

Morbidité et létalité hospitalières liées aux maladies alcooliques du foie en 2008 en France

Delphine Jezewski-Serra (d.serra@invs.sante.fr)¹, Wassila Korribi-Meribai², Nathalie Ganne³, Eve Gelsi⁴, Laurent Michel⁵, Romain Moirand⁶, Françoise Roudot-Thoraval⁷, Pierre Rufat⁸, Aude-Emmanuelle Delvay¹

1/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2/ Hôpital Bretonneau, AP-HP, Paris, France 3/ Hôpital Jean Verdier, AP-HP, Bondy, France
4/ Centre hospitalier universitaire de Nice, France 5/ Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) Pierre Nicole, Paris, France
6/ Centre hospitalier universitaire de Rennes, France 7/ Hôpital Henri Mondor, AP-HP, Créteil, France
8/ Groupe hospitalier La Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris, France

Résumé / Abstract

L'objectif de ce travail est d'étudier la morbidité et la létalité hospitalières liées aux maladies alcooliques du foie (MAF) en France pour l'année 2008, à partir des données du PMSI-MCO.

En 2008, 143 970 séjours, correspondant à 64 390 patients, mentionnaient une MAF. Plus de la moitié de ces patients (57,9%) était hospitalisée spécifiquement pour une de ces maladies ou l'une de ses complications. Parmi ces derniers, le nombre de décès était de 4 969. Les taux de patients hospitalisés étaient 3 fois plus élevés chez les hommes que les femmes (respectivement 157,7 et 48,1 pour 100 000 habitants). Les taux spécifiques de patients hospitalisés augmentaient avec l'âge, le maximum était retrouvé chez les 60-64 ans. En tenant compte de la structure démographique, les taux variaient selon la zone géographique : ils étaient les plus élevés dans les régions du Nord et Nord-Ouest et moins importants dans les régions du Sud.

Ces résultats constituent une première analyse à l'échelle nationale des hospitalisations liées aux MAF, définissant une situation de départ qui pourra être suivie dans le temps et l'espace.

Hospitalization morbidity and lethality for alcoholic liver diseases in France in 2008

This article describes hospitalization morbidity and lethality for alcoholic liver diseases (ALD) in France in 2008, based on hospital discharge data.

In 2008, 143,970 hospitalizations accounting for 64,390 patients were recorded for ALD. More than half of these patients (57.9%) were specifically hospitalized for ALD or any of their complications. Among them, 4,969 deaths occurred. Hospitalization rates were 3 times higher for men than for women (respectively 157.7 and 48.1 per 100,000 inhabitants). Specific hospitalization rates increase with age, the highest rate being observed for patients aged between 60-64 years old. Hospitalization rates vary according to geographic area: the highest rates were observed in Northern and North-Western regions and the lowest in Southern regions.

This article provides the first description of national alcoholic liver disease hospitalizations in France, defining baseline indicators that can be followed in time and space.

Mots-clés / Keywords

Alcool, foie, hospitalisation, PMSI-MCO, France / Alcohol, liver, hospitalization, hospital discharge data, France

Introduction

La consommation excessive d'alcool est à l'origine d'une part importante de la charge de morbidité et se place au troisième rang (après le tabac et l'hypertension) des facteurs de risque de décès prématuré et d'incapacité à l'échelle mondiale : 2,5 millions de décès seraient imputables, dans le monde, à l'alcool [1]. L'Europe reste la région qui compte le plus gros pourcentage de consommateurs d'alcool et la plus forte consommation d'alcool par habitant [2].

En France, une diminution de la consommation moyenne d'alcool est observée ces dernières années (-20% entre 1990 et 2009). Cependant, notre pays reste l'un des membres de l'Union européenne les plus consommateurs d'alcool [2]. Dans ce contexte, la loi de santé publique de 2004 avait défini deux objectifs relatifs à l'alcool : réduire la consommation annuelle d'alcool par habitant et diminuer la prévalence de l'usage à risque ou nocif d'alcool. En revanche, aucun objectif ne se rapportait directement aux conséquences sanitaires liées à l'alcool.

