



**16<sup>e</sup>** congrès de  
pneumologie  
de langue française  
Lyon - Palais des Congrès  
du vendredi 27 au  
dimanche 29 janvier 2012  
Le poumon au cœur de l'infection  
Respirer avec  
une maladie neuromusculaire

# Assemblée Générale du CPHG

Lyon dimanche 29 Janvier 2012

# AG CPHG 2012      ordre du jour

- Rapport moral, activités 2011
- Rapport financier
- Etudes en cours KBP 2010, ESCAP 2011, EA BPCO, Orcades
- Projets 2012
- Questions diverses

## ACTIVITES 2011 1

- Janvier: élections CA SPLF, FM vice président groupe B
- Les études: KBP 2010, ESCAP 2011
  - Étude REACH
  - Étude ORCADES
  - Étude EA-BPCO

## ACTIVITES 2011 2

### Séminaires:

- endoscopies interventionnelles St Quentin  
14-15 janvier et décembre
- neuro-musculaires Périgueux 25-26 mars



ACTIVITES 2011 3

Vendredi 14 Octobre:  
**journée investigateurs  
KBP 2010**

Samedi 15 Octobre:  
**Journée nationale  
annuelle J8**

**Compiègne Paris**



## ACTIVITES 2011 4

- 4 CA, réunions téléphoniques
- Relations SPLF: CPLF, CA, bureau, CS
- Journées Pratiques Sommeil Montpellier
- Congrès sommeil: SPLF-SFRMS

## ACTIVITES 2011 5

- **Évolution FFP:** modifications statuts, contribution CPHG au financement
- **Fonds de recherche en santé respiratoire**
- **Fondation du souffle**

## Vote rapport moral

- **Modification composition CA  
17 Membres**

**vote**

# AG CPHG 2011

## • Résultats élections CA

### • Sont élus :

- **Hubert Barbieux (Auxerre), Didier Debieuvre (Mulhouse), Jean Michel Chavaillon (Antibes), François Goupil (Le Mans), Serge Kouzan (St Julien en Genevois), Serge Lacroix (Périgueux), Philippe Laurent (Pau), François Xavier Lebas (Le Mans), Jacques Le Treut (Aix en Provence), Chrystèle Locher (Meaux), Francis Martin (Compiègne), Michel Marcos (Libourne), Edith Maetz (Douai), Hugues Morel (St Malo), Christophe Perrin (Cannes), Jacques Piquet (Montfermeil), et Laurent Portel (Bergerac).**

- **Réunion CA le 9 mars 2012, élection bureau**



- **Membres honoraires:**
  - François Blanchon
  - Jean Pierre Orlando

**vote**

François Xavier LEBAS

Trésorier

## CPHG

### COMPTE DE RESULTAT AU 31 DECEMBRE 2010

DEPENSES		
	31/12/2010	31/12/2009
Etudes cliniques		
Charges KBP 2010	107 640	
Charges EABPCO		98 168
Charges Orthoses		8 970
Charges AstraZen		290
Charges Amiante		
Charges Groupe sommeil		4 250
Nouveau projet		8 970
Dépenses Réunions et déplacement		
- Conseils d'administration 2006		
- Conseils d'administration 2007		
- Conseils d'administration 2008		
- Conseils d'administration 2009		10 907
- Conseils d'administration 2010	7 323	
- Conseils FNCHP	502	
- Journée CPHG Nicot		
- Congrès CPLF Lyon		4 129
- Congrès CPLF Lille		
- Congrès CPLF Marseille	5 474	
- Congrès CPLF 2011	709	
- Journée CPHG Bayonne		
- J6 CPHG		2 641
- J7 CPHG	6 007	
- Séminaire radio Le Mans	8 567	
- Séminaire Compiègne	3 566	
- Séminaire Bordeaux		
- Séminaire St Quentin		4 383
- Séminaire Vosoul	3 943	
- Site hébergement	8 970	10 375
- Fond de Dotation de recherche on Santé Respiratoire	10 000	25 000
Total Réunions et déplacement	45 062	32 435
Dépenses de fonctionnement	14 131	10 971
<b>TOTAL DES DEPENSES</b>	<b>176 832</b>	<b>189 052</b>
Résultat (Excédent)		
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>176 832</b>	<b>189 052</b>

RECETTES		
	31/12/2010	31/12/2009
Recettes courantes (Cotisations)	1 710	2 511
Inscription séminaire	295	
Subventions et dons		1 914
Subventions collectée KBP 2000		
Subventions collectée EABPCO	7 500	19 750
Subventions collectée Amiante		
Subventions collectée Act lion	15 000	
Subventions Orthoses ( OAM)		
Subvention AstraZen	22 500	22 500
Subvention Fonds de Dotation Recherche	12 500	
Subvention Roche		
Congrès CPLF	100 000	70 000
Produits financiers	7 295	11 883
<b>TOTAL DES RECETTES</b>	<b>166 800</b>	<b>128 558</b>
Résultat (Perte)	10 033	60 495
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>176 832</b>	<b>189 052</b>

# AG CPHG 2012      rapport financier

## CPHG

### BILAN AU 31 DECEMBRE 2010

ACTIF			PASSIF		
	31/12/2010	31/12/2009		31/12/2010	31/12/2009
Immobilisations nettes	77	77	Report à Nouveau	317 329	377 823
Placements (SICAV aux cours historiques)	219 503	232 963	<b>Résultat de l'exercice</b>	<b>-10 033</b>	<b>-60 495</b>
			Total Situation Nette	307 296	317 328
Compte chèque / Livret Bleu	87 716	86 454	Découvert bancaire		2 165
<b>TOTAL ACTIF</b>	<b>307 296</b>	<b>319 493</b>	<b>TOTAL PASSIF</b>	<b>307 296</b>	<b>319 493</b>

## CONTRATS DE COLLEGE DES PNEUMOLOGUES DES HOPITAUX GENERAUX

COLLEGE DES PNEUMOLOGUES (SOCIETAIRE)  
DES HOPITAUX GENERAUX  
CENTRE HOSPITALIER  
72037 LE MANS CEDEX 9  
Tel : 02 43 43 43 52

