



# **Formation Professionnelle Conventionnelle**

**FPC 2008**

**UNAFORMEC Centre  
32 rue DANTON  
45800 Saint Jean de Braye  
Téléphone : 02 38 21 56 04  
Télécopie : 02 39 70 02 92  
Courriel: [ucaformec@wanadoo.fr](mailto:ucaformec@wanadoo.fr)  
Web : <http://perso.wanadoo.fr/ucaformec/>**

## Liste des séminaires conventionnels pour l'année 2008

<p><b>Éduquer le patient diabétique : les outils au quotidien à utiliser en consultation de médecine générale.</b>            Pour généralistes            16 crédits</p>	Orléans les 7 et 8 mars 2008
<p><b>Optimiser l'ordonnance, certes mais pourquoi et comment ?</b>            Généralistes et toutes spécialités.            16 crédits</p>	Orléans les 5 et 6 décembre 2008
<p><b>Sevrage tabagique en soins de premier recours.</b>            Pour généralistes            16 crédits</p>	Orléans 16 et 17 mai 2008
<p><b>Obésité de l'enfant : prévenir, conseiller, accompagner</b>            Pour généralistes            19,2 crédits (thème prioritaire)</p>	Blois 25 et 26 avril 2008
<p><b>Exploration des dysthyroïdies : arrêter le gâchis !</b>            pour généralistes et spécialistes (cardiologues, endocrinologues, psychiatres, gériatologues, gynécologues &amp; gynéco-obstétriciens, allergologues).            16 crédits</p>	Bourges 6 et 7 juin 2008
<p><b>Voyage au cœur du sommeil : les Insomnies : essai de réponses.</b>            Pour généralistes            16 crédits</p>	Orléans 17 et 18 octobre 2008
<p><b>Traumatismes et plaies de la main : prendre en charge &amp; informer pour prévenir.</b>            Pour généralistes.            16 crédits</p>	Orléans 21 et 22 novembre 2008.

Et n'oubliez pas la FMC qui est organisée par vos associations locales, en continu toute l'année...

## Editorial

La formation médicale continue est essentielle à la qualité de notre exercice. Les connaissances médicales sont rapidement obsolètes, et nous devons maintenir nos compétences.

Ce maintien des compétences n'a rien à voir avec une obligation réglementaire : c'est une obligation morale, éthique, qui est l'essence même du métier de médecin.

Le dispositif de l'obligation n'a pas de sens dans ce contexte, puisqu'il ajoute une obligation administrative à une obligation morale.

Mais quand nos politiques ont décidé de mettre en place une obligation administrative, ils ne parviennent pas à assumer cette décision : depuis les ordonnances dites "Juppé" de 1996, la FMC est obligatoire. Cela a même été rappelé dans la loi de 2002 sur le droit des malades.

C'est maintenant à nos hommes (et femmes) politiques de prendre leurs responsabilités et de mettre en application la loi, ou de la changer. 10 ans, c'est long pour apposer une signature en bas d'un décret... Mais peut-être qu'au moment où vous recevrez cette plaquette, la FMC sera **vraiment** devenue obligatoire.

Heureusement que les médecins n'ont pas attendu des paraphes pour se former...

Le programme pour 2008 que nous vous proposons en est bien la preuve.

Docteur Eric DRAHI. Président de l'UNAFORMEC Centre.

20 décembre 2007.

# **Éduquer le patient diabétique : les outils au quotidien à utiliser en consultation de médecine générale.**

## **Orléans 7 et 8 mars 2008.**

La prise en charge des maladies chroniques nécessite la participation active des patients. Pour beaucoup d'entre-elles, des modifications des modes de vie sont nécessaires.

L'éducation thérapeutique est l'outil qui permet cette appropriation de sa maladie et de ses démarches de soins par le patient. Cela permet aussi un gain de temps et d'efficacité ultérieure pour le médecin.

La définition de l'éducation thérapeutique<sup>1</sup> est la suivante : « aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ».

Ce séminaire est destiné à des médecins généralistes en exercice. Il sera thématique sur le diabète, mais les notions qui seront abordées sont généralisables à toutes les pathologies chroniques.