Pourtant, la consommation excessive d'alcool représente en France, après la consommation de tabac, la deuxième cause de mortalité évitable [3]. De plus,

le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc, Inserm) estime que, tous âges et toutes causes confondus, le nombre de décès attribuables à l'alcool par an serait compris entre 36 843 et 69 154 [4]. Par ailleurs, la consommation excessive et régulière d'alcool constitue un facteur de risque avéré, variable selon les quantités absorbées, d'une cinquantaine de pathologies chroniques, dont certaines sont exclusivement liées à la consommation d'alcool.

S'il existe en France des données sur le niveau, les modalités et l'évolution de la consommation d'alcool, peu de données épidémiologiques sur les conséquences sanitaires liées à l'alcool sont disponibles à l'échelle nationale. Néanmoins, une enquête réalisée un jour donné en 2000 auprès des personnes ayant recours au système de soins (établissements de santé ou médecins généralistes libéraux) a montré que 20% de l'activité concernait des patients présentant un risque d'alcoolisation excessive [5]. Par ailleurs, s'agissant spécifiquement des maladies du foie d'origine alcoolique (hépatites, cirrheses...), la dernière étude française [6], qui avait estimé la prévalence de la cirrhose à partir de données de mortalité (période 1968-1970), remonte au milieu des années 1980. Pourtant, les maladies

alcooliques du foie (MAF) constituent les conséquences sanitaires liées à l'alcool les plus fréquentes et représentent la principale cause des maladies chroniques du foie dans les pays occidentaux [7]. Dans ce contexte, l'objectif de ce travail est d'étudier la morbidité et la létalité hospitalières liées aux MAF en France pour l'année 2008.

