

ajp 02

Association des Jeunes Pneumologues

Newsletters Mars - Avril 2020

Pascal Wang

Point COVID-19

Pour débiter la deuxième newsletter de cette année, je vous rappelle que de nombreuses initiatives ont été prises par les acteurs de notre système de santé et ceux à travers tout le pays afin de nous informer en temps réel sur la prise en charge des patients infectés. En effet de nombreux documents concernant les points clefs, que nous, professionnel de la santé, pouvons rencontrer durant cette crise sanitaire sont actuellement à notre disposition.



ALORS A VOS ARTICLES !! :

- La HCSP (Haut Conseil de Santé Publique) a publié le **5 mars 2020** un [document de 33 pages](#) concernant la prise en charge des **cas COVID-19 confirmés**
- L'ISNI a également créé une **section à part entière sur leur site** regroupant tous les documents certifiés et relatifs au COVID-19, avec une mise à jour quotidienne : [lien](#)
- L'AJAR poste également depuis 2 jours **des « fiches flashes »** mais aussi des vidéos en rapport avec les situations critiques (définition du SDRA, posologies des drogues en séquence d'IOT rapide, rappel sur la ventilation mécanique...): [vidéo](#) et [fiche flash](#)
- Le site de l'INSERM possède également **une « review »** mis à jour quotidiennement sur le sujet : [Review](#)
- Les **responsables du DES Pneumologie de Toulouse** ont également centralisé les documents sur [leur site](#)
- Plusieurs vidéos sur YOUTUBE sont également dédiées au COVID-19 :
 - « **WEBINAR DU CEMIR SPECIAL COVID-19** » par le Pr TIMSIT (Réa Bichat) et Pr Ferhat (Réa Strasbourg) : [lien 2](#), *excellente vidéo qui résume tout ce qui faut savoir sur le COVID 19 à ce jour et la situation actuelle des centres de références.*
 - « **Tutoriel habillage/déshabillage COVID-19** » : [lien 3](#)

Fiche COVID-19



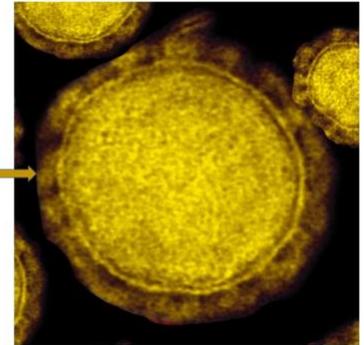
MALADIE A CORONAVIRUS OU COVID – 19 (COrona Vlrus Disease 2019)

Pour ma part, je vous propose une fiche récapitulative que j'ai rédigé à partir de différentes sources qui se trouvent dans toute la lettre. En effet, pour cette NL, vous trouverez les sources sur toutes les pages afin que vous puissiez avoir le plus de renseignement possible :

- **Agent pathogène** : SARS – Cov-2 (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère à Coronavirus 2)
- **Famille des Coronaviridae humain** : 7 membres dont 3 potentiellement létales et 4 bénignes (rhume ++)

VIRUS		Ancienneté
Coronavirus humain commun, de faible pathogénicité		
NL63	(alpha coronavirus)	500- 800 ans
229E	(alpha coronavirus)	200- 300 ans
OC43	(beta coronavirus)	120 ans
HKU1	(beta coronavirus)	
Autres coronavirus humains, de haute pathogénicité		
MERS-CoV	(beta coronavirus, agent du Syndrome Respiratoire du Moyen Orient)	2012
SARS-CoV	(beta coronavirus, agent du Syndrome Aigu Respiratoire Sévère)	2003
SARS-CoV-2	(beta coronavirus, agent du COronaVirus Disease 2019)	2019

Dans la famille des 7 coronavirus (CoV) humains, 4 d'entre eux provoquent une maladie bénigne (par exemple le rhume) et 3 provoquent une maladie humaine potentiellement létale.



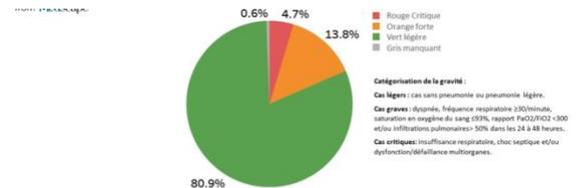
Ralph S. Baric, PhD, University of North Carolina, Virtual CROI 2020, Special Lunch-Time Session on COVID-19, <https://special.croi.capitalreach.com/>

- **Dernière alerte** : MERS – COV en 2012 au Moyen Orient
- **Deux modes d'évolution** : Mutation par recombinaison de leur ARN et plasticité structure des glycoprotéines de surface (flèche jaune de l'image)
- **Réservoir principal** : CHAUVRE SOURIS ++++
- **Transmission** : **GOUTELLETTE** (déposés sur les surfaces ++), excrétion virale via la salive ++. Possible excrétion via les selles (plutôt à la fin de l'infection) mais le virus serait non vivant donc potentiellement non infectieux... Pas de transmission périnatale démontré à ce jour.
- **!! Une étude récente chinoise (Ong, 2020) a retrouvé des microparticules de virus au niveau de la bouche de ventilation, des vitres et des poignées de porte (mais pas en suspension dans l'air) dans une chambre d'un patient infecté → Une hygiène des mains parfaite et la désinfection des outils de travail est donc INDISPENSABLE**

Virologie

- **Physiopathologie** : Modification de la glycoprotéine S des coronavirus de chauve-souris → Passage à une autre espèce (chez l'Homme via la reconnaissance des récepteurs humain ACE-2 (= récepteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine) des cellules épithéliales bronchiques) → Pénétration à travers la paroi cellulaire → Détournement du matériel génétique → Production massive de nouveau virions SARS Cov2 → Destruction de la paroi cellulaire alvéolaire infectée → Libération de millions de copies → Infection exponentielle des cellules bronchiques avec 3 situations possibles :

- Guérison **spontanée** avec quelques symptômes mais le patient reste contagieux +++ (80%)
- Lésion d'atteinte interstielle avec œdème diffus sans remplir les critères de SDRA avec **mono défaillance respiratoire** (15%)
- Provoque un **SDRA avec multi défaillance** dans les 7 – 11 jours du J1, chez les patients avec comorbidités ++ (5%) → Possible évolution vers une fibrose pulmonaire par phénomène d'inflammation amplifié



Sévérité du COVID-19 en Chine jusqu'au 11 février 2020 :
 Dans la plupart des cas, le COVID-19 a une sévérité légère. La plupart des patients se rétablissent spontanément avec les traitements de support, en particulier les enfants et les adultes d'âge moyen. La létalité est de 49% parmi les stades critiques.