**Coordonnées de votre caisse :**

CCM LE MANS CENTRE  
1 PLACE DES COMTES DU MAINE  
72013 LE MANS CEDEX 2

**Horaires d'ouverture de votre caisse :**

Le lundi de 14h00 à 18h00  
Du mardi au mercredi de 09h00 à 18h15  
Le jeudi de 10h00 à 18h15  
Le vendredi de 09h00 à 18h15  
Le samedi de 09h00 à 12h15

**Contacts :** 08-20-32-01-91 (0,118€ TTC / Min)  
04811@cmmabn.creditmutuel.fr

**Votre chargé de clientèle :** M Jean Paul LIVET

Situation au MARDI 4 JANVIER 2011 à 18:39

### VOS COMPTES ET PLACEMENTS

Produit	Solde au 04/01/2011	Référence du contrat	Date de souscription	Identité
COMPTE COURANT ASSOCIATION	107 820,75 EUR	0481100017188740	28/08/1992	COLLEGE DES PNEUMOLOGUES DES HOPITAUX GE
LIVRET BLEU ASSOCIATION	87 715,70 EUR	0481100017188760	09/07/1997	COLLEGE DES PNEUMOLOGUES DES HOPITAUX GE
DST ASSOC. A BUT NON LUCRATIF	118 178,82 EUR	0481100017188701	29/06/1993	COLLEGE DES PNEUMOLOGUES DES HOPITAUX GE
<b>Total de votre épargne bancaire</b>	<b>313 715,27 €</b>			

## Vote rapport financier

# Les études

**2011:**

**Syndromes d'apnées du sommeil (SAOS)**



- **Étude ORCADES (HAS - Resmed Narval)**  
orthèses avancée mandibulaire, suivi à 5 ans  
24 centres dont 7 CHG:  
Antibes, Chalons en Champagne,  
Compiègne-Senlis, Périgueux, Quimper,  
Valence.



# 2011: Etude REACH



- Étude multicentrique européenne
- Cohorte pneumopathies infectieuses communautaires
- Étude rétrospective cas hospitalisés de décembre 2010 à Février 2011
- 35 services CHG participants
- Partenariat AstraZeneca





# KBP 2010

**Recueil des nouveaux cas de CBP primitifs diagnostiqués  
dans les services de pneumologie des centres hospitaliers  
généraux du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2010**

**C. LOCHER, F. BLANCHON**

**Assemblée Générale CPHG  
Lyon 29 janvier 2012**



## **Etudes KBP-2010-CPHG & ESCAP-2011-CPHG**



## **Etude KBP-2010-CPHG**

**Recueil des nouveaux cas de CBP primitif diagnostiqué dans les services de pneumologie des centres hospitaliers généraux du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2010**

# Organisation de l'étude

**Promoteur :** CPHG

**Comité Scientifique :** Michel Grivaux, Meaux (coordinateur)  
Pierre Bombaron, Mulhouse (secrétaire)  
Chrystèle Locher, Meaux (secrétaire)  
Bernard Asselain, Institut Curie, Paris  
François Blanchon, Meaux (vice-président du CPHG)  
Daniel Coëtmeur, Saint-Brieuc  
Thierry Collon, Montfermeil  
Charles Dayen, Saint-Quentin  
Didier Debieuvre, Vesoul  
François Goupil, Le Mans  
Jacques Le Treut, Aix en Provence  
Francis Martin, Compiègne (président du CPHG)  
Olivier Molinier, Le Mans  
Mahmoud Zureik, Inserm U700 Bichat, Paris

**Investigateurs :** Pneumologues exerçant dans un service de CHG et ayant accepté de participer à l'étude



# Partenaires

- Fonds de dotation "Recherche en Santé Respiratoire" créé en janvier 2010 (SPLF, CPHG, FFP, ...)
- AstraZeneca
- Boehringer Ingelheim
- Chugai
- GSK
- Institut de Recherche Pierre Fabre
- Lilly
- Pfizer
- Roche
- Sanofi Aventis

# Méthodologie

- Etude de cohorte prospective, observationnelle, nationale, multicentrique
- Schéma général :
  - Etape 1 :
    - Constitution de la cohorte (recueil exhaustif de l'ensemble des nouveaux cas de CBP primitif diagnostiqués entre le 01 janvier 2010 et le 31 décembre 2010)
    - Recueil des données à l'inclusion
  - Etape 2 :
    - Enquête de survie auprès de la mairie de naissance de chaque patient, 1, 4 et 5 ans après la constitution de la cohorte

- Constitution de la cohorte KBP-2010-CPHG : 1<sup>er</sup> janv. 2010 - 31 déc. 2010
- Recueil des questionnaires médicaux et vérification : janv. 2010 - mi-juil. 2011
- Gel de la base : 21 juillet 2011
- Transmission de la base au statisticien : 22 juillet 2011
- 1<sup>ère</sup> présentation des résultats préliminaires : 14 octobre 2011  
Journée annuelle du CPHG
- Présentation des résultats préliminaires aux partenaires : 16 décembre 2012
- 1<sup>ère</sup> présentation des résultats au CPLF : 28 janvier 2011

### 119 centres participants et 7 610 questionnaires médicaux recueillis

- **198** questionnaires médicaux exclus pour déviation majeure
  - Double inclusion : n = 95
  - Pas de prélèvement pour diagnostic: n = 29
  - Prélèvement ne datant pas de 2010 : n = 32
  - Stratégie thérapeutique de 1ere intention manquante : n = 18
  - Autre cancer : n = 28
  - Autre (pas de cancer, pas d'histologie, patient hors CHG...) : n = 13

→ **7 394** questionnaires médicaux saisis dans la base
- **15** centres représentant **383** questionnaires médicaux exclus pour défaut d'exhaustivité
  - **7 051** questionnaires médicaux saisis et analysés

## Exhaustivité des inclusions (analyse par centre)

- **Vérification de l'exhaustivité de chaque centre à partir du :**
    - Nombre de questionnaires reçus par trimestre de diagnostic, puis par mois en cas d'anormalité
    - Nombre total de questionnaires reçus en 2010 par rapport à 2000 pour les centres ayant participé à KBP-2000-CPHG
    - Retour d'informations de l'ARC
  - **Interrogation du pneumologue-investigateur :**
    - Registre anatomo-pathologique
    - Registre des RCP,
    - Fichier DIM (codage PMSI)
- 66 questionnaires d'exhaustivité reçus (55,4% des centres)

