

Parcours patients en anesthésie et RAAC

ID: 430

Arbre décisionnel de priorisation de la conciliation des traitements des patients au parcours de chirurgie orthopédique non programmée

C. Airiau*(1), M.Faugier(1), M.Lefebvre(1), P.Ly(1), M.Gaume(1),
C.Berge-bouchara(1), R.Daudet(2), M.Barreau-aguilera(3)

(1) pharmacie, CH Cholet, Cholet, France , (2) Chirurgie orthopédique/ traumatologie, CH Cholet, Cholet, France , (3) Anesthésie, CH Cholet, Cholet, France

**Auteur présenté comme orateur*

Position du problème et objectif(s) de l'étude:

La conciliation médicamenteuse (CM) est reconnue comme un outil important dans la prévention des erreurs médicamenteuses provoquées par des divergences non intentionnelles (DNI) à l'entrée du patient en service de chirurgie.

L'objectif est de construire un arbre décisionnel (DT) pour optimiser le processus au sein d'une équipe pluridisciplinaire : anesthésiste, somaticien et pharmacien à l'admission du patient dans un service de chirurgie orthopédie/traumatologie non programmée.

Matériel et méthodes:

Une analyse rétrospective des données recueillies du 1er mars 2019 au 1er mars 2022 est réalisée. Des facteurs prédictifs indépendants de DNI sont identifiés par des analyses univariées et multivariées de régression logistique. Un arbre décisionnel des DNI est construit et validé dans une cohorte distincte. La performance est évaluée avec la sensibilité et la spécificité.

Résultats & Discussion:

Au total, 1290 admissions de patients sont inclus (moyenne d'âge : 70,19 +/-0,835 an - Sexe ratio H/F(1:1,1).

Parmi 780 admissions de patients, 1983 DNI sont identifiées, principalement des omissions médicamenteuses (59 %).

Quatre facteurs prédictifs indépendants de DNI sont identifiés : 1) sexe féminin, 2) âge supérieur à 80 ans (ORa : 1,65 (1,03 – 2,66)) ; 3) indice de Charlson supérieur à 6 (ORa : 1,58 (1,17 - 2,12); 4) Pathologie cardiovasculaire (ORa : 1,98 (1,17 - 2,42); 5) pathologie neurologique (ORa : 1,78 (1,38 - 2,44); pour lesquels les patients ont été divisés en dix sous-groupes.

L'incidence des DNI est de 5,2 % à 70,0 %, les sous-groupes étant classés comme présentant un risque faible à élevé de DNI. La précision du modèle DT était favorable (83,1 %). Le modèle a une sensibilité de 82,4% et une spécificité de 71,4%.

Conclusion:

Le modèle DT construit dans cette étude est applicable à la pratique clinique.

La priorisation proposée dans notre étude permet d'augmenter l'efficacité des activités pharmaceutiques afin d'améliorer la qualité et la sécurité à l'entrée du service d'orthopédie du patient dans le parcours non programmé.

Remerciements:

Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l'auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d'affecter l'impartialité de la présentation.