

# L'UNAFORMEC



<http://www.mbpu.net/mbpu/index-mbpu.php>

Janvier 2016 • Nouvelle formule • Numéro 2

L'UNAFORMEC, référente en matière de Développement professionnel Continu, vous propose de nombreux moyens de rendre votre exercice plus agréable. Ce M@g@zine vous apportera régulièrement des informations à propos de ce que nous vous proposons.

**Dans ce numéro : Les premiers DPC 2016 ...**

## DPC

### Que proposent l'UNAFORMEC et la SFDRMG pour faciliter la construction du plan de DPC ?

L'expérience que nous avons avec les Bilans Professionnels Personnalisés (BPP) des années 2000 nous montre la faisabilité d'un recueil des pratiques et des questionnements du médecin par le médecin. Avec notre nouvel outil informatisé que nous appelons « [Mon Bureau Personnel UNAFORMEC](#) » (MBPU), nous proposons de faciliter la construction du Plan personnel de DPC. L'outil informatique permet de travailler sur toutes les étapes du plan de DPC, chacun choisissant à son gré et selon ses besoins les options dont il souhaite se servir :

- Le recueil des problèmes
- La possibilité d'archiver les questions avec plusieurs options
- La planification de son DPC en hiérarchisant ses questions, en les regroupant éventuellement par thèmes.



Nous vous proposons des séminaires d'une ou deux journées, et des e-DPC, à réaliser chez soi, à partir des dossiers de ses patients et des lectures que nous vous proposons. Certains DPC en ligne sont associés à une réunion physique. Ils sont signalés comme « DPC en ligne avec réunion ».

## Nos premiers séminaires 2016

Séminaires, présentiels, d'une durée d'une ou deux journées, encadrés par des recueils de pratiques simples, à réaliser chez soi.

Nous vous proposons pour le début d'année :

## Adolescent déprimé. Séminaire de 2 jours.



Au sujet de la dépression de l'adolescent, des études épidémiologiques ont montré que, en fonction des critères diagnostics retenus, la prévalence varie selon les études de 0,4 à 8,3% pour les épisodes dépressifs majeurs alors que des symptômes dépressifs, ou « ambiance dépressive » seraient retrouvés chez 30% des adolescents avec une surreprésentation féminine. La maladie a un impact durable sur toutes les dimensions du sujet en construction et s'associe à une augmentation du risque suicidaire : un tiers des adolescents présentant un épisode dépressif majeur feraient une tentative de suicide et 2 à 8 % d'entre eux décèderaient de suicide dans les dix ans qui suivent.

### Caen

Date de début du programme : 10 février 2016

Date du séminaire : 26 et 27 février 2016

[Je veux m'inscrire](#)

### Lille

Date de début du programme : 10 février 2016

Date de la réunion : 04 et 05 mars 2016

[Je veux m'inscrire](#)

---

## Asthme de l'enfant, le diagnostic et ses pièges. En ligne avec une réunion



L'asthme de l'enfant est l'affection chronique la plus fréquente touchant 20 % à 30 % des nourrissons et jusqu'à 10 % des enfants. C'est une maladie encore sous-diagnostiquée, en témoignent de nombreuses études épidémiologiques. Ce qui rend le diagnostic d'asthme du nourrisson difficile et que nous n'avons pas à faire à un asthme du petit adulte mais à une maladie du nourrisson à part entière. Il s'agit d'une maladie polymorphe, multifactorielle. Ces dernières années, les études de cohorte ont permis de mieux définir différents phénotypes d'asthme du nourrisson et de l'enfant.

