

Banques de données de routine: grandeur et difficultés

Michel Boulvain, MD, PhD

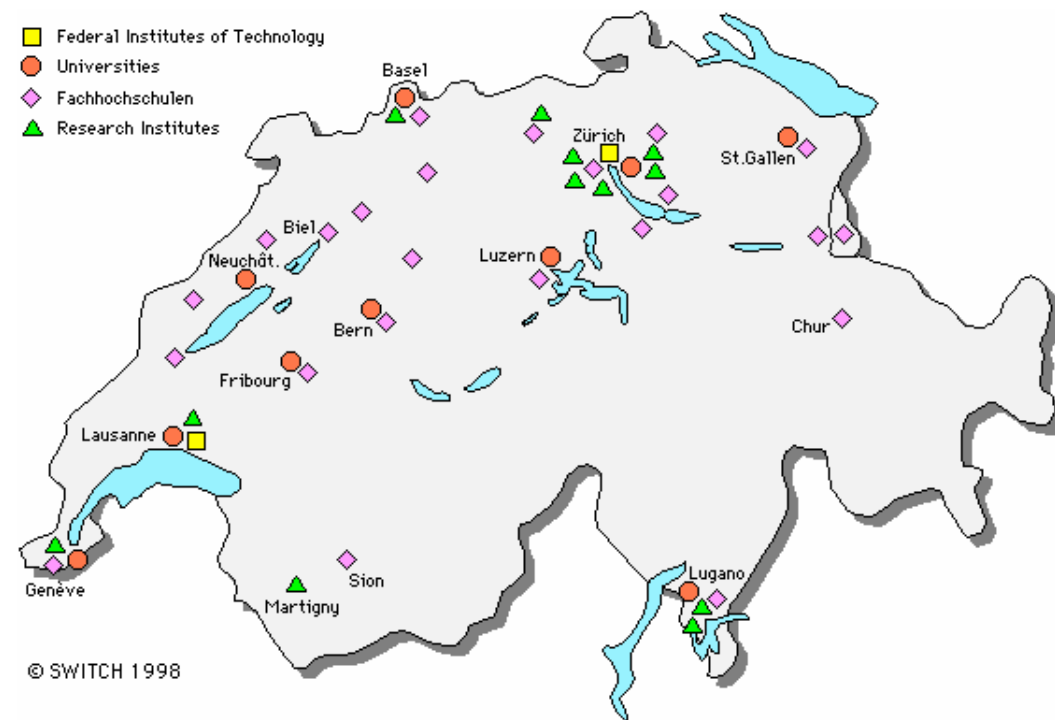
Unité de Développement en Obstétrique

Département de Gynécologie et d'Obstétrique

Hôpitaux Universitaires de Genève

Mise en commun des données de routine: AGOS

- Admissions en gynécologie et en obstétrique
- Depuis 1982
- 80 hôpitaux et cliniques (la majorité en Suisse alémanique)
- 40 000 accouchements/an
- 50% des accouchements annuels en Suisse



Aspects pratiques

- Complété dans chaque centre par les internes
- Validé par les chefs de services
- Contribution financière: 2CHF/questionnaire
- Evaluation annuelle (statistiques)
- Mise à disposition des données pour l'Office Fédéral des Statistiques (OFS)
- Possibilité d'études sur de grands échantillons

Risques associés à la tentative d'accouchement par voie basse chez les femmes avec antécédent de césarienne (ACS)

(Rageth et al. Obstet Gynecol 1999;93:332-7)

- Parmi 457 825 admissions pour accouchement, dont 255 453 de multipares

Comparaisons

- femmes avec ACS (29 046) vs sans ACS (226 407)
- tentatives voie basse (61%) vs CS électorive (39%)
- travail déclenché (14%) vs spontané (86%)
- accouchement voie basse (74%) vs CS urgence (26%)

Antécédent de césarienne (29 046) / sans antécédent de CS (226 407)

- Fièvre: 1.8% vs 0.7%; RR: 2.8 (IC95%: 2.5-3.1)
- Thromboembolie: 0.3% vs 0.1%; RR: 2.8 (IC95%: 2.2-3.6)
- Placenta praevia: 0.4% vs 0.2%; RR: 2.1 (IC95%: 1.7-2.5)
- Rupture utérine: 0.3% vs 0.01%; RR: 42.2 (IC95%: 31-57)
- Mortalité périnatale: 4‰ vs 3‰; RR: 1.3 (IC95%: 1.1-1.6)
- Hystérectomie: 0.3% vs 0.05%; RR: 6.1 (IC95%: 4.7-7.8)
- Mort maternelle: 1 cas vs 14 cas

Tentative de voie basse (17 613) vs CS électorive (11 433)

- Age <30 ans: 49% vs 42%; $p < 0.001$
- Non-mariées: 1.8% vs 1.3%; $p < 0.001$
- Assurance privée: 36% vs 43%; $p < 0.001$
- Demande de stérilisation tubaire: 12% vs 32%; $p < 0.001$

- Rupture utérine: 0.4% vs 0.2%; RR: 2.1 (IC95%: 1.3-3.3)
- Hystérectomie: 0.2% vs 0.5%; RR: 0.4 (IC95%: 0.2-0.6)
- Mortalité périnatale: 2‰ vs 1‰; RR: 2.1 (IC95%: 1.1-4.3)

Forces

- mettre en évidence de petites différences dans l'incidence d'évènements rares
- précision des estimés
- peu invasif pour les femmes

Mais

- coût et validité de la collecte des données
- validité des comparaisons
- intérêt clinique de certaines petites différences
- encodage ne permettant pas l'analyse multivariée

SAM:

Soins A la Maison ou Soins A la Maternité

- 460 femmes à bas risque
- Comparer:
 - soins à la maison par une SF après un séjour de 24-48 h à la Maternité
 - soins à la Maternité pendant 4-5 jours
- Issues:
 - la morbidité de la mère et du NN: ictère, dépression PP, réadmission à l'hôpital
 - l'allaitement (au 28ème jour et à 6 mois)
 - la satisfaction des parents
 - les coûts

Résultats

- peu de différence entre les groupes pour les issues cliniques
- 15% moins cher
- ↓ quel prix la société sera d'accord de payer pour tenter d'éviter les cas rares (coarctation Ao après fermeture du CA)

Boulvain et al., Petrou et al., BJOG, 2004, In Press

Banque de données hospitalières

Préciser le but

- suivi des femmes
- partage des informations
- résumés d'accouchement et rapports
- statistiques du service
- comparaison avec d'autres services
- recherche

Ce qu'il faudrait

- Simplicité et rapidité pour compléter
- Encodage simple
- Exportation pour statistiques de routine etc.
- Retour d'information aux cliniciens
- c'est ce qui a été bien compris par AUDIPOG
- Liens possibles avec BD néonatalogie/anesthésie
 - il existe un "minimal dataset" en néonatalogie
 - développement en obstétrique

Que devrait-elle contenir

- Bien déterminer les objectifs
- Chacun ajoute des items, personne n'en retire
- Uniquement des items fiables
- Penser aux utilisateurs (et pas à la "beauté" informatique)
- Faciliter la vie des cliniciens
 - production des sorties nécessaires
 - éviter les doublons