# Résultats (1) : caractéristiques des patients

		65,5 +/-11,3 ans
Sexe	Femmes	24,3 %
	Hommes	75,7%
Perte de poids dans les 3 derniers mois		53,5 %
Perte de poids > 10 kg (n = 6844)		9,1 %
<i>Performance Status :</i>	PS 0	27,3 %
	PS 1	41,6 %
	PS 2	18,4 %
	PS 3	9,9 %
	PS 4	2,8 %
Tabagisme	Fumeurs actifs	49,2 %
	Ex-fumeurs	39,9 %
	Non fumeurs	10,9 %
Tabagisme passif (n = 762)		20,7 %
Consommation de tabac		
– Fumeurs (n = 3 451)	Nombre de paquets-année	45,3 +/- 20,5 PA
	Durée de la consommation	39,9 +/- 10,5 ans
– Ex-fumeurs (n = 2 795)	Nombre de paquets-année	40,2 +/- 22,2 PA
	Durée de la consommation	34,5 +/- 12,3 ans
	Durée de l'arrêt	14,8 +/- 11,6 ans

## Résultats (2) : caractéristiques du cancer

Histologie :	Cancer bronchique à petites cellules	13,7 %
	Cancer bronchique non à petites cellules	86,3 %
	Carcinome épidermoïde	26,8 %
	Adénocarcinome	46,2 %
	Carcinome à grandes cellules	11,2 %
	Carcinome bronchiolo-alvéolaire	1,1 %
Etude immunohistochimique TTF-1		71,3 %
TTF 1 positif		58,1 %
Recherche mutation EGFR		30,5 %
Mutation positive		10,5 %
Realisation d'un TEP-TDM		47,5 %
Stadification :	Stade IA à IIB	16,2 %
	Stade IIIA	13,4 %
	Stade IIIB	10,2 %
	Stade IV	60,0 %

# Résultats (3) : 1ère ligne thérapeutique

Dossiers discutés en RCP	93,3 %
Chirurgie curative	16,6 %
Radiothérapie seule	17,8 %
Chimiothérapie	63,4 %
Radio-chimiothérapie	8,8 %
Soins de support exclusifs	11,1 %
Radiofréquence	0,3 %
Thérapies ciblées	6,6 %
Participation à un protocole de recherche	3,2 %

# Comparaison KBP-2010-CPHG et KBP-2000-CPHG

		<b>KBP-2010-CPHG</b> n = 7 051	<b>KBP-2000-CPHG</b> n = 5 667	<b>p</b>
Sexe	Femmes	24,3 %	16,0 %	<0,0001
Age moyen		65,5 ± 11,3 ans	64,3 ± 11,5 ans	<0,0001
Tabagisme	Non-fumeurs	10,9 %	7,2 %	<0,0001
Type histologique	Petites cellules	13,7%	16,6 %	<0,0001
	Epidermoïde	26,8%	40,0 %	<0,0001
	Adénocarcinome	46,2%	30,1 %	<0,0001
	Grandes cellules	11,2 %	12,5 %	0,032
	Bronchioloalvéolaire	1,1 %	1,0 %	0,45
	Autres	1,6 %	2,0 %	0,12
Classification TNM	Stade IA	5,1 %	4,8 %	<0,0001
	Stade IB	3,8 %	9,8 %	
	Stade IIA	3,9 %	0,8 %	
	Stade IIB	3,4 %	7,1 %	
	Stade IIIA	13,4 %	14,1 %	
	Stade IIIB	10,2 %	20,4 %	
	Stade IV	60,0 %	42,6 %	

# Comparaison KBP-2010-CPHG et KBP-2000-CPHG

- Augmentation de la proportion de femmes
- Augmentation de la proportion de non fumeurs
- Augmentation de la proportion d'adénocarcinomes
- Augmentation de la proportion de stades IV

# Perspectives à court terme : survie à 1 an

- Données au 24 janvier 2012
  - Statut vital connu pour 3 465 des 7 051 patients de la cohorte (49 %)
    - 2 680 (38 %) patients décédés dans l'année suivant le diagnostic
    - 785 (11 %) patients vivants dans l'année suivant le diagnostic
- Interrogation des mairies : 1<sup>er</sup> trimestre 2012
- Constitution de la base : 2<sup>nd</sup> trimestre 2012
- Premiers résultats : 3<sup>ème</sup> trimestre 2012

# Perspectives à court terme : publications

- À court terme :
  - Comparaison des cohortes KBP-2010-CPHG et KBP-2000-CPHG en fonction de différentes caractéristiques (type histologique, tabagisme, sexe...) avec recherche des facteurs confondants  
Article en anglais pour une revue de cancérologie (*J Clin Oncol* ou autre)
  - Description de la cohorte KBP-2010-CPHG et comparaison homme/femme  
Article en français pour une revue de pneumologie (*Rev Mal Respir*)
- À moyen terme (avec ou sans comparaison avec KBP-2000-CPHG) :
  - Carcinomes à petites cellules
  - Sujets âgés...

# Perspectives à court terme : congrès

- Soumission abstracts pour 3 congrès en 2012 :
  - **ASCO** (deadline dépôt abstract : 1<sup>er</sup> février 2012)  
du 1<sup>er</sup> au 5 juin 2012 - Chicago
  - **ERS** (deadline dépôt abstract : 23 février 2012)  
du 1<sup>er</sup> au 5 septembre 2012 - Vienne
  - **ESMO** (deadline dépôt abstract : 16 mai 2012)  
du 28 septembre au 2 octobre 2012 - Vienne

# Perspectives à long terme : survie

- **Objectif principal :**
  - Estimer la **mortalité à 5 ans** chez les patients avec un CBP primitif diagnostiqué en 2010
  - Rechercher des facteurs de risque de cette mortalité
- **Objectifs secondaires :**
  - Comparer sa survie à celle de l'étude KBP-2000-CPHG
  - Estimer sa **survie à 4 ans**
  - Tester le score pronostic à 4 ans de KBP-2000-CPHG



## **Etude ESCAP-2011-CPHG :**

Suivi des stratégies thérapeutiques mises en œuvre pendant les deux premières années suivant le diagnostic de cancer broncho-alvéolaire primitif chez les patients de la cohorte KBP-2010-CPHG