Nous traiterons trois aspects de l'ET au cours de ces deux jours :

- le **diagnostic éducatif**. Il s'agit de permettre au patient de se situer par rapport à sa maladie, et, avec l'aide du soignant, d'élaborer des objectifs de prise en charge.
- le **développement de l'autonomie** autour de l'utilisation de l'automesure glycémique et de l'interprétation des résultats par le patient. Il s'agit de lui permettre d'augmenter son emprise sur sa maladie, en mesurant les effets de son alimentation et de son exercice physique sur l'équilibre de son diabète.
- une initiation à l'**entretien motivationnel** autour de l'enquête diététique. Il s'agit de permettre au patient d'augmenter sa motivation, grâce à des techniques d'entretien.

### **Objectifs de la formation :**

- identifier ses croyances de soignant sur l'éducation thérapeutique
- réaliser un diagnostic éducatif et l'utiliser dans ses consultations
- permettre à son patient, en utilisant un lecteur de glycémie, d'augmenter son emprise sur sa maladie
- augmenter la motivation de son patient à améliorer sa diététique

Les objectifs pédagogiques sont simples. Ils correspondent tous à des tâches qui seront réalisées au cours du séminaire, en utilisant des techniques abordables et utilisables dans le cadre d'une consultation de médecine générale.

---

<sup>1</sup> HAS. Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. 2007.

## **Optimiser l'ordonnance, certes, mais pourquoi et comment ?**

### **Orléans les 5 et 6 décembre 2008**

Une ordonnance française compte en moyenne 4,5 médicaments contre 0,8 dans les pays du Nord de l'Europe. La consommation, particulièrement forte pour certains médicaments (antibiotiques, statines psychotropes), pose problème. L'enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (Eneis) a mis en évidence que le médicament a été impliqué dans 39% des effets indésirables graves causes d'hospitalisations. Ceci renforce la nécessité de réévaluer régulièrement le bien fondé des prescriptions en tenant compte des prescriptions des autres professionnels de santé, d'une éventuelle automédication ainsi que d'une mauvaise observance. En partant des dossiers des participants et des dernières prescriptions médicamenteuses qui s'y trouvent, comment fonder les prescriptions sur les données actuelles de la science, le contexte médico-psycho-social et les valeurs et représentations du patient ?

**Séminaire de 2 jours pour Généralistes et toutes spécialités.**

#### **Objectif généraux**

A l'issue de la formation les participants doivent être capables d'optimiser les prescriptions médicamenteuses c'est-à-dire :

1. d'analyser les déterminants d'une prescription médicamenteuse ;
2. de hiérarchiser les pathologies avant toute prescription ;
3. de hiérarchiser les médicaments en fonction de leur pertinence ;
4. de négocier une réduction d'ordonnance, en fonction des données de la science, du contexte médico-psycho-social, des valeurs et possibilités du patient ;
5. de réévaluer à chaque consultation toute prescription, les siennes et celles des autres.

#### **Objectifs spécifiques**

A l'issue de la formation les participants doivent être capables:

1. d'identifier leurs pratiques à partir d'ordonnances réelles comportant plus de 6 médicaments ;
2. d'identifier les prescriptions hors AMM;
3. de repérer la prescription de médicaments écrite par le médecin mais « induite » par le patient et les moyens d'y faire face ;
4. d'identifier, en situation de prescription les différentes réponses pertinentes possibles ;
5. de rechercher et prescrire, directement ou en substitution, des médicaments ayant les caractéristiques suivantes : pas plus efficaces qu'un placebo, ne comportant aucun effet indésirable, remboursé et peu onéreux ;
6. d'identifier les freins à tout changement de médicament : freins à la substitution, à la suppression, à l'addition d'un médicament (les participants distingueront les freins dus à la maladie, au médecin, au malade) ;
7. d'identifier les arguments scientifiques et les arguments relationnels utilisables pour substituer, supprimer ou ajouter un médicament dans le cadre d'une décision partagée avec le patient ;
8. de définir les éléments indispensables à prendre en compte au moment de la prescription d'un médicament ;
9. de s'approprier une grille de justification de la prescription d'un médicament ;
10. d'énumérer les avantages et les inconvénients « théoriques » d'une prescription en DCI;

## **Sevrage tabagique en soins de premier recours. Orléans 16 et 17 mai 2008**

Le tabagisme est un comportement renforcé par une dépendance physique et psychologique. Arrêter de fumer nécessite, comme pour toutes les dépendances, une aide et un accompagnement pour les personnes qui ne parviennent pas à arrêter seules.

Les bénéfices de l'arrêt du tabac ont été clairement démontrés en termes de morbi-mortalité.