The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel COVID-19 – China, 2020. China CDC Weekly, 2020, 2(8): 113
 John T. Brooks. Virtual CROI 2020. Special Lunch-Time Session on COVID-19. <https://special.croi.capitalreach.com/>

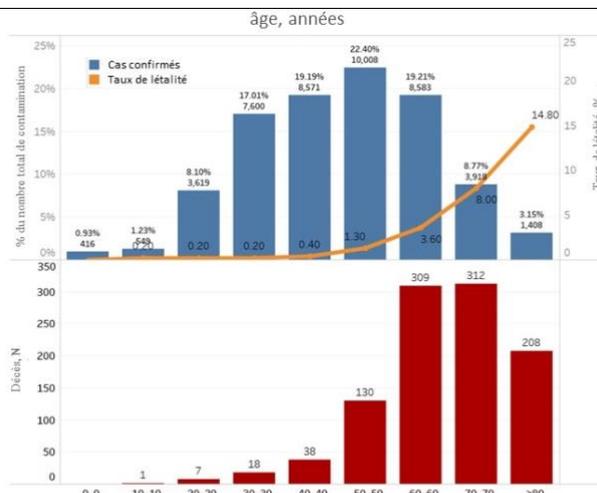
- **Point fort du virus** : **FORTE VARIABILITE** de la glycoprotéine S entre les différents membres de la famille (>10%) donc les vaccins développés contre le SARS-Cov peu efficace...

- **Taux de létalité liée au COVID-19** : **0,5 – 3,5%** (2,3% selon les chiffres du ministère) (vs 0,1 % pour la grippe saisonnière soit 5 à 35 fois plus mortel).

En réalité, le chiffre tournerait plus autour de 1% si on dépister tous les patients selon certaines sources (cf Corée du Sud et Allemagne).

- **Taux de létalité (sous-groupe personne âgé)** : > 5%

- **Répartition selon l'âge** : La population entre 50 – 59 ans est la plus touchée mais la plus mortelle entre 60-79 ans



Répartition par âge du COVID-19 en Chine continentale au 11 février 2020 : Décès et taux de létalité (CFR) calculés à partir de 44.672 cas confirmés de COVID-19. Les CFR sont stratifiés selon l'âge: le taux de létalité est de 14,8% parmi les personnes de plus de 80 ans.

Chronologie

- **Point de départ** : Marché de fruit de Mer à Huanan à Wuhan (Chine).
- **31.12.2019** : l'OMS est prévenue par les autorités chinoise de cas suspect
- **9.01.2020** : Nouveau virus identifié (2019-nCoV)
- **Mi-janvier 2020** : Cas de COVID-19 diagnostiqué hors de Wuhan
- **24.01.2020** : 1^{er} cas de COVID-19 en France
- **11.02.2020** : Nouveau nom officiel : SARS-Cov2, du fait de son affiliation au SARS Cov1
- **25.02.2020** : Nombre de cas HORS CHINE SUPERIEUR aux cas de chine et **DEBUT OFFICIEL DE L'EPIDEMIE EN FRANCE.**
- **4.03.2020** : Nombre de décès HORS CHINE SUPERIEUR nombre de décès en Chine → **PANDEMIE SELON L'OMS**

Quelques chiffres clefs à la base des mesures actuelles +++

- Durée de portage du virus (sans traitement) : **20 jours en moyenne !!** (Le confinement va donc théoriquement être au moins de 20 jours !!)
- Durée de vie minimum des virus sur une surface inerte (sans désinfection) : **4h**
- Période d'incubation moyenne : **4 à 6 jours** (possible 2 – 14 jours)
- Délai d'admission dans un service : **6-8 jours** après le début des symptômes
- Période critique d'aggravation : **9-11 jours** après le début des symptômes

Clinique

Les **populations à risques** sont (d'après l'analyse chinoise sur 72 317 cas *The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team*), ceux ayant :

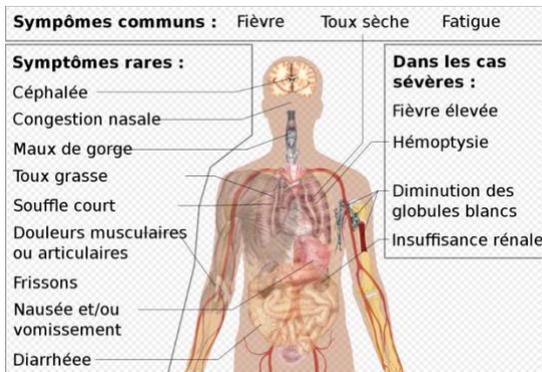
- Une pathologie **cardiovasculaire** (mortalité de 23%)
- Une **insuffisance respiratoire chronique** (mortalité de 8%)
- Potentiellement les personnes **immunodéprimées**
- *En France, on note qu'une part non négligeable des patients en Réanimation présente un surpoids voire une obésité ≥ 1.*

Un **QUINTE** de symptômes assez claire mais très peu discriminant... :

- **FEVRE +++** (> 80 % ++, même 90% dans certaines études)
- Toux sèche (50%)
- Anorexie (40%)
- Dyspnée (40%)
- Myalgies / arthralgies (25%)
- **Autres...** :
 - Céphalées (< 20%)
 - Diarrhées (<15%) → Plutôt chez les enfants et adolescent et précéderait la fièvre, toux...
 - Pharyngite
 - **Anosmie et/ou agueusie** (assez spécifique, une étude rétrospective à Lariboisière est en cours pour confirmer ANOSMIE/AGUEUSIE BRUTALE ISOLE et COVID-19)

Il est **contre indiqué** d'après l'arrêté du 2 mars 2020 du ministère de la santé publique, de **prendre en charge en ambulatoire** les cas confirmés avec :

- Pneumopathies **hypoxémiantes oxygénoréquerante**
- **Terrains fragiles** : Age > 70 ans, Comorbidité respiratoires à risque de décompensation, Insuffisance rénale dialysée, Cirrhose stade ≥ B, diabète insulinodépendant compliqué, immunodéprimés



Pour rappel les critères de gravité d'une pneumonie :
Fièvre ou suspicion d'infection respiratoire associée à l'un des signes suivants

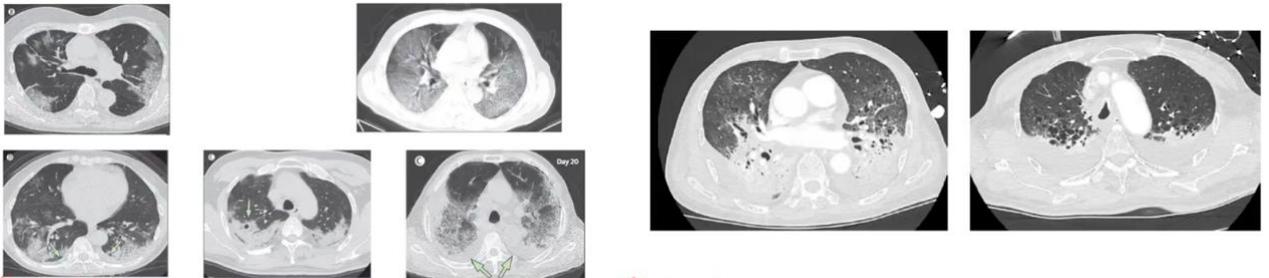
- SpO2 < 90% en AA
- Tachypnée avec FR > 30/min
- Insuffisance respiratoire aiguë nécessitant une ventilation mécanique ou invasive
- Insuffisance circulatoire aiguë associée (sepsis ou choc septique)
- **Particularité du COVID-19 :**
 - Dégradation **BRUTALE** de la fonction respiratoire **entre le 7 et 11 ième jour** du début des symptômes avec désaturation **rapide SANS SIGNES** de lutte respiratoire (pas de tirage) mais dyspnée et tachypnée brutale.
 - !! OPTIFLOW > 30L/min et VNI **non conseillé**, il pourrait y'avoir un risque d'aérosolisation des particules virales

