



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

PC3

Création d'un algorithme d'identification d'expériences vécues par des patients ou leurs proches à partir de messages issus des réseaux sociaux : un cas d'usage sur le COVID long

M. Talmatkadi*, P. Foulquié, A. Déguilhem, S. Renner, L. Châteauneuf, A. Mebarki, N. Texier, S. Schuck

Kap Code, Paris, France

*Auteur correspondant

E-mail address: manissa.dehni@kapcode.fr

Introduction : La pandémie de COVID-19 a entraîné une masse d'informations sur les réseaux sociaux et forums provenant de multiples acteurs : gouvernements, journalistes ou encore citoyens. Parmi ces messages, de nombreux patients se sont saisis de ces outils pour partager leurs symptômes et se regrouper en communauté, comme c'est le cas des patients atteints de COVID long avec le hashtag #aprèsJ20. Un algorithme de traitement automatique du langage naturel capable d'identifier les messages constituant des expériences de santé vécues par des patients ou des proches permettrait d'exploiter ces données de vie réelle dans un objectif de santé publique.

Méthodes : A partir de différentes sources, 12 430 messages issus de forums et réseaux sociaux (Twitter, Facebook) ont été extraits sur différentes pathologies : cancer (sans précision d'une localisation), diabète, maladie de Fabry, COVID-19, sevrage tabagique. Ces messages ont été manuellement analysés et codifiés en trois catégories selon la nature de l'internaute : patient/aidant ou proche/répondant. Sur la base de ce « gold standard », un modèle de « machine learning » a été créé et entraîné, couplé avec des champs lexicaux marqueurs d'expériences vécues (par exemple, la présence d'un récit à la première personne ou du champ lexical de la famille). Deux modèles Xgboost ont été choisis permettant de déterminer en premier lieu si l'internaute est un proche de malade ou non, puis dans un second temps, si c'est un patient ou non. Pour être validé, ce modèle a été appliqué sur des messages spécifiques au COVID long. Une sélection aléatoire de ces messages couplée à une annotation par trois annotateurs a permis de mesurer les performances du modèle.

Résultats : Après application de l'algorithme d'identification d'expériences vécues par des patients ou des proches, 700 messages ont été revus et annotés sur le COVID long. Les catégories patients et aidants ont été regroupées en raison des nombreux cas de formes familiales de COVID long rapportés sur les réseaux sociaux. Les performances du modèle ont permis de mesurer une sensibilité de 96 %, une spécificité de 76 %, une « accuracy » à 87 % et une précision de 84 %.

Conclusion : Un algorithme identifiant les expériences vécues par des patients ou des proches au sein des messages issus des réseaux sociaux facilite leur utilisation comme données de vie réelle. Les bonnes performances de l'algorithme, notamment sur les formes longues de COVID-19, permettent un suivi prospectif de ces patients dans un objectif de santé publique. Une future version du modèle devra intégrer la possibilité d'identifier au sein d'un même message la présence d'expériences à la fois de patients et de proches, notamment en cas de formes familiales ("mon fils et moi avons un covid long").

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

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.09.045>

PC4

Étude de vraie vie d'utilisation du durvalumab en consolidation après radio-chimiothérapie dans les cancers bronchiques non à petites cellules (CBNPC) de stade III non résécables : cohorte française de PACIFIC-R

C. Chouaid¹, E. Pichon², M. Wislez³, P. Giraud⁴, W. Hilgers⁵, C. Daniel⁶, M. Pérol⁷, A.K. Chouahnia⁸, S. Ano⁹, M. GajLevra⁹, C. Correia Da Silva^{9,*}, L. Falchero¹⁰

¹ Centre hospitalier intercommunal de Créteil, Créteil, France

² CHRU de Tours, Hôpital Bretonneau, Tours, France

³ Hôpital Cochin AP-HP, Paris, France

⁴ HEGP APHP, Paris, France – Hôpital Européen Georges Pompidou [AP-HP] – France

⁵ Institut Sainte Catherine, Avignon, France

⁶ Institut du Thorax Curie-Montsouris, Paris,

⁷ Centre Léon Bérard, Lyon, France

⁸ Hôpital Avicenne APHP, Bobigny, France

⁹ Laboratoires AstraZeneca, Courbevoie, France

¹⁰ Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône, France

*Auteur correspondant

E-mail address: camille.correiasilva@astrazeneca.com

Introduction : Dans les cancers bronchiques non à petites cellules (CBNPC) localement avancés et non résécables, le traitement de consolidation par durvalumab pendant un an après radio-chimiothérapie (RCT) à base de sels de platine est devenu un standard sur la base des résultats de l'étude PACIFIC, montrant un bénéfice de survie à 5 ans (1). L'étude PACIFIC-R a pour objectif d'évaluer l'efficacité et la tolérance du durvalumab chez ces patients dans des conditions réelles d'utilisation (2).

Méthode : PACIFIC-R (NCT03798535) est une étude observationnelle, internationale incluant les patients atteints d'un CBNPC de stade III non résécable ayant reçu du durvalumab dans le cadre des programmes d'accès précoces internationaux initiés par AstraZeneca. La cohorte française de PACIFIC-R a inclus rétrospectivement les patients ayant bénéficié de l'ATU de cohorte (ATUc) entre septembre 2017 et octobre 2018. Les critères d'éligibilité étaient d'avoir terminé une RCT concomitante ou séquentielle à base de sels de platine dans les 12 semaines, sans signe de progression de la maladie et d'avoir reçu au moins une injection de durvalumab en consolidation. Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux à compter de la date d'initiation du durvalumab (date index) jusqu'à 5 ans. Cinq périodes d'extractions sont prévues au protocole pour recueillir les caractéristiques, la progression et la survie des patients. L'évaluation de la progression pouvait être selon les critères RECIST ou clinique selon le jugement de l'investigateur. Ce résumé concerne l'analyse des données de progression.

Résultats : La cohorte française a inclus 342/1399 patients de l'étude PACIFIC-R, pris en charge dans 66 centres (CHG : 39,4 %, centres privés : 27,3 %, CHU : 24,2 %, CLCC : 7,6 %). L'âge moyen des patients était 63,1 ans, le ratio homme/femme de 7/3. Le stade à l'initiation du durvalumab était III A pour 42,3 % des patients et IIIB/C pour 57,7 %. Respectivement 20,4 %, 51,5 % et 26,6 % des patients étaient N0/N1, N2, N3 ; 76,5 % des patients avaient un résultat de test PD-L1 dont positif (≥ 1 %) dans 60,5 % de cas, négatif (< 1 %) dans 26,1 % et non-conclusif dans 13,4 %. La RCT était majoritairement concomitante (86 %). A 24 mois de suivi médian, le nombre médian d'injections était de 22, la durée médiane de traitement de 10,6 mois. Les raisons d'arrêt du durvalumab étaient : fin de traitement (47,1 %), EI (18,4 %), progression de la maladie (28,4 %), décès (2,3 %). La durée médiane de survie sans progression (SSP) était de 23,2 mois (IC95%