Or en l'absence de toute aide pharmacologique ou non pharmacologique à l'arrêt, les taux de sevrage tabagique apparaissent faibles, de l'ordre de 3 à 5% à 6-12 mois. La plupart des rechutes surviennent au cours des 8 premiers jours de l'arrêt. Parce que le tabagisme est un comportement renforcé par une dépendance, dont la nicotine est principalement responsable, seule une minorité de fumeurs parvient à une abstinence permanente dès la première tentative d'arrêt, alors que la majorité persiste dans une consommation de tabac sur plusieurs années selon une alternance de périodes de rechutes et de rémissions.

Les recommandations actuelles insistent sur l'accompagnement des fumeurs, avec une association d'un traitement médicamenteux en cas de dépendance physique forte, et d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) en cas de dépendance psychologique.

Ce séminaire se veut pragmatique, en abordant par des exercices, les différentes prises en charge (dont le traitement médicamenteux), et en proposant une initiation à l'entretien motivationnel, avec des outils directement utilisables en consultation. Ce séminaire n'abordera pas le problème des adolescents, plus complexe, notamment en raison des polytoxicomanies et de l'abord de la prévention primaire, ni celui de la grossesse.

Il n'abordera pas, volontairement, les problèmes liés à l'alcool. En effet, le sevrage de l'intoxication alcoolique est souvent une priorité sur celle du tabagisme, en raison de la déstructuration sociale fréquemment associée.

### **Séminaire de 2 jours pour médecins généralistes.**

#### **Objectif général :**

- Informer et aider les fumeurs au sevrage.

#### **Objectifs spécifiques :**

1. décrire le parcours des fumeurs
2. décrire les différentes dépendances des fumeurs
3. dispenser le conseil minimal
4. comprendre et évaluer les dépendances d'un fumeur (physique, psychologique et comportementale)
5. rechercher et évaluer anxiété et dépression chez le fumeur
6. évaluer la motivation à l'arrêt
7. décrire les modalités d'action des différents traitements médicamenteux disponibles, leurs indications, leurs avantages, leurs inconvénients et leurs modalités de prescription et de surveillance
8. Permettre à un patient d'augmenter sa motivation au sevrage
9. Conseiller le patient (counselling)
10. Construire avec le patient le plan de suivi après sevrage
11. Identifier les situations dans lesquelles le recours à une consultation spécialisée de tabacologie est recommandé.

## **Obésité de l'enfant : prévenir, conseiller, accompagner**

### **Blois 25 et 26 avril 2008**

**Une épidémie préoccupante.** La prévalence du surpoids et de l'obésité infantile augmente rapidement dans tous les pays industrialisés. En France le pourcentage d'enfants présentant un excès pondéral est passé de 3% en 1965 à 5% en 1980, 12% en 1996, 16% en 2000. À ce rythme, un petit français sur 4 sera en surpoids dans 25 ans, comme aux États-Unis actuellement. Le risque immédiat de l'obésité chez l'enfant est surtout d'ordre psychologique, parfois de façon sévère. Mais les conséquences pour l'avenir sont importantes. Une expertise collective INSERM sur ce sujet a montré que l'obésité dans l'enfance « *peut provoquer une augmentation de la pression artérielle, du cholestérol, du diabète, et à l'âge adulte, des maladies cardio-vasculaires* ». Il en résulte une surmortalité chez l'adulte de 50 à 80%. Les deux extrêmes progressent dans la population adolescente : la surcharge pondérale qui s'accroît, surtout chez les garçons, et la grande maigreur, chez les fille. Il y a donc un problème sociologique qui va très au-delà des comportements alimentaires propres à chaque enfant.

**Cette alarmante augmentation de l'obésité infantile est multifactorielle.** La majorité des obésités infantiles sont dites primaires, sans étiologie décelée. L'hérédité joue un rôle indéniable, mais les facteurs génétiques n'expliquent pas l'augmentation de l'incidence. L'obésité résulte d'un déséquilibre entre consommation et dépense d'énergie. Les facteurs psychosociaux, l'environnement, l'augmentation de la sédentarité, les heures passées devant les écrans de télévision ou de vidéojeux, la déstructuration des repas et les modifications des habitudes alimentaires sont considérées comme les principaux déterminants.