Paraclinique

- **Biologie :**
 - CRP souvent **modéré entre 30 – 80mg/L**
 - Une évolution vers une forme grave est marquée par une **élévation des GB (polynucléose +++)** mais **lymphopénie PROGRESSIVE**.
 - Possible **thrombopénie**
 - Possible **baisse du TP**, élévation des **D Dimères**, LDH, **ASAT +++**
 - Possible **élévation de la troponine ultra-sensible**

- **Diagnostic :**
 - **Écouvillonnage nasal avec RT – PCR ++++** (seulement chez les cas symptomatiques à risque de complications ou personnel soignant)
 - Virémie seulement dans les formes graves

- **Imageries (la société de radiologie française propose plusieurs TDM, radio de thorax et évoque la place de l'échographie thoracique) :**
 - Aspect en **verre dépoli**, d'abord **UNILATERAL** avec prédominance du lobe inférieur droit se **BILATERALISANT** dans 90% des cas et devenant diffus au cours de la 1^{ère} semaine.
 - Dans les cas graves, possibles évolution vers des images de **condensations** puis des images **RETICULEES** accompagnées de bronchectasies.
 - Possible **épanchement pleural (13%)** et **adénopathies médiastinales (13%)**



!! Les formes ayant les plus tendances à être transféré en REA : Condensations bilatérales, multiloculaires, et sous segmentaires initiales +++

- **Rq : /!/ Possible co-infection virale +++**, c'est à dire grippe A/B et COVID-19 mais rare co-infection virale et bactérienne → Donc le diagnostic d'une pneumonie aiguë bactérienne permet d'éliminer avec une certaine certitude le diagnostic de COVID-19

Évolution

- Forme **sévère** dans 15% des cas (dyspnée brutale avec FR > 30/min, SpO2 < 93%, Infiltrat pulmonaire > 50 % en moins de 48h)
- Forme **critique** dans 5% des cas avec SDRA, choc septique et défaillance multi viscérale
- **Bien comprendre :** la durée **MOYENNE** du séjour en REA est de **7 jours** et d'hospitalisation **entre 10 et 14 jours**....
- Possible **SURINFECTION FONGIQUE ++** mais bactériennes plus rare :
 - **Pour les levures : ASPERGILLUS FLAVUS, ASPERGILLUS FUMIGATUS ++**, *Candida Glabrata* et *Candida Albicans*.
 - **Pour les bactéries :** *A. Baumannii*, *P. Aeruginosa*, *S. Marcescens*

!! Résultat à interpréter avec prudence car l'écologie des hôpitaux d'Asie du Sud Est diffère du notre.

- Aucun pour le moment... **Mais > 500 essais** (descriptive et interventionnel) en cours selon l'OMS
- **TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE +++ !!** Attention le PARACETAMOL est **RATIONNALISE** en pharmacie ([lien](#))
- Plusieurs molécules en cours d'essais, ces molécules peuvent être associées ou non entre elles (NPO d'inclure vos patients si vos centres mènent une étude ++) :

**Hydroxychloroquine (PLAQUENIL®) +/-
Azythromycine**

Remdesivir (GILEAD®)

Lopinavir/Ritonavir (KALETRA®)

- **Antipaludique** : action sur lysosome et diminue la prolifération virale
- **Azythromycine** : activité ARV propre, prévient aussi les complications liées à une surinfection bactérienne (à rajouter donc si risque surinfection)

- Dérivé monophosphaté d'un analogue nucléosidique de l'adénine → Substrat compétitif

- **Inhibiteur de protéase** utilisé dans le VIH
- **!! Ritonavir** : anti-protéase booster qui augmente les concentrations de Lopinavir

- Action SARS Cov2 démontré in vitro pour l'hydroxychloroquine
- Action antiviral in vivo de façon générale démontré des 2 traitements (vs Ebola et Zika pour l'azythro)

- Activité anti virale puissante sur la famille des coronavirus in vitro
- In vivo, a démontré son efficacité sur le SARS-Cov1 et MERS-Cov

- Activité in vitro démontré sur le MERS et SARS- Cov1

- Au moins 7 dans le monde.
- Dont **1 française** (non randomisé, ouvert) par le **Pr RAOULT** sur 30 patients : Négativité du portage virale **chez 75% des patients à J6** du diagnostic positif de RT-PCR → [Lien](#) (DOI : 10.1016/j.ijantimicag.2020.105949)

- 3 essais (vs placebo) en cours : 2 en Chine (Forme sévère et non sévère) et 1 aux USA

- 1 essai (vs placebo) publié sur 199 patients en Chine le 18 mars ([lien](#)) : **Aucun bénéfique**
- 1 essai débuté en France depuis le 20 mars (**essai REACTing**)
- 1 essai (MIRACLE) a testé l'association avec de l'INF 1b en 2016 dans le MERS-Cov

- Voie : PO
- **PAS D'AMM mais prescrit au CHU Marseille depuis le 22.03.20**
- Posologie (essai Pr RAOULT) :
 - Hydroxychloroquine : 600 mg / jour
 - +/- Azythromycine (posologie légionellose) : 500 mg J1 et 250 mg pour les suivantes
- **Durée** : 10 jours (seulement 6 jours pour l'Azythromycine)
- **Interaction** : Macrolides et Colchicine
- **ES** : Cardiaque ++ (QTc allongée), Diarrhée +++
- **CI** : !! Hydroxychloroquine si déficit en G6PD

- Voie : IV
- Posologie :
 - Si ≥ 40 kg : 200 mg à J1, puis 100 mg de J2 à J10
 - Si < 40 kg : 5mg/kg à J1 puis
- **Durée** : 10 jours
- **Interaction** : Non
- **ES** : Cytolyse (!!CI si > 5N) et IRA

- Voie : PO
- Posologie :
 - Si ≥ 40 kg : 400/100 mg 2 x/ jour
- **Durée** : 14 jours
- **Interaction** : Oui +++ (anticoagulant, chloroquine, AE, ATF...)
- **ES** : Diarrhée +++, nausée et vomissement

Prévention

- **> 80 essais cliniques** sur les vaccins dans le monde
- **Points négatifs** :
 - Efficacité pourrait être limitée chez les sujets âgés
 - Variabilité importante du SARS-Cov2
- **Pas disponible avant 6 mois (voir 12 mois ...)**

Sources pour la fiche (surtout la vidéo « in English ! ») :

Virtual CROI 2020, Special Lunch-Time Session on COVID- 19 <https://special.croi.capitalreach.com/> avec ces différents intervenants ;

- Zunyou Wu, Chinese Center for Disease Control and Prevention
- John T. Brooks, US Centers for Disease Control and Prevention
- Division of HIV/AIDS prevention Ralph S. Baric, University of North Carolina
- Anthony S. Fauci, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health)

Et l'article : The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020[J]. China CDC Weekly, 2020, 2(8): 113-122.



En savoir plus : TOCILIZUMAB dans le COVID-19 sévère (un peu de nouvelle positive !)

Article (apparu il y'a 2 jours mais pas dans un grand journal et sans Peer Review) proposé par notre secrétaire Dimitri !