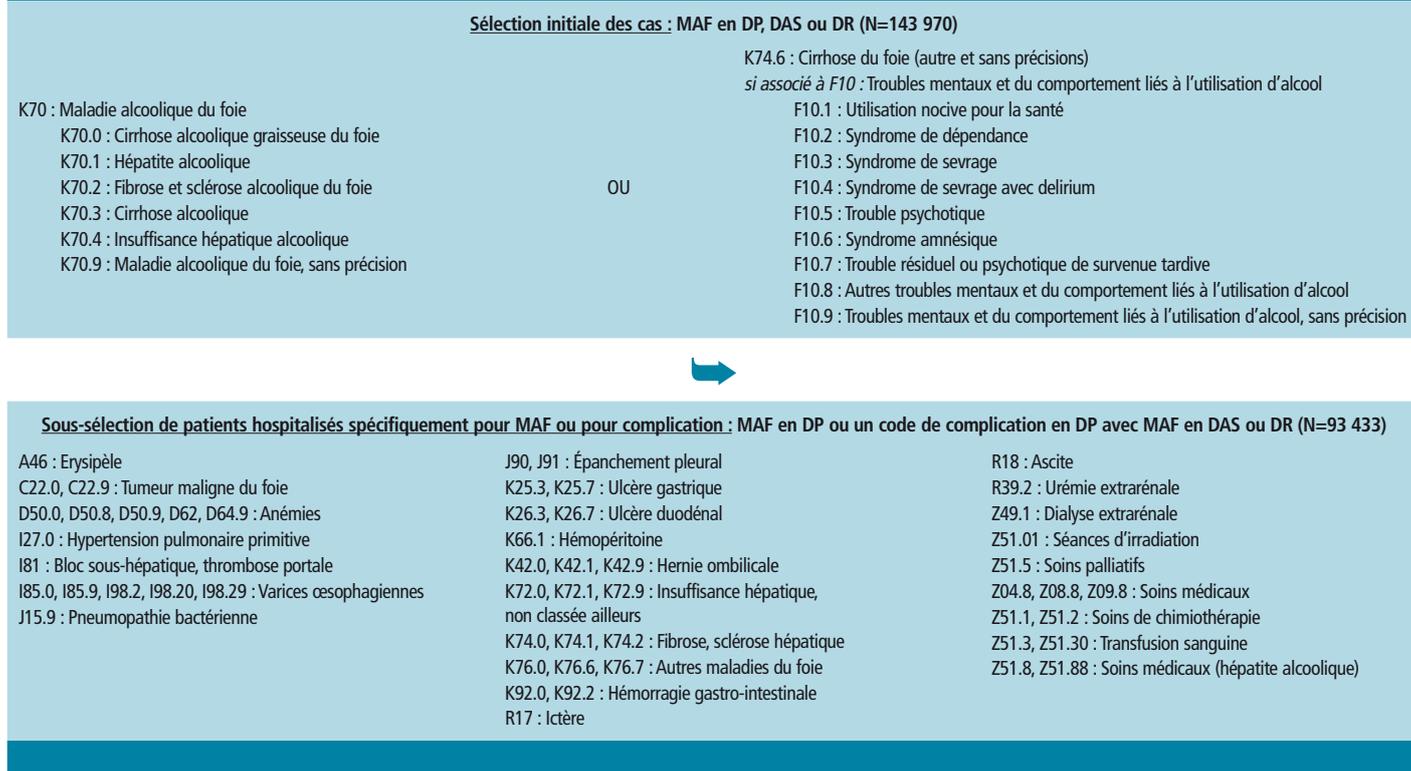
Méthodes

Les données utilisées proviennent de la base nationale du PMSI-MCO (Médecine, chirurgie et obstétrique) constituée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIHS).

Les MAF ont été définies par les codes CIM10 du sous-chapitre K70 (maladie alcoolique du foie) et le code K74.6 (cirrheses du foie, autres et sans précision) lorsque ce dernier était associé à un code du sous-chapitre F10 (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool), à l'exception du code F10.0 (intoxication aiguë) (figure 1).

L'ensemble des séjours (hospitalisations et séances) comportant un code de MAF en diagnostic principal (DP), relié (DR) ou associé significatif (DAS) survenus en 2008 chez des patients résidant en France (métropolitaine et outre-mer) ont été sélectionnés. Cette première sélection avait pour objectif de

Figure 1 Description des algorithmes de sélection des séjours / Figure 1 Description of case selection algorithms



comptabiliser, avec l'aide du PMSI (et sous réserve du respect des règles de codage du Guide méthodologique MCO), le nombre de patients atteints de MAF (quel que soit leur motif d'hospitalisation) hospitalisés au cours de l'année 2008.

Au sein de cet échantillon de séjours, une seconde sélection a été réalisée, visant à identifier ceux pour lesquels l'essentiel de l'effort de soins au cours de l'hospitalisation (caractérisé par le DP) était lié à une MAF ou à l'une de ses complications. La liste des complications de MAF a été établie en collaboration avec un groupe d'experts composé d'addictologues, d'hépatologues et d'un expert du PMSI. Elle comprend une cinquantaine de pathologies ou d'actes liés pour la plupart à une décompensation cirrhotique (figure 1). Il convient de noter que notre analyse porte sur les maladies alcooliques du foie : ainsi, les complications sélectionnées correspondent à des complications liées à la maladie alcoolique du foie, et non à celles qui sont liées à la consommation d'alcool en tant que telle, comme par exemple les pathologies en rapport avec les conséquences centrales ou périphériques de la neurotoxicité alcoolique.

Dans cette sélection de séjours, seuls les séjours comportant en DP un code de MAF ou comportant en DP un code de complications associé à un code de MAF en DAS ou DR ont été retenus. Ces séjours sont désignés comme « hospitalisations spécifiquement liés à une MAF ou une de ses complications ». Une analyse descriptive des séjours de l'année 2008 a été réalisée, puis celle des patients après chaînage [8], pour un même patient, des différentes hospitalisations. Les séjours des patients guyanais n'ont pas été inclus dans cette dernière analyse, le taux de chaînage sur la période étudiée étant trop faible (<50%).

Des taux de patients hospitalisés spécifiques par âge et par sexe ont été calculés.

La comparaison des taux entre les différentes régions s'appuie sur des taux standardisés pour tenir compte des variations entre les régions de la structure d'âge de la population, la population française en 2006 constituant la structure d'âge de référence.

Le taux de létalité a été calculé en rapportant le nombre de patients ayant un mode de sortie en décès au nombre total de patients hospitalisés pour MAF de la période considérée.