**Une prise en charge impliquant l'enfant et sa famille.** La prise en charge se heurte aux difficultés d'obtenir des changements de comportement chez l'enfant et surtout de les maintenir au long cours. Il est en outre difficile de modifier le comportement de l'enfant si les parents ne sont pas conscients de leurs propres comportements et n'essayent pas de les changer. Apprendre à l'enfant le « bien manger » se joue en famille, mais aussi à la cantine de l'école.

#### **Séminaire de 2 jours pour médecins généralistes.**

##### **Objectifs généraux :**

- faire un « diagnostic de situation » à propos des jeunes patients posant un problème avéré ou à risque de surcharge pondérale: historique de cette surcharge, problèmes de santé associés, contexte familial et environnemental, difficultés psychologiques, etc ;
- mettre en œuvre une approche éducative efficace auprès des jeunes patients et de leurs familles au fil des consultations de médecine générale ;
- repérer les différents intervenants potentiels dans un travail coordonné autour de ce problème.

##### **Objectifs spécifiques :**

- repérer les facteurs de risque de surcharge pondérale, et les méthodes de repérage des surcharges débutantes ;
- définir les règles hygiéno-diététiques indispensables à une bonne maîtrise pondérale chez l'enfant et l'adolescent :
  - o recommandations concernant l'activité physique ;
  - o approche diététique de la surcharge pondérale (nature et répartition de la ration alimentaire, rôle des fibres, place des sucres "rapides" et des édulcorants ...) ;
  - o approche psychologique de la surcharge pondérale ;
  - o aspects particuliers du fait de la nécessaire implication familiale.
- mettre en application les aspects pratiques - techniques - du conseil diététique au jeune patient en surcharge pondérale et à son entourage :
  - o élaborer et mettre en œuvre une « pédagogie nutritionnelle » adaptée à chacun ;
  - o proposer et discuter des modes d'activité physique adaptés aux désirs et possibilités de l'enfant ;
  - o impliquer la famille dans la problématique de changement de comportement ;
  - o assurer le suivi au long cours du jeune patient en surcharge pondérale, en particulier réévaluer périodiquement la situation: observance diététique, efficacité de la prise en charge, coordination des différents intervenants.

# Exploration des dysthyroïdies : arrêter le gâchis !

## Bourges 6 et 7 juin 2008

### Une pathologie fréquente

Selon les données de l'enquête SUVIMAX, portant sur plus de 10 000 volontaires sains répartis sur toute la France, et après exclusion des 920 sujets ayant déclaré un antécédent personnel de pathologies thyroïdiennes ou un traitement à l'inclusion, la fréquence d'euthyroïdie stricte ( $0,4 \text{ mU/l} < \text{TSH} < 4,0 \text{ mU/l}$ ) était de 88,8 % chez les hommes et de 85,2 % chez les femmes. Chez les femmes, la fréquence de dysthyroïdies ( $\text{TSH} \geq 4,0$  et  $< 0,4 \text{ mU/l}$ ) était de 12,9 % entre 35-44 ans et de 16,3 % entre 45-60 ans ( $p = 0,001$ ). La fréquence de TSH élevée ( $\geq 4,0 \text{ mU/l}$ ) était de 4,2 % chez les hommes, et respectivement de 7,6 % et 11,8 % chez les femmes entre 35-44 et 45-60 ans. La fréquence de TSH basse ( $\text{TSH} < 0,4 \text{ mU/l}$ ) était de 7,0 % chez les hommes, et respectivement de 5,3 % et 4,4 % chez les femmes entre 35-44 et 45-60 ans. Le cancer thyroïdien représente 1% des cancers. Si son pronostic reste le plus souvent favorable, avec un taux de survie de 80 à 95% à 10 ans, son incidence augmente et nécessite la mise en place d'une surveillance épidémiologique.

### Un coût important

La multiplicité des aspects cliniques de la pathologie thyroïdienne entraîne, en France, une prescription d'examens biologiques, par les médecins de plusieurs spécialités : dosage hormonaux, prescription des anticorps liés à la pathologie thyroïdienne, cytoponctions. Leur coût est évalué d'après une enquête réalisée en île de France à 6,5% du total des dépenses de santé ambulatoires en 2001 pour le régime général. Les explorations thyroïdiennes autres que biologiques ont fait l'objet de moins d'enquêtes : échographie thyroïdienne (24e poste de fréquence des actes, toutes spécialités confondues), et scintigraphies.