Effective Treatment of Severe COVID-19 Patients with Tocilizumab

Xiaoling Xu^{1,2*}, Mingfeng Han^{2,2}, Tiantian Li¹, Wei Sun², Dongsheng Wang¹, Binqing Fu^{3,4}, Yonggang Zhou^{3,4}, Xiaohu Zheng^{3,4}, Yun Yang⁵, Xiuyong Li⁶, Xiaohua Zhang², Aijun Pan⁵, Haiming Wei^{3,4*}

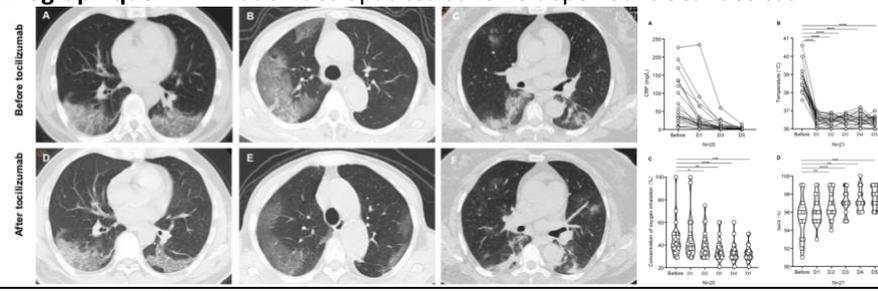
Rationnel	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Évolution néfaste dans le COVID-19 dû à un état pro inflammatoire important lié en partie à un orage cytokinique (IL-6, TNF-α et IL-12) à l'origine de la polynucléose et de la lymphopénie dans les cas graves qui participe à la fibrose pulmonaire. Le taux d'IL-6 dans cette étude est en moyenne de 132 pg/ml (Nle : < 7 pg/ml) dans les formes graves. ➤ Corollaire : Utilisation du TOCILIZUMAB, un Ac recombinant anti IL-6 récepteur pour bloquer le processus inflammatoire
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Date : entre 05.02.2020 et 14.02.2020 ➤ Population : 21 patients COVID-19 dont 18 hommes et 3 femmes, 17 sévère et 4 critiques, moyenne d'âge de 56.8 ans ➤ !! Ce sont des patients ayant le traitement standard des COVID sévère ou critique, c'est à dire sous Lopinavir seul avec methylprednisone. Étude : consister à rajouter du TOCILIZUMAB au traitement standard. ➤ Posologie : 18 patients ont reçu une dose de 400 mg de TOCILIZUMAB IV et 3 patients ont reçu 2 doses de 400 mg de TOCILIZUMAB IV (car 12h après la 1^{ère} dose, il persistait de la fièvre) ➤ Surveillance : Clinique et scannographique (TDM thoracique 1 semaine après la 1^{ère} dose)
Résultats	<p>L'introduction du TOCILIZUMAB aurait permis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disparition de la fièvre et ceux de façon stable après la dernière injection dans 100% des cas • Amélioration clinique avec diminution des besoins en oxygénothérapie et/ou des paramètres de ventilation (dont 1 qui a été extubé) • Amélioration biologique : normalisation des lymphocytes chez 52% des patients, normalisation de la CRP dans 84% des cas • Amélioration scannographique : Diminution des opacités et verre dépoli dans 90% des cas 
Conclusion	<p>Limite principale : Peu de patients. Étude interventionnelle de phase II avec de nombreux biais possible → Nécessité d'une phase 3 randomisée et en aveugle</p> <p>Le TOCILIZUMAB semble avoir une efficacité dans l'amélioration clinique, biologique et scannographique chez les patients COVID-19 sévère.</p>

TABLEAU COMPARATIF		
Épidémiologie actualisée au 21.03.2020 Compteur COVID-19	MERS - Cov	SARS – Cov 2
Structure	RNA virus	RNA virus
Période de virulence	2012 - présent	Déc. 2019 - présent
Nombre de pays touchés (/195)	27	172
Réservoir (hôte intermédiaire)	Chauve-souris (Chameaux, dromadaire)	Chauve-souris (Potentiellement zoonose avec le Pangolin)
Période d'incubation (min-max)	2-7 jours (2-14 jours)	5-6 jours (2-14)
Taux de reproduction R0	0.3 – 1.3	2.4 – 3.8
Taux d'attaque (morbidity)	4% à 20%	20 % à 30%
Propagation par les personnes asymptomatiques	Rare	Oui ++++
Traitement	Traitement de support	Traitement de support ou étiologique (cf étude en cours)
Voies et prévention de l'infection	Gouttelettes, contact, masque	Gouttelettes, contact, masque



Mobilisation des internes (ISNI, SIHP)

L'heure est **GRAVE** et surtout au niveau du Grand-EST de France (Strasbourg, Mulhouse, Colmar et Metz).

L'AJPO2 se permet donc de relayer le message suivant du Dr JEAN GARRIC (Délégué régional Grand Est du SNPHARE) auprès des internes disponibles. En effet, la réserve sanitaire ne suffit plus dans cette région et **ils ont besoin de personnels « frais » (médecins anesthésistes réanimateurs, IADE)**. L'ARS prendra en charge les frais de déplacements, logements et nourritures, et bien sûr il y aura une rémunération.

➔ Pour cela, il faut contacter **Mme le Dr Carole CRETIN** (Directrice de l'offre de soins à l'ARS du Grand EST), ARS dont le numéro de téléphone est le suivant : **03 83 39 30 30**. Les volontaires seront bien évidemment libérés dès que leur région commencera à être impactée ou si autres problèmes.

Au niveau national après **la conférence du 16 mars 2020** réunissant les syndicats des internes, les DG de CHU et les pCME.

Plusieurs points ont été émis (ceux qui souhaite le rapport complet, peuvent nous contacter ou retrouver le résumé dans [l'article de l'ISNI suivant](#)) :

- **MOBILISATION DES INTERNES EN DISPONIBILITE** ou « hors clinique » pour soutenir les services dans le besoin. Pour cela il suffit de vous inscrire au [LIEN SUIVANT](#)

Par ex : En ile de France, un système de référent (basé sur l'expérience du Grand Est) a été mis en place. Chaque CH devra nommer un responsable des internes de Réanimation, des urgences et des étages afin de renseigner sur l'état des lieux, ensuite ces responsables remonteront les informations aux référents départementaux afin que les internes volontaires puissent être répartis en fonction de la demande.