### Hagueneau

Date de début du programme : 01-02-2016

Date de la réunion : 24 février 2016

[Je veux m'inscrire](#)

---

**Retrouvez tout notre programme sur notre site**



## Dépistage Sein Colon Prostate : quel avenir ?

### Séminaire de 2 jours



Le cancer colorectal est l'un des trois cancers, avec ceux du sein et du col de l'utérus, dont le dépistage systématique est recommandé dans certaines tranches d'âge. Il rassemble les conditions de mise en œuvre d'un dépistage. Quels sont nos « réussites » et nos « échecs » ? Que faudrait-il pour que ce dépistage peu « populaire », alors que son efficacité semble démontrée, atteigne mieux sa « cible » ? Il n'y a actuellement aucun argument scientifique fort en faveur du dépistage systématique du cancer de la prostate.

La décision relative au dépistage du cancer est fondée sur la confrontation d'avantages et d'inconvénients. Il n'y a pas de mauvaise décision, mais de mauvaises raisons de se faire tester. On ne se fait pas tester pour plaire à qui que ce soit. Nous n'avons pas à « peser » sur ce choix mais à l'éclairer pour partager la décision.

#### Besançon

Date de début du programme : 15-02-2016

Date de la réunion : 04 et 05 mars 2016

[Je veux m'inscrire](#)

#### Niort

Date de début du programme : 15 février 2016

Date de la réunion : 11 et 12 mars 2016

[Je veux m'inscrire](#)

---

## Dépistage des cancers

### Séminaire de 1 jour

Le cancer colorectal est l'un des trois cancers, avec ceux du sein et du col de l'utérus, dont le dépistage systématique est recommandé dans certaines tranches d'âge. Il rassemble les conditions de mise en œuvre d'un dépistage. Quels sont nos « réussites » et nos « échecs » ? Que faudrait-il pour que ce dépistage peu « populaire », alors que son efficacité semble démontrée, atteigne mieux sa « cible » ? Il n'y a actuellement aucun argument scientifique fort en faveur du dépistage systématique du cancer de la prostate.

La décision relative au dépistage du cancer est fondée sur la confrontation d'avantages et d'inconvénients. Il n'y a pas de mauvaise décision, mais de mauvaises raisons de se faire tester. On ne se fait pas tester pour plaire à qui que ce soit. Nous n'avons pas à « peser » sur ce choix mais à l'éclairer pour partager la décision.

#### Varenes sur Jarcy 05/02/2016

Date de début du programme : 05 février 2016

Date de la réunion : 05 février 2016 (une seule journée)

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **Améliorer la pertinence de la décision ?**

### **Séminaire de 2 jours.**



Face à la prise de décision le médecin est souvent confronté à l'incertitude et à ses conséquences potentielles. Il doit donc apprendre à prévenir au maximum les erreurs et les dysfonctionnements, mais il doit aussi et surtout apprendre à se comporter en cas de problématique, qu'elle soit liée à une erreur, un retard diagnostic, un problème de prise en charge, de iatrogénicité, de défaut d'information

#### Nantes

Date de début du programme : 10 janvier 2016

Date de la réunion : 29 et 30 janvier 2016

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **La lombalgie ou la lombosciatique : le patient et ses soignants.**

### **Séminaire de 2 jours**



Devant une lombalgie ou une lombosciatique, aiguë ou récente, les recommandations font une place déterminante à la clinique. Elle suffit généralement à repérer les Red Flags et éliminer les 5% de cas symptomatiques (fracture, néoplasie, infection, inflammation) et les urgences thérapeutiques. Dans les 95% restant, il s'agit de « lombalgie commune » où aucun examen d'imagerie n'est utile dans les 7 premières semaines. La radiographie n'apporte de données non attendues par la clinique que dans 1 cas seulement sur 2500 chez les adultes de moins de 50 ans. Le pourcentage d'anomalies sur les IRM lombaires de patients asymptomatiques (bombement ou hernie discale) est de près de 50% chez les moins de 50 ans, plus après 60

ans. Des constatations similaires ont été faites avec radiographie simple et scanner. Une surconsommation de prescription de radiographies pourrait être évitée en recentrant sur l'abord clinique et en prenant le temps d'une décision partagée et argumentée avec le patient. La prescription des antalgiques est associée à un état des lieux de tous les facteurs agissant sur la douleur, dont les facteurs psychosociaux et professionnels. La prise en charge du patient souffrant d'une lombosciatique commune se doit d'informer, de rassurer le patient et de tout mettre en œuvre pour éviter le déconditionnement physique. Pour optimiser la remise en mouvement du patient, il convient de connaître des techniques appropriées validées, de savoir les conseiller et justifier leur recours. En cas d'arrêt prolongé, la reprise du travail doit être préparée avec le patient et le médecin du travail.

