

durée médiane passée dans chaque état de santé a été calculée à partir des courbes de survie sans progression associées à chaque état. Les ratios d'aires sous la courbe TOX/TWIST ont été calculés afin de comparer pour chaque cas de figure (définitions 1, 2 et 3) le rapport bénéfice/risque entre les 2 bras de traitement.

**Resultats :** Les durées médianes de TWIST par bras de traitement sont présentées dans le Tableau 1 ci-dessous, au regard des médianes de survie sans progression.

**Conclusion :** L'analyse des données de tolérance par la méthode du TWIST permet de pondérer les résultats d'efficacité par les effets secondaires induits par les traitements à l'étude. L'utilisation d'une définition permettant de cibler les Els symptomatiques montre que leur impact dans le bras expérimental est faible au regard de l'efficacité du traitement. Les courbes de TOX et TWIST et ratios correspondants seront présentés lors du congrès.

**Mots clés** Oncologie ; essai contrôlé randomisé ; tolérance ; TWIST

**Déclaration de liens d'intérêts** Amélie Anota: Roche : expertises, frais de déplacement BMS : expertises, frais de déplacement AZ : expertises, frais de déplacement Novartis : frais de déplacement Sandoz : expertises AMGEN : expertises IPSEN : expertises E.Pujade-Lauraine AstraZeneca\_Merck : Grants or contracts from any entity AstraZeneca : Payment or honoraria for lectures, presentations, speakers bureaus, manuscript writing or educational events Incyte, Roche, Pfizer : Participation on a Data Safety Monitoring Board or Advisory Board ARCADY GINECO/research : Other financial or non-financial interests D.Pérol AstraZeneca : honoraires I.Ray-Coquard Honoraria (self) from Agenus, Blueprint, BMS, PharmaMar, Genmab, Pfizer, AstraZeneca, Roche, GSK, MSD, Deciphera, Mersena, Merck Sereno, Novartis, Amgen, MacroGenics, Tesaro and Clovis; Honoraria (institution) from GSK, MSD, Roche and BMS; Advisory/consulting fees from Abbvie, Agenus, Advaxis, BMS, PharmaMar, Genmab, Pfizer, AstraZeneca, Roche/Genentech, GSK, MSD, Deciphera, Mersana, Merck Sereno, Novartis, Amgen, Tesaro and Clovis; research grant/funding (self) from MSD, Roche and BMS; Research grant/funding (institution) from MSD, Roche, BMS, Novartis, AstraZeneca and Merck Sereno; Travel support from Roche, MSD, AstraZeneca and GSK

Tableau 1 : durées de TWIST en mois par bras de traitement en fonction de la définition des Els d'intérêt

	SSP médiane (IC95%)	Durée TWIST médiane selon la définition des Els considérée		
		Définition 1	Définition 2	Définition 3
Bras expérimental Olaparib + bevacizumab	22.1 (21.8-24.1)	21.9 (20.2-23.5)	14.1 (12.5-16.1)	17.2 (16.0-20.1)
Bras contrôle Placebo + bevacizumab	16.6 (15.4-18.6)	16.6 (14.6-18.0)	7.7 (5.9-9.1)	11.3 (9.7-13.6)

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.03.056>

## P55

### Détérioration de la Qualité de Vie globale des patients atteints d'un cancer œsogastrique à chaque étape du parcours de soin : résultats de l'étude DETAVIE

A. Gauchet<sup>1</sup>, E. Charton<sup>1</sup>, A. Pozet<sup>2</sup>, A. Baudry<sup>1,3,4</sup>, L. Gehenne<sup>4</sup>, S. Lelorain<sup>4</sup>, G. Piessen<sup>5</sup>, D. Grynberg<sup>4,6</sup>, V. Christophe<sup>1,4</sup>, A. Anota<sup>1,2,7,\*</sup>

<sup>1</sup> Centre Léon Berard, Département de sciences humaines et sociales, Lyon, France

<sup>2</sup> CHU Besançon, Unité de Méthodologie et de Qualité de Vie en Cancérologie, Besançon, France

<sup>3</sup> Centre Hospitalier de Valenciennes, Pôle cancérologie et spécialités médicales, Valenciennes, France

<sup>4</sup> Université de Lille, SCALab - Sciences affectives et cognitives, Lille, France

<sup>5</sup> Université de Lille, CHU Claude Huriez, Département de chirurgie digestive et oncologique, Lille, France

<sup>6</sup> Institut Universitaire de France, Paris, France

<sup>7</sup> Centre Léon Berard, Département de recherche clinique et de l'innovation & Plateforme Nationale de Qualité de vie et Cancer, Lyon, France

\*Auteur correspondant

E-mail address: [amelie.anota@lyon.unicancer.fr](mailto:amelie.anota@lyon.unicancer.fr)

**Introduction :** La détérioration de la Qualité de Vie (QdV) est un élément primordial dans la prise en charge des patients atteints d'un cancer. Son évaluation dans le domaine des cancers œsogastriques est essentiellement issue d'essais cliniques. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer, via une cohorte en vie réelle, la détérioration de la QdV globale des patients atteints d'un cancer œsogastrique selon le stade initial et la localisation cancéreuse à chaque étape du parcours de soins.

