

Encadré / Box – Impact de l'interdiction de fumer dans les lieux publics sur les hospitalisations pour syndrome coronaire aigu en France : étude EVINCOR-PMSI, résultats préliminaires / Impact of smoking ban in public places on hospitalizations for acute coronary syndrome in France: EVINCOR-PMSI Study preliminary results

Daniel Thomas (daniel.thomas@psl.aphp.fr)¹, Fabienne Séguret², Jean-Pierre Cambou³, Marie Tremblay², Sylvie Escolano⁴, Jean-Philippe Empana⁴, Xavier Jouven⁴

1 / Institut de Cardiologie, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris 2/ Unité des Bases nationales d'activité hospitalière, Département d'information médicale, CHU Lapeyronnie Montpellier, France 3/ jean-pierre.cambou@orange.fr 4/ Unité Inserm U970, Centre de recherche cardiovasculaire de Paris, France

Des résultats préliminaires de l'étude EVINCOR (EValuation de l'Impact de l'Interdiction de fumer sur les syndromes CORonaires aigus)*, ont été récemment rapportés [1].

Contexte

Dans la quasi-totalité des pays ayant adopté une législation d'interdiction de fumer dans les lieux publics a été constatée, au moins dans une tranche d'âge, une diminution importante et rapide de l'incidence des syndromes coronaires aigus [2,3]. En France, le décret du 15 novembre 2006 modifiant la Loi Evin et interdisant de fumer dans les lieux publics, est entré en application dans les entreprises, les transports, les administrations, les lieux d'enseignement et les établissements de soins depuis le 1^{er} février 2007, et dans les cafés, hôtels, restaurants, discothèques et casinos depuis le 1^{er} janvier 2008 [4].

Objectif

Repérer et mesurer si le nombre d'hospitalisations pour syndrome coronaire aigu (SCA) a diminué de façon significative après les dates d'application du décret par rapport à la période antérieure.

Méthode

Cette étude comprend deux volets :
– EVINCOR-USIC : étude longitudinale en 2 phases, avant et après le 1^{er} janvier 2008, analysant dans 32 unités de soins intensifs cardiologiques (USIC) le statut tabagique actif et passif des patients hospitalisés pour SCA. Les résultats de ce volet seront rapportés ailleurs ;
– EVINCOR-PMSI : analyse de l'évolution des admissions hospitalières pour SCA de janvier 2003 à juin 2009 par sélection dans les bases nationales PMSI (Banque de données de la Fédération hospitalière de France, issue de l'Agence technique de l'information hospitalière) des séjours incluant un code CIM-10 I21 (infarctus aigu du myocarde), I20.0 (angor instable) en diagnostic principal (ou en diagnostic associé si le Groupe homogène de malades (GHM) était un GHM d'infarctus), avec recherche de l'impact de chaque phase d'application du décret. Ce sont les résultats préliminaires de ce volet de l'étude qui sont rapportés ici.

Résultats

La série brute du nombre mensuel d'hospitalisations montre une diminution relativement régulière du nombre d'hospitalisations pour SCA sur l'ensemble de la période entre 2003 et 2009 avec une tendance linéaire significative ($p < 0,01$) (figure), mais cette diminution n'est pas plus

marquée après février 2007 ni après janvier 2008. Par rapport à la période de référence (avant le 1^{er} février 2007), pour chaque période analysée après cette date, le risque relatif (ratio du taux d'admissions standardisés dans la période analysée/taux d'admissions standardisés avant février 2007), étudié par régression de Poisson, n'est pas significatif.

Discussion

Cette première analyse ne permet pas d'établir un lien entre l'application du décret et l'évolution des hospitalisations pour SCA.

Ce résultat, différent de ceux retrouvés dans d'autres pays (États-Unis, Italie, Écosse), pourrait être expliqué par :

- une diminution franche et régulière des hospitalisations pour SCA depuis plusieurs années, largement en amont de l'application du décret, rendant d'autant plus difficile la mise en évidence d'un effet supplémentaire ;
- un niveau moindre d'exposition au tabagisme passif de la population française avant l'application du décret, en raison de l'application de la loi Evin en vigueur depuis une quinzaine d'années. Cette hypothèse s'appuie en particulier sur l'analyse comparée des niveaux déclarés d'exposition au tabagisme passif dans les lieux publics par les patients (non fumeurs) hospitalisés pour SCA avant l'interdiction de fumer, respectivement en Écosse et en France : 23,7% dans l'étude écossaise [5] vs. 3,3% dans EVINCOR-USIC ;
- l'application du décret en deux temps, diminuant les chances de pouvoir mettre en évidence son effet ;
- les limites de l'outil de mesure (PMSI) : précision et exhaustivité probablement hétérogènes sur l'ensemble de la période analysée et évolution de la définition et des moyens diagnostiques des SCA pendant cette période ;

– l'absence de prise en compte de facteurs de confusion potentiels autres que l'âge et le sexe : décès non hospitalisés, évolution du tabagisme actif, autres interventions de prévention, facteurs climatiques, particularités régionales.

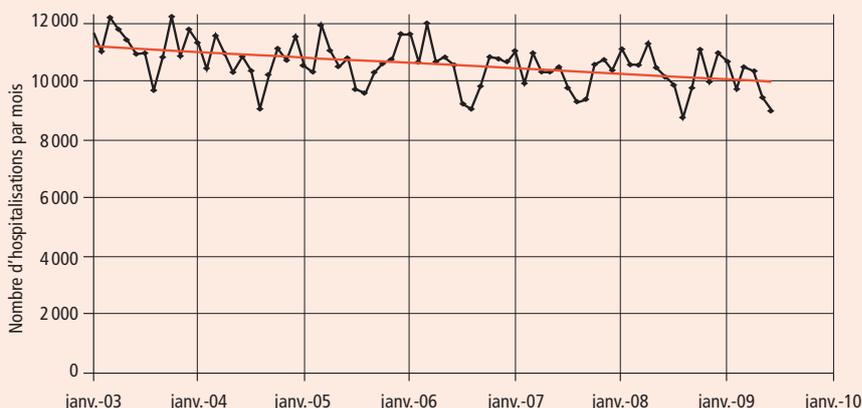
Des analyses complémentaires sont en cours : analyse prenant le patient et non le séjour comme unité d'analyse ; réévaluation des résultats avec les données 2009 consolidées.

Même si, à ce jour, nous n'avons pas pour la France une démonstration claire d'un impact sur l'incidence des hospitalisations pour SCA, étant donné, d'une part, les effets délétères scientifiquement démontrés du tabagisme passif et, d'autre part, les résultats de l'ensemble des études réalisées dans d'autres pays, ce décret représente certainement, parallèlement aux autres mesures de lutte contre le tabagisme, une avancée majeure en termes de santé publique.

Références

- [1] Thomas D. Passive smoking and acute coronary syndromes: effects of smoking ban in the French population (EVINCOR study). XX^{èmes} Journées européennes de la Société française de cardiologie. Paris. 13-16 janvier 2010.
- [2] Meyers DG, Neuberger JS, He J. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2009;54:1249-55.
- [3] Lightwood JM, Glantz SA. Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke. *Circulation* 2009;120:1373-9.
- [4] Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif. *JORF* du 16 novembre 2006.
- [5] Pell JP, Haw S, Cobbe S, Newby DE, Pell AC, Fischbacher C, et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *N Engl J Med.* 2008;359(5):482-91.

Figure Série brute du nombre mensuel d'hospitalisations pour syndrome coronaire aigu en France entre 2003 et 2009 (Étude EVINCOR-PMSI)



*Étude menée par le Groupe de travail Épidémiologie-Prévention de la Société française de cardiologie avec l'aide de la Fédération française de cardiologie.