# Organisation de l'étude

- Promoteur :** CPHG
- Comité Scientifique :** Michel Grivaux, Meaux (coordinateur)  
Chrystèle Locher, Meaux (secrétaire)  
François Goupil, Le Mans (secrétaire)  
Bernard Asselain, Institut Curie, Paris  
François Blanchon, Meaux (vice-président du CPHG)  
Daniel Coëtmeur, Saint-Brieuc  
Thierry Collon, Montfermeil  
Charles Dayen, Saint-Quentin  
Didier Debieuvre, Vesoul  
Francis Martin, Compiègne (président du CPHG)  
Olivier Molinier, Le Mans  
Mahmoud Zureik, Inserm U700 Bichat, Paris
- Investigateurs :** Pneumologues exerçant dans un CHG ayant participé à l'étude KBP-2010-CPHG (recueil exhaustif des données) et acceptant de participer à l'étude ESCAP-2011-CPHG

# Partenaires

- AstraZeneca
- Boehringer Ingelheim
- Chugai
- GSK
- Institut de Recherche Pierre Fabre
- Lilly
- Pfizer
- Roche
- Sanofi Aventis

# Objectif de l'étude

- Décrire la stratégie thérapeutique mise en œuvre par les pneumologues des CHG dans la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> année qui suivent le diagnostic de CBP

# Méthodologie

- Etude de cohorte prospective, observationnelle, nationale, multicentrique
- 2 étapes :
  - **Etape 1** : constitution de la cohorte KBP-2010-CPHG et recueil des données initiales
  - **Etape 2** : recueil des données sur les stratégies thérapeutiques 2 à 5
- Remplissage du même questionnaire au fur et à mesure des changements de stratégies thérapeutiques
- Renvoi du questionnaire (fax) à 3 reprises à 1 an d'intervalle :  
**Juin 2011, Juin 2012 et Juin 2013** + *au fur et à mesure des décès*

# Schéma de l'étude

Année	Constitution cohorte KBP-2010-CPHG		ESCAP-2011-CPHG				
	2010		2011			2012	2013
Date	1 <sup>er</sup> janvier	31 décembre	Janvier	Février	Juin	Juin	Juin
Inclusion des patients dans la cohorte KBP-2010-CPHG	←=====→						
Envoi du courrier d'invitation pour l'étude ESCAP-2011-CPHG			X				
Retour des bulletins investigateurs				X			
Envoi des questionnaires					X		
Retour des questionnaires de tous les patients*					X		
Remplissage du questionnaire au fur et à mesure des changements de stratégie					←=====→		
Renvoi des questionnaires en cas de décès					←=====→		
Retour des questionnaires des patients toujours vivants**						X	X

\* avec rattrapage pour tous les patients entre l'inclusion dans l'étude KBP-2010-CPHG et T0; \*\* avec rattrapage pour tous les patients décédés entre T0 et T12 et entre T12 et T24 s'ils n'ont pas préalablement été déclarés comme décédés lors du recueil au fur et à mesure



# Données spécifiques ESCAP-2011-CPHG

- Tabagisme
  - Arrêt ou non à l'annonce du diagnostic, fumeurs uniquement
- Stratégie thérapeutique de 1<sup>ère</sup> intention
  - Motif de l'arrêt : fin programmée de traitement, progression, intolérance/toxicité, décès, autre à préciser
- Stratégie thérapeutique d'intention 2 à 5 :
  - Modalités du traitement : chirurgie curative, radiothérapie\*, chimiothérapie ciblée et non ciblée\*, protocole de recherche, soins de support exclusifs
  - Motif de l'arrêt pour la chimiothérapie ciblée ou non ciblée : fin programmée de traitement, progression, intolérance/toxicité, décès, autre à préciser
- Date du dernier suivi, statut vital du patient et date de décès (si applicable) à la fin de chaque stratégie

\* avec détails

# Centres volontaires en janvier 2012

56 centres investigateurs KBP-2010-CPHG (47%) volontaires  
correspondant à 4 174 patients (59%)

Abbeville  
Albi  
Antibes-Juan-Les-Pins  
Aulnay-sous-Bois  
Auxerre  
Bar-le-Duc  
Bayonne  
Bergerac  
Béziers  
Bourges  
Bourgoin-Jallieu  
Briis-sous-Forges-Bligny  
Cahors  
Cannes  
Chalons-en-Champagne  
Chambéry  
Charleville-Mézières  
Chaumont  
Chauny

Cholet  
Colmar  
Compiègne  
Creil  
Draguignan  
Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil  
Epernay  
Gap  
Le Mans  
Longjumeau  
Lourdes  
Lyon-Desgenettes  
Lyon-St-Joseph-St-Luc  
Mantes-la-Jolie  
Meaux  
Meulan-Les-Mureaux  
Metz  
Montfermeil-Le-Raincy  
Morlaix

Mulhouse  
Nanterre  
Nevers  
Niort  
Orléans  
Pau  
Pontoise  
Saint-Brieuc  
Saint-Nazaire  
Saint-Pierre-Réunion  
Saint-Quentin  
Sainte-Feyre  
Salon-de-Provence  
Thionville  
Valence  
Vesoul  
Villefranche-sur-Saône  
Villeneuve-Saint-Georges

## Bilan au 15 janvier 2012 : Centres actifs et questionnaires

- Centres actifs : 42 / 56 centres volontaires (75 %)
- Questionnaires : 2 492 fiches retournées / 4 174 questionnaires attendus (60 %)