**Methodes :** Cette étude a utilisé les données issues de la base de données clinico-biologique FREGAT (<https://www.fregat-database.org/fr/base-de-donnees-fregat>). La QdV a été évaluée grâce aux questionnaires EORTC QLQ-C30 et QLQ-OG25 spécifique du cancer œsogastrique. La dimension d'intérêt était la dimension QdV/Santé globale du QLQ-C30. Les autres dimensions ont également été analysés. Les patients complétaient également un questionnaire d'anxiété/dépression (HADS), de compétences émotionnelles (PEC) et de perception du patient sur l'empathie de son médecin (CARE). Les patients complétaient ces questionnaires à chaque étape de leur parcours de soin en fonction de la stratégie de traitement retenu : au diagnostic (T1), à la fin des traitements néoadjuvants (T2), après la chirurgie (T3) et à la fin des traitements adjuvants (T4). Une différence minimale cliniquement importante de 10 points a été utilisée pour définir la détérioration du score de QdV/Santé globale. Des modèles de régression logistique ont été utilisés afin d'identifier les facteurs cliniques, socio-démographiques et psychologiques à l'inclusion pouvant impacter la détérioration de la QdV. Les analyses ont également été réalisées selon la localisation et le stade du cancer.

**Resultats :** Dans cette étude, 3383 patients ont été inclus entre le 17/06/2014 et le 31/12/2019. Parmi les 338 patients ayant un score de QdV/Santé globale disponible à T1 et à T2, 22% ont présenté une détérioration de ce score. De même, une détérioration de la QdV/Santé globale a été décrite chez 43% des 460 patients concernés par l'évaluation aux temps T1 et T3, et 25% chez les 245 patients ayant un score disponible à T1 et à T4. Les modèles logistiques multivariés ont montré que les femmes (Odds ratio (OR)=2.27 [Intervalle de confiance (IC) 95% 1.25;5.29], p=0.01), et les patients présentant un statut OMS<sub>≥2</sub> (OR=20.91 [IC95% 1.96;223.36], p=0.01) à l'inclusion, sont plus à risque de présenter une détérioration de leur QdV/Santé globale entre T1 et T2. Entre T1 et T3, les patients ayant un niveau de dépression sévère, comparativement à un niveau normal (OR=4.14 [IC95% 1.40;12.25], p=0.04), et les patients ayant un faible score « processus émotionnel » du CARE évaluant le ressenti du patient sur l'empathie émotionnel du médecin (OR=0.89 [IC95% 0.81;1.00], p=0.03), à l'inclusion sont plus à risque de présenter une détérioration de leur QdV/Santé globale.

**Conclusion :** La chirurgie semble être un élément entraînant une forte détérioration de la QdV/Santé globale des patients atteints d'un cancer œsogastrique. Il est donc important de porter une attention particulière lors de cette étape du parcours de soin. Il a également été montré que la détérioration de la QdV/Santé globale pouvait être impactée par divers facteurs psychologiques, cliniques et socio-démographiques recueillis à l'inclusion. Un ajustement de la prise en

charge de ces profils de patients pourrait donc être envisagé. Cette étude a été financée par la Ligue Contre le Cancer (AAPRC2019.LCC).

**Mots clés** Cancer œsogastrique ; Qualité de Vie relative à la santé ; Analyses longitudinales

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.03.057>

## P56

### Impact du renforcement de la réglementation de prescription du zolpidem sur le type de consommation : analyse en classes latentes à partir de données de remboursement de soins.

M. Istvan<sup>1,2</sup>, M. Rousselet<sup>1,2</sup>, E. Laforgue<sup>1,2</sup>, M. Guerlais<sup>1</sup>, M. Gérardin<sup>1</sup>, P. Jolliet<sup>1,2</sup>, F. Feuillet<sup>2,3</sup>, C. Victorri-vigneau<sup>1,2,\*</sup>

<sup>1</sup> Nantes Université, CHU Nantes, Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance (CEIP-A), Service de Pharmacologie Clinique, Nantes, France

<sup>2</sup> Nantes Université, Univ Tours, CHU Nantes, CHU Tours, INSERM, MethodS in Patients-centered outcomes and Health Research, SPHERE, Nantes, France

<sup>3</sup> Nantes Université, CHU Nantes, Plateforme de Méthodologie et de Biostatistique, Direction de la Recherche et de l'Innovation, Nantes, France

\*Auteur correspondant

E-mail address: [caroline.vigneau@chu-nantes.fr](mailto:caroline.vigneau@chu-nantes.fr)

**Introduction** : Ces dernières années, le zolpidem a été le médicament hypnotique le plus prescrit en France et a également fait l'objet de multiples rapports de mésusage, d'abus et de dépendance. Devant ces risques, les médecins ont été informés en janvier 2017 qu'à partir d'avril 2017 la prescription du zolpidem devait obligatoirement être réalisée sur ordonnance sécurisée. L'étude ZORRO (Zolpidem et Renforcement de la Réglementation des Ordonnances) a été mise en place pour évaluer l'impact global du changement réglementaire à partir d'une analyse de données de l'Assurance Maladie et à partir d'une étude de terrain. L'objectif de l'étude présentée ici était d'évaluer l'impact de la mesure sur le type de consommation du zolpidem à partir de données de remboursement de soins.