- Les internes **ENCEINTES** et atteints d'une pathologie **CHRONIQUE** (dont asthme chronique) ainsi que les **infectées** doivent être en **confinement TOTAL** et non exposés à la prise en charge des patients. Mais il leur est possible de faire du télétravail en permettant la coordination des équipes au sein des cellules de crises.
- Un fichier GOOGLE est mis en place pour **recenser les internes infectés et les cas graves** (n'hésitez pas à le remplir !!) : [Fichier](#)
- Les **choix de stage sont reportés** et se feront peut-être en dématérialiser
- Le semestre actuel est prolongé **d'un mois (RENOUVELABLE)** pour les internes actuellement en place.
- **SAUF** pour les futurs assistant et chefs de clinique, les prises de poste hospitalier (assistants, PH) ne doivent **pas être impactés** et la prise de fonction doit être effective **dès le 1^{er} mai**.
- Tous les travaux universitaires et enseignements (hors COVID) sont allégés au maximum et ne doit pas retarder l'accès au statut de Dr JUNIOR. Un délai supplémentaire doit être donné jusqu'au 31 décembre 2020 aux internes de fin de phase 2 pour passer leur thèse !
- Les lignes de gardes peuvent être **DOUBLEES** si besoin. **TOUS LES INTERNES**, de TOUTES LES SPECIALITES doivent participer au fonctionnement des lignes de GARDES ESSENTIELLES
- Les selfs et restauration des internats **DOIVENT ETRE FERMES**.
- Les stages INTERCHU pour le prochain semestre ne sont pas annulés (contrairement à ce qui semble être écrit sur certains sites)

Par le ministère de la sante, plusieurs diapositives relatives ont été mise au clair (mais reprend en grande partie de ce qui a été dit dans la conférence sus-cité) : <https://isni.fr/disposition-relatives-aux-internes-covid-19-instruction-ministerielle/>

Enfin [une plateforme](#) au niveau national, a été créer pour les internes et jeunes chefs, pour discuter des difficultés rencontrées durant cette crise sanitaire.



Précisions sur le statut « Dr Junior »



Aussitôt paru, aussitôt disparu !

En effet, le [nouvel arrêté publié le 19.02.2020](#), supprime l'obligation pour les praticiens séniors qui supervisent les docteurs juniors, d'être joignables pendant les périodes nocturnes.

Car pour rappel, il avait été initialement publié dans [le Journal Officiel du 19.01.2020](#), dans le chapitre consacré aux différentes « étapes chronologiquement successives de la supervision et de la restitution », que le praticien séniors, « clairement identifié », devait être joignable et/ou à même de se déplacer à tout moment, en tant que de besoin, « pour assurer la supervision du Dr Junior » pendant les périodes nocturnes.

Ceci aurait pour objectif de permettre au Dr Junior d'apprendre la dureté et la solitude du métier...

Une fois toutes ces modalités posées, le ministère de la santé s'est ensuite attardé sur la rémunération des futurs Dr Junior.

Il a été émis que pour les deux années, les docteurs juniors percevront quelque **27 025 euros annuels**. A cela, sera ajouté « la prime annuelle d'autonomie » qui sera fixée à 5000 euros la 1^{ère} année de phase 3 et à 6000 euros pour la deuxième année.

Pour ce qui est des gardes et des astreintes médicales, elles sont rémunérées à l'identique de ce que sont payés les praticiens hospitaliers, c'est à dire qu'une nuit, un dimanche et jour férié rapportera **250 Euros** alors qu'une demi-nuit, un samedi après-midi rapportera **125 Euros**.

Pour les astreintes médicales, elles varient entre 42,38 euros l'indemnité forfaitaire de base pour une nuit ou deux demi-journées, ou encore 21,30 euros l'indemnité forfaitaire de base pour une demi-astreinte de nuit ou le samedi après-midi. Là aussi, il y a toute un tas de variantes que décrit à la perfection [l'arrêté du 30 avril 2003](#).

Ces dispositions rentreront en vigueur à compter de la rentrée universitaire 2020-2021 pour « *les étudiants en médecine affectée dans une spécialité après classement par les épreuves classantes nationales de 2017* ».

Bibliographie

Malgré cette crise sanitaire, il ne faut pas oublier qu'il y'a d'autres pathologies pulmonaires ! Aujourd'hui, je vous propose 2 articles qui portent sur l'intérêt du dépistage systématique dans les cancers broncho-pulmonaires dans les populations à risque et le deuxième, un résumé d'un article de l'ERS récapitulant l'alternative à l'usage des corticoïdes oraux. Enfin, nous terminerons sur un QCM.

- **1^{er} article : Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial.**
de Koning HJ¹, van der Aalst CM¹, de Jong PA¹, Scholten ET¹, Nackaerts K¹, Heuvelmans MA¹, Lammers JJ¹, Weenink C¹, Yousaf-Khan U¹, Horeweg N¹, van 't Westeinde S¹, Prokop M¹, Mali WP¹, Mohamed Hoesein FAA¹, van Ooijen PMA¹, Aerts JGJV¹, den Bakker MA¹, Thunnissen E¹, Verschakelen J¹, Vliegenthart R¹, Walter JE¹, Ten Haaf K¹, Groen HJM¹, Oudkerk M¹. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31995683>
- **2^{ème} article : How can we minimise the use of regular oral corticosteroids in asthma ?** De Bourdin A, Adcock I, Berger P, Bonniaud P, Chanson P, Chenivresse C, de Blic J, Deschildre A, Devillier P, Devouassoux G, Didier A, Garcia G, Magnan A, Martinat Y, Perez T, Roche N, Taillé C, Val P, Chanez P.
Eur Respir Rev. 2020 ;29(155). doi: 10.1183/16000617.0085-2019. PMID : 32024721

1^{er} article : ETUDE NELSON (publié début mars 2020)

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial

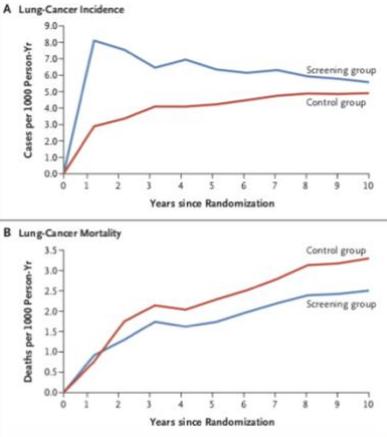
H.J. de Koning, C.M. van der Aalst, P.A. de Jong, E.T. Scholten, K. Nackaerts, M.A. Heuvelmans, J.-W.J. Lammers, C. Weenink, U. Yousaf-Khan, N. Horeweg, S. van 't Westeinde, M. Prokop, W.P. Mali, F.A.A. Mohamed Hoesein, P.M.A. van Ooijen, J.G.J.V. Aerts, M.A. den Bakker, E. Thunnissen, J. Verschakelen, R. Vliegenthart, J.E. Walter, K. ten Haaf, H.J.M. Groen, and M. Oudkerk

Contexte

- Quelques études ont montré que le dépistage par scanner faible dose **pouvait réduire** la mortalité par cancer bronchique dans une population adulte à risque. Mais, certaines études européennes (MILD, DLCST) à moindre échelle, n'ont pas permis de confirmer ce résultat, favorisant les controverses sur le bénéfice réel de cette approche, pour laquelle la **population cible doit être clairement définie**.
- Le but de l'**ETUDE NEERLANDAISE ET BELGE NELSON** est donc de combler ces points faibles en recrutant **une cohorte de plusieurs milliers d'hommes** et, dans un second temps, d'environ 2.500 femmes, suivis pendant plus de 10 ans.
- **Pour rappel** : l'étude **NLST (National Lung Screening Trial aux USA)** avait mené un dépistage annuel sur 3 ans qui permettait une réduction de 20% par rapport à un dépistage par radiographie thoracique. Cette étude est à la base des recommandations actuelles aux USA qui préconise le dépistage annuel de la population âgé entre 55 et 80 ans avec un nombre estimé à 30 PA chez les fumeurs actifs ou sevrés dans les 15 dernières années.