#### Bordeaux

Date de début du programme : 15 janvier 2016

Date de la réunion : 05 et 06 février 2016

[Je veux m'inscrire](#)

#### Toulouse

Date de début du programme : 22 janvier 2016

Date de la réunion : 12 et 13 février 2016

[Je veux m'inscrire](#)

## Nos e-DPC

Réaliser son DPC de chez soi, à partir de ses dossiers et des lectures que nous vous proposons, c'est facile...

- **Première séquence** : regard sur vos pratiques sur le thème choisi avec analyse de deux dossiers. Résumé en 10 lignes des cas retenus et exposé des problèmes rencontrés.
- **Deuxième séquence** : **appropriation des données de la littérature et test de lecture.**
- **Troisième séquence** : à distance, appropriation des données complémentaires et nouveau avec test de lecture.
- **Quatrième séquence** : **second regard sur vos pratiques. En reprenant dans vos deux prochains dossiers concernant le thème, décrivez ce que cela a changé dans votre pratique.**

### e-dpc électronique avec réunion(s)

Les mêmes étapes que ci-dessus sont conservées. Pour valoriser cette action, une ou deux réunions présentielles peuvent être programmées. Soit en début de l'action, soit pour la synthèse et la restitution des résultats. Cette forme est réservée aux associations ou groupes déjà constitués ou pas.

**L'indemnisation du participant est de 517,50 euros pour une action.**

---

## À propos des céphalées de l'adulte DPC en ligne

Date de début du programme : 04 janvier 2016  
Durée : 3 mois

La migraine, vous connaissez par cœur ? Vos patients migraineux ne vous posent aucun problème ? Mais êtes-vous certain de fonder vos décisions diagnostiques et thérapeutiques sur les dernières données de la science, et les recommandations en vigueur ? Votre dossier médical est-il à jour ? Saviez-vous que la migraine est un FRCV à prendre en compte chez la femme à qui vous prescrivez une contraception ?

En cas de doute, ce programme de DPC vous permettra de faire le point sur la prise en charge des patients migraineux, revoir les critères cliniques du diagnostic, les rares indications d'examen complémentaires, les diagnostics différentiels et la prise en charge thérapeutique des adultes souffrant de migraine, à partir de votre expérience professionnelle.

[Je veux m'inscrire](#)

---

## Antibiotiques et otite moyenne de l'enfant. Une prescription raisonnée DPC en ligne

Date de début du programme : 04 janvier -2016  
Durée : 3 mois

L'otite moyenne aiguë (OMA) est l'une des infections bactériennes les plus communes chez l'enfant, surtout avant 3 ans. Plusieurs études ont montré que l'antibiothérapie n'était pas toujours nécessaire et que le « systématique » pouvait souvent laisser place à une « stratégie d'attente ». D'autres études récentes ont semblé remettre en cause ce principe, ce qui nécessite une mise à jour des données disponibles. Comment participer de fait à l'effort

général du « moins d'antibiotiques » ? Quels sont nos atouts, nos difficultés, nos réticences et nos arguments ?