**Méthodes** : Nous avons inclus tous les patients ayant au moins un remboursement de zolpidem avant et/ou après le changement réglementaire à partir de l'Echantillon Généraliste de Bénéficiaires (EGB). A partir des données de remboursement de soins, nous avons construit différents indicateurs afin de caractériser le type de consommation tels que : la durée de traitement, le nomadisme médical, le nomadisme pharmaceutique, la surconsommation, la coprescription d'autres médicaments hypnotiques ou anxiolytiques, la prescription par un psychiatre, la présence d'une comorbidité psychiatrique potentielle. Une analyse en classes latentes a été réalisée chez les consommateurs réguliers de zolpidem (au moins deux délivrances dans chaque période d'étude) avant et après la réglementation afin d'identifier des profils de consommation.

**Resultats** : Au total, 15550 consommateurs de zolpidem ont été analysés avant la mise en place de la mesure et 8301 après. Globalement, les habitudes de prescription ont évolué après la réforme : moins de prescriptions par patient et moins de prescriptions concomitantes d'autres médicaments hypnotiques ou anxiolytiques. Chez les patients qui consommaient sur les deux périodes, nous avons également observé une diminution de la fréquence de nomadisme pharmaceutique (2.1% à 1.6%), nomadisme médical (1.1 à 0.7%) et surconsommation (24.2% à 20.1%). Parmi les patients ayant au moins deux délivrances de zolpidem, nous avons identifié les 3 mêmes profils de consommateurs de zolpidem avant et après la réforme : i/ les consommateurs non problématiques (70-73%) ii/ les consommateurs

avec une comorbidité psychiatrique associée (25-28%) et iii/ les consommateurs potentiellement problématiques (2%) (fréquence élevée de nomadisme pharmaceutique, nomadisme médical et surconsommation). Le profil de consommateurs potentiellement problématiques, bien que toujours présent après la réforme, représentait un nombre absolu de patients moins important après la réforme.

**Conclusion** : En conclusion, le renforcement de la réglementation de prescription du zolpidem a eu un impact positif sur la consommation du zolpidem. Cet impact devra néanmoins être réévalué avec plus de recul car l'arrêt ou la diminution de la consommation de zolpidem peuvent être longs, spécifiquement chez les utilisateurs chroniques.

**Mots clés** zolpidem ; hypnotique ; réglementation ; pharmaco-épidémiologie ; analyse en classes latentes

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.03.058>

## P57

### Les accidents d'exposition au sang chez les infirmiers du CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

S. Zoukal<sup>1,\*</sup>, H. Sedki<sup>2</sup>, W. Badre<sup>2</sup>, S. Hassoune<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca, Laboratoire d'épidémiologie, CASABLANCA, Morocco

<sup>2</sup> CHU Ibn Rochd, Service d'hépatogastroentérologie, CASABLANCA, Morocco

\*Auteur correspondant

E-mail address: [sofi.cap@gmail.com](mailto:sofi.cap@gmail.com)

**Introduction** : Les accidents d'exposition au sang (AES) sont fréquents en pratique clinique mais sous-déclarés ce qui ne permet pas de refléter leur épidémiologie réelle. L'objectif principal de cette étude était de décrire les circonstances, les mécanismes de survenue des AES chez le personnel infirmier exerçant au niveau de l'hôpital Ibn Rochd de Casablanca ainsi que leurs attitudes et pratiques.

**Méthodes** : Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive, menée sur une période de 6 mois entre Juillet 2019 et Janvier 2020, au sein des services du centre hospitalier universitaire Ibn Rochd. Les services ont été choisis par un échantillonnage aléatoire en grappe. Ont été exclus les infirmiers stagiaires et les techniciens de radiologie ou biologie. Les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme après l'approbation du personnel participant. Une analyse descriptive a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS v 20.

**Resultats** : Parmi les 447 infirmiers contactés, 388 infirmiers ont accepté de participer soit un taux de réponses de 86,8%. L'âge médian était de 28±6 ans avec une prédominance féminine de 70%. Parmi eux, 65,6% déclaraient avoir eu au moins un antécédent d'AES. Le taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B était de 78,4% dont 28,8% à dose complète. La pique par aiguille était le mécanisme le plus fréquent d'AES. Les gestes les plus incriminés étaient le recapuchonage (31,3%) et les prélèvements (30%). La sérologie du patient source était positive pour l'hépatite B chez 7,3% et pour le VIH chez 7,8%. Les infirmiers victimes d'AES ont interrompu leur action pour 79,2% d'entre eux avec des gestes de lavage post exposition pour 90% d'entre eux. Cependant, 81,7% d'entre eux n'ont pas déclaré l'AES à cause des difficultés administratives.

**Conclusion** : Il paraît nécessaire d'augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B du personnel infirmier avec mise en place d'un système performant de déclaration des AES.

**Mots clés** Vaccination ; Infirmiers ; Hépatite B

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.03.059>