

Formation PCA : du prêt à porter au sur-mesure

Delphine Antoine¹, Laura Ramelot²

¹ Infirmière en chef de pédiatrie, ² Référente douleur de pédiatrie,
clinique de l'Espérance, CHC de Liège

Contexte

La PCA/NCA a été introduite dans nos unités pédiatriques en 2007-2008. Un groupe de travail a rédigé, testé et validé le protocole, les fiches de prescription et de surveillance. Plusieurs séances de formation théorique, avec présence obligatoire, ont été mises en place ce qui a permis de former tout le personnel. Les relais douleur ont également formé, individuellement, chaque membre de l'unité à l'utilisation pratique des pompes et sont au quotidien à la disposition du personnel pour tout problème et/ou questionnement. Elles travaillent en collaboration avec l'unité pédiatrique douleur.

Chaque année, le protocole est enseigné aux nouvelles recrues, lors de la journée de formation douleur. Les relais de l'unité et l'infirmière de coordination leur proposent une assistance lors des premières utilisations. Le protocole est à la disposition du personnel *via* l'intranet et en version papier dans la farde des protocoles « douleur » disponible dans chaque unité de soins.

Lors des journées de formation continue pédiatrique bisannuelle, des quiz avec un logiciel interactif permettent d'évaluer les connaissances et d'orienter la formation en adéquation avec les lacunes constatées.

Malgré cet important dispositif de formation, les relais et l'infirmière-chef constatent, *via* les résultats des quiz et les observations des pratiques au quotidien, des lacunes de savoir et de savoir-faire ainsi que des erreurs récurrentes. Bref, comme dans toute problématique, les remises à jour sont indispensables si l'on souhaite garantir une bonne qualité de nos pratiques.

Objectifs et choix de la méthodologie

Les objectifs de notre démarche étaient de faire le point sur les acquis du personnel et de les sensibiliser quant à leur responsabilité dans la gestion des PCA. Dans cette même optique, nous souhaitions également rendre le personnel acteur de l'acquisition des connaissances. Nous étions donc à la recherche d'une méthodologie de formation « innovante ».

Après discussion, notre choix s'est porté sur un entretien individuel de tous les membres du personnel de l'équipe, sur la base d'une grille d'évaluation du savoir et savoir faire. En d'autres termes, les bases théoriques (titration, solution d'une seringue, débit continu, bolus, temps réfractaire, dose max/4 heures, etc.) sont-elles connues, comprises et intégrées ? Les connaissances pratiques sont, quant à elles, évaluées *via* le montage d'un circuit de PCA, la programmation de la pompe sur la base d'une prescription, et le calcul de la solution de Narcan®.

Quatre évaluateurs se sont partagé la tâche : les deux relais douleur, l'infirmière en chef et l'infirmière de coordination douleur.

Étapes de la démarche

La première étape a été d'élaborer et tester la grille d'évaluation (en annexe). Ensuite, un calendrier des entrevues et une lettre d'information, accompagnées du protocole PCA, ont été adressés aux membres du personnel. Le personnel était informé des points qui allaient être abordés lors de l'entretien et de la date mais le nom de l'évaluateur ne leur était pas communiqué, ce qui permettait de garantir la neutralité.

Sur le mois, nous avons planifié 20 entretiens de 30 minutes. L'équipe de pédiatrie compte 32 membres du personnel. Les assistantes puéricultrices et les nouvelles recrues ont été écartées de la procédure. Les premières ne prennent pas en charge la gestion des PCA et en ce qui concerne les nouvelles recrues, certaines n'avaient pas encore bénéficié de la formation théorique et/ou pratique.

Les entretiens achevés, les résultats ont été encodés et analysés. Il nous semblait important que l'équipe ait un retour des résultats globaux, ce qui a été fait lors d'une réunion de service. Il nous importait également de connaître l'avis du personnel quant à la méthodologie utilisée *via* un questionnaire de satisfaction.

Résultats

Points positifs

- 69 % du personnel se disait à l'aise lors d'une mise en place de PCA.
- 84 % connaissaient le temps d'injection d'un bolus de titration.
- 84 % connaissaient les symptômes qui requièrent l'arrêt de la PCA.
- 84 % adoptaient une attitude adéquate lors d'une alarme « dose maximale atteinte ».
- 79 % préparaient correctement la seringue de morphine PCA.
- 95 % programmaient correctement la pompe.

Points pour lesquels les connaissances sont à renforcer

- 74 % n'étaient pas à l'aise pour une titration de la morphine.
- 47 % ne connaissaient pas l'intervalle entre 2 bolus de titration.
- 47 % ne connaissaient pas la concentration limite de la seringue de morphine (> 50 kg).
- 47% éprouvaient des difficultés lors du calcul de la seringue de Narcan®.
- 47 % n'étaient pas à l'aise avec le montage du circuit.
- 47 % ne savaient pas où lire et mettre à zéro quotidiennement le compteur mg/mL.
- 47 % avaient des difficultés pour le bilan des bolus/24 h.

Satisfaction du personnel

vis-à-vis de la méthodologie de formation

Bien que le ressenti du personnel lors des entrevues ait donné des retours assez positifs, nous avons souhaité en savoir un peu plus sur leur avis concernant la formule de formation. Un questionnaire de satisfaction leur a été soumis *a posteriori*.

Le personnel était globalement très satisfait de cette démarche. L'idée que ce processus soit utilisé pour d'autres matières a souvent été émise. Quelques personnes étaient stressées et inquiètes avant l'entretien mais elles ont souligné, unanimement, l'ambiance détendue lors de l'entretien et la richesse de la démarche.

