville sont rattachés à l’hôpital psychiatrique Sainte-Marie de Rodez. Au fil des années, le Centre Hospitalier ne cesse d’améliorer la prise en charge des patients. Des unités d’hospitalisation et des structures et dispositifs alternatifs à l’hospitalisation sont implantées.

Aujourd’hui, les prises en charge à temps plein sont organisées en filières de soins (courte durée, réhabilitation, gérontopsychiatrie et addictologie) réparties sur 3 sites. La filière courte durée s’appuie sur l’Unité d’Accueil, de Diagnostic et d’Orientation (UADO), des Unités de court séjour, l’Espace Psychiatrique Intersectoriel Crise et Apaisement (EPICEA), les cliniques de Rodez et de Villefranche-de-Rouergue et l’Equipe Mobile d’Intervention et de Crise (EMIC), créée en avril 2021.

Les équipes pluridisciplinaire de l’UADO et de l’EMIC composée de soignants expérimentés et dotés de solides connaissances en psychiatrie souhaitent des rappels théoriques et pratiques sur l’entretien de crise qui constitue en quelque sorte leur cœur de métier.

**2.Contexte général**

L’entretien clinique, aujourd’hui et plus que jamais, constitue l’outil de base des soins en psychiatrie. Qu’il s’agisse de pratiquer des entretiens motivationnels en addictologie ou auprès de patients schizophrènes, de poser des diagnostics éducatifs dans le cadre de l’éducation thérapeutique du patient, d’accueillir une entrée dans une unité d’hospitalisation et ainsi d’initier les soins, d’accueillir un nouveau patient dans un CMP afin de l’orienter et/ou de lui proposer des soins, la maîtrise de l’entretien clinique est une condition nécessaire pour un exercice de qualité. L’entretien initial est de plus en plus la porte d’entrée vers des entretiens de soutien ou de suivi. L’entretien clinique et en particulier l’entretien de crise et/ou l’entretien d’accueil et d’orientation est particulièrement nécessaire pour créer une alliance thérapeutique de qualité et limiter le recours aux isolements et contentions. Il s’agit à la fois d’accueillir des sujets qui ne consentent pas aux soins avec toute la complexité médico-légale que cela suppose et instaurer un moment d’écoute qui permette au patient et à son entourage de se poser et de commencer à souffler.

Pour aller plus loin sur les compétences attendues des infirmiers [00STEP000704O (solidarites-sante.gouv.fr)](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf)

**3. Contexte spécifique**

Le développement de l’accueil sur les structures de soins ambulatoires et plus particulièrement de celles qui interviennent très en amont de l’hospitalisation met en avant l’importance des entretiens d’orientation et d’accueil qui supposent des compétences particulières chez l’infirmier, notamment cliniques. En amont de tout projet de soin, ce temps d’accueil, de rencontre et d’orientation tisse le début de la relation soignant/soigné. L’entretien requiert des compétences cliniques, techniques et relationnelles qu’il est crucial 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. La généralisation des entretiens infirmiers est un des moyens de faire reculer l'isolement et de supprimer toute contention mécanique. 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.

Les soignants de l’UADO et de l’EMIC sont particulièrement concernés. Ils 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, 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). Ils interviennent dans le milieu personnel, professionnel social voire scolaire de la personne, fournissent une première réponse téléphonique, évaluent, réduisent le délai d’accès aux soins, amènent aux soins psychiatriques, conseillent l’entourage familial, social ou professionnel, interviennent en amont pour prévenir une hospitalisation sous contrainte.

**4. Résultats attendus**

Au terme de la formation chaque participant se sera réapproprié l’entretien de crise afin d’accueillir au mieux les personnes en souffrance.

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

- Il saura conduire un entretien avec davantage d’aisance et d’efficacité ;

- Il aura la capacité de repérer ce qui fait cadre dans l’entretien qu’il propose et sera en mesure d’évaluer le contenu de l’entretien et son déroulement. Il aura expérimenté différents types de grilles de recueil de données utilisables lors de l’accueil ;

- Il sera capable 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 ;

Enfin, il pourra 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.

**5. Les points clefs de cette proposition**

- Une formation action adaptée au contexte de l’institution et qui produit des effets observables en termes d’amélioration des pratiques,

- Une formation ouverte sur les différents courants théoriques qui structurent le soin en psychiatrie ;

- Des mises en situation à partir de jeux de rôle et de récits cliniques apportés par les participants (analyse de la pratique) ;

- Un formateur infirmier qui a exercé la profession d’infirmier pendant une trentaine d’années et qui connaît les difficultés et les potentialités de l’exercice infirmier pour y avoir été lui-même confronté en structures de soin ambulatoires et dans le temps plein hospitalier.