Méthodes

- Étude menée entre décembre 2003 et 31 décembre 2015
- **Population étudiée** : 13.195 hommes et 2.594 femmes (*analyse secondaire, la proportion de femmes à haut risque a commencé à augmenter au début du 21^{ème} siècle ce qui explique leur nombres moins important...*) de **50-74 ans** et à **haut risque** (= fumeurs **actifs ou sevré depuis moins de 10 ans** ayant fumé au moins 15 cig/jour pendant plus de 25 ans ou plus de 10 cig/ jour pendant plus de 30 ans, ce qui fait **un minimum de 15 PA pour être à haut risque**)
- **Randomisés en 1 :1**. Un groupe contrôle d'homme (6612) et un groupe d'homme scanné (6583).
- **Rythme des scanners low dose non IV** : NELSON prévoit 4 imageries à T0, à 1 ans puis à 3 et enfin à 5,5 ans après l'inclusion avec une surveillance clinique sur 10 ans.
- **Critère de jugement principal** : La mortalité par cancer du broncho pulmonaire

<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Caractéristique de la cohorte masculine</u> : âge moyen 58 ans, tabagisme médian de 38,0 paquets-années et 55,1% de fumeurs actuels. ➤ 344 tumeurs dans le groupe de dépistage contre 304 tumeurs dans le groupe contrôle. ➤ Le nombre cumulé de décès associés était de 156 et de 206 cas respectivement. ➤ L'incidence cumulée du cancer bronchique sur 10 ans était respectivement de 5,58 cas et de 4,91 cas pour 1.000 personnes-années dans les groupes dépistage régulier ou contrôle, respectivement, soit un rapport des taux de 1,14 [0,97-1,33]. ➤ Dans le groupe dépistage régulier, les cancers étaient plus souvent identifiés au cours des dépistages programmés qu'au cours de l'intervalle entre deux dépistages et ils étaient plus souvent au stade tumoral IA ou IB par rapport à ceux du groupe contrôle. ➤ <u>Concernant le critère de jugement principal</u> : La mortalité cumulée associée était de 2,50 et de 3,30 décès pour 1.000 personnes-années dans les groupes dépistage et contrôle respectivement, soit un rapport des taux de 0,76 [0,61-0,94], p=0,01. ➤ L'analyse menée dans un sous-groupe de femmes montre un bénéfice encore supérieur avec un rapport des taux de mortalité de 0,67 [0,38-1,14] à 10 ans. 	 <p>Figure 1. Lung-Cancer Incidence and Lung-Cancer Mortality among Male Participants. Panel A shows the cumulative lung-cancer incidence (per 1000 person-years) according to follow-up year since randomization. Panel B shows the cumulative lung-cancer mortality (per 1000 person-years) according to follow-up year since randomization. Cause of death (with known date of lung-cancer diagnosis) was defined by the cause-of-death committee, if available, or by vital-statistics registries.</p>
<p>Conclusion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dans une cohorte de 13.195 hommes à haut risque âgés de 50 à 74 ans, le rapport des taux d'incidence du cancer bronchique sur 10 ans est de 1,14 (p non significatif) et le rapport des taux de mortalité cumulée est de 0,76 en faveur du dépistage (p significatifs). ➤ Ces données issues de l'étude néerlandaise NELSON confortent celles d'études précédentes. ➤ Des études coût-efficacité sont maintenant nécessaires pour apprécier dans quelle mesure cette approche pourrait être pertinente dans le cadre d'un dépistage organisé. 	

2^{ème} article : Asthme : comment réduire le recours aux corticoïdes oraux ? (Publié février 2020)



REVIEW
ASTHMA



How can we minimise the use of regular oral corticosteroids in asthma?

Arnaud Bourdin¹, Ian Adcock², Patrick Berger³, Philippe Bonniaud⁴, Philippe Chanson⁵, Cécile Chenivresse^{6,7}, Jacques de Blic⁸, Antoine Deschildre⁹, Philippe Devillier¹⁰, Gilles Devouassoux^{11,12}, Alain Didier¹³, Gilles Garcia¹⁴, Antoine Magnan¹⁵, Yan Martinat¹⁶, Thierry Perez^{17,18}, Nicolas Roche¹⁹, Camille Taillé²⁰, Pierre Val²¹ and Pascal Chanez²²

<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ce travail est le fruit d'un workshop (réunissant les référents en asthme sévère de France) qui a eu lieu fin 2018 et qui avait pour objet principal de trouver des alternatives aux corticoïdes oraux. ➤ Ce texte dresse ainsi un état des lieux des connaissances concernant le bénéfice clinique et les événements indésirables liés à l'utilisation des CSO. ➤ Il rappelle aussi la difficulté rencontrée en pratique car les CSO restent un élément clé dans la caractérisation de la sévérité de l'asthme et qu'il existe une véritable hétérogénéité de la maladie et de sa réponse aux CSO selon le phénotype (Th2 élevé ou non), sachant également que la réponse aux CSO oraux peut être différente de celle des corticostéroïdes inhalés. ➤ Cet article semble plus adapté aux médecins généralistes qui sont en première ligne dans la prise en charge de l'asthme de l'enfant, l'adolescent et jeune adulte. Mais il me semblait important de vous rappeler qu'un tel article existe.
	<p>Malgré les risques associés à l'utilisation des CSO, l'arrêt des CSO surtout dans les asthmes vieilliss est difficile mais l'objectif peut néanmoins être plus facile à atteindre chez les enfants.</p> <p><u>Les experts ont ainsi établi treize positions dont les quatres suivantes ont recueilli le plus haut niveau d'adhésion :</u></p>



Principales propositions

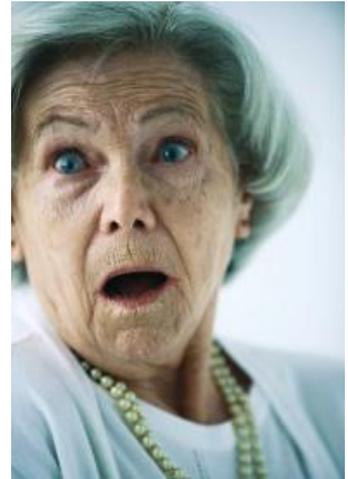
- Tous les patients asthmatiques **recevant des corticostéroïdes oraux devraient être adressés à un centre expert** afin de bénéficier d'une évaluation pluridisciplinaire et de pouvoir accéder aux innovations thérapeutiques.
- Les patients nécessitant un maintien des CSO ou des traitements ponctuels induisant **une dose cumulée ≥ 1 g/an** doivent faire l'objet d'une évaluation afin notamment d'apprécier les difficultés d'adhésion, d'observance, d'utilisation, d'exposition maintenue aux allergènes, et de réévaluer le diagnostic, rechercher les comorbidités...
CAR réduire progressivement les CSO passe notamment par l'optimisation des thérapies inhalées, l'éducation thérapeutique, le soutien psychologique.
- Mettre en place un traitement **sans CSO doit notamment inciter à évaluer l'intérêt des traitements anti IL-5, IL-4RA, anti-IgE au cas par cas.**
- Chez les enfants et adolescents, il est nécessaire de développer les **études consacrées à l'évaluation de stratégies d'épargne corticoïde**, ainsi qu'à l'utilisation précoce des nouveaux traitements.