Contraintes et atouts

Nous avons constaté que les formations (ou plutôt informations) théoriques donnaient des résultats médiocres en termes d'appropriation de la matière par les participants. L'information est écoutée sans qu'il n'y ait d'effort de mémorisation, un peu comme si l'on allait à l'école et qu'il n'y avait pas d'étude individuelle pour asseoir la matière.

La méthodologie proposée nous semblait favoriser l'investissement individuel et répondait bien aux objectifs que nous nous étions fixés au départ. Nous avons cependant des réticences concernant l'acceptation du personnel de la méthode : premièrement parce qu'on leur demandait un investissement personnel et deuxièmement parce qu'il s'agissait d'une évaluation par les pairs.

À notre grande satisfaction, ces réticences ne se sont pas confirmées.

L'absence de lien hiérarchique et la différence d'âge suscitaient les réticences des relais douleur pour évaluer certains membres de l'équipe. La répartition des entretiens entre les évaluateurs a tenu compte de ces données.

Nous avons, également, dû tenir compte des pauses du personnel pour organiser le calendrier. Les entretiens étaient prévus en début ou en fin de pause afin de ne pas faire revenir expressément le personnel. Le tout à marier avec une charge de travail parfois lourde dans l'unité de soin suscitait aussi des craintes. Malgré quelques modifications de rendez-vous, les entretiens ont cependant été bouclés dans le mois prévu.

Il avait été convenu avec l'infirmière en chef et la direction que le temps consacré aux évaluations (30 min/personne) serait à compter dans le temps de travail (pour le personnel évalué et les évaluateurs).

Dans les facteurs ayant favorisé la réalisation du projet, nous pouvons relever que le travail d'équipe entre les relais douleur, l'infirmière-chef et l'infirmière de coordination douleur a stimulé la motivation et l'enthousiasme.

Depuis 2011, les infirmières-chefs des unités de pédiatrie planifient, dans l'horaire des relais, des plages réservées au travail des projets. L'infirmière de coordination douleur nous aide à bien définir le cadre méthodologique et les étapes du projet et des rencontres régulières permettent d'évaluer l'évolution du projet. La culture des projets et le rôle des relais sont reconnus et soutenus par l'institution.

Nous constatons également que le projet a renforcé la reconnaissance et la légitimité du rôle auprès de leurs collègues. Ces derniers ont été très réceptifs à cette formation car la PCA est un acte de plus en plus fréquent dans notre service et pourtant pas encore assez pour acquérir des automatismes.

Discussion et perspectives

Le premier objectif de notre démarche était de sensibiliser le personnel à sa responsabilité dans la gestion de la problématique et de l'investir personnellement dans l'apprentissage des

connaissances. Le protocole lui avait été fourni avant l'évaluation. La majorité avait au minimum relu le document, d'autres avaient approfondi l'analyse en venant avec des questions bien précises (qui ont par ailleurs permis de préciser certaines notions dans le protocole). Cet objectif d'implication de chacun a donc bien été atteint.

Nous avons pu évaluer avec chacun(e) les acquis et les lacunes et cela en respectant la personne dans son rôle infirmier. Le fait d'utiliser une méthode individuelle nous a permis de cibler les problèmes réellement rencontrés et d'adapter les informations données. Chacun a pu s'exprimer librement, sans se sentir jugé, quel que soit son niveau de connaissance.

Les échanges entre les relais des différentes unités lors des réunions (1 fois/2 mois) ont engendré la réappropriation du projet par les relais des autres unités. Un audit PCA/PCEA a été réalisé aux soins intensifs pédiatriques, un audit PCA est en cours aux urgences et en chirurgie.

La réussite du projet nous a amenés à présenter la méthodologie à diverses formations multidisciplinaires. Plusieurs équipes s'y sont intéressées et désirent l'utiliser dans leur unité pour d'autres problématiques.

Suite à la présentation des résultats de l'audit formation à l'équipe, un suivi de certaines personnes, dont les résultats étaient moins satisfaisants, a été assuré par l'infirmière-chef dans le cadre des évaluations annuelles.

Afin d'évaluer l'impact réel de la formation sur les pratiques, un audit sera nécessaire ou du moins un relevé des événements non désirables sur la base d'une grille de lecture des dossiers.

Conclusions

La problématique de la formation continue dans les institutions est un réel casse-tête pour les responsables. Nous disposons tous de moyens limités en temps et en ressources financières et avons souvent le sentiment que malgré nos efforts, les formations ne produisent pas les résultats escomptés en termes d'amélioration des pratiques au quotidien.

Ce constat peut probablement s'expliquer partiellement par le caractère majoritairement *ex cathedra* de nos formations, dans lesquels les participants subissent « passivement » l'information mais n'en intègrent qu'une faible proportion.

« *Ce que j'entends, je l'oublie, ce que je vois, je m'en souviens ; mais ce que je fais, je le comprends* », une citation de Confucius qui devrait nous inspirer et nous inciter à favoriser l'implication des apprenants dans le processus d'apprentissage.

Cette formation a été bénéfique pour l'équipe, ainsi que pour les formateurs et a renforcé la légitimité de notre rôle au sein du groupe.

Bibliographie

Animer en professionnel, séminaire à destination des formateurs, animateurs de réunions et facilitateurs www.dimension-consultance.be
contact@dimension-consultance.be

Cristol D. Innover en formation. Dynamiser l'apprentissage en entreprise. Issy-Les-Moulineaux : ESF éditeur ; 2011.

Mucchielli R. Les méthodes actives dans la pédagogie des adultes. Issy-Les-Moulineaux : ESF éditeur ; 2012.

Maddalena P. La bible de la formation. Paris : Eyrolles ; 2013.