### Des prescriptions « à problèmes »

D'après l'enquête réalisée en Ile de France, 46% des prescriptions biologiques ne sont pas conformes aux référentiels et 43,4% inutiles. Ce séminaire se propose donc d'aborder les attitudes en adéquation avec les différents tableaux cliniques rencontrés où une exploration de la glande thyroïde s'impose pour mieux en déduire les examens complémentaires adaptés, en terme de nature et de chronologie.

### Séminaire de 2 jours pour généralistes et spécialistes (cardiologues, endocrinologues, psychiatres, gériatologues, gynécologues & gynéco-obstétriciens, allergologues)

#### Objectifs généraux :

1. prescrire les examens adaptés aux différentes configurations cliniques couramment rencontrées (explorations biologiques et autres) selon les recommandations de bonnes pratiques ;
2. identifier les situations « particulières » qui exigent des compléments d'investigations.

#### Objectifs spécifiques :

1. prescrire la seule TSH en première intention dans les situations de suspicion de dysthyroïdie, ou de palpation de goitre ou de nodule.
2. compléter en deuxième intention ce dosage par la seule hormone T4.
3. adapter cette pratique « générale » aux tableaux biologiques d'hypo ou d'hyperthyroïdie frustes.
4. assurer un suivi des trois traitements nécessitant un dosage régulier de la TSH.
5. prescrire à bon escient le dosage des anticorps antithyroglobulines
6. prescrire à bon escient le dosage des anticorps anti récepteurs de la TSH
7. prescrire à bon escient le dosage des anticorps antiperoxydases
8. prescrire l'examen d'imagerie adapté selon un taux de TSH donné
9. proposer à bon escient la cytoponction d'un nodule thyroïdien
10. mettre en œuvre une démarche raisonnée devant un goitre multinodulaire.



## **Voyage au cœur du sommeil : les Insomnies : essai de réponses. Orléans 17 et 18 octobre 2008.**

Parce qu'il est très difficile de définir ce qu'est le sommeil « normal », les estimations épidémiologiques sur la prévalence et la gravité de l'insomnie sont extrêmement diverses. Des études anciennes en population générale font état de 10 à 40% d'insomniaques. Dans une enquête épidémiologique française auprès d'un échantillon de 12778 sujets représentatifs de la population générale, 73% faisaient état de troubles du sommeil, mais 29 % seulement au moins 3 fois par semaine, et 19% avec un retentissement sur leur vie diurne; 9% « seulement » souffraient d'insomnies.

L'insomnie a de multiples conséquences en termes de consommation de médicaments et en termes de coûts. Dans une étude canadienne, les personnes âgées de 55 ans et plus consommaient davantage de médicaments sur ordonnance (benzodiazépines), celles âgées de 35 à 54 ans utilisant surtout des produits « naturels », et celles de 16 à 34 ans surtout des médicaments sans ordonnance. Les insomniaques font davantage appel au système de soins et rapportent plus de symptômes anxieux et dépressifs que les bons dormeurs. Tous, hommes ou femmes, de l'enfance à l'âge avancé, peuvent être concernés à tout moment par l'insomnie. C'est une pathologie à forte prévalence dans la population générale.

Diverses études nord-américaines faites auprès de médecins généralistes ont montré les difficultés de la prise en charge au quotidien de l'insomnie : il est toujours long et difficile d'interroger l'insomniaque sur son histoire et son environnement, plus simple de prescrire un médicament, malaisé de recourir à des approches de type comportemental, pour lesquelles la disponibilité de professionnels formés est toujours une gageure.

L'objectif est donc, au cours de cette formation, d'en arriver à un consensus professionnel aussi fort que possible, établir quelques règles «de bon sens» basées sur une démarche pragmatique.

### **Séminaire de 2 jours pour généralistes.**

#### **Objectif général**

- différencier les différentes formes d'insomnie primaires ou secondaires ;
- prendre en charge leurs insomniaques en leur proposant les thérapeutiques appropriées, non pharmacologiques ou pharmacologiques.

#### **Objectifs spécifiques**

- analyser et confronter leurs pratiques concernant la prise en charge clinique et thérapeutique du patient insomniaque ;
- proposer à partir de cette analyse une définition consensuelle de l'insomnie primaire ;
- lister les moyens thérapeutiques utiles (médicaments et hors médicaments) ;
- repérer les différents facteurs à prendre en compte dans l'approche et le suivi du patient insomniaque (habitudes de vie, anxiété, stress, etc.) ;
- établir au cours de la consultation une relation de partenariat négocié ;
- définir un contenu réaliste de la prise en charge du patient insomniaque ;
- prendre un avis spécialisé à bon escient pour les insomnies qui le nécessitent ;
- informer les patients.