QCM : Syndromes en Pneumologie

Question (Histoire vraie pendant mon stage de Pneumologie !) :

Une femme de 67 ans se présente à la consultation de fibroscopie. Vous lisez le dossier médical avec votre chef. Vous apprenez que la patiente provient d'un milieu assez aisé et que de ce fait, du fait de certaines convenances personnelles, la patiente refuse catégoriquement de tousser en public. Par ailleurs, en feuilletant son dossier médical, vous apprenez qu'elle est colonisée à une mycobactérie atypique (plus précisément le *Mycobacterium Avium*) et en regardant le scanner thoracique, vous remarquez qu'elle présente des dilatations des bronches prédominant au niveau du lobe moyen et de la lingula.

Votre chef se retourne vers vous et vous pose la question suivante « Alors jeune homme, si tu me donnes le nom du syndrome qui résume ce cas, je te nomme PH ! »



- A. Syndrome de Brooks
- B. Syndrome de Mendelson
- C. Syndrome de Lady Windermere
- D. Syndrome d'Erasmus
- E. Syndrome de Löfgren
- F. Syndrome de Lady Diana

Réponse à la page suivante....

REPONSE C : SYNDROME DE LADY WINDERMERE

- Décrit la 1^{ère} fois par Reich et Johnson en 1992.
- C'est un syndrome retrouvé chez la femme **NON FUMEUSE**, le plus souvent **AGEE** (> 60 ans), **SANS** antécédents pulmonaire significatifs avec des **dilatations des bronches** intéressant typiquement le **lobe moyen et la lingula** surinfectée par une **MYCOBACTERIE ATYPIQUE** (le plus souvent à *M. Avium*)



- **Physiopathologie (hypothèse principal)** : Retenue volontaire de la toux, facilitant l'encombrement bronchique des LM et lingula (du fait de la disposition anatomique, le drainage des sécrétions est de moins bonne qualité à ces niveaux) favorisant la surinfection à mycobactéries atypiques, ce qui entraîne à la longue des dilatations des bronches.

Ces femmes ont généralement un **terrain propice** : particularité morphologiques thoraciques (*pectus excavatum*, scoliose bénigne, raideur rachidienne), présence d'un DICV, désordre génétique entraînant un dysfonctionnement des neutrophiles ou encore certaines formes **hétérozygotes de mucoviscidose**.

- **Clinique** : Altération de l'état général dans un contexte de **fébrile de type tuberculoïde** et un amaigrissement. Possible hémoptysie. **Toux inhibée +++.**

- **Imagerie** : Lésion radiologique **prédominant dans le lobe moyen ou la lingula ou bilatéral**, à type de dilatation des bronches ou encore aspect « **d'arbre en bourgeon** ». Possible évolution vers une condensation avec cavernes sur le long terme



Figure 1. DDB lobe moyen et lingula.

- **Bactériologique** : **MYCOBACTERIUM AVIUM +++** (Possible les autres mycobactéries tel que *M. Scrofulaceum*) sur aspiration bronchique le plus souvent identifié par technique moléculaire +++.

Traitement : Possible d'utiliser en association : Clarithromycine, Amikacine, Ethambutol et Rifabutine pendant **une durée d'au moins un an**.

Dans certains cas, un complément par une chirurgie thoracique peut être évoqué.

<p>Syndrome de Brooks</p>	<p>Définit classiquement par l'apparition d'une maladie asthmatique après une exposition respiratoire accidentelle à un irritant à fortes concentrations (cas typique de la femme de ménage avec un asthme de l'âge adulte sans notion d'atopie familial ou d'allergie personnel). Huit critères définissent ce syndrome :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence d'antécédent respiratoire • Survenue des symptômes après exposition ; • Exposition à des gaz ou fumées irritants présents en concentration très élevées ; • Symptomatologie survenant dans les 24 heures et persistant plus de 3 mois après l'exposition ; • Symptomatologie asthmatiforme avec toux, sibilance et dyspnée ; • Possible trouble ventilatoire obstructif à l'exploration fonctionnelle respiratoire ; • Test de provocation à la métacholine positif, témoignant d'une hyperréactivité bronchique non spécifique ; • Absence d'une autre étiologie broncho-pulmonaire. <p><u>L'évolution est marquée par</u> : une guérison complète dans 50 % des cas, une stabilisation des lésions dans 25 % des cas et une évolution de la broncho spasticité dans 25 % des cas.</p>
<p>Syndrome de Mendelson</p>	<p>Ou syndrome d'inhalation bronchique, est une inflammation pulmonaire qui résulte de la pénétration dans les bronches et les poumons de liquide gastrique.</p>
<p>Syndrome d'Erasmus</p>	<p>Terme souvent utilisé en médecine interne, c'est un syndrome qui associe une exposition à la silicose avec ou sans silicose et une sclérodémie générale progressive. Elle touche particulièrement les mineurs qui travaillent dans des mines.</p>
<p>Syndrome de Lady Diana</p>	<p>CA N'EXISTE PAS</p>

Étant donné que le site de l'AJPO2 (la plupart des annonces complètes sont sur le site ou sur notre page facebook) est en cours de rénovation, si vous souhaitez des détails supplémentaires concernant les annonces, n'hésitez pas à nous contacter !

Postes hospitaliers à pourvoir

CH Hôpital Sainte Camille (94366), département médecine interne, FEVRIER

2020 :



L'hôpital est situé à 17 km de Paris, accessible en voiture (30 minutes), RER A, bus.

Recrute un pneumologue à temps plein. Poste médecin hospitalier à temps plein salarié : possibilité de CDI direct (par concours) ou de CDD (assistant) avec évolution interne vers un CDI. FEHAP CCN51

Profil requis : Qualification ordinale en pneumologie. Polyvalence dans les différentes techniques pneumologiques. Intérêt pour l'oncologie thoracique, pour l'activité transversale et l'ouverture sur la médecine polyvalente

Département : un chef de service, de 6 adjoints et de 5 assistants, le département est divisé en 2 ailes : l'unité de gériatrie aigüe et l'unité de médecine interne.

La spécialité de pneumologie est exercée au sein du service de médecine interne pour sa partie non-oncologique. Collaboration avec l'Unité de Soins Médicaux en Oncologie (USMO) pour sa partie oncologique.

L'hôpital dispose d'un service d'urgences, de réanimation, de radiologie avec scanner, IRM et radiologie interventionnelle (biopsie, drainage sous scanner), et de diverses spécialités (infectiologie, cardiologie, gastro-entérologie, rhumatologie, pédiatrie, ORL, dermatologie, endocrinologie, diabétologie, ophtalmologie, chirurgie viscérale, urologique et orthopédique, équipe mobile de la douleur et soins palliatifs), etc

Missions : Activité de consultations : 1 à 2 demi-journées par semaine, Avis pneumologiques en inter services (urgences, réanimation, cardiologie...), activité d'endoscopie bronchique, d'interprétation des EFR, ponctions pleurales (le plateau dispose d'un appareil d'échographie dédié). En fonction des orientations, lecture de polygraphie ventilatoire. Activité d'hospitalisation de jour pour bilan pneumologique (bilan de néoplasie thoracique biopsie sous scanner, insuffisance respiratoire, asthme, BPCO, etc). Participation aux RCP avec RCP d'oncologie générale et RCP de pathologie thoracique. Participation à la continuité des soins dans le département de médecine interne

→ **Contact :** Dr Sophie Phin, Tél : 0149831295 / 0149831238, Mail : s.phinhuyh@ch-bry.org ou sophie.huynh@yahoo.fr

CH DE PAU, FEVRIER 2020 :

Poste d'assistant de Pneumologie au CHU De PAU.