Résultats

Analyse des séjours

En France, en 2008, 143 970 séjours mentionnaient une MAF en DP, DR ou DAS. Environ 60% de ces hospitalisations donnaient lieu à un séjour long (2 jours ou plus) tandis que 40% d'entre elles correspondaient à des séjours ou des séjours courts (1 journée ou moins). Pour les séjours longs, la durée médiane était de 8 jours.

Pour les séjours ou les séjours courts, l'hospitalisation était spécifiquement liée à une MAF ou l'une de ses complications dans 61,9% des cas (ascite : 31,9% ; cirrhose alcoolique du foie : 15,9%). Dans 21,9% des cas, le DP relevait de la catégorie des recours aux soins pour divers facteurs influençant l'état de santé (CIM10 : Z00 à Z99) correspondant, par exemple, à des transfusions sanguines (pour anémie liée à une cirrhose).

Pour les séjours longs, l'hospitalisation était spécifiquement liée à une MAF ou l'une de ses complications dans 52,6% des séjours. Le diagnostic le plus fréquent était alors la cirrhose alcoolique du foie.

Analyse des patients

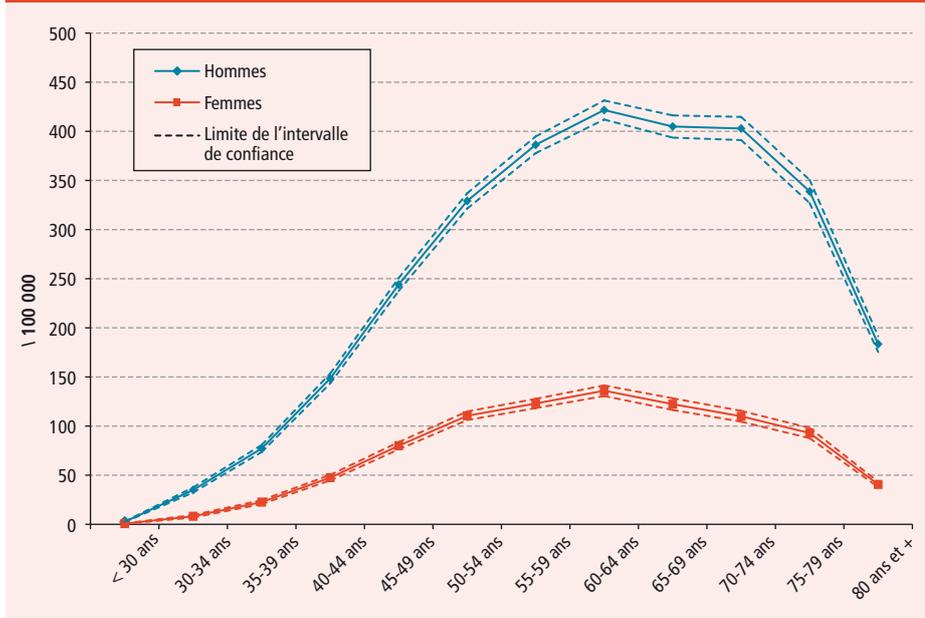
Le chaînage des séjours d'un même patient a permis de comptabiliser (après exclusion des séjours de patients domiciliés en Guyane) 64 390 patients hospitalisés en 2008 avec une MAF. Parmi eux, 37 294 patients (57,9%) étaient hospitalisés spécifiquement pour une MAF ou une de ses complications. L'âge médian était de 59 ans, identique chez les hommes et les femmes. Le sex-ratio était de 3,3 hommes pour une femme. Il était minimum dans la classe d'âge des 50-54 ans (H/F=3) et maximum chez les 80 ans et plus (H/F=4,5).

Le nombre de patients hospitalisés par classe d'âge augmentait jusqu'à atteindre son maximum pour la classe d'âge des 55-59 ans puis décroissait. Environ la moitié (48%) de la population étudiée était âgée de 50 à 64 ans.

Le nombre moyen de séjours par patient était de 2,2 (2,2 chez les hommes, 2,1 chez les femmes). En considérant uniquement les hospitalisations longues (2 jours et plus), le nombre moyen de séjours dans l'année par patient était de 1,5. La moitié des patients passaient au moins 12 jours à l'hôpital. Ce temps médian était identique chez les hommes et chez les femmes. Il était plus faible chez les personnes jeunes et augmentait avec l'âge : de 7 jours passés à l'hôpital pour les moins de 30 ans, il atteignait 13 jours chez les 80 ans et plus.