# Traumatismes et plaies de la main : prendre en charge & informer pour prévenir.

Orléans 21 et 22 novembre 2008.

Selon une enquête de la CNAM le nombre des traumatismes de la main et du poignet en France est estimé à 1 400 000 par an dont 620 000 sont considérés comme graves pouvant être source de séquelles et handicap. 29% de ces traumatismes sont consécutifs à un accident du travail et 67% à des accidents de loisir ou domestiques.

Avec le développement des centres d'urgences de la main créés depuis 1991 pour offrir la meilleure prise en charge initiale des traumatisés de la main l'idée que toute plaie de main doit être prise en charge dans un service spécialisé semble ancrée tant chez les patients que chez les médecins généralistes. Tous les traumatismes de la main ne nécessitent cependant pas une prise en charge dans un centre spécialisé, mais la qualité de la prise en charge initiale conditionne le résultat final. Une étude de la Fédération Européenne des Services d'Urgence main (FESUM) estime que 55% environ des lésions de la main ne sont pas chirurgicales.

En cas de traumatisme apparemment bénin avant un traitement adapté un certain nombre de questions doivent se poser. Un examen méthodique doit être réalisé dans de bonnes conditions techniques, psychologiques et d'antalgie pour ne pas risquer de passer à côté d'une lésion potentiellement grave.

En cas de plaie grave, avant le transfert, les premières mesures d'urgences incombent au médecin généraliste qui constate en premier le traumatisme. La communication des éléments clés permettra d'optimiser la prise en charge et ainsi de diminuer le risque de complications et de séquelles.

## Séminaire de 2 jours pour généralistes.

### Objectifs généraux

1. évaluer la gravité potentielle d'un traumatisme ou d'une infection de la main ;
2. réaliser un premier bilan lésionnel ;
3. évaluer le degré d'urgence face à un traumatisme ou une infection de la main ;
4. assurer la prise en charge des traumatismes et des infections relevant de sa compétence ;
5. assurer une prise en charge initiale adaptée des traumatismes graves ;
6. informer leurs patients des risques concernant les accidents domestiques et de loisirs et des mesures de protection à mettre en œuvre.

### Objectifs spécifiques

1. identifier les signes cliniques évocateurs d'une lésion osseuse et/ou articulaire et/ou tendineuse ;
2. identifier les zones à risque de lésions tendineuses, vasculaires ou nerveuses ;
3. identifier les signes cliniques évocateurs d'un panaris, d'un phlegmon, d'une arthrite ;
4. identifier la porte d'entrée de l'infection ;
5. identifier pour chacune de ces situations les signes de gravité nécessitant une prise en charge spécialisée et le degré d'urgence ;
6. instaurer une prise en charge initiale adaptée des traumatismes graves ;
7. assurer une prise en charge adaptée des traumatismes relevant de leur compétence :
  - assurer l'antalgie ;
  - réaliser une anesthésie ;
  - réaliser l'antisepsie ;
  - réaliser une suture ;
  - réaliser une immobilisation ;
  - instaurer une antibiothérapie
8. identifier tout le petit matériel nécessaire ;
9. organiser la surveillance ;
10. informer leurs patients sur les risques d'accidents domestiques et de loisir et les mesures de protection nécessaires.

## **Pour s'inscrire :**

**Généralistes et spécialistes libéraux peuvent participer à des séminaires de Formation Professionnelle Continue Conventiionnelle. Le public est indiqué dans le descriptif du séminaire.**

### **Attention : nouvelles modalités d'inscription pour 2008.**

Pour des raisons réglementaires, pour vous inscrire, vous devez être adhérent à l'UNAFORMEC.

- vous êtes adhérent à une association cotisant à l'UNAFORMEC : indiquez son nom dans le bulletin d'inscription.
- vous ne savez pas si votre association est adhérente : inscrivez son nom, nous ferons la vérification.
- si vous n'êtes pas adhérent à une association de l'UNAFORMEC, vous avez la possibilité soit d'adhérer à une association locale, soit d'adhérer directement à l'UNAFORMEC nationale (60 €).