**⇒ Penser à bien renvoyer les fiches**

# Merci à tous pour votre attention et merci à tous les investigateurs !

CENTRES	INVESTIGATEURS	CENTRES	INVESTIGATEURS	CENTRES	INVESTIGATEURS
Abbeville	O LELEU	Douai	E MAETZ	Morlaix	D RENAULT
Aix-en-Provence	J LE TREUT	Draguignan	J-R BARRIERE	Moulins	H BELHADJ
Albi	B BORREL	Dreux	F MARTIN	Mulhouse	P BOMBARON
Angoulême-Saint-Michel	M MARTIN	Eaubonne	F DENIEL	Nanterre	M SAILLOUR
Annecy	S HOMINAL	Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil	P DAVID	Nevers	D HERMAN
Antibes-Juan-Les-Pins	C MOUROUX-RODOMONDO	Epervay	M CARBONNELLE	Niort	M D ARLHAC
Argentan	C DUBOS-ARVIS	Epinal	J-L COLLIGNON	Nouméa-Nouvelle-Calédonie	G FESQ
Argenteuil	H DE CREMOUX	Evreux	H MAHMOUD	Oloron-Sainte-Marie	E DE GROOTE
Arras	Y LIERMAN	Fougères	A MERZOUG	Orléans	B LEMAIRE
Aubagne	M IRISSON	Fréjus-Saint-Raphaël	D BOUDOUMI	Paimpol	G PERRUS
Aubenas	P DION	Gap	P THOMAS	Papeete-Tahiti	P FERRER LOPEZ
Aulnay-sous-Bois	J VIRALLY	Granville-Avranches	V TIZON	Paray-le-Monial	C GENETY
Auxerre	H BARBIEUX	Grasse	M FIGUEREDO	Pau	P-A RENAULT
Bar-le-Duc	P TAGU	Guingamp	K BADOUR	Périgueux	S LACROIX
Bastia-Furiani	J-C MOURIES	Hénin-Beaumont	E FOURNIER	Perpignan	D CHOMA
Bayonne	J-P MATHIEU	Lagny-sur-Marne	A BEDOSSA	Pontoise	G FRABOULET
Belfort-Montbeliard	D DEBIEUVRE	La-Rochelle	D LEMERRE	Quimper	H GALLOUX
Bergerac	L PORTEL	La-Roche-sur-Yon	J BERRUCHON	Rodez	S JULIEN
Béziers	F GOUTORBE	Le-Chesnay-Versailles	C DUJON	Roubaix	F STEENHOUWER
Bourg-en-Bresse	P BEYNEL	Le-Coudray-Chartres	O RAFFY	Saint-Brieuc	D COETMEUR
Bourges	G ADAM	Le-Havre	M PEUREUX	Sainte-Feyre	S JEANDEAU
Bourgoin-Jallieu	B GENTIL LE PECQ	Le-Mans	F GOUPIL	Saint-Germain-en-Laye-Poissy	S JOUVESHOMME
Briey	B REMIGNON	Lens	O FLOREA	Saint-Malo	E GOARANT
Briis-sous-Forges-Bligny	J-Y LE TINIER	Libourne	J-M MARCOS	Saint-Nazaire	D SANDRON
Cahors	P BARRE	Longjumeau	G OLIVIERO	Saint-Pierre-Réunion	F PAGANIN
Cannes	Y DUVAL	Lons-le-Saunier	M PERRICHON	Saint-Quentin	E LECUYER
Chalons-en-Champagne	G BERTHIOT	Lourdes	J-P VABRE	Salon-de-Provence	B KASSEYET-KALUME
Chambéry	V FRAPPAT	Lyon-Desgenettes	J-M DOT	Saverne	F BROLLY
Charleville-Mézières	S CHOUABE	Lyon-St-Joseph-St-Luc	S VUILLERMOZ-BLAS	Sedan	G-J KASSEM
Chateauroux	F LAMOTTE	Mâcon	S LARIVE	Soissons	M-G LEGRAND-HOUGNON
Chaumont	B SIMON	Mantes-la-Jolie	J-B AULIAC	Thionville	P BOTRUS
Chauny	P DUMONT	Martigues	M BELKAÏD	Thonon-Les-Bains	P ROMAND
Chevilly-Larue	K DE LUCA	Meaux	C LOCHER	Troyes	B DELCLAUX
Cholet	P MASSON	Melun	J-P DI MERCURIO	Valence	R RIOU
Colmar	J-P OSTER	Metz	N PAILLOT	Vesoul	D DEBIEUVRE
Compiègne	S DEHETTE	Meulan-les-Mureaux	E LEROY-TERQUEM	Vienne	C MARICHY
Corbeil-Essonnes	O SALMON	Montargis	T BENAICHA	Villefranche-sur-Saône	L FALCHERO
Creil	P LE LANN	Montélimar	B DUVERT	Villeneuve-d'Ornon	A CUGUILLIERE
Dinan	C BERNIER	Montfermeil-Le-Raincy	T COLLON	Villeneuve-Saint-Georges	C FOURET
		Mont-Saint-Martin	R RANGASAMY	Villeneuve-sur-Lot	A RAZAFINDRAMBOA



**16<sup>e</sup>** congrès de  
pneumologie  
de langue française  
Lyon - Palais des Congrès  
du vendredi 27 au  
dimanche 29 janvier 2012  
Le poumon au cœur de l'infection  
Respirer avec  
une maladie neuromusculaire

Étude observationnelle  
d'une cohorte de 1824 patients  
atteints de BPCO  
hospitalisés pour exacerbation aiguë

Jacques Piquet





**16<sup>e</sup>** congrès de  
pneumologie  
de langue française  
Lyon - Palais des Congrès  
du vendredi 27 au  
dimanche 29 janvier 2012  
Le poumon au cœur de l'infection  
Respirer avec  
une maladie neuromusculaire

- 2 présentations
  - Présentation de la mortalité intra-hospitalière des exacerbations de BPCO
    - Comparaison de 2 études
  - Facteurs prédictifs de la mortalité après hospitalisation pour exacerbation de BPCO
    - On arrive au bout...



# Etude EABPCO-CPHG du Collège des Pneumologues des Hôpitaux Généraux

## Prédiction de la mortalité intra-hospitalière des exacerbations de BPCO

N. Roche<sup>1</sup>, M. Zureik<sup>2</sup>, J.M. Chavaillon<sup>3</sup>, F. Martin<sup>4</sup>, J. Piquet<sup>5</sup>

*<sup>1</sup>Service de pneumologie, Hôtel Dieu, Paris, France*

*<sup>2</sup>INSERM U700, Université Xavier Bichat, Paris, France*

*<sup>3</sup>Service de pneumologie, CH, Antibes, France*

*<sup>4</sup>Service de pneumologie, CH, Compiègne, France*

*<sup>5</sup>Service de pneumologie, CHI, Montfermeil, France*



# 2003-2005 : Étude Urgence BPCO

- Urgences + services de pneumologie de 103 CHU et CHG
- 794 patients inclus aux urgences
- Mortalité intra-hospitalière : 7,4% (n=59)
- Dérivation et validation d'un score prédictif
- Validation externe nécessaire

# Urgence BPCO

	Risk of death
<b>Females versus males</b>	NS
<b>Age <math>\geq 70</math> yrs</b>	3.7 (1.3–9.8)
<b>Severity index signs at entry</b>	
0	1.0
1–2	5.1 (1.1–22.7)
$\geq 3$	13.1 (2.9–57.7)
<b>Baseline dyspnoea grade</b>	
0–1	1.0
2–3	3.3 (0.7–14.9)
4–5	5.5 (1.2–24.6)