Équipe : 5 PH et 1 interne de DES

Service : de 26 lits dont 3 HDS, 3 de sommeils et 6 lits d'HdJ. Possible Plateau technique complet (Ebus, polysomnographie...). Activité de recherche également (Essai IFCT, cohorte Asthme...). Bientôt centre de compétence pour l'asthme.

→ **Contact :** Guillaume.colin@ch-pau.fr / 05 59 92 47 23

HOPITAL LOUIS MOURIER (GH AHPH NORD, UNIVERSITE DE PARIS), FEVRIER

2020 :

Recherche PHC temps plein à pourvoir dès à présent avec évolution possible vers un statut de PH titulaire

Service : 24 lits de HC et HdJ. Activité variée de pneumologie générale et d'oncologie thoracique. Consultation de pneumologie et plateau technique complet. Collaboration étroite avec les équipes de l'hôpital Bichat.

Équipe : 4 PH temps plein, 3 internes 1 DES de pneumologie et 2 DES de médecine générale

Transport : Accessible par SNCF à partir de Saint Lazare (10mn) ou Tram T2 à partir de la Défense (15mn)



→ Contact : Dr Marie SAILLOUR, chef de Service 01 47 60 69 98 / marie.saillour@aphp.fr

SSR READAPTATION RESPIRATOIRE, CHU BICHAT, 6 FEVRIER :

Recherche **praticien hospitalier contractuel** ou **assistant spécialiste** ou **praticien attaché** ou **praticien attaché associé** à partir de mai 2020. Pas de formation préalable à la réhabilitation respiratoire nécessaire.

Service : 14 lits en interaction directe avec l'ensemble des services de pneumologie et le service de chirurgie thoracique, du département médico universitaire VICTOIRE. Afin d'assurer l'aval des services de pneumologie en apportant la plus-value de la réadaptation respiratoire

Possibilité de profiter de la proximité de nombreuses activités pneumologiques : Epreuves d'effort cardio-respiratoires, staff des services de pneumologie, cours, bibliographie.

→ Contact : Dr HAJOUJI 01 40 25 69 20 ou secrétariat 01 40 25 65 71 / Email : linda.hajouji@aphp.fr

Postes libéraux à pourvoir

Saint-Malo. Pneumologie libérale. Mars 2020. Remplacement de 3 mois.

Pneumologue en arrêt de travail jusqu'à fin mai suite à un accident, recherche un remplaçant. Elle travaille dans un cabinet libéral où ils sont habituellement deux praticiens et deux secrétaires médicales. Ils ont un plateau technique complet avec EFR, GDS, Radio, Polygraphes, (Fibroscopies et ponctions pleurales possibles sur ma vacation hospitalière). Les jours et horaires sont modulables. L'objectif étant d'assurer la continuité des soins auprès de ses patients"

→ Contact : Dr YVON Claire. Mail : claireyvon84@gmail.com

CABINET DE PNEUMOLOGIE SAVOIE, FEVRIER 2020, CESSATION D'ACTIVITE PREVUE FIN JUIN 2020 – REMPLACEMENTS PREALABLES POSSIBLES :

Activité : libérale exclusive, vacations hospitalières (dont fibroscopies) possibles à 5 mn à pied du cabinet. Pas d'associés ; 1 secrétaire (polyvalente). Ordinateurs en réseau Logiciel médical = Médialogis/Pneumologis ; 1 pléthysmo Ganshorn de 2005, machine à GDS Siemens 348 de 2016 ; 3 polygraphes Cidelec.

Cadre de vie très agréable. Ensoleillé. Paradis du ski (alpin, fond, rando) et du vélo, au pied des cols mythiques (Croix de Fer, Galibier, Madeleine, Mont Cenis, etc...)

72 rue Marcoz 73300 st jean de Maurienne cherche successeur +/- murs. Accès autoroute de la Maurienne à 7 mn du cabinet Chambéry à 45 mn ; Turin à 1H 30.

→ Contact : tel 04 79 64 23 17 / 06 07 67 81 09 bernadette.segard@wanadoo.fr vue du bureau



BREST LIBERAL PNEUMOLOGUE cède cabinet cause (retraite), février 2020 :

ACTIVITE : Pneumologie tout-venant uniquement sur demande du médecin généraliste. Pas d'accès direct des patients. Potentiel d'activité départementale à développer. Très bons contacts avec les services de pneumologie CHU et HIA voisins...RCP, réhabilitation...Ni garde ni astreinte. Liberté totale de planning... 6 semaines de congés /an...

LOCAUX : neufs 2019, spacieux, en colocation avec 2 autres pneumologues non associés dans maison médicale spécialisée multidisciplinaire dont chirurgiens thoraciques, angiologues, ORL, Laboratoire biologie...située en face d'une polyclinique médico-chirurgicale (chirurgie thoracique vasculaire, bariatrique, réa, urgences 24/24, cardiologie interventionnelle, scanner, oncologie, chimiothérapie, radiothérapie...)



PERSONNEL : temps partiel 1 secrétaire et 1 technicienne.

MATERIEL : dossiers informatisés depuis plus de 20 ans (Axisanté), reconnaissance vocale, postes en réseau, radiologie numérisée partagée avec les 2 autres pneumologues, 1 cabine EFR neuve avec TCO, gaz du sang, 1 échographe portable, tests allergie...2 polygraphes Cidelec ...1 vacation par semaine pour fibroscopie, écho-endoscopie bronchique, ponction pleurale au bloc de la clinique qui est propriétaire du matériel.

PROPOSITION : reprise du matériel, sans rachat de patientèle...les revenus sont assurés dès le 1^{er} mois de travail (☺)) même à temps partiel ...

→ **CONTACT** : Bernard BAUDET 06.81.65.99.66 ou bernard.baudet22@wanadoo.fr

NOUVELLE CLINIQUE LA CROIX DU SUD A TOULOUSE :

Recherche remplacement ou collaboration en vue d'une association à temps plein ou partiel

Emploi du temps : aménageable pour les consultations, astreintes de semaine et de week-end partagées par 6 praticiens.

Rémunération : dépend du mode d'exercice. Les associés exerçant sans partage d'honoraires, ils s'engagent à garantir une rémunération à l'associé entrant.

Projet médical vise à développer les compétences de chacun au sein d'une équipe soudée dans un établissement moderne ou exercent près de 200 praticiens.

Service :

- Activité de consultation, dotée d'un plateau technique complet, exclusivement alimentée par un solide réseau de correspondants généralistes (délai approprié, bilans en externe, suivi collaboratif)
- Hospitalisation programmée, ambulatoire ou de courte durée
- Urgences accueillies par urgentiste 24/24 en relation avec l'astreinte de pneumologie
- Unité de surveillance continue et Réanimation

→ **Contact** : pneumolcds@gmail.com, 0532027150, Bâtiment des consultations, 52bis chemin de Ribaute 31130 QUINT FONSEGRIVES