### **Remplir le bulletin d'inscription**

- joindre autant de feuilles de soins annulées que de formations souhaitées
- joindre autant de chèques de caution de 150 euros à l'ordre de "UNAFORMEC" que de formations souhaitées.

Si vous êtes médecin remplaçant, joindre les documents ci-dessous:

- un document attestant que vous êtes en règle avec l'instance ordinale datant de moins d'un an,
- une attestation du ou des médecins libéraux conventionnés que vous avez remplacé(s) au cours de l'année en cours ou de l'année précédente, mentionnant sur papier à en-tête que vous avez effectué un ou des remplacement(s) pour une durée cumulée d'au moins 30 jours, consécutifs ou non ;
- une attestation sur l'honneur indiquant que vous exercez votre activité libérale à titre principal.

Le chèque de caution sera rendu à l'issue de la formation. Il restera acquis à l'UNAFORMEC en cas d'annulation de votre part (quelqu'en soit le motif) moins de 30 jours avant la formation, ou en cas de non-participation à la totalité de la formation. Vous recevrez alors un reçu fiscal.

Vous recevrez une confirmation d'inscription pour chaque séminaire choisi, en fonction des places disponibles au jour de la réception de votre inscription

La formation est gratuite. Les repas de midi et les collations sont pris en charge.

Les frais d'hôtellerie sont pris en charge si votre lieu d'exercice est à plus de 100 kms du lieu de la formation, après accord de l'organisateur

Les frais de transport ne sont pas pris en charge.

**Retrouvez l'ensemble de nos formations sur le site de l'UNAFORMEC**

**<http://www.unaformec.org>**

# Bulletin d'inscription

à retourner à: UNAFORMEC-Centre Inscriptions  
Nelly DABEE Château de Boisgibault 45160 ARDON  
Téléphone et Télécopie pour les inscriptions : 02 38 45 31 49  
Mail : [ucaformec@wanadoo.fr](mailto:ucaformec@wanadoo.fr)

Tampon de préférence.

Dr Nom : Prénom :

Spécialité:

Adresse :

Téléphone : Télécopie : Mail :

N° ADELI (sur votre feuille de soins) : .....

S'inscrit au(x) séminaire(s) suivant(s) :

<input type="checkbox"/> Éduquer le patient diabétique : les outils au quotidien à utiliser en consultation de médecine générale. Pour généralistes	Orléans les 7 et 8 mars 2008
<input type="checkbox"/> Optimiser l'ordonnance, certes mais pourquoi et comment ? Généralistes et toutes spécialités.	Orléans les 5 et 6 décembre 2008
<input type="checkbox"/> Sevrage tabagique en soins de premier recours. Pour généralistes	Orléans 16 et 17 mai 2008
<input type="checkbox"/> Obésité de l'enfant : prévenir, conseiller, accompagner Pour généralistes	Blois 25 et 26 avril 2008
<input type="checkbox"/> Exploration des dysthyroïdies : arrêter le gâchis ! pour généralistes et spécialistes (cardiologues, endocrinologues, psychiatres, gériatologues, gynécologues & gynéco-obstétriciens, allergologues).	Bourges 6 et 7 juin 2008
<input type="checkbox"/> Voyage au cœur du sommeil : les Insomnies : essai de réponses. Pour généralistes	Orléans 17 et 18 octobre 2008
<input type="checkbox"/> Traumatismes et plaies de la main : prendre en charge & informer pour prévenir. Pour généralistes.	Orléans 21 et 22 novembre 2008.
Pour chaque formation régionale, joindre un chèque de caution de 150 € + 1 feuille de soins annulée (pour les remplaçants, joindre les documents prévus).	

J'habite à plus de 100 kms du lieu du séminaire et je désire une chambre d'hôtel qui sera prise en charge par l'UNAFORMEC Centre pour une seule nuit (la nuit entre les 2 journées du séminaire).

J'ai pris connaissance des conditions d'inscription. Ci-joint ..... feuille(s) de soins et ... chèque(s) de caution de 150 € (1 chèque et 1 feuille de soins par séminaire) sans oublier mon adhésion à l'UNAFORMEC-Centre ou mon justificatif de cotisation pour 2007.

Je suis adhérent à l'association .....

Je souhaite adhérer à l'UNAFORMEC et je joins un chèque de 60€

Je souhaite recevoir les coordonnées des associations adhérentes de mon département

Date

Signature