# Principales différences entre les populations

	<b>EABPCO – CPHG</b>	<b>UBPCO</b>
<b>Age</b>	<b>70 ans</b>	<b>73 ans</b>
<b>Suivi pneumologique</b>	<b>81%</b>	<b>57%</b>
<b>Toux</b>	<b>65%</b>	<b>78%</b>
<b>BD</b>	<b>87%</b>	<b>70%</b>

# EABPCO – CPHG : analyse multivariée

	OR	IC 95%	p
<b>Age (ans)</b>	<b>1,06</b>	<b>1,02-1,10</b>	<b>0,002</b>
<b>Stade de la dyspnée à l'état stable &gt;2</b>	<b>3,91</b>	<b>1,70-8,96</b>	<b>0,001</b>
<b>Signes de gravité dans les 24 premières heures de l'EA</b>	<b>1,34</b>	<b>1,18-1,53</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Maladie cardiovasculaire avant l'EA</b>	<b>2,28</b>	<b>1,06-4,91</b>	<b>0,036</b>

# Performance du nouveau score dans la population EABPCO - CPHG

<b>Modèle Score EABPCO</b>	<b>Dérivation (n=912) % mortalité</b>	<b>Validation (n=912) % mortalité</b>
<b>Tertile 1 (0-1 point)</b>	<b>1 (0.3%)</b>	<b>0 (0%)</b>
<b>Tertile 2 (2-3 points)</b>	<b>4 (1.3%)</b>	<b>5 (1.6%)</b>
<b>Tertile 3 (4-6 points)</b>	<b>18 (5.8%)</b>	<b>17 (5.5%)</b>
<b>c-statistic</b>	<b>0.79</b>	<b>0.78</b>
• <b>Sensibilité</b>	<b>0.77</b>	<b>0.77</b>
• <b>Spécificité</b>	<b>0.67</b>	<b>0.66</b>

# Comparaison des deux scores dans la population EABPCO - CPHG

<b>Modèle Score EABPCO</b>	<b>Score UBPCO % mortalité</b>	<b>Validation Score EABPCO % mortalité</b>	
<b>Tertile 1 (0-1 point)</b>	<b>4 (0.6%)</b>	<b>0 (0%)</b>	
<b>Tertile 2 (2-3 points)</b>	<b>10 (1.5%)</b>	<b>5 (1.6%)</b>	
<b>Tertile 3 (4-6 points)</b>	<b>31 (6.7%)</b>	<b>17 (5.5%)</b>	
<b>c-statistic</b>	<b>0.77</b>	<b>0.78</b>	
<b>• Sensibilité</b>	<b>0.69</b>	<b>0.77</b>	
<b>• Spécificité</b>	<b>0.76</b>	<b>0.66</b>	

# Conclusions

- **Populations différentes**
  - Caractéristiques
  - Mortalité
  - Mode de recrutement
- **Performance du premier score globalement acceptable**
  - S'agissant d'un score simple, purement clinique
  - **Mais** sensibilité plus faible
- Second score qualitativement très proche
  - Comorbidité C-V en plus
    - Item non disponible dans l'étude UBPCO
- Performance du second score :
  - Globalement acceptable aussi
  - **Mais** meilleure sensibilité
- **Importance des études de validation externe avant généralisation de l'utilisation de scores, prenant en le contexte de recherche et de mise en application**

Etude EABPCO-CPHG  
du Collège des Pneumologues des Hôpitaux Généraux

**Facteurs prédictifs de mortalité après  
hospitalisation  
pour exacerbation aiguë (EA) de BPCO**

---

J. PIQUET, J-M. CHAVAILLON, N. ROCHE, C. MAURER,  
P. DAVID, P. FERRER-LOPEZ, C. SLEIMAN, D. DEBIEUVRE,  
F. MARTIN, M. ZUREIK, F. BLANCHON

*Absence de conflits d'intérêts pour le sujet traité*



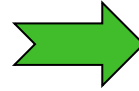
# Population de l'étude

68 centres investigateurs

1 824 patients  
inclus du 01/10/06 au 30/06/07

45 patients  
décédés en cours d'hospitalisation

29 patients exclus\*



1 795 patients  
retenus pour le suivi à long terme

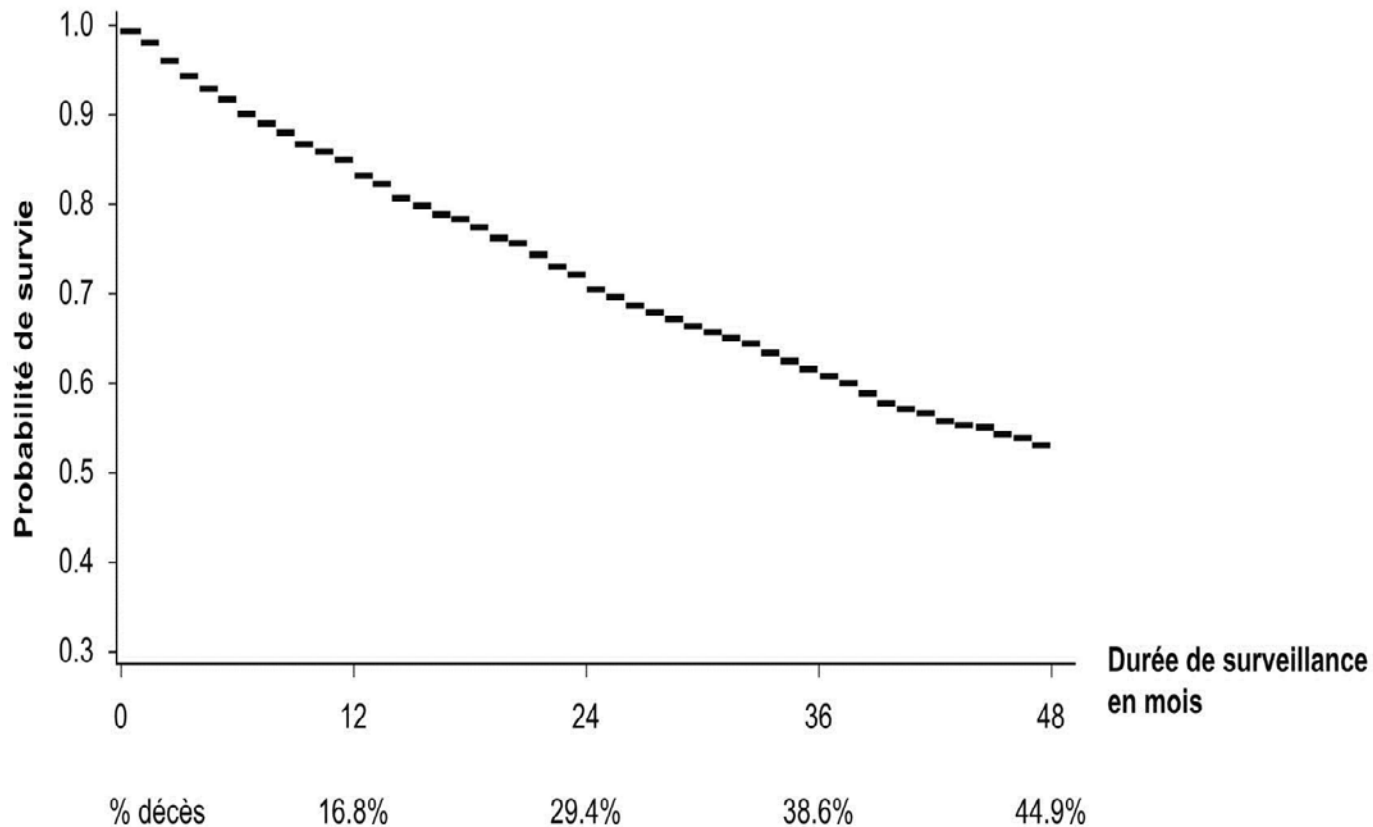
787  
patients  
décédés  
(18 mois)

