

$p < 0,001$ ), cicatrices fibreuses (55 % vs 33,3 % ; VT = 8,3 ;  $p < 0,001$ ) et nodules (95,9 % vs 87,4 % ; VT = 5,0 ;  $p < 0,001$ ) étaient surreprésentés dans la première classe (35,6 % de la population) ; les lésions kystiques (19,3 % vs 4,4 % ; VT = 5,8 ;  $p < 0,001$ ) et l'acné (65,9 % vs 11,8 % ; VT = 13,9 ;  $p < 0,001$ ) dans la seconde (14,2 %) ; la localisation fessière (59,3 % vs 30,3 % ; VT = 7,3 ;  $p < 0,001$ ), les papules et folliculite (91,5 % vs 45,3 % ; VT = 11,7 ;  $p < 0,001$ ), et les antécédents familiaux d'HS (50,8 % vs 35,4 % ; VT = 3,7 ;  $p < 0,001$ ) dans la troisième (19,1 %) ; la localisation fessière (40,1 % vs 30,3 % ; VT = 3,4 ;  $p < 0,001$ ), un faible nombre de lésions (67,7 % vs 50,0 % ; VT = 5,9 ;  $p < 0,001$ ) et un score de sévérité moindre (55,2 % vs 34,5 % ; VT = 7,1 ;  $p < 0,001$ ) dans la quatrième (31,1 %).

*Discussion.*— Cette classification en quatre phénotypes sera confrontée à celle obtenue par une analyse en classes latentes.

doi:10.1016/j.respe.2011.02.022

P3 - 6

### Taille d'échantillon dans les essais thérapeutiques en oncologie

N. Meyer<sup>a,b</sup>, C. Legrand<sup>c</sup>, G. Giaccone<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Laboratoire de biostatistique, faculté de médecine, université de Strasbourg, Strasbourg, France

<sup>b</sup> Pôle de santé publique, santé au travail, hospices civils, CHU de Strasbourg, Strasbourg, France

<sup>c</sup> Université catholique de Louvain, institut de statistique, Louvain-la-Neuve, Belgique

<sup>d</sup> Medical Oncology Branch and Affiliates, National Cancer Institute, Bethesda, États-Unis

*Mots clés :* Essai thérapeutique ; Nombre de sujets nécessaires ; Survie ; Taille d'effet

*Introduction.*— L'évaluation de la qualité d'un essai thérapeutique repose, entre autres, sur la comparaison des effectifs calculés et ceux effectivement inclus. Ceci est particulièrement important lorsque l'étude détecte des effets cliniquement non pertinents aboutissant à la validation d'un traitement d'efficacité discutable. Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer dans la littérature oncologique ayant la survie comme critère de jugement la manière dont les calculs de nombres de sujets nécessaires sont rapportés et de déterminer la fréquence des essais détectant des effets non pertinents.

*Méthode.*— L'étude a inclus 102 articles portant sur des essais contrôlés randomisés de phase III, parus entre le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et le 30 mai 2008 dans six journaux généralistes et d'oncologie, avec un critère de jugement de type « survie ». Seuls les essais de supériorité chez l'adulte étaient considérés. La présentation des différents paramètres du calcul des tailles d'échantillon a été évaluée et les calculs vérifiés. Les valeurs attendues des paramètres, des nombres de sujets, d'événements nécessaires et de *hazard-ratio* ont été comparés à leurs valeurs observées.

*Résultats.*— Les risques  $\alpha$  et/ou  $\beta$  étaient manquants dans quatre articles. Les durées des périodes d'inclusion et de suivi étaient manquantes dans 3/4 des articles. Le *hazard-ratio* attendu était précisé dans 88 études et donné sans justification dans 44 d'entre elles. Le nombre d'événements observés était manquant dans 17 publications. Les nombres de sujets inclus et d'événements observés étaient supérieurs aux valeurs attendues dans 56 % des études. Les taux de survies attendus sont moins bien estimés pour les groupes de références que pour les groupes expérimentaux. Des *hazard-ratio* cliniquement non pertinents mais significatifs sont rares.

*Discussion/conclusion.*— La qualité de la présentation du calcul de nombre de sujets nécessaire dans la littérature oncologique est insuffisante. Les essais déclarant significatifs un effet sans intérêt clinique sont rares.

doi:10.1016/j.respe.2011.02.023

## Session P4 – Épidémiologie clinique et psycho-sociale, évaluation économique

P4 - 1

### Identification des facteurs de renoncement aux soins chez des patients précaires

H. Bertet<sup>a</sup>, M.-C. Etienne<sup>b</sup>, R. Cheyrezy<sup>b</sup>, B. Clarivet<sup>a</sup>, J.-L. Chaize<sup>b</sup>, M.-C. Picot<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unité de recherche clinique et épidémiologique, CHRU de Montpellier, Montpellier, France

<sup>b</sup> Pôle opérationnel de l'offre de soins/service social patients, CHRU Montpellier, Montpellier, France

*Mots clés :* Précarité ; Renoncement aux soins ; Score EPICES ; Qualité de vie

*Introduction.*— L'objectif est d'identifier les facteurs de renoncement aux soins chez des patients dont les revenus sont légèrement supérieurs aux minimas sociaux et qui n'ont pas accès à une mutuelle ou à la couverture maladie universelle complémentaire.

*Méthode.*— Dans cette étude longitudinale (suivi à trois mois, un an) les patients sont inclus à l'occasion d'une consultation auprès de :

- médecins généralistes de l'agglomération montpelliéraine : « MG » ;
- service des urgences du CHRU de Montpellier : « Urgence ».

Seules les données d'inclusion sociodémographiques, de qualité de vie (SF36 dimension psychique) et le score EPICES (niveau de précarité) sont étudiées. Les facteurs de renoncement aux soins dentaires et à l'ensemble des soins sont analysés à l'aide d'une régression logistique.

*Résultats.*— Environ 25 % des patients déclarent ne pas réaliser les soins alors qu'il existe un besoin perçu, plus des 3/4 ont un niveau de vie le plus précaire (score EPICES = [48,5 ; 100]).

Pour les patients « MG », le facteur le plus lié au renoncement aux soins dentaires est le niveau d'étude ( $< 2^{\text{nd}}$  vs  $\geq 2^{\text{nd}}$  ; OR = 4,3 ; IC95 % = 1,6–12) et celui lié au renoncement global est le score « Santé perçue » du SF36 ( $\leq 45$  vs  $> 45$  ; OR = 2,1 ; IC95 % = 1,1–4,1). Pour les patients « Urgence », le renoncement aux soins dentaires est plus discriminant que le renoncement global. Les facteurs influençant le renoncement aux soins dentaires sont le score « Vitalité » du SF36 ( $\leq 50$  vs  $> 50$  ; OR = 4,9 ; IC95 % = 1,6–14,9), les revenus mensuels du foyer ( $< 1000$  € vs  $\geq 1000$  € ; OR = 3,3 ; IC95 % = 1,2–9,3) et la perception d'allocation (pas d'allocation vs au moins une allocation ; OR = 2,7 ; IC95 % = 1,02–7,1).

*Conclusion.*— Au sein d'une population précaire, les principales barrières d'accès aux soins sont le niveau d'étude, une altération de l'état psychologique et de très faibles revenus.

doi:10.1016/j.respe.2011.02.025

P4 - 2

### Étude des disparités géographiques et sectorielles dans le recours aux molécules onéreuses en oncologie

J. Bonastre<sup>a</sup>, J. Chevalier<sup>b</sup>, C. Van der Laan<sup>c</sup>, M. Delibes<sup>c</sup>, G. de Pourville<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de biostatistique et d'épidémiologie, institut Gustave-Roussy, Villejuif, France

<sup>b</sup> Chaire ESSEC santé, Cergy-Pontoise, France

<sup>c</sup> Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (Gers), Boulogne, France

*Mots clés :* Économétrie ; Antinéoplasiques ; Hôpital

*Introduction.*— En 2005, un mécanisme de facturation en sus des groupes homogènes de séjours a été instauré pour certaines molécules onéreuses délivrées dans le cadre d'une hospitalisation. Le but était d'assurer un accès à l'innovation homogène sur le territoire. Notre objectif est d'étudier les effets de cette réforme en décrivant l'utilisation des molécules onéreuses de cancérologie dans les établissements hospitaliers et en recherchant des disparités sectorielles (privé/public) et géographiques.