

Enquête de pratique sur l'ECBU en un CHU : le 2^{ème} jet n'est que rarement réalisé, ce qui égare les choix antibiotiques



Armand GRELIER, Christine GODEY, Véronique BOUHALLIER, Fanny AUDIEVRE, Aurélie QUEVILLON, Martine DI ZAZZO, Hafida TOURNIER, Kévin ALEXANDRE, Sandrine DAHYOT, François CARON



Contexte et but	Méthodes	Conclusion
<ul style="list-style-type: none"> 1^{er} poste de dépense d'examen microbiologiques en France entière. Outil remarquable de médecine personnalisée (diagnostic & traitement ciblé) Tâche quasi toujours déléguée à l'hôpital aux IDE et aussi désormais officiellement aux aides soignants (AS) Nécessité non intuitive d'éliminer le 1^{er} jet (20 ml pour « laver » l'urètre antérieure de sa flore physiologique pouvant égarer) But = état des lieux des pratiques avant plan d'action en un CHU du fait de constats ponctuels insatisfaisant 	<ul style="list-style-type: none"> Constitution d'un groupe multidisciplinaire (infectiologie & bactériologie) et multi-professionnel (médico-soignant), Binôme infirmier-technicien pour auditer les pratiques des soignants et des patients en 10 services du CHU : les 3 plus forts consommateurs d'ECBU et 7 reflétant les différentes disciplines (médecine, chirurgie, réhabilitation) Par ailleurs « audits flash » au laboratoire sur l'exploitabilité des prélèvements. Analyse des données par le groupe, en une approche « SWOT » et synthèse. 	<ul style="list-style-type: none"> Bilan préoccupant : avec bien trop de 1^{er} jets recueillis le CHU est à l'ère ECBU 1.0 ! Plan d'action pour un ECBU 2.0 : <ul style="list-style-type: none"> Capsules vidéos : <ul style="list-style-type: none"> formation initiale / continue des soignants & médecins information des patients, souvent seuls acteurs du prélèvement Kit ECBU : <ul style="list-style-type: none"> packaging avec un petit gobelet (20 ml = 1 ristretto !) à d'abord éliminer avant l'ECBU classique avec flash code vers vidéo pédagogique Révision de la plaquette institutionnelle ECBU

Résultats

Forces (« strengths »)

- Très bon accueil des auditeurs par les équipes
- Analyse détaillée de 118 IDE, 41 AS et 31 patients
- Perception très partagée de la nécessité d'améliorer cet examen « moins simple qu'il n'y paraît »
- Difficultés relevées tous les services et au laboratoire, aidant à une mobilisation collective
- Transparence dans les échanges

Faiblesses (« weaknesses »)

Etat des lieux très insatisfaisant

- Formation institutionnelle à l'ECBU de seulement 18% des AS (versus 100% des IDE)
- Rationnel du 1^{er} jet ignoré par 50% des IDE et 90% des AS
- 98% donnant des consignes pour la toilette urogénitale, mais sans précision pour le 1^{er} jet à éliminer
- 63% des patients ayant prélevé d'emblée
- 74 % des IDE et 50% des AS réalisant parfois des ECBU à leur initiative, sans prescription, ni délégation de tâche
- 38% d'ECBU en doublon, faute d'avoir vérifié sur le dossier informatisé une réalisation déjà toute récente
- 36% d'ECBU rendus ininterprétables (multimicrobisme), d'où des errances diagnostiques (infection ou non ?) et thérapeutique y compris devant urosepsis (quid en relais ?)
- Analyse en 6j/7 au laboratoire, avec impossibilité d'un enregistrement au fil de l'eau au regard du volume, d'où un différé fréquent des décisions appropriées

Opportunités (« opportunity »)

- Démarche qualité appuyée par l'institution
- Protocole de soin aisé à réviser sur l'outil informatique partagé
- SUM en tous services pour appuyer le changement
- Démarche d'habilitation des AS en poste

Menaces (« threats »)

- ECBU en tous secteurs, impliquant d'y former 5 000 agents au total des IDE, AS, médecins diplômés ou en formation
- Turn-over des personnels impliquant des réactivations régulières
- « Mauvaises habitudes ancrées », en clinique comme au laboratoire, pas nécessairement simples à modifier par tous.