963  
patients  
vivants  
(45 mois)

\* 9 patients perdus de vue et 20 patients revus après moins de 9 mois de suivi

# Courbe de survie

45% des patients hospitalisés pour EA de BPCO dans un service de pneumologie d'un CHG décèdent dans les 48 mois qui suivent  $p < 0,001$



# Facteurs de risque de mortalité à long terme

	RR	[IC 95%]	(p)
<b>Age (vs. &lt; 60 ans) :</b>			
60-80 ans	1,73	[1,35-2,20]	(< 0,0001)
≥ 80 ans	2,99	[2,31-3,89]	(< 0,0001)
<b>Comorbidité (présence vs. absence) :</b>			
Reflux gastro-œsophagien	0,62	[0,40-0,94]	(0,03)
Comorbidité cardiovasculaire	1,35	[1,16-1,58]	(0,0001)
Cancer bronchique	2,08	[1,43-3,01]	(0,0001)
<b>Nombre d'hospitalisations pour EA de BPCO dans l'année précédant l'hosp. (vs. 0) :</b>			
1	1,28	[1,07-1,53]	(0,007)
2	1,45	[1,15-1,81]	(0,001)
3	1,76	[1,31-2,35]	(0,0002)
4	1,91	[1,44-2,53]	(< 0,0001)
<b>Signes cliniques lors de l'EA (présence vs. absence) :</b>			
Utilisation des muscles resp. accessoires	1,19	[1,01-1,40]	(0,03)
Œdème des membres inférieurs	1,74	[1,44-2,12]	(< 0,0001)
<b>Oxygénothérapie à long terme en traitement de sortie (vs. absence) :</b>			
Présence	2,09	[1,79-2,45]	(< 0,0001)

# Projets 2012:

## Syndromes d'apnées du sommeil (SAOS)



- **Étude « PREDIVARIUS »**  
auto PPC; groupe sommeil SPLF, Respir@dom  
J.C. Meurice
- **Respir@dom: télésurveillance**
- **Optisas (FFP): télésurveillance**
- **SAOS et activité physique (groupe sommeil SPLF)**
- **Projet cohorte saos sujets âgés**  
Etude épidémiologique prospective multicentrique  
Groupe de travail sommeil SPLF, CPHG  
OSFP (Observatoire sommeil de la fédération de pneumologie)



# Validation des Acquis par l'Expérience primo-prescriptions chimiothérapies

Philippe LAURENT

# La VAE en 2012: **Pourquoi?**

- **Le développement de la cancérologie à été progressifs et nombre de médecins investis en cancérologie n'ont pas eu l'opportunité d'obtenir « après coup » la qualification en cancérologie (DESC ou une compétence ordinale).**
- **Ces médecins « primo-prescrivent » des chimios...**
- **Et parmi les Praticiens qui administrent des chimiothérapies sans « habilitation » les situations sont très variables...**
- **la VAE devrait permettre au plus grand nombre de poursuivre cette activité.**

# Primo-prescription et la loi HPST

**l'article D 6124-134 du CSP** stipule que

*(relatif à la composition de l'équipe médicale des ES titulaires d'une autorisation de CT)*

...Sont autorisés à primo-prescrire une chimiothérapie,

- un ES autorisé,
- après RCP
- les médecins ayant un

**1° *DES oncologie ...***

**2° *ou d'une Compétence ordinale ou DESC***

**Les dispositions prévues par la loi HPST pour la VAE (titre II, article 15) devrait éviter la pénurie ...mais ne sont pas applicables faute de décrets**

# Primo-prescription: les Projets de Décret sur la VAE

- Le projet ancien proposé par la DGOS et l'INCA après la réunion du 13 janvier 2011 n'a pas été accepté par toutes les parties et été bloqué... **Action FNS20 !**

=> **Un projet de décret simple** permettant de gérer la période transitoire avant les décrets définitifs en cours de consultation

=> **Deux projets de décrets soumis au conseil d'état**

⇒ *2 ans pour finalisation et 1 an pour soumission des dossiers*

⇒ *Pas applicable avant 3 ans,*

- Un décret émane du ministère des universités et vise à reconnaître une équivalence de DESC1 (auquel a participé la DGOS).
- L'autre décret est proposé par le CNOM

# Primo-prescription: les Projets de Décret sur la VAE

- Le projet ancien proposé par la DGOS et l'INCA après la réunion du 13 janvier 2011 n'a pas été accepté par toutes les parties et été bloqué... **Action FNS20 !**

=> **Un projet de décret simple** permettant de gérer la période transitoire avant les décrets définitifs en cours de consultation