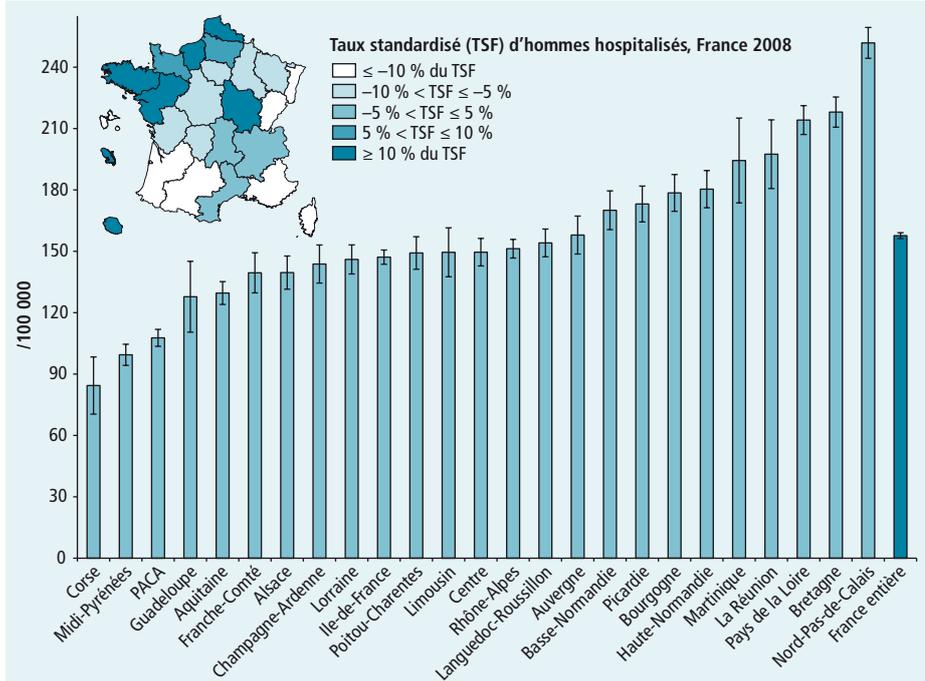
Le taux standardisé de personnes hospitalisées présentant une MAF était de 99,3 pour 100 000 habitants (157,7 chez les hommes, 48,1 chez les femmes). Les taux spécifiques de personnes hospitalisées augmentaient significativement avec l'âge, jusqu'à atteindre un maximum de 274,4 pour 100 000 habitants pour la classe d'âge des 60-64 ans, puis les taux des classes d'âge suivantes décroissaient (figure 2).

Figure 2 Taux spécifiques (et intervalle de confiance à 95%) de patients hospitalisés avec une maladie alcoolique du foie en 2008 chez les hommes et femmes, en France / Figure 2. Specific patients hospitalized rates (and 95% confidence intervals) for alcoholic liver diseases in 2008 for men and women, in France



Sources des données : PMSI-MCO 2008, ATIH.

Figure 3 Taux standardisés régionaux* (et intervalle de confiance à 95%) d'hommes hospitalisés avec une maladie alcoolique du foie en 2008, en France / Figure 3 Men hospitalized regional standardized rates* (and 95% confidence intervals) for alcoholic liver diseases in 2008, in France



* Standardisation sur la population française de l'année 2006.
Sources des données : PMSI-MCO 2008, ATIH (fonds de carte IGN GéoFLA 2009).

La répartition géographique des taux chez les hommes (figure 3) permettait d'identifier un croissant nord/nord-ouest (Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Haute et Basse-Normandie, Bretagne, Loire-Atlantique). Les taux standardisés régionaux y étaient significativement plus élevés que le taux national (157,7), avec un taux maximum retrouvé pour la région du Nord-Pas-de-Calais (251,9). À

l'opposé, le croissant sud (Corse, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur) présentait des taux plus faibles que le taux national. Concernant les départements d'outre-mer, la Réunion et la Martinique présentaient des taux plus élevés (respectivement 197,5 et 194,4) que le taux national, tandis que le taux en Guadeloupe était plus faible (127,8).

Chez les femmes (figure 4), des disparités régionales similaires étaient retrouvées en métropole. À La Réunion, le taux était plus élevé (70,5) ; à la Guadeloupe et à la Martinique (respectivement 32,0 et 22,5), les taux étaient plus faibles.

Parmi les 37 294 personnes dont l'hospitalisation était spécifiquement liée à une MAF ou l'une de ses complications, plus d'un patient sur 10 est décédé au cours de son hospitalisation (N=4 969). Il s'agissait principalement d'hommes (77% contre 23% de femmes). L'âge médian au décès était de 62 ans (62 ans pour les hommes, 61 ans pour les femmes). La classe d'âge la plus concernée était celle des 55-64 ans (34,2% chez les hommes et 33,2% chez les femmes). Quel que soit le sexe, les personnes de 50 à 74 ans représentaient 72% des patients décédés lors de leur hospitalisation.

La létalité, tous âges confondus, était significativement plus importante chez les hommes que les femmes (test du Chi2 : p<0,0001). Le taux de létalité augmentait avec l'âge : au sein de la classe d'âge des 80 ans et plus, 1 personne sur 5 décédait durant son séjour.

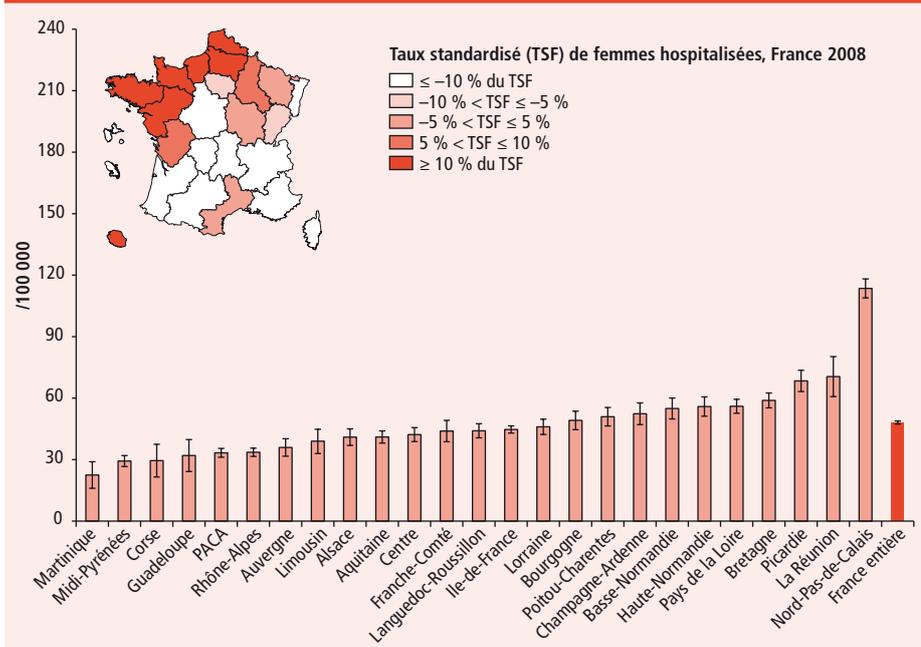
Discussion

Notre étude a reposé sur un algorithme de sélection des séjours hospitaliers des patients atteints d'une MAF. L'analyse de la littérature a permis de constater que la plupart des publications qui s'intéressent aux MAF utilisent des codes différents pour parler de la même entité pathologique. Certaines études portent sur les codes K70 (maladie alcoolique du foie) [9], d'autres ajoutent à ces derniers les codes regroupés dans le sous-chapitre K73 (Hépatite chronique, non classée ailleurs) et/ou dans le sous-chapitre K74 (Fibrose et cirrhose du foie) et/ou spécifiquement le seul code K.74.6 (cirrhoses du foie, autres et sans précision) [10]. En France, les travaux du Cépidec pour l'analyse de la mortalité ont porté sur les codes K70 et K74.6. Notre sélection de séjours a été construite autour de ces deux codes.

Selon la littérature internationale [11], la fraction de décès attribuables à l'alcool est estimée à environ 50% pour les décès dont la cause initiale est K74.6. Bien que cette fraction ne soit pas directement applicable à la morbidité hospitalière, inclure l'ensemble des hospitalisations portant en DP, DAS ou DR le code K74.6 conduirait donc à surestimer le nombre de patients hospitalisés présentant une MAF. Afin de circonscrire notre analyse aux séjours de patients réellement atteints d'une MAF, nous avons choisi de conserver le code K74.6 (mentionné en DP, DAS ou DR) uniquement lorsque le code F10 (à l'exclusion de l'intoxication aiguë) était également mentionné en DP, DAS ou DR. Cette restriction a conduit à ne retenir que 7% des séjours ayant un code K74.6. Ce choix induit ainsi une sous-estimation probable du nombre de séjours de patients atteints de MAF, en raison d'une probable sous-utilisation du code F10 par les professionnels de santé.

Inversement, concernant la sous-sélection des hospitalisations spécifiquement liée à une MAF ou à une de ses complications, il est possible que certains séjours aient été comptabilisés à tort dans cet algorithme, avec une surestimation possible du nombre

Figure 4 Taux standardisés régionaux* (et intervalle de confiance à 95%) de femmes hospitalisées avec une maladie alcoolique du foie en 2008, en France | Figure 4 Women hospitalized regional standardized rates* (and 95% confidence intervals) for alcoholic liver diseases in 2008, in France



*Standardisation sur la population française de l'année 2006.
Sources des données : PMSI-MCO 2008, ATIH (fonds de carte IGN GéoFLA 2009).

de ces séjours et des patients correspondants. En effet, jusqu'à la mise en place de la 11^e version du PMSI en 2009, le DP correspondait au motif de soins ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Le PMSI étant un outil construit à des fins médico-économiques, le code choisi pour le DP pouvait donc ne pas toujours correspondre au « vrai » motif d'admission. Par exemple, pour un patient cirrhotique hospitalisé pour sevrage, le code « cirrhose alcoolique » en DP pouvait être privilégié (le séjour devenant plus « lucratif »), cela conduisant *de facto* à sélectionner à tort le séjour. Par ailleurs, il est également possible qu'une succession de codages entraîne l'inclusion d'un patient dans notre sélection, sans pour autant que cette personne soit hospitalisée spécifiquement pour MAF. Par exemple, le séjour d'un patient cirrhotique hospitalisé pour la prise en charge d'un cancer du poumon pourra avoir été codé « chimiothérapie » ou « soin palliatif » en DP et « cirrhose alcoolique » en DAS. Il aura alors été sélectionné à tort, le cancer du poumon et la chimiothérapie associée n'étant pas une complication de la cirrhose.

Seule une étude de validation de l'algorithme permettrait de mesurer les erreurs de classement exposées ci-dessus. Toutefois, la base nationale du PMSI étant anonyme, un retour au dossier médical n'était pas envisageable dans le cadre de ce travail. Seule une enquête spécifique, impliquant un ou plusieurs établissements hospitaliers et leur département d'information médicale permettrait une telle validation.

Il convient également de noter que les patients asymptomatiques ou exclusivement suivis en soins ambulatoires sont, par définition, exclus de cette analyse qui porte sur les patients hospitalisés avec un diagnostic de MAF connu ou posé en cours

d'hospitalisation. Ainsi, il est vraisemblable que le niveau du taux de patients hospitalisés avec une MAF (99,3/100 000 habitants) calculé dans notre étude se situe en dessous du niveau du taux de prévalence de ces maladies en population générale. Ce travail permet néanmoins de fournir des données de morbidité hospitalière à l'échelle nationale, en l'absence (à notre connaissance) de données de prévalence en population générale ou d'un dispositif de recueil exhaustif concernant ces pathologies. Nos résultats sont cohérents avec les résultats des études disponibles sur les MAF, notamment en termes de caractéristiques sociodémographiques et de répartition géographique comme cela est décrit ci-après.

Les taux d'hospitalisations chez les hommes étaient 3 fois plus élevés que chez les femmes. Cette prédominance masculine est retrouvée dans plusieurs études centrées sur la morbidité hospitalière [5;6;12] bien qu'à des niveaux moins élevés (sex-ratio H/F autour de 2). En France, cette prédominance masculine se retrouve dans les données de mortalité, à des niveaux comparables à ceux observés dans notre analyse (sex-ratio H/F de l'ordre de 3). Les taux standardisés régionaux de personnes hospitalisées avec une MAF étaient significativement supérieurs chez les hommes dans toutes les régions. Quel que soit le sexe, un croissant Nord/Nord-Ouest était identifié, au sein duquel les taux régionaux étaient supérieurs au taux national. À l'inverse, les régions du Sud, à l'exception du Languedoc-Roussillon, présentaient des taux régionaux plus faibles que le taux national. Ces disparités régionales sont concordantes avec les données de mortalité pour MAF qui montrent également un « gradient » du Nord vers le Sud [13], ce dernier apparaissant moins contrasté ces dernières années.

En revanche, la répartition géographique de la morbidité hospitalière spécifiquement liée aux MAF est difficilement superposable à celle des comportements de consommation tels que décrits dans le Baromètre santé de 2005 [14], ce d'autant plus que la distribution régionale de ces derniers diffère selon que l'on s'intéresse au niveau d'usage quotidien, à l'usage à risque chronique, aux ivresses répétées ou au type de boisson consommée. De plus, d'autres facteurs, tels que les conditions de vie et le type d'alimentation, doivent être pris en compte car ils interagissent avec la morbidité liée aux MAF.

Conclusion

Ces résultats constituent une première analyse à l'échelle nationale des hospitalisations liées aux maladies alcooliques du foie. Ils définissent une situation de départ qui pourra être suivie dans le temps et l'espace, sous réserve de la stabilité des pratiques et des règles de codage dans le PMSI.

Déclaration d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

- [1] Global status report on alcohol and health. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2010. 85 p.
- [2] Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches. Copenhague: OMS Europe, 2012. 161 p.
- [3] L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la Loi de santé publique. Rapport 2011. Paris : Drees, 2011 ; p. 108. Disponible à : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf
- [4] Rey G, Boniol M, Jouglu E. Estimating the number of alcohol-attributable deaths: methodological issues and illustration with French data for 2006. *Addiction*. 2010;105(6):1018-29.
- [5] Mouquet MC, Villet H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. *Etudes et Résultats (Drees)*. 2002;(192).
- [6] Massé H, Damanian P. Mortalité et morbidité dues à l'alcoolisme. *Biomed Pharmacother*. 1987;41(2):79-83.
- [7] Thomson SJ, Westlake S, Rahman TM, Cowan ML, Majeed A, Maxwell JD, et al. Chronic liver disease - an increasing problem: a study of hospital admission and mortality rates in England, 1979-2005, with particular reference to alcoholic liver disease. *Alcohol Alcohol*. 2008;43(4):416-22.
- [8] Aide à l'utilisation des informations du chaînage. Agence Technique de l'Information Hospitalière. 2011. Disponible à : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009700001FF>
- [9] Liang W, Chikritzhs T, Pascal R, Binns CW. Mortality rate of alcoholic liver disease and risk of hospitalization for alcoholic liver cirrhosis, alcoholic hepatitis and alcoholic liver failure in Australia between 1993 and 2005. *Intern Med J*. 2011;41(1a):34-41.
- [10] Hart CL, Smith GD. Alcohol consumption and mortality and hospital admissions in men from the Midspan collaborative cohort study. *Addiction*. 2008;103(12):1979-86.
- [11] International guide for monitoring alcohol consumption and harm. World Health Organisation 2000. Disponible à : http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who_msd_msb_00.4.pdf
- [12] Jepsen P, Vilstrup H, Sørensen HT. Alcoholic cirrhosis in Denmark - population-based incidence, prevalence, and hospitalization rates between 1988 and 2005: a descriptive cohort study. *BMC Gastroenterol*. 2008;8:3.
- [13] Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Disponible à : <http://www.cepidc.inserm.fr/site4/>
- [14] Legleye S, Beck F. Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation. In : Beck F, Guilbert P, Gautier A (dir). *Baromètre Santé 2005*. Saint-Denis : Inpes ; 2007. p. 113-54.