

MED & LIEN

ASSOCIATION MEDICALE FRANCO-LIBANAISE

N° 10

S O M M A I R E

EDITORIAL	PAGE	1
CONGRES MEDICAL DE BEYROUTH - 11/14 DECEMBRE 1991	PAGE	2 - 10
- LES ENFANTS D'UN MEME PEUPLE DR PAUL TYAN		
LISTE DES "PATRONS" FRANCAIS PRESENTS.		
- ARTICLE DE L'ORIENT-LE JOUR.		
- EXTRAITS DES CONFERENCES (PREMIERE PARTIE).		
LIBRE OPINION : FRANCOPHONIE. EXTRAIT DU JOURNAL LE MONDE	PAGE	11
ACTIVITES DE L'A.M.F.L.	PAGE	13
RUBRIQUE JURIDIQUE : LA SOCIETE CIVILE PROFESSIONNELLE	PAGE	15-17
BLOC-NOTES	PAGE	18

Si je devais n'utiliser qu'un seul mot pour symboliser ce bref séjour au Liban, je ne dirais pas : surprise, contraste, désespoir, paradoxe, inquiétude ou regret ...! Je retiendrais EMOTION.

Emotion de découvrir un pays meurtri, ruiné, gâché. Pour nous, jeunes européens de l'ouest, c'est une réalité que nos parents ont connue mais dont nous avons été épargnés.

Emotion de voir un peuple debout, prêt à repartir et déjà en marche. Quelle détermination ! Puisse-t-elle être fondée sur moins d'incertitudes.

Emotion de découvrir cette fraternité chaleureuse qui unit ceux qui sont partis et reviennent à ceux qui sont restés ou sont déjà revenus.

Enfin, l'humble et modeste émotion d'être français et de réaliser l'amitié sincère manifestée par tous ceux que nous avons rencontrés.

Sommes nous dignes de tant d'estime ?

J'espère que les années à venir en apporteront la preuve.

Merci à l'association médicale franco-libanaise pour son action discrète et efficace.

Tous mes vœux et que vive le Liban !

OLIVIER GOULET

Le Congrès A.M.F.L -UNIVERSITE LIBANAISE à Beyrouth

10 /15 Décembre 1991.

La rédaction n'a pas l'habitude de glorifier les actions de l'association. Mais si on veut résumer le congrès qui a eu lieu à l'auditorium à Sin el Fil à Beyrouth, en ce mois de décembre 1991, force est de dire que TOUT ETAIT PARFAIT.

Le voyage, l'ouverture du congrès, le discours de Paul Tyan, les séances médicales, les réceptions au Summerland et au Portoemilio, les visites de Byblos, de Beyrouth, même la visite de Baalbeck, interrompue par la neige à Dahr el Baïdar, Tout était parfait. Un coup de chapeau aux organisateurs, à la M.E.A, à Gazwa Assad, à l'université libanaise toute entière. Bref, à tous ceux qui ont aidé à la réussite de ces journées. Ils sont très nombreux.

Nous étions plus de 80 Franco-libanais, arborant à la boutonnière, le drapeau libanais à notre arrivée à Beyrouth. Nous fûmes plus de quatre cents le jour de l'inauguration dans la grande salle de conférence.

Nous étions fiers d'appartenir au corps médical, fiers de participer à cette entreprise d'organisation d'un congrès au Liban, fiers de la présence effective de 14 "Patrons" de la pédiatrie française, et non des moindres.

Nous sommes persuadés que nous serons encore plus nombreux au prochain congrès. Le futur numéro du Medi-lien vous fixera sa date et ses modalités.

Nous reproduisons dans ce numéro une partie des résumés des communications de ce congrès. L'autre partie sera publiée dans le prochain.

ASSOCIATION
MEDICALE
FRANCO-
LIBANAISE

LES ENFANTS D'UN MEME PEUPLE

C'est une grande joie d'être parmi vous ce jour, réunis ensemble en terre libanaise, pour parler de pédiatrie, de médecine libanaise, mais aussi du Liban, de la France, de la diaspora libanaise.

La majorité de ceux qui viennent de France pour ce Congrès sont nés ici. Nombre d'entre eux, dont je suis, ont exercé au Liban, et ce n'est pas sans déchirement ni drame qu'ils avaient choisi de s'expatrier; et j'en profite pour rendre hommage à ceux qui avaient la possibilité de s'installer ailleurs et qui ont fait le choix courageux, voire douloureux, de rester ici.

Comme vous le savez, les membres du corps médical d'origine libanaise (médecins, dentistes, pharmaciens, kinésithérapeutes) installés en France sont assez nombreux, leur nombre étant de l'ordre de 1200 notre propre fichier comptant 800 noms.

En Juillet 89, alors que Beyrouth était à feu et à sang, nous avons été quelques uns à créer l'association médicale franco-libanaise. Bientôt rejoints par plusieurs dizaines pour atteindre en 90 près de deux cents adhérents, ce qui n'était au départ qu'un petit rassemblement conjoncturel, s'est mué, au bout de deux années et demi d'existence en une structure organisée connue et reconnue dans toute la France.

Nos multiples activités tant médicales que sociales ont cristallisé les espoirs de nombre de ceux qui voulaient se mobiliser pour la cause libanaise et qui étaient jusque là handicapés par l'absence de structure solide.

Je citerais, pour mémoire, l'accueil des blessés en France, les collectes de médicaments, le dispensaire que nous avons ouvert à Paris l'an passé pour soigner les Libanais sans couverture sociale, le bulletin de liaison Médilien, ainsi que les multiples colloques et congrès organisés autour du thème de la solidarité avec les souffrances et l'existence du peuple libanais.

Cette rencontre sera, et j'en suis convaincu, le prélude à un vaste mouvement d'échanges scientifiques, sans oublier la vocation sociale de notre mouvement associatif.

Dans cette affaire, c'est nous qui sommes les plus demandeurs, car c'est en restant à votre contact, en vivant les espoirs, les angoisses et les déceptions du peuple libanais, que nous pourrons maintenir vivante notre libanité.

Ce petit quelque chose que nous avons fait jusqu'à présent n'est rien en comparaison des besoins de ce pays, mais donne un aperçu de ce que nous pourrions faire si nous parvenions à une mobilisation massive du corps médical français.

C'est pour cela que nous nous proposerons pour continuer ensemble avec tous ceux, sans préjugés ni exclusives ni exclusions, qui sentent encore leur coeur battre pour le Liban.

En fait nous n'avons pas fait plus que d'autres et en vérité, ce n'était que le devoir de ceux qui avaient fait le serment d'Hippocrate de rester attentif aux souffrances de ceux qu'ils avaient connu sous des jours meilleurs, et qui s'étaient transformés sous l'oeil impassible des Ponce Pilate en victimes de l'inconscience humaine

Je vous ai présenté succinctement notre association, ce n'est vraiment pas par prosélytisme (nos amis savent que nous avons horreur de cela) mais tout simplement pour introduire la communauté libanaise de France, dont nous sommes partie intégrante.

Là aussi, nous sommes devenus relativement nombreux. Les chiffres qui circulent, impossibles à vérifier, nous situent autour de 200000, plus de la moitié habitant la région parisienne.

La grande majorité de ces franco-libanais sont des cadres moyens, des membres des professions libérales ou des entrepreneurs dynamiques. Souvent cités en exemple d'intégration et de réussite professionnelle, ils font, à l'échelle individuelle honneur aux facultés libanaises ou françaises qui les ont formés.

Cela pour vous dire que potentiellement la communauté libanaise de France est puissante et qu'elle est immanquablement amenée à jouer un rôle qui pourrait se révéler important dans le maintien et le développement des relations franco-libanaises.

Il serait bien entendu suicidaire pour cette communauté naissante de transposer en France les clivages d'intérêt inter-libanais. Elles ne peuvent à terme que porter préjudice à la cohésion et à l'efficacité de tout mouvement de rassemblement.

Il est évident que la pérennité du pays de nos racines nous intéresse plus que jamais. Et, au-delà des différences de sensibilité ou même des divergences d'opinion, quelque soient les circonstances et la puissance de l'adversité, rien de fondamental ne peut légitimement et durablement nous séparer.

Nous sommes les enfants d'un même peuple.

Une autre nation nous a accueillis et formés. Elle nous a donné le droit à l'enseignement dans ses facultés, elle nous a donné le droit au travail et nous a fait jouir des mêmes privilèges que ses propres natifs. Nombre d'entre nous, dans cette salle, pourront témoigner que le peuple de France a été amical et fraternel avec les libanais réfugiés ou installés sur son sol.

Il est humain et honnête de lui être fidèle.

PAUL TYAN

Beyrouth, le 11/12/91 , Amphithéâtre de l'Université Libanaise.

LA LISTE DES 14 " PATRONS " QUI NOUS ONT ACCOMPAGNES

BEURTON Daniel
Professeur à la faculté de médecine de Paris-ouest

CARPENTIER alain
Professeur à la faculté de médecine Paris VI

CARLIOZ Henri
Professeur à la faculté de médecine Paris VI

EL ASMAR Bchara
Professeur à la faculté de médecine Paris VI

FARAH Alain
Professeur à la faculté de médecine Paris ouest

GALLET Jean Paul
Professeur à la faculté de médecine Paris ouest

GOULET Olivier
Médecin à l'hôpital Necker -enfants malades

JEANNEL Françoise
Médecin à l'hôpital Ambroise Paré

LE BIDOIS Jérôme
Médecin à l'hôpital Necker -enfants malades

MICHEL Claude Régis
Professeur à la faculté de médecine de Lyon I

MIHAILENOU Servan
Médecin de l'hôpital Broussais

SCHMITZ Jacques
Professeur à la faculté de médecine de Kremlin Bicêtre

VALAYER Jacques
Professeur à la faculté de médecine de Kremlin Bicêtre

WALTI Hervé
Médecin à l'hôpital Cochin

EN PRESENCE DU MINISTRE HARB ET DE L'AMBASSADEUR DE FRANCE INAUGURATION, HIER, DES JOURNEES MEDICALES DE L'UL

C'est en présence du ministre de l'Éducation nationale, M. Boutros Harb, représentant le Chef de l'État, MM. Albert Moukhalber et Mohammad Jaroudi, représentant respectivement le président de la Chambre et le Premier ministre, de l'Ambassadeur de France M. Daniel Husson ainsi que de plusieurs autres personnalités diplomatiques, politiques et médicales qu'a eu lieu, hier matin, à l'auditorium de la Faculté de Médecine de Sin el Fil, l'inauguration des «Journées médicales de l'Université libanaise», un congrès organisé en collaboration avec les sociétés libanaises de pédiatrie, de cardiologie, d'orthopédie, d'urologie et l'Association médicale franco-libanaise.

Treize conférenciers français arrivés la veille pour cette occasion ainsi qu'un groupe de spécialistes libanais animeront ces quatre jours de rencontres et d'échanges sur le thème de la «Pathologie pédiatrique».

Une manifestation importante à plus d'un titre tant sur la plan scientifique que national remettant le Liban sur l'avant-scène, un Liban qui recouvre sa vocation et sa place dans le monde.

C'est le Pr. Mounir Abou Assly, doyen de la Faculté de Médecine qui devait, le premier, prendre la parole pour souhaiter la bienvenue à toutes les personnes présentes, mettant l'accent sur le symbole de ces retrouvailles s'inscrivant dans le cadre de la reconstruction du pays.

Le Dr Paul Tyan devait, lui, prononcer le mot de l'Association médicale franco-libanaise évoquant la communauté libanaise de France et l'accueil particulièrement chaleureux que ce pays a réservé à nos compatriotes.

L'allocution du Recteur de l'Université était prononcée par le Pr Hachem Haldar mettant l'accent sur le rôle du Liban «trait d'union entre l'Orient et l'Occident». Il devait féliciter l'UL pour l'organisation d'une telle manifestation.

Dans son intervention, l'Ambassadeur de France M. Daniel Husson a évoqué la tradition séculaire d'échanges, entre les deux pays, cette dynamique qui a continué malgré les douloureuses années de guerre. L'Ambassadeur Husson a également rappelé au passage, les projets de coopération et d'assistance dont ce symposium est l'illustration. Le diplomate devait terminer en insistant sur l'importance du thème choisi pour cette première grande rencontre scientifique de l'UL c'est-à-dire les soins apportés à l'enfant: «L'enfant trop souvent victime des conflits des adultes, l'enfant espoir de l'avenir dans tous les pays du monde, au Liban comme ailleurs, au Liban peut-être plus qu'ailleurs.

J'y vois, plus encore qu'une espérance, le signe que le Liban est sur la voie de recouvrer d'ores et déjà son rôle historique au Moyen-Orient et la place qu'était la sienne dans le monde. Dans l'accomplissement de ce dessein, la France est fermement déterminée à lui apporter son appui et son aide les plus fraternelles» devait-il dire.

Le dernier à monter en chaire,

le ministre Boutros Harb, a parlé lui aussi, des significations multiples de cette manifestation qui: «marque d'abord nettement le retour du Liban à l'échange scientifique et culturel au lieu des échanges de tir», le ministre se déclarait heureux du thème choisi par les organisateurs de ce congrès: l'enfance étant une préoccupation majeure des responsables: «Les enfants ont été parmi les plus touchés, voire traumatisés par la guerre sous toutes ses formes, et dans ses multiples manifestations...».

Le ministre Harb n'oubliait pas d'insister sur la présence importante des conférenciers français. «qui confirme, encore une fois, l'amitié et la coopération entre les deux peuples» souhaitant plein succès aux travaux de ce congrès.

Après cette séance inaugurale donnant le coup d'envoi des travaux du congrès, les personnes présentes devaient participer à la visite d'une exposition médicale comprenant médicaments, prothèses, projections de documentaires sur plus d'un sujet, etc...

QUELQUES-UNS DES PRINCIPAUX THEMES ABORDES

- Luxation congénitale de la hanche
- Maladie de Legg-Calvé-Perthe
- Colonne vertébrale et réhabilitation
- Inégalité des membres inférieurs
- Maladie coeliaque évolutive au long cours
- Aspects nouveaux des septécémies
- Problèmes des unités néonatales
- Diagnostic anténatal des malformations urinaires.
- Les valves urinaires chez l'enfant. Diagnostic et traitement.
- Les troubles de la vision chez l'enfant.
- Cardiopathies cyanogènes
- Pathologie fongique urinaire
- Transplantation hépatique
- Cathétérisme interventionnel
- Transposition des gros vaisseaux
- Réhabilitation pédiatrique post-chirurgicale.

RESUME DES DIVERSES CONTRIBUTIONS LORS DU CONGRES DE PEDIATRIE

DE BEYROUTH

Abstract Péd. Gén. 1

CROISSANCE ET ENVIRONNEMENT. J.P. GALLET.

Faculté de Médecine — Paris-Ouest.

Le cartilage de croissance est une cible sur laquelle s'exerce une série de facteurs génétiques, hormonaux et d'environnement. Si l'essentiel des travaux récents sur la croissance porte sur les phénomènes hormonaux, il ne faut pas occulter le rôle de l'environnement qui a conditionné par le passé et conditionne encore dans la majorité des pays la plupart des retards de croissance. 1 — L'ENVIRONNEMENT ANTE NATAL. Il est déterminant pour la taille et le poids de naissance. La nutrition y est essentielle mais elle n'entrave véritablement la croissance que pour des apports caloriques très faibles. Mais interfèrent également les infections, les toxiques, les grossesses multiples et rapprochées, le travail maternel, les facteurs psychologiques.

2 — L'ENVIRONNEMENT POST NATAL. 2 — 1 — L'APPORT NUTRITIONNEL est prépondérant; la majorité des petites tailles dans le monde est liée à la malnutrition et beaucoup de petites tailles dites ethniques sont en fait d'origine nutritionnelle. Une fois corrigé l'effet de la malnutrition, les différences ethniques s'estompent.

2 — 2 — LES AUTRES FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES sont difficiles à distinguer des facteurs nutritionnels parce qu'ils affectent les mêmes groupes de populations. On retient néanmoins: la profession, le revenu familial, le rang de l'enfant dans la fratrie, les conditions de logement et surtout le niveau d'instruction des parents. On les regroupe sous le vocable « différentiel social de croissance ».

2 — 3 — L'ENVIRONNEMENT PSYCHOLOGIQUE: l'enfant pour atteindre son potentiel génétique de croissance doit vivre dans un environnement psycho affectif qui lui soit favorable. Les nanismes décrits par SPITZ et les nanismes psychosociaux sont là pour nous le rappeler. Ce rôle de l'environnement a été mis en exergue dès le début du 19^{ème} siècle par L.R. VILLERME: « La taille des hommes devient d'autant plus haute et leur croissance s'achève d'autant plus vite que le pays est plus riche, l'aisance plus générale, que le logement, les vêtements et surtout la nourriture sont meilleurs et que les peines, les fatigues, les privations éprouvées dans l'enfance et la jeunesse sont moins grandes ».

Abstract Péd. Orth. 1

TRAITEMENT DE LA LUXATION CONGENITALE DE LA HANCHE AVANT CINQ ANS.

H. CARLIOZ. Faculté de Médecine — Paris-Ouest.

Les principes du traitement de la luxation congénitale de la hanche sont les mêmes à tout âge chez l'enfant. Il faut: 1 remettre la tête fémorale dans le cotyle. C'est le temps de réduction. 2 stabiliser cette réduction. 3 corriger les éventuelles dysplasies résiduelles. 4 Veiller à chaque temps du traitement à éviter le risque de troubles trophiques de l'épiphyse fémorale. Cette ostéochondrite réductionnelle est la principale cause des mauvais résultats du traitement. — A la naissance, l'hypotonie physiologique permet de réduire et de stabiliser sans préparation progressive, en utilisant un langage d'abduction. — Dès les premières semaines, il est indispensable de réduire progressivement par traction ou par hamais de Pawlick. Toute brusquerie est cause d'ostéochondrite réductionnelle par hyperpression sur l'épiphyse. Le hamais de Pawlick peut être installé jusqu'à 6 mois environ et maintenu jusqu'à 10 ou 12 mois. En cas d'échec ou chez des enfants plus âgés, la traction continue en abduction progressive suivie de maintien par plâtre est le traitement le plus sûr. Cette

traction est faite hanche fléchie avant un an, hanches en extension au delà. Le plâtre stabilisateur est maintenu plusieurs mois. — Les indications d'une réduction chirurgicale sont assez rares. Les échecs du traitement décrit ci-dessus sont presque toujours dus à des erreurs. La plupart des irréductibilités ou des instabilités sont, chez le jeune enfant, liées à des inversions iatrogènes du limbus. La réduction opératoire devient nécessaire. Chez l'enfant de plus de 3 à 4 ans, la longue durée du traitement par traction et plâtre et la certitude d'avoir à compléter par ostéotomie fémorale ou pelvienne conduit souvent à une intervention d'emblée qui associe raccourcissement fémoral, réduction chirurgicale par arthrotomie, stabilisation par capsulorraphie et ostéotomie de Salter. — La correction des dysplasies résiduelles est d'autant plus souvent nécessaire que le traitement est entrepris tardivement. Les ostéotomies fémorales ont beaucoup perdu de leurs indications au profit des ostéotomies de réorientation du cotyle, ostéotomie innommée avant 7 ou 10 ans, ostéotomie triple au delà.

Abstract Péd. Orth. 2

NOTRE EXPERIENCE DU TRAITEMENT DE LA LUXATION CONGENITALE DE LA HANCHE CHEZ L'ENFANT.

E. MECHELANI. Faculté de Médecine — Université Saint Joseph.

L'étude porte sur 454 hanches chez 324 enfants âgés de moins de six ans dont 273 filles et 51 garçons et sur lesquels il a été pratiqué 274 traitements orthopédiques, 27 réductions sanglantes, 63 ostéotomies fémorales et 90 ostéotomies du bassin. Les résultats, jugés sur le développement cotyloïdien, la sphéricité de la tête et la concentricité tête-cotyle, sont exprimés en pourcentages en T. Bons, Moyens et Mauvais. Les traitements orthopédiques dont 108 avant six mois; 66 entre six et douze mois et 100 entre un et trois ans; ont donné respectivement: 87,80 et 60% de T.B. résultats, les réductions sanglantes ont très vite été abandonnées du fait de la fréquence des

complications — ostéochondrites et raideurs. Les ostéotomies fémorales avec 58% de T.B. résultats ont été progressivement abandonnées au profit des ostéotomies du bassin. Celles-ci, sans complications notables, toujours précédées d'une réduction complète, sans arthrotomie ni capsuloplastie, régulièrement associées à une ostéotomie du fémur après l'âge de trois ans; ont donné de façon globale: 80% en T.B. 11% en Moyens et 9% en Mauvais résultats. Sur les hanches de première main, traitées avant l'âge de trois ans, le pourcentage des T.B. résultats s'élève à 90% des cas; tout au détriment des mauvais résultats.

phie lui aurait permis de déceler une déformation avancée du noyau cartilagineux dans au moins deux (peut être trois) des 4 mauvais résultats qu'il présente. Le MRI, devenu récemment disponible au Liban, devrait être d'un grand appoint pour l'étude de la forme du noyau céphalique cartilagineux, avant l'intervention. La valeur du traitement basé sur le principe du «containment» n'est plus à prouver dans la LPC, qu'il soit chirurgical ou bien non. L'auteur présente les

méthodes et explique son choix: Le traitement dit «conservateur» est trop radical puisqu'il suppose l'usage d'une orthèse pour une durée allant de 2 à 4 ans. Parmi les 2 méthodes de traitement chirurgical, L'ostéotomie du bassin offre des avantages certains sur celle du fémur. Son désavantage majeur est qu'elle est techniquement plus difficile et qu'elle ne souffre par d'imperfection.

Abstract Péd. Orth. 7

EVOLUTION DU TRAITEMENT DE LA SCOLIOSE IDIOPATHIQUE. C.R. MICHEL. Faculté de Médecine de Lyon I — Hôpital Edouard HERRIOT.

La décision de traiter une scoliose repose sur la preuve de son évolution, ou de fortes présomptions d'évolutivité. Le choix du traitement se fait alors en fonction de l'âge, de la forme anatomique et surtout de l'angle de la courbure. Les indications actuelles sont plus précises et surtout plus précoces que par le passé: au-delà de 25 degrés, jusqu'à 40 degrés, le traitement orthopédique s'impose. Deux protocoles de traitement orthopédique sont maintenant classés et ses résultats connus à long terme: — Le MILWAKEE BRACE DE BLOUNT, très efficace et encore irremplaçable chez le tout jeune enfant. — Le traitement orthopédique Lyonnais, faisant succéder à une réduction sur cadre une contention en orthèse. Ces dernières ont elles mêmes évolué et l'on retrouve beaucoup de points communs entre le corset Lyonnais, le corset de Boston, le corset 3 d'où d'autres modèles. En fait si la chirurgie a vu diminuer ses indications, elle a

bénéficié le plus de progrès techniques et surtout d'une nouvelle analyse de la déformation, visant à corriger dans les 3 plans de l'espace. L'opération de Harrington avait ouvert la voie en apportant la première instrumentation métallique associée à une arthrodièse. Ses résultats à plus de 20 ans de recul sont connus, et sont souvent insuffisants. D'où l'émergence de nouveaux matériels apportant chacun leurs progrès: Système transversal, Armstrong, Luque. Jusqu'à aboutir au matériel de Cotrel-Dubousset qui le premier remplit le contrat d'une réduction tri-dimensionnelle, toujours associée à une arthrodièse, mais assez stable pour supprimer la contention post-opératoire. Cela permet ainsi de diminuer la durée d'hospitalisation et de rapidement réinsérer le scoliotique dans sa vie familiale et scolaire.

Abstract Péd. Orth. 8

TRAITEMENT DES SCOLIOSES SEVERES NON MALFORMATIVES DU JEUNE ENFANT.

K. KHARRAT F. DAGHER. Faculté de Médecine — Université Saint-Joseph.

Trente enfants scoliotiques à Risser O avec un angle courbure de 57° à 50° (moyenne 90°) ont été traités par la méthode de la tige sous-cutanée (TSC) 23 cas) et par celle de Luque sans fusion (LSF) 7 cas). 1 — La croissance a été possible chez tous les enfants. 2 — Avec la TSC, la courbure a pu être contrôlée malgré une évolution radiologique dans tous les cas. Avec le LSF, le contrôle de la courbure n'a pu être maintenu. 3 — Les complications, TSC) 13 complications rai-

tréables et un échec, LSF) 6 complications graves par lâchage et démontage du matériel. L'effet vibrateur a été évident dans le LSF, mais n'a pas été empêché complètement par la TSC. Pour cela, la greffe antérieure du sommet a été d'un bon appoint et est pratiquée dès que fréquentes, ne sont pas aussi dramatiques que celles du LSF et ont toujours pu être rattrapées.

Abstract Péd. Orth. 9

LUXATION ATLANTOÏDIENNE IGNOREE CHEZ L'ENFANT: PRÉSENTATION D'UN CAS

R.K. CHAFTARI. Faculté des Sciences Médicales — Université Libanaise

La stabilité du segment atlantoaxial est fréquemment compromise chez l'enfant, dans les problèmes inflammatoires du cou et des voies respiratoires supérieures. Le torticolis qui en résulte est résolu spontanément ou avec un traitement simple de support. La luxation antérieure de l'atlas par rupture du ligament transversé, quoique rare, compromet le canal rachidien surtout si l'odontoidé est intact (loi des tiers de steel). Les déplacements rotatoires, fréquents pour les types I et II, sont rares pour les types III et IV. Nous présentons le cas d'une

enfant de 9 ans, souffrant d'un déplacement rotatoire de l'atlas type III, suite à un traumatisme par ballon sur le côté droit de son visage. Sa condition fut ignorée pendant neuf mois, demeurée ainsi sans traitement, sa luxation a été réduite sous anesthésie générale, par manipulation douce en traction et rotation. Elle a luxé de nouveau dans le plâtre (Minerva). C'est alors qu'une ostéosynthèse et une fusion postérieure de C1 - C2 ont été pratiquées. Suivie pendant vingt huit mois, la malade est asymptomatique, ne garde aucune limitation des mouvements. Elle mène une vie normale.

Abstract Péd. Orth. 10

COMPORTEMENT A L'EGARD D'UNE INEGALITE DE LONGUEUR DES MEMBRES INFÉRIEURS CHEZ L'ENFANT

H. CARLIOZ. Faculté de Médecine — Paris-Ouest, Hôpital Ambroise Paré.

— Le traitement d'une Inégalité de Longueur des Membres Inférieurs (ILMI) est très variable selon sa cause et surtout son importance. Certaines ILMI s'aggravent en cours de croissance, d'autres se

stabilisent. Il est donc important, avant de prendre une décision de traitement, d'essayer de prévoir l'évolution spontanée de toute ILMI. Les brèves malformatives évoluent régulièrement. La constance

PROGRÈS EN NUTRITION ARTIFICIELLE. O. GOULET.
Hôpital Necker — Enfants Malades — Paris

L'alimentation artificielle et en particulier la nutrition parentérale (NP) ont permis d'améliorer significativement la survie, la croissance et la qualité de vie d'enfants atteints de maladies digestives graves. Parmi les nombreux progrès accomplis certains méritent une attention particulière. 1) L'administration intraveineuse d'émulsions lipidiques permet d'assurer un apport énergétique élevé dans un faible volume avec une osmolarité réduite; leur contenu en acides gras essentiels permet de couvrir les besoins de l'enfant en croissance. Leur utilisation contribue à une synthèse protéique et donc à une croissance plus efficace. Un certain nombre d'inconvénients ou de contre-indications à leur utilisation ont été contournés grâce à une approche rigoureuse de la compétition glucose-lipide et de l'oxydation de ces substrats. Ces études faisant appel à la calorimétrie indirecte ont permis dans différentes situations (malnutrition, apports lipidiques élevés, utilisation de triglycérides à chaîne moyenne) de définir un niveau optimal d'apports. Actuellement, à condition de respecter des apports en glucose limités ($V 15 \text{ g/Kg/jour}$) et un débit

d'infusion ($V 0,20 \text{ g/Kg/heure}$), il est possible d'administrer jusqu'à 30% de l'apport énergétique non protéique sous forme de lipides. 2) La cyclisation des apports en NP représente un avantage métabolique évident en restituant une alternance jeune-alimentation et des régimes hormonaux différents d'un hyperinsulinisme permanent. Ce rythme permet en outre une activité physique et musculaire importante au plan nutritionnel, ainsi que de meilleures conditions psycho-affectives. Cette méthode a enfin autorisé la NP à domicile; cette technique a permis en 10 ans de prendre en charge à domicile plus de 150 enfants atteints de maladies sévères et prolongées: grêles courts, diarrhées graves, pseudo-obstructions intestinales, maladies de Crohn, déficits immunitaires, etc... Les techniques modernes d'exploration des compartiments corporels (absorptiométrie, impédancemétrie, IRM...) permettent de connaître avec précision la composition du gain pondéral et le coût énergétique de la croissance en NP. Elles devraient encore améliorer les résultats de la nutrition artificielle.

Abstract Péd. Cardio. 1

ECHOCARDIOGRAPHIE CHEZ L'ENFANT. S. MIHAILEANU,
A. LAMBERTI, S. CHAUVAUD, A. DELOCHE, M. DELARAT, B. EL ASMAR et A. CARPENTIER.
Hôpital Broussais — Paris.

Si, il y a vingt ans, l'échocardiographie n'était qu'un préambule au cathétérisme cardiaque, nous assistons aujourd'hui à une révolution technologique suivie de près par la modification de stratégie diagnostique. Les grandes étapes ont été représentées par l'imagerie à haute définition, le doppler continu et pulsé à haute fréquence de répétition, le doppler couleur, les sondes œsophagiennes et epicardiques ainsi que la force des nouveaux systèmes informatiques utilisés de façon courante sur la plupart des machines dans les valvulopathies acquises ou congénitales, nous considérons l'examen suffisamment précis pour répondre à toutes les questions: sévérité hémodynamique, analyse morphologique et mécanismes de dysfonction, décision thérapeutique et technique chirurgicale, contrôle intra et post opératoire immédiat. L'attitude dans les cardiopathies congénitales reste plus nuancée: l'échocardiographie apporte un diagnostic anatomique de grande finesse, localise les shunts, estime raisonnablement bien le

rapport des débits (qp/qs), mesure enfin les gradients et précise le siège des obstacles. Par sa répétitivité l'échocardiographie permet de répondre à des questions issues directement de l'examen. L'utilisation en per-opératoire tend à se généraliser comme véritable outil chirurgical. L'examen reste pourtant objectivement limité sur la distalité du lit pulmonaire, quelques anomalies de retour veineux ou coronariennes; Le calcul des résistances pulmonaires ou les épreuves pharmacodynamiques pour les shunts à égalité de pressions restent encore des notions d'hémodynamique invasive, la localisation des shunts intra et surtout extracardiaques dans les hypertensions pulmonaires sévères représente encore un écueil échocardiographique. La plus importante limite subjective vient de la dépendance de l'examen par rapport à l'examinateur. L'expérience de Broussais s'inscrit depuis des années dans cette logique de recherche de la méthode diagnostique: la plus riche en informations la plus simple d'usage.

Abstract Péd. Cardio. 2

CARDIOPATHIES CYANOGENES. J. LE BIDOIS.
Hôpital Necker — Enfants Malades — Paris.

Le diagnostic des cardiopathies congénitales cyanogènes est actuellement toujours porté de façon précoce, voire en anténatal. L'échocardiographie est l'examen clé du diagnostic. Le cathétérisme cardiaque garde deux grands types d'indication. - 1°) Préciser certains points anatomiques, notamment la vascularisation pulmonaire, périphérique, avant un traitement chirurgical. - 2°) Intervenir au cours d'un cathétérisme (essentiellement occlusion d'un vaisseau ou dilatation d'une valve ou d'un vaisseau). Il faut distinguer en pratique 3 grands groupes de cardiopathies cyanogènes: 1°) Celