

# Morbidités liées à la dépendance à l'alcool au sein de la cohorte CONSTANCES : chaînage avec les données du SNDS

**Anne Duburcq<sup>1</sup> – Laurène Courouve<sup>1</sup> - Clément Teissier<sup>1</sup> – Guillaume Airagnes<sup>2</sup> – Cédric Lemogne<sup>3</sup> – Christine Truchi<sup>4</sup> – Marie Zins<sup>5</sup>**

1- Cemka, 2- INSERM UMS 011, AP-HP 3- Université de Paris, INSERM et AP-HP, HEGP, 4- Lundbeck, 5- INSERM UMS 011 unité « cohortes en population »

**Colloque Données de Santé en Vie Réelle  
18/09/2020**

CEMKA

Lundbeck 

 CONSTANCES

*Déclaration d'intérêt : AD, LC et CT salariés de CEMKA – CTr salariée de Lundbeck – GA et CL reçoivent des honoraires de laboratoires en tant qu'orateur ou consultant – MZ est responsable de la cohorte Constances*

# Contexte

- AMM européenne de Selincro® : « pour réduire la consommation d'alcool chez les patients adultes ayant une dépendance à l'alcool avec une consommation d'alcool à risque élevé... »
- Avis favorable de la CT en dec 2013, commercialisation en sept 2014
- Demande de la HAS et de l'ANSM d'une évaluation des conditions d'utilisation de Selincro® en vie réelle et de son impact sur la morbidité
- Mise en place d'une étude observationnelle : cohorte de patients initiant un traitement par Selincro® et suivi à 1 an
  - Efficacité sur la réduction de la consommation d'alcool en vie réelle
  - Suivi des conditions d'utilisation du produit
  - Mais manque de recul pour produire des données sur la morbidité et l'impact de la réduction de la consommation d'alcool sur la morbidité
- Renouvellement d'inscription prévu en 2019
  - ➔
    - Approcher la morbidité par les pathologies et les consommations de soins
    - Exploiter d'autres sources de données >> **Cohorte Constances**  
▣ laboratoire partenaire ▣ : **200 000 volontaires**

# Objectifs et méthode

## **Objectif : Décrire les liens entre le niveau de consommation d'alcool et la morbidité et le recours aux soins à 1 an :**

- Décrire la consommation d'alcool [niveau et statut] et le profil des volontaires en fonction de leur consommation d'alcool
- Décrire la morbidité générale à 1 an, le recours aux soins et la mortalité en fonction du niveau de consommation d'alcool

## **Méthode**

- Volontaires inclus entre 2012 et 2015
- Données issues de l'appariement **CONSTANCES – SNDS**
- Populations d'intérêt [via **score AUDIT**]
  - AUDIT : niveau de risque de dépendance à l'alcool [catégories OMS]
  - Exclusion des volontaires abstinents [actuels ou vie entière]
  - 3 groupes de consommateurs d'alcool : **risque faible / dangereux** [« abus »] / **problématique ou dépendance probable** [« dépendance »]
- Analyses stratifiées sur le sexe et ajustées sur l'âge

*En 2017 : seul suivi à 1 an possible -> pas de recul pour observer impact de la consommation d'alcool sur l'état de santé -> description des états de santé et morbidités **concomitants**.*

*SNDS : données extraites sur 3 ans (inclusion (année n), n-1, n+1) puis regroupées → « **comorbidités** »*

# Indicateurs globaux et ciblés sur certaines pathologies et traitements

## Données étudiées - Indicateurs de morbidité

AQ inclusion / 1 an + données  
Centre de santé et CNAV

- AUDIT
- Consommation d'alcool : nb verres standards par semaine en classes [seuils OMS]
- Fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes [API,  $\geq 6$  verres] -> binge-drinking

- Etat de santé perçue et limitations
- CESD
- Antécédents et pathologies déclarées
- Données médicales et biologiques à l'inclusion [CES] : ALAT, Gama GT, VGM, PA...

- Mortalité toutes causes [CNAV]

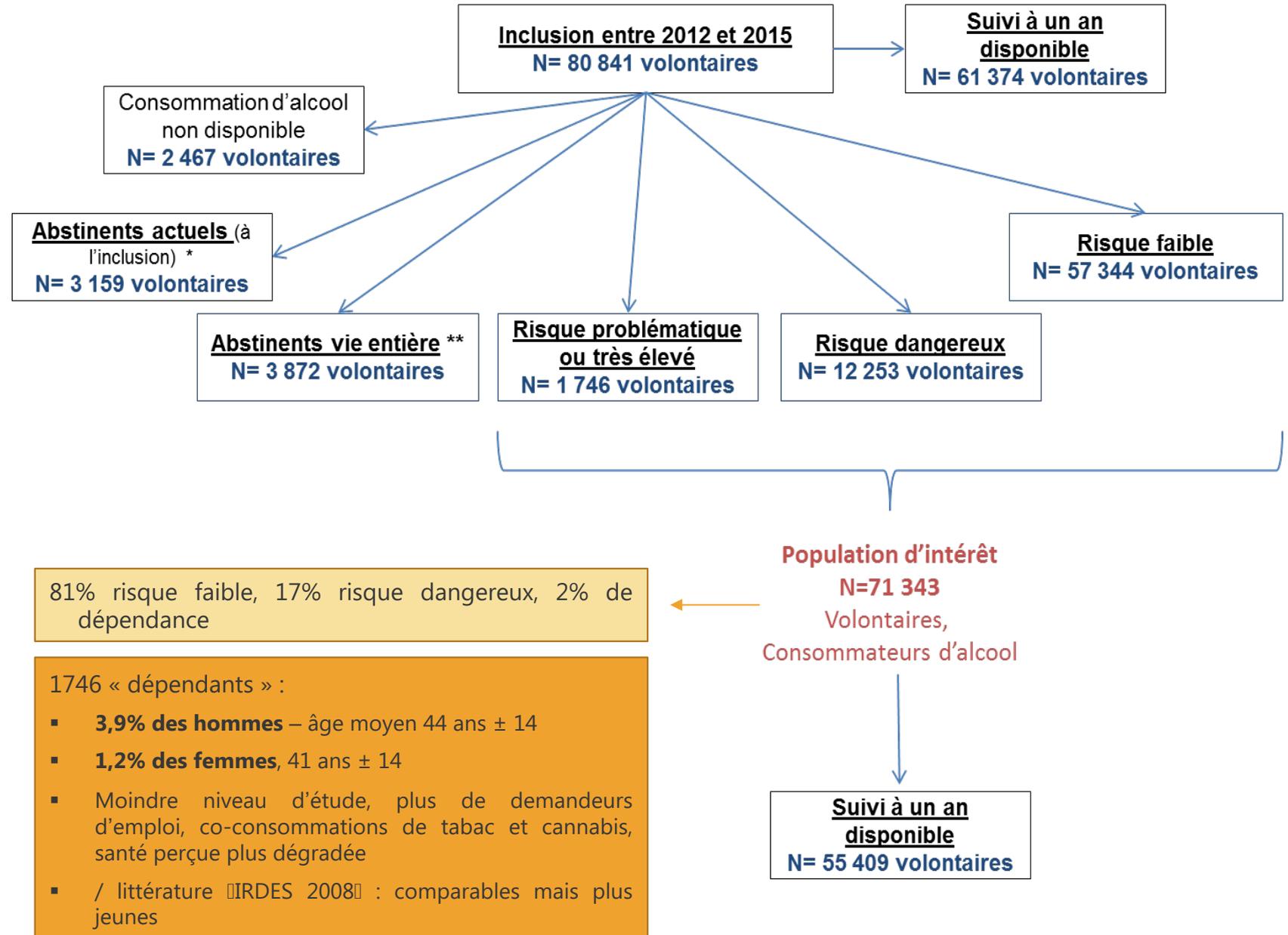
Indicateurs composites

- Indicateur de HTA : algorithme validé dans Constances [PAS/PAD mesurée, ATCD déclarés, délivrance d'antihypertenseur dans les 6 mois...]
- Indicateur de dépressivité : CESD  $\geq 19$  [AQ d'inclusion] et/ou consommation d'antidépresseurs [SNIIRAM] sur 1 des 3 années

SNDS

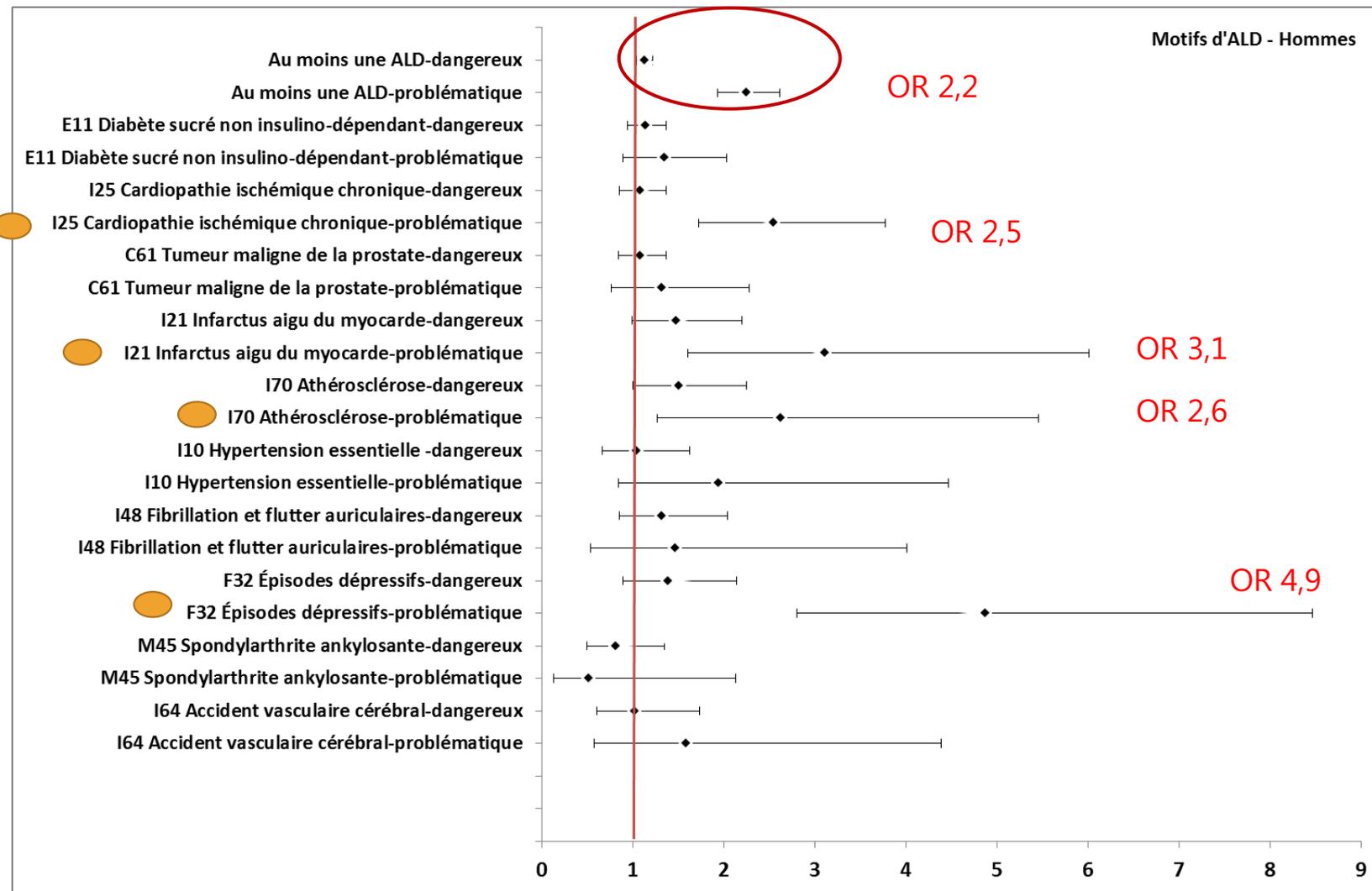
- ALD
- Hospitalisations en MCO [toutes causes et motifs spécifiques]
- Au moins 1 hospitalisation, nombre de séjours, durée d'hospitalisation totale, motifs d'hospitalisation
- Hospitalisations en Psy
- Consultations hors addictologie [MG et psychiatre]
- Consommations médicamenteuses par grandes classes
- Passage aux urgences [proxy des accidents]
- IJ

# Flowchart

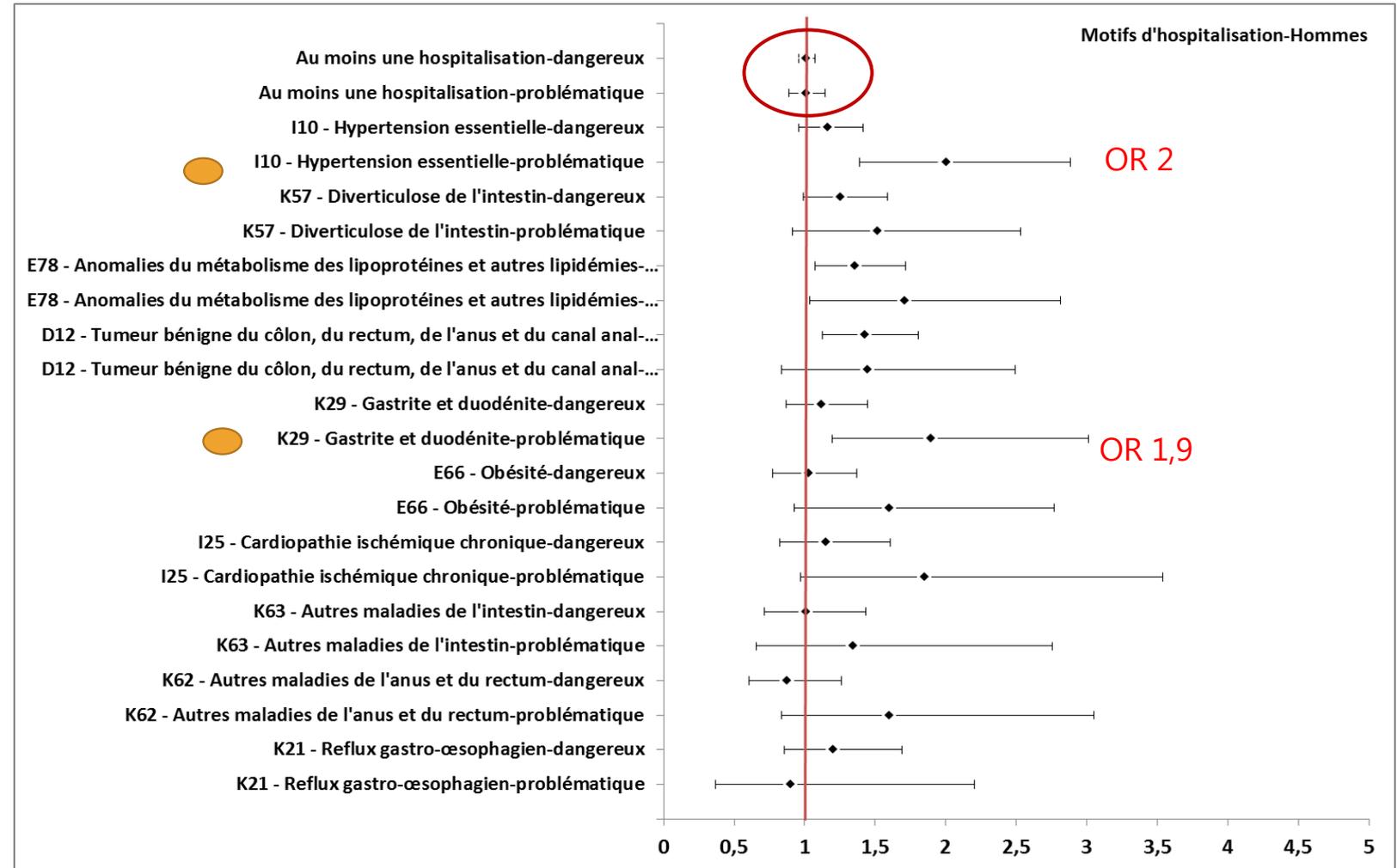


# Focus : résultats chez les hommes

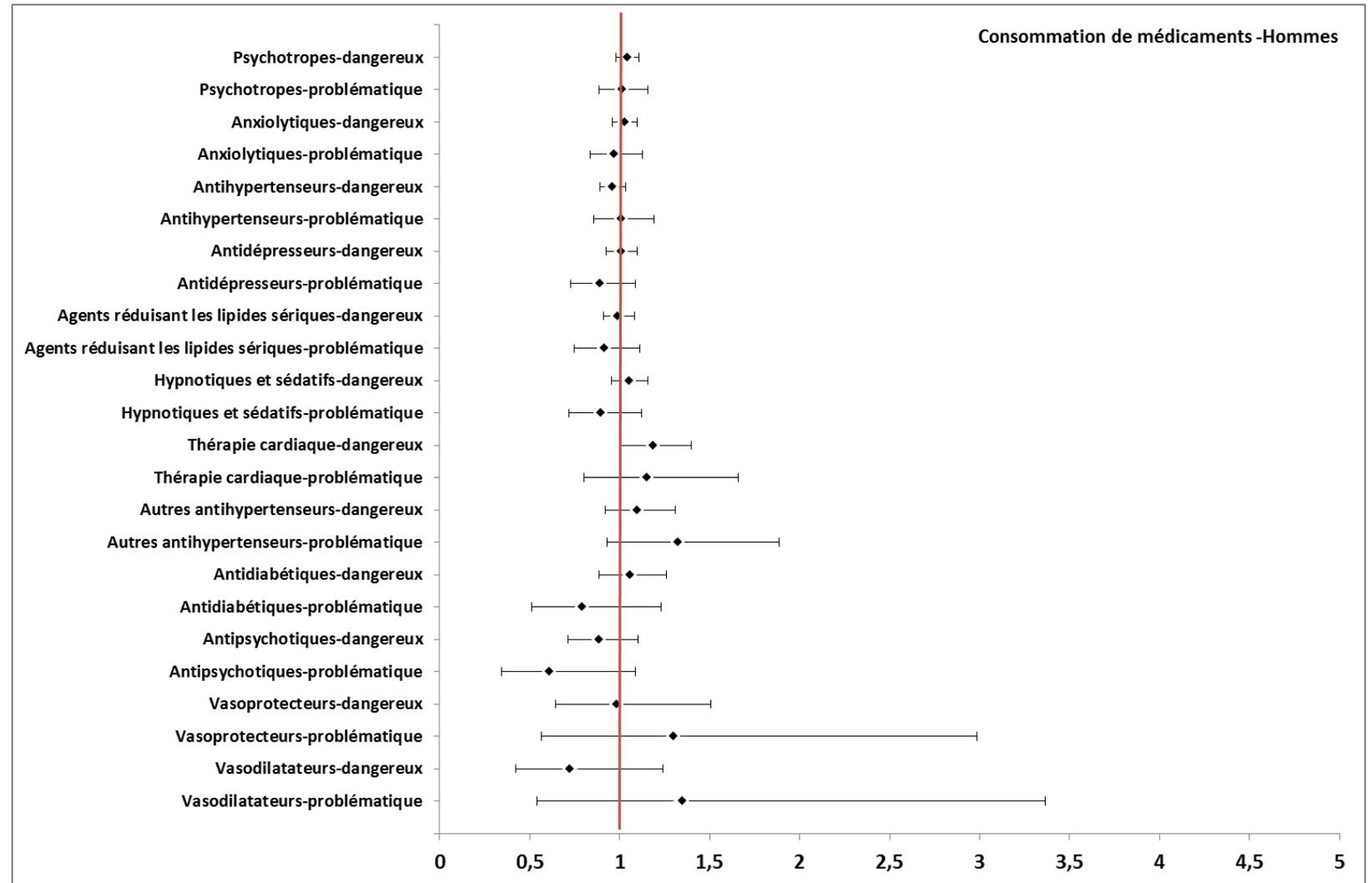
## ALD et motifs d'ALD



# Hospitalisation MCO et motifs



# Délivrances de médicaments



OR ajustés sur l'âge [Ref = risque faible]

# Consultations, dépressivité, santé perçue, décès à 1 an

## **Autres modèles ajustés sur l'âge :**

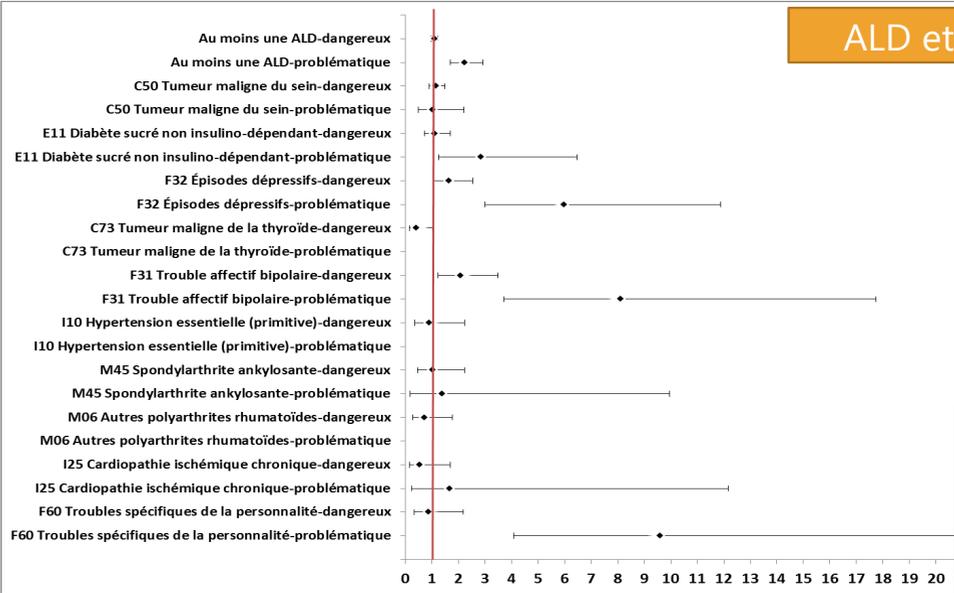
- Au moins 1 consultation MG sur 3 ans : NS
- Au moins 1 consultation Psychiatre sur 3 ans : NS
  
- Dépressivité [CESD ou Antidépresseurs] : OR de 2,6 [2,3-3]
- Dépressivité [CESD seul] : OR de 4,5 [3,5-5,8]
- Limitations depuis au moins 6 mois [à 1 an] : OR de 1,7 [1,4-2,1]
- Décès à 1 an : OR de 4,7 [1,8-12,4]

# Résultats chez les femmes

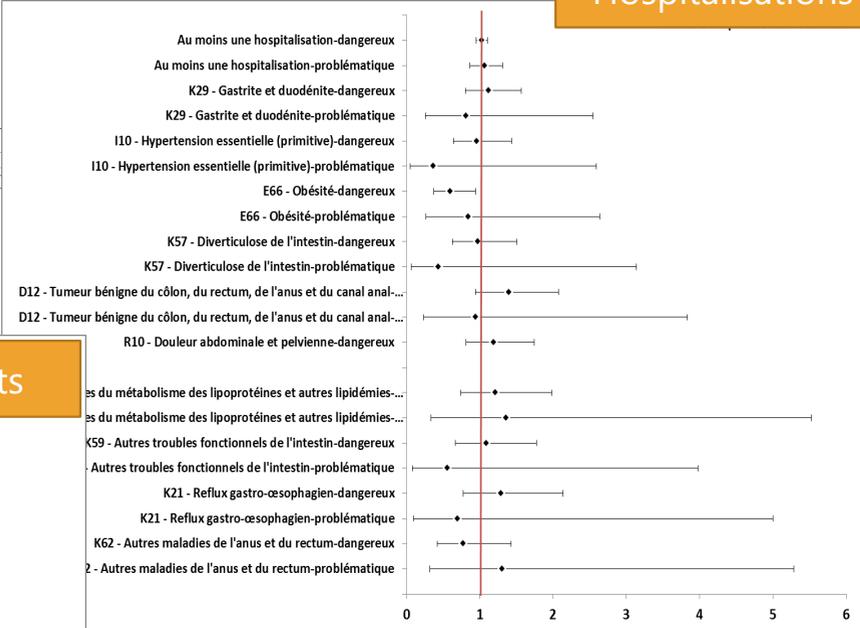
ALD, hospitalisations, recours aux soins

-> très proches

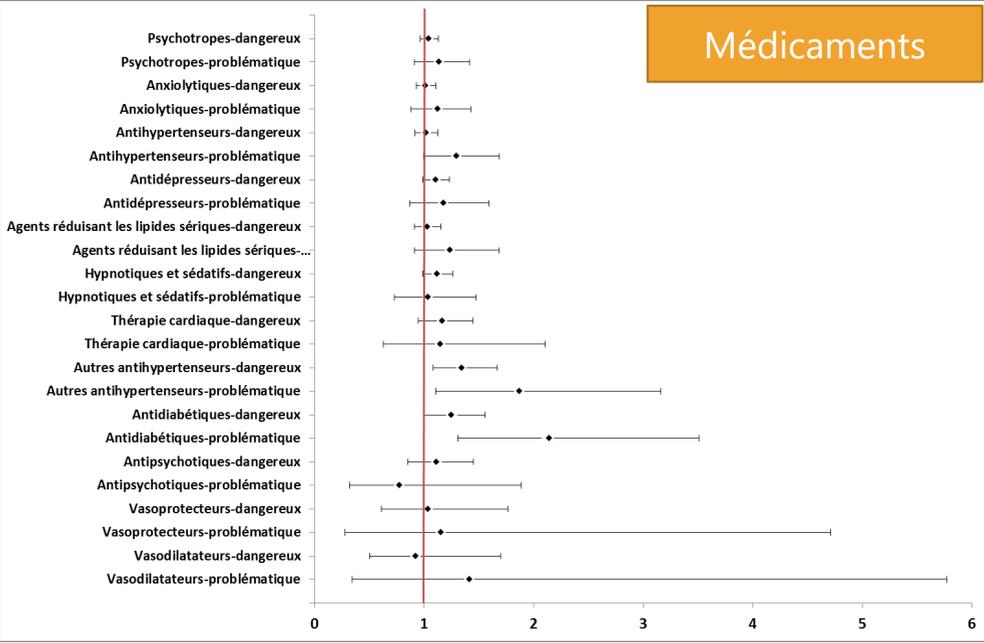
## ALD et motifs



## Hospitalisations



## Médicaments



# Discussion

- **Surrisque important sur les troubles mentaux sévères et la mortalité à court terme**
- Des différences sur le déclaratif mais « peu » de résultats observés sur les hospitalisations et les recours au soins à ce stade
- Des « dépendants » jeunes et plus jeunes que par le passé
  - > spécificité dans Constances ? évolution des modes de consommation ?
  - > des problèmes de santé pas encore installés ou moins graves qu'attendus
- Reflet d'un moindre recours aux soins de cette population ?

**Un suivi plus long nécessaire sur la cohorte...**