- Un formateur dont les publications sur les entretiens infirmiers font référence.

**6. Les critères de réussite du projet**

- La satisfaction des participants, exprimée à partir d’une enquête de satisfaction proposée en fin de cursus ;

- La qualité des échanges au sein de chaque groupe, aboutissant à la présentation d’entretiens d’orientation et d’accueil au cours de la formation ;

- Le nombre de situations amenées par les stagiaires, leur richesse et la qualité de ce qu’’ils en retirent ;

- L’évolution des réponses des stagiaires entre les pré et post-tests.

**7. Objectifs de la formation**

A l’issue de la formation, le stagiaire est capable de :

- Repérer ce qui fait cadre dans l’entretien qu’il propose ;

- Evaluer le contenu clinique et relationnel de l’entretien et son déroulement ;

- Evaluer ce qui relève de l’urgence et n’en relève pas ;

- Faire un premier repérage du type de personnalité présenté par le patient, identifier sa structure de personnalité et poser les premiers jalons d’un diagnostic ;

- Identifier la demande de soins du patient et de son entourage éventuel, de l’orienter ;

- Tirer un fil à partir duquel organiser la prise en charge ;

- Améliorer la qualité des écrits infirmiers contenus dans le dossier du patient ;

- Assurer des transmissions de qualité aux intervenants d’aval.

**8. Prérequis**

Travailler à l’UADO ou à l’EMIC

**9. Durée et rythme**

Deux jours

**10. Contenu de la formation**

**1ère ETAPE : ETAT DES LIEUX** **SUR LA CONDUITE DES ENTRETIENS INFIRMIERS DANS SON SERVICE**

La formation partant du terrain, chaque participant est invité à prendre des **notes**, plus ou moins complètes autour d’une **situation d’entretien d’accueil ou d’orientation qu’il souhaite partager, décortiquer, analyser avec le groupe**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OBJECTIFS PEDAGOGIQUES** | **CONTENU** | **MOYENS ET METHODES PEDAGOGIQUES** |
| **S’inscrire dans le processus de formation** | * Introduction, présentation et ouverture de la formation.
* Passage du pré-test

Entrée en dynamique de formation* Présentation des stagiaires, parcours, expériences, attentes vis-à-vis de la formation
* Expression des représentations des participants en ce qui concerne les entretiens d’accueil et de crise.
* Présentation du formateur
 | Tour de table.Echanges en grand groupe.Travail à partir de l’existant.Initiation d’une démarche réflexive. |
| **Analyser sa pratique pour réaliser un état des lieux sur la conduite des entretiens D’accueil et de CRise dans son unité de soins.** | **Décrire les pratiques actuelles à l’UADO et à l’EMIC*** Quels doutes, quelles interrogations ?
* Quels freins, quels leviers ?
* Quelles différences ?
* Partage des différentes pratiques d’entretien

**Une situation d’entretien emblématique** * La gestion de la rencontre et les enjeux relationnels.
* L’observation clinique et l’écoute
* La posture et le positionnement du professionnel.
* Le rôle des différents acteurs
* Quelle orientation ?
 | **Analyse des pratiques professionnelles.** En sous-groupe : analyse, description de la pratique. Exploitation en grand groupe : repérage des acquis, repérage des attentes, des besoins spécifiques et résultats attendus de la formation. |

**2ème ETAPE : GENERALITES SUR LES ENTRETIENS DE CRISE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OBJECTIFS PEDAGOGIQUES** | **CONTENU** | **MOYENS ET METHODES PEDAGOGIQUES** |
| **Situer l’entretien infirmier dans le champ de compétence et de responsabilité des infirmiers** | **Bref rappel du cadre juridique et législatif** relatif à l’entretien IDE et au secret professionnelDéfinitions* Un entretien à quoi ça sert ?
* Ce que l’entretien n’est pas,
* Définitions de l’entretien de crise,
* De l’entretien d’accueil et d’orientation.
 | **Approche cognitive.**Articles L. 4311-1 à L.4311-29 du code de la santé publique (profession IDE)Apports théoriques et méthodologiques.Mise en regard de la pratique. |
| Connaître les généralités de la conduite d’entretien pour POUVOIR LES animerPOSSEDER DES REPERES CLINIQUES POUR décrypter le discours et les attitudes du patient  | **Notion de crise*** Origine, concepts, grands principes
* La crise comme étape existentielle
* La crise comme moteur du changement
* Approche par la théorie des rôles
* Expérimenter d’autres mécanismes de défense

**La question de la demande**Qui demande quoi à qui, comment et pourquoi maintenant ? **Observer, écouter, distinguer (moyen mnémotechnique de A à J)*** Accueil
* Bases (sommeil, appétit, fatigue, tension, concentration, mémoire)
* Crainte (angoisse)
* Dépression
* Emprise de la pensée
* Fort délirant
* Gênant (dépersonnalisation, déréalisation)
* Hallucinations
* Instinctuel (agressivité, ambivalence, vie affective et sexuelle)
* Jamais fini (conclusion)

**Les éléments à prendre en compte*** L’impression globale
* Le problème de santé et ses manifestations
* Le vécu du patient
* Ses antécédents
* L’histoire de l’épisode de difficulté actuelle
* Le récit de l’histoire personnelle
* L’observation des expressions, attitudes et comportements
* Capacités intellectuelles et mnésiques fonction exécutive, mémoire, émotions et affects
* Distorsions cognitives
* Insight
* Estime de soi
* Socialisation
* Discours et pensée
* Troubles de la perception
* Hétéro-agressivité
* Auto-agressivité
* Idées suicidaires
* Type de personnalité
* Milieu, environnement, famille
* Examen physique
* Ressources

Retour à la pratique via une mise en situation | Apports théoriques et méthodologiquesApports sémiologiquesEchanges en groupeApports théoriques et sémiologiquesEchanges en groupeJeu de rôle, mise en situation |
| **Définir en quoi le premier entretien d’accueil peut être déterminant pour la personne et la suite de sa prise en charge** | **Les compétences relationnelles du soignant*** Place et rôle du professionnel au cours de l’entretien
* Soutien, évaluation, interprétation, question, reformulation, quelle attitude adopter ?
* Reformuler sur le problème, les faits, les émotions ou sur la personne ?
* Quelle relation avec la famille ? La compétence des familles.
 | Echanges en groupeApports théoriques, approche rogérienneExercicesApproche systémique |

**3ère ETAPE : S’EXERCER A CONDUIRE DES ENTRETIENS D’ACCUEIL ET DE CRISE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OBJECTIFS PEDAGOGIQUES** | **CONTENU** | **MOYENS ET METHODES PEDAGOGIQUES** |
| **Améliorer ses compétences de conduite d’entretien d’accueil** | **Structurer ses entretiens*** Les étapes de l’entretien (avant, au début, le corps de l’entretien, sa terminaison, après)
* Conclure un entretien

**Le cadre de l’entretien*** Objectifs, durée, rythme, caractéristiques croisées du soignant et du soigné, lieu, contenu, grille d’analyse du soignant.

 **Les étapes qui jalonnent l’entretien de crise (modèle systémique)** * Immédiate disponibilité
* Une vision élargie du problème qui ne concerne pas que le malade « désigné »
* Se focaliser sur la situation actuelle
* Repérer l’enchaînement des évènements
* Proposer une hypothèse de crise
* Les métaquestions
* Soulagement de la situation et portage psychique
* Ebauche de solution (changement minimum acceptable)
* Négociation des résistances
* Terminaison

**L’entretien de crise en période de covid**Comment les différentes étapes de l’épidémie modifie-t-elle l’approche soignante ? L’entretien par téléphoneLes outils numériques, comment s’en servir, quels en sont les limites ?  | **Apports théoriques****Analyses de la pratique****Apports théoriques, approche systémique****Echanges d’expérience****Apports théoriques** |
| **Situer l ’entretien d’accueil et d’évaluation dans un travail d’équipe pluridisciplinaire et le formaliser dans le dossier unique** | * La collaboration de chacun dans le recueil de données pour finaliser le projet de soin dans le dossier unique
* Qui fait quoi ?
* Le partage des informations
* L’orientation et la prise de décision partagée, équipe soignante-patient

**La synthèse des informations recueillies lors de l’accueil :*** Analyser et Synthétiser.
* Organiser l’information et mettre en évidence les priorités.
* Se montrer clair et concis.
 | Exercices de transmission et synthèse des informations après accueil d’un patient :En groupe / écrit à partir de récits publiés par le formateur A l’oral par simulation de séances de relève quotidienne ou lors d’un temps de synthèse clinique |
|  | **Evaluation de la formation**Passation du post-testQuestionnaire de satisfactionEvaluation collective en présence d’un représentant de l’institution |  |

**11-Démarche et méthodes pédagogiques**

**Une formation-action**

La formation est délibérément orientée dans une perspective opérationnelle, permettant à chaque stagiaire d’être acteur du changement dans son équipe.  Le processus de formation aboutit à la production partagée d’une prise en charge, d’une démarche de soin revisitée à partir d’entretiens mieux assumés et éclairés. Il s’agit d’aller de la théorie vers la pratique puis vers l’expérimentation accompagnée support d’une nouvelle théorisation travaillée autour de séquences d’analyse de la pratique.

**12-Moyens pédagogiques**

**L’intervenant propose en alternance :**

* Apports théoriques, méthodologiques et techniques,
* Exercices et applications,
* Jeux de rôle et mises en situation,
* Analyse de situations professionnelles et de cas concrets,
* Film et extraits de vidéos.

**Un dossier pédagogique sera remis à chaque participant.**

Il reprend les éléments de contenu abordés par l’intervenant et comprendra :

* Des fiches techniques et méthodologiques,
* Des articles de revues professionnelles,
* Des exercices et outils,
* Une bibliographie.

**Bibliographie de référence**

* [Bibliographie](http://www.serpsy1.com/medias/files/bibliographie.doc) (58.5 Ko)

**13. Evaluation**

Elle est présente tout au long de la formation, à chacune de ses étapes.

* **Au début de la formation avec le pré-test** dont les questions sont ouvertes,
* Lors de l'entrée en dynamique de formation,
* **Lors du travail réalisé en intersession** (compte-rendu d'entretiens réalisés sur le terrain, questionnaires adressés aux patients),
* Au cours des jeux de rôle,
* Lors des jeux sur la reformulation,
* **En fin de formation en post-test**
* Avec le questionnaire individuel d'évaluation [Feuille d evaluation 2020](http://www.serpsy1.com/medias/files/feuille-d-evaluation-2020.doc) (35 Ko)
* **Collectivement, en présence d'un représentant de l'institution**.
* A l'issue de chaque séquence de formation, une **évaluation de la formation** est élaborée par le formateur, et **envoyée au responsable de la formation continue et/ou à la Directrice des soins**. Cette évaluation qualitative et quantitative décrit les caractéristiques du groupe, le processus de la formation, la perception de la formation par le groupe (satisfaction, points forts et points faibles, etc.), les résultats de l'évaluation collective et les perspectives à partir des éléments de la formation que les stagiaires projettent de mettre en place à court et moyen terme et le contenu de l'évaluation collective.
* A l'issue de chaque formation, **une attestation de présence** est remise au stagiaire et à la Direction des soins de l'établissement.

**13. C.V. du formateur**

**La formation est assurée par Dominique Friard** (voir fichier joint)

**14. Coût financier**

Voir fichier joint

**15. Modalités et délais d'accès**

L'association Serpsy ne propose pas de formation en inter mais se déplace dans les établissements hospitaliers pour y dispenser des formations de groupe.

Si votre établissement retient (ou a retenu) la formation proposée par Serpsy, la formation débute dans le **trimestre qui suit la signature de la convention** de formation.

Les **dates sont définies par la direction des soins** (ou le service de formation continue) de votre établissement **sur propositions du formateur.** L'association Serpsy ne choisit pas les stagiaires. Les établissements privilégient différents critères (ancienneté dans le poste, projet professionnel vers une structure de soins ambulatoire, équilibre au sein du groupe entre anciens et nouveaux, intra et extrahospitalier, psychiatrie d'adultes, pédopsychiatrie, etc.). L'association ne participe en aucune façon à ces choix. Dans l'hypothèse où plusieurs groupes seraient proposés chaque année, sur plusieurs années, peut-être devrez-vous attendre. Nous ferons en sorte que cette attente, pour ce qui nous concerne, soit la plus brève possible.

Dès la liste des stagiaires reçue par l'association, nous envoyons une convocation à votre établissement, ainsi que le livret du stagiaire, le règlement intérieur, le programme détaillé de la formation, à charge pour l'établissement de vous les remettre directement.

La formation se déroule de 9 heures à 17 heures. Elle se déroule en deux jours.

**16. Handicap**

Si vous avez besoin d'**aménagements spécifiques** (pédagogiques et accessibilité), vous pouvez contacter notre **référente handicap** Madeleine Jimena Friard, 06 14 65 39 99, madeleine\_esther@yahoo.fr



N° datadock : 0081174