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **Arthrose. Vieillir avec son arthrose**

**DPC en ligne**

Date de début du programme : 04 janvier 2016

Durée : 3 mois

Près de 40% des plus de 65 ans sont porteurs d'une arthrose symptomatique, coxarthrose et gonarthrose en étant les deux manifestations les plus invalidantes. Aucun traitement ne peut modifier l'évolution des altérations articulaires et osseuses. En dehors de la chirurgie, les options thérapeutiques pour soulager la douleur sont limitées. Diverses mesures non pharmacologiques semblent d'autant plus utiles et efficaces qu'elles sont centrées sur les réels besoins et préférences du patient. A intégrer dans une véritable éducation thérapeutique du patient (ETP) arthrosique ?

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **Cancer de la prostate. Doutes ou incertitudes?**

**DPC en ligne**

Date de début du programme : 04 janvier 2016

Durée : 3 mois

La lecture attentive des études portant sur plus de 260 000 patients suivis pendant plus de 13 ans, ne répond qu'imparfaitement au questionnement que pose le dépistage systématique ou non du cancer de la prostate. D'autres études sont nécessaires. Il importe en attendant d'apporter aux médecins toutes les données disponibles pour analyser de façon critique le résultat des études d'intervention, afin de fournir à chaque patient une information personnalisée, objective pour une décision éclairée.

Il n'y a actuellement aucun argument scientifique fort en faveur du dépistage systématique du cancer de la prostate. En revanche, les raisons subjectives, et notamment la représentation que l'on a du cancer, dominent. La littérature est abondante et la controverse dure, avec une crainte médico-légale sous-jacente. Où en sommes-nous dans telle ou telle situation plus ou moins complexe, alors qu'il est si « simple » de « prescrire le PSA » ?

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **Cancer du colon. Quel dépistage? Efficacité, mise en œuvre et suivi**

**DPC en ligne**

Date de début du programme : 04 janvier 2016

Durée : 3 mois

Le cancer colorectal est l'un des trois cancers, avec ceux du sein et du col de l'utérus, dont le dépistage systématique est recommandé dans certaines tranches d'âge. Il rassemble les conditions de mise en œuvre d'un dépistage. Quels sont nos « réussites » et nos « échecs » ? Que faudrait-il pour que ce dépistage peu « populaire », alors que son efficacité semble démontrée, atteigne mieux sa « cible » ?

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **Cancer du sein. Quels dépistages?**

### **DPC en ligne**

Date de début du programme : 04 janvier 2016

Durée : 3 mois

La décision relative au dépistage du cancer est fondée sur la confrontation d'avantages et d'inconvénients. Il n'y a pas de mauvaise décision, mais de mauvaises raisons de se faire tester. On ne se fait pas tester pour plaire à qui que ce soit. Nous n'avons pas à « peser » sur ce choix mais à l'éclairer pour partager la décision. Pourtant, tout nous « incite » à « dépister » sans se poser de questions ; comment pouvons-nous « guider » celle avec qui a été abordé ce dépistage ?

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **Evaluer et prévenir la dégradation de la fonction rénale après 70 ans**

### **DPC en ligne**

Date de début du programme : 04 janvier 2016

Durée : 3 mois

Descriptif : Les registres montrent que l'IRC des pathologies rénales classiques décroît alors que l'IRC de l'hypertension ou du diabète, très largement dominante, croît, notamment chez les personnes âgées. Dans la plupart des cas, l'IRC reste asymptomatique. Le diagnostic est posé lors de la survenue d'une complication, par exemple l'accident iatrogène d'une prescription à risque. Il est important pour des raisons de qualité et de sécurité des soins de repérer précocement une IRC chez les sujets à risque.

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **Exploration des dysthyroïdies : arrêter le gâchis !**

### **DPC en ligne**

Date de début du programme : 20 décembre 2015

Selon des données épidémiologiques françaises déjà anciennes les pathologies thyroïdiennes concerneraient 0,9% des actes en médecine générale, 0,4% en médecine spécialisée, environ un homme pour six femmes, et trois fois plus de patients âgés de plus de quarante ans que de patients plus jeunes. Selon les données plus récentes de l'enquête SUVIMAX, portant sur plus de 10 000 volontaires sains répartis sur toute la France, la fréquence d'euthyroïdie stricte était supérieure à 80% et celle des dysthyroïdies chez la femme supérieure à 13%. L'incidence des cancers augmente et nécessite la mise en place d'une surveillance épidémiologique. Le coût des explorations est important mais beaucoup de prescriptions biologiques ne sont pas conformes aux référentiels.

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **Fibrillation auriculaire. Anticoagulation : pour qui? pourquoi? comment?**

### **DPC en ligne**

Date de début du programme : 04 janvier 2016

Durée : 3 mois

Le risque majeur de l'arythmie complète par fibrillation auriculaire (ACFA) est le risque thromboembolique, notamment celui d'AVC. Ce risque est réduit par l'anticoagulation orale et l'aspirine, respectivement -60% et -20% en risque relatif, avec un rapport bénéfice/risque favorable. Deux questions restent difficiles : y a-t-il des patients plus à risque que d'autres (en dehors des ACFA sur valvulopathie) et qu'en est-il chez les personnes âgées ? Des données récentes répondent à ces questions et permettent ainsi d'« éviter le paradoxe de l'anticoagulation : suranticoaguler les patients qui en ont le moins besoin et priver d'anticoagulants ceux qui en tirent le plus grand bénéfice ».

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **HTA. Les chiffres peuvent-ils suffire à la décision ?**

### **DPC en ligne**

Date de début du programme : 04 janvier 2016

Durée : 3 mois

Dans une étude récente le bénéfice d'une cible tensionnelle à 130 sur un critère intermédiaire, relance le débat auquel l'éditorialiste du Lancet ne peut conclure de façon positive. Les propositions de contractualisation de qualité (« ROSP ») faites aux médecins par l'assurance maladie retiennent comme indicateur de qualité pour l'HTA l'atteinte des cibles des recommandations : 140/90 et 130/85 chez les sujets à risque. Pourtant une méta analyse Cochrane montre qu'aucune donnée actuelle ne justifie d'abaisser les objectifs tensionnels au-dessous des 140-160/90-100 antérieurement admis. Que penser de tout cela ?

Toutes les recommandations de pratique clinique concernant l'hypertension artérielle préconisent 140/90 mmHg comme seuil de l'HTA, mais aussi comme valeur-cible. Selon ce « dogme », 50 % des hypertendus sont alors connus, 25 % traités, 12,5 % atteignant l'objectif, insuffisances largement stigmatisées. Les preuves justifiant cette cible sont-elles de niveau suffisant ? Faut-il donc s'acharner à l'atteindre en changeant de traitement, en multipliant les médicaments pour un même patient ?

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **Infections urinaires : trop d'antibiotique?**

### **DPC en ligne**

Date de début du programme : 04 janvier 2016

Durée : 3 mois

Les infections urinaires sont l'un des motifs de consultation parmi les plus fréquents en médecine générale. Cette « banalité » implique d'une part un haut niveau de précision diagnostique, d'autre part une grande retenue dans la prescription antibiotique, compte tenu notamment de la prévalence croissante de l'antibiorésistance des germes urinaires usuels. Les critères cliniques seuls ne suffisent pas à affirmer le diagnostic d'infection urinaire sans



risque d'erreur. L'aide de quelques outils simples, dont un usage plus large des bandelettes urinaires, pourrait réduire la fréquence des prescriptions inutiles. Les antibiotiques, c'est pas automatique.

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **L'adolescent déprimé. Quelles particularités ?**

### **DPC en ligne**

Date de début du programme : 04 janvier 2016

Durée : 3 mois

Quels que soient les aspects cliniques de la dépression chez l'adolescent, les enjeux à court et à long terme sont extrêmement importants. Le généraliste doit décider avec son patient, parfois malgré lui, des modalités de prise en charge qui peuvent aller jusqu'à l'hospitalisation immédiate en milieu spécialisé dans les situations d'urgence. Mais comment « évaluer » au mieux, sur quels critères, la sévérité de la dépression, évaluation qui conditionne notablement la décision thérapeutique, quand « passer la main » à d'autres professionnels ? Les réponses à ces questions ne sont que partielles et bien peu étayées dans la littérature, qu'il s'agisse de recherches systématiques comme dans les recommandations anglaises et Américaines ou de synthèses.

Le traitement ne peut donc être que multifactoriel, quelle que soit par ailleurs la controverse sur l'utilisation des antidépresseurs. Il existe très peu de données sur les résultats à long terme et la prévention des rechutes.

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **Le cannabis augmente-t-il le risque d'usage d'autres drogues ?**

### **DPC en ligne**

Date de début du programme : 04 janvier 2016

Durée : 3 mois

En France presque un adolescent de 16-17 ans sur 2 a expérimenté au moins une fois le cannabis et environ 1 sur 10 en fait un usage régulier. Selon la théorie de « l'escalade », la consommation de cannabis serait la première marche vers la consommation des autres drogues illicites. Cette théorie repose sur l'observation épidémiologique banale que très peu d'individus consommateurs de cocaïne et d'héroïne n'ont pas utilisé auparavant de marijuana ; la majorité d'entre eux avaient auparavant l'habitude de consommer de l'alcool et/ou du tabac. Cependant, l'augmentation importante de la consommation de cannabis chez les jeunes (trois fois plus en 2003 qu'en 1993) ne semble pas avoir entraîné d'augmentation de la consommation d'héroïne, souvent citée dans la théorie de « l'escalade ». Vous aborderez les principales données des récentes études sur ce point.

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **Les maladies chroniques intestinales**

### **DPC en ligne**

Date de début du programme : 15 janvier 2016

Durée : 3 mois

Ces pathologies chroniques intestinales sont fréquentes et elles entraînent un handicap

fonctionnel majeur et un retentissement important sur la qualité de vie. Leur nature est complexe, multifactorielle, la symptomatologie et l'évolution sont variables et il existe une grande incertitude concernant les limites et associations entre troubles fonctionnels intestinaux, syndrome du côlon irritable et pathologies inflammatoires intestinales: maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, maladie cœliaque ou intolérance au gluten. Quand demander des explorations et lesquelles?

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **Mesusages de l'alcool : quelques repères**

### **DPC en ligne**

Date de début du programme : 15 janvier 2016

Durée : 3 mois

La consommation excessive de boissons alcoolisées est un problème majeur à la fois pour le consommateur et son entourage. De nombreuses études ont montré qu'une action précoce auprès de ces patients à risque pourrait être efficace. Il est possible de repérer de façon simple les patients à risque dans le cadre d'une consultation habituelle. Une intervention brève (IB) renforce l'efficacité du simple repérage, comme le montrent des études et synthèses étrangères et françaises. La fréquence des mésusages de l'alcool dans la clientèle du généraliste, les obstacles rencontrés dans ce domaine, mais aussi la faisabilité et l'efficacité du simple repérage justifient ce programme de DPC pour des médecins généralistes.

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **Migraines de l'enfant : une pathologie sous-estimée**

### **DPC en ligne**

Date de début du programme : 04 janvier 2016

Durée : 3 mois

La migraine chez l'enfant représente une pathologie fréquente sous-estimée et très mal diagnostiquée, ayant un retentissement important. Elle entraîne un réel handicap qui perturbe le jeu dans 84% des cas et le travail scolaire dans 54 % de cas. L'absentéisme scolaire est significatif. Chez les enfants migraineux la localisation est souvent atypique en comparaison de la migraine de l'adulte : localisation frontale ou bilatérale dans 78% des cas et strictement unilatérale dans 16% des cas seulement. Néanmoins certains signes doivent être recherchés: antécédents familiaux de céphalée, douleur pulsatile, aggravée par l'activité physique, s'accompagnant de pâleur inaugurale, nausées, vomissements, phono et photophobie. Elle est améliorée par le sommeil. L'aura n'existe que dans 20 % des cas. Des recommandations de bonne pratique précisent les traitements de crise et les traitements de fond.

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **Prescription des benzodiazépines [BZD] chez les patients de plus de 65 ans**

### **DPC en ligne**

Date de début du programme : 04 janvier 2016

Durée : 3 mois

15 à 20% des Français consomment ponctuellement des psychotropes ou des hypnotiques, 10% régulièrement. Notamment le sujet âgé : 1 français de plus de 70 ans sur 2 fait usage de psychotropes. Pour 20% des personnes âgées, il s'agit d'anxiolytiques consommés de façon chronique. Ces données rejoignent celles de l'étude de cohorte EVA (Étude du Vieillissement Artériel), menée par l'INSERM auprès de 1265 sujets âgés de 60 à 70 ans. 28% utilisent des médicaments calmants ou des somnifères et 23% des BZD. 71% utilisent des BZD tous les jours et pour 77% la consommation date de plus de 2 ans. 48% utilisent des BZD à demi-vie longue. Les 2/3 des sujets déclarent suivre exactement la prescription du médecin. Si la pratique « idéale » serait de ne pas initier un traitement par BZD chez la personne âgée, un certain nombre d'éléments sont à prendre en compte.

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **Tabac. Etat des lieux. De la dépendance au sevrage**

### **DPC en ligne**

Date de début du programme : 04 janvier 2016

La très forte dépendance au tabac ne se résume pas à une dépendance à la nicotine, ni à une simple habitude. Existe-t-il dans le tabac d'autres substances qui y jouent leur rôle ? Quelques résultats expérimentaux le laissent supposer, hélas très rares faute d'intérêt pour de telles recherches. Si la responsabilité du tabac dans le cancer du poumon a été la première prouvée, il a été montré par la suite que le tabac est aussi un important facteur de risque de morbidité et de mortalité pour d'autres maladies respiratoires et cardiovasculaires. Le bilan à 50 ans de l'étude pilote de suivi de 34 439 médecins anglais vient d'être publié. Parallèlement à cette étude longitudinale, une estimation de la mortalité globale attribuable au tabac dans le monde en 2000 vient d'être publiée dans le Lancet. La présentation parallèle de ces deux études est instructive pour apprécier la situation actuelle et ses tendances d'avenir

[Je veux m'inscrire](#)

---

## **Le patient mineur et son médecin. Pourquoi et comment communiquer**

### **DPC en ligne**

Date de début du programme : 15 janvier 2016

Comment faire participer le patient mineur, enfant ou adolescent, à la prise de décision médicale qui le concerne ? Il ne s'agit pas (uniquement) de problèmes de confidentialité par rapport aux parents ou de difficultés de communication mais des conditions d'un réel partage de la décision médicale, quel que soit l'âge. Le cadre juridique en a été précisé par la loi du 4 mars 2002, qui envisage explicitement la possibilité de faire échec à l'autorité parentale et les conditions dans lesquelles doit s'appliquer le secret médical.

[Je veux m'inscrire](#)

---

**Pour s'inscrire : cliquez sur le lien à la fin du texte de présentation  
ou téléchargez le bulletin d'inscription ici...**

<http://www.mbpu.net/bulletin-inscription-unaformec.pdf>

---

**Pour contacter l'Unaformec**

Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Evaluation Continues

18/20 boulevard de REUILLY 75012 PARIS

France

courriel : [contact@unaformec.org](mailto:contact@unaformec.org)

Téléphone :

01 71 19 99 67 standard

01 71 19 99 68 (Véronique Pieri-Gnemmi) [secretariat@unaformec.org](mailto:secretariat@unaformec.org)

---

**Retrouvez tout notre programme sur notre site**

<http://www.mbpu.net/unaformec-2015/>