=> **Deux projets de décrets soumis au conseil d'état**

⇒ *2 ans pour finalisation et 1 an pour soumission des dossiers*

⇒ *Pas applicable avant 3 ans,*

- Un décret émane du ministère des universités et vise à reconnaître une équivalence de DESC1 (auquel a participé la DGOS).
- L'autre décret est proposé par le CNOM

# Primo-prescription: le Projet de décret simple En consultation ...

« A titre transitoire, à compter de la publication du présent décret et pendant un délai d'un an après l'entrée en vigueur du décret relatif

-aux conditions dans lesquelles les médecins peuvent obtenir une habilitation à exercer une spécialité complémentaire,

-dans les établissements de santé autorisés pour la pratique de la chimiothérapie,

- la décision peut être prise pour les cancers de l'adulte par un médecin qui ne répond pas aux conditions

-dès lors qu'il a obtenu son diplôme de spécialité au plus tard le 31 décembre 2004

# Primo-prescription: le Projet de décret simple

## En consultation ...

...et qu'il remplit les conditions suivantes :

1° Il justifie :

- a) Soit d'un **diplôme d'université** dans le domaine de la cancérologie clinique ;
- b) Soit de l'exercice d'une **activité hospitalo-universitaire** à un grade de titulaire et de la pratique de l'enseignement de la cancérologie dans sa spécialité ;
- c) Soit **d'une ou plusieurs formations en cancérologie** reconnues par les sous-sections du Conseil National des Universités concernées ;

# Primo-prescription: le Projet de décret simple

## En consultation ...

2° Il justifie également des expériences suivantes, attestées par les instances médicales et les représentants légaux du ou **des établissements** concernés :

a) Une activité de **prescription de chimiothérapies** anticancéreuses depuis au moins **cinq ans** réalisée dans un ou plusieurs services ayant une activité régulière de cancérologie ;

b) Une participation à au moins **vingt RCP** (réunions de concertation pluridisciplinaire) dans sa spécialité par an, sur la moyenne des trois dernières années d'exercice ;

c) **L'instauration et le suivi** : S'agissant des **cancers digestifs**, du sein et pulmonaires de l'adulte, **d'au moins quarante protocoles de chimiothérapie** par an en moyenne sur les trois dernières années d'exercice,

# Primo-prescription: le Projet de décret simple

## En consultation ...: Résumé en 4 points

1. **Formation:** DU de cancérologie ou formation théorique en cancérologie reconnue (société savante de la discipline), ou activité HU à un grade de titulaire, enseignant la cancérologie dans sa spécialité
2. **Activité pluridisciplinaire:** Depuis 5 ans, au moins 20 RCP dans la spécialité par an (moyenne des 3 dernières années d'exercice) ; Attestée par instances médicales et représentants légaux de l'établissement de santé (ES)
3. **Expérience acquise de prescription des chimiothérapies:** Depuis au moins 5 ans ; au moins 40 protocoles/an en moyenne (3 années) ; attestée par les instances médicales et les représentants légaux de l'ES
4. **Lieu:** ES autorisé (cf les 15 règles de l'INCa)

# Structures en dehors du champ des VAE:

=> Prescripteur en « relais »

Article R6123-94 du décret 2007-388 relatif aux « **Établissements Associés** »

« **Ne sont pas soumis à autorisation** ...

- les établissements de santé ou **les personnes** qui, étant **membres d'un réseau** territorial de cancérologie ... participent à la **prise en charge de proximité** de personnes atteintes de cancer en association avec un titulaire de l'autorisation :

- a) **en appliquant des traitements de chimiothérapie prescrits** par un titulaire de l'autorisation ou en réalisant le suivi de tels traitements;
- b) **en dispensant à ces patients des soins de suite ou des soins palliatifs** »

**Établissements Associés <<>> CONVENTION**

# Structures en dehors du champ des VAE:

=> Prescripteur en « relais »

Article R6123-94 du décret 2007-388 relatif aux « **Établissements Associés** »

« **Ne sont pas soumis à autorisation** ...

- les établissements de santé ou **les personnes** qui, étant **membres d'un réseau** territorial de cancérologie ... participent à la **prise en charge de proximité** de personnes atteintes de cancer en association avec un titulaire de l'autorisation :

- a) **en appliquant des traitements de chimiothérapie prescrits** par un titulaire de l'autorisation ou en réalisant le suivi de tels traitements;
- b) **en dispensant à ces patients des soins de suite ou des soins palliatifs** »

**Établissements Associés <<>> CONVENTION**

# Les chantiers de demain

## 1. Les Objectifs

- **VAE : Décret définitif => Équivalence du DESC1**
- **DESC** : adaptation de la maquette aux besoins de formation et stages ? => discussion avec les CNU

## 2. Les Acteurs: au sein de la FSM (comité cancer) :

- **la FNS20** Fédération Nationale des Spécialistes en Oncologie  
d'Organe : HGE, FFP , dermato et +++ fev 2011
- **Le CNC** (Conseil National de Cancérologie)
- **Les CNU**

# Les chantiers de demain ...

## FNS20 et CNC agiront :

- A travers la FSM (Fédération des Spécialités Médicales) ou nous sommes représentés par les membres de nos **CNP** (deux représentants, un public et un libéral pour chaque spécialité) **CNP=FFP`**
- La FSM regroupe paritairement toutes les spécialités médicales, chirurgicales, biologiques, imagerie etc...
- Elle est un interlocuteur majeur des ministères (Santé et universités), agences (HAS, INCa, AFSSAP...) et CNOM ; en particulier pour le DCP.

# conclusions

1-Un décret devrait sortir en 2012 ,

-transitoires (3 ans)

- permettant la primo-prescription pour les Praticiens non habilités

2-L'autorisation transitoire donnée ne sera pas une équivalence du DESC1 tel quelle pourra être accordée dans 3 ans avec le ou les décrets définitifs.

## Conseils:

**Surtout +++ Gardez** vos preuves de compétence

- activité: RCP

- chimio (nb)

- formation: DU, cours intensifs, journées scientifiques.



# 2012



*Aix en Provence  
13 et 14  
Octobre 2012*

Le CPHG fête ses 20 ans !



Collège des Pneumologues des Hôpitaux Généraux  
[www.cphg.org](http://www.cphg.org)





**Un des poumons de la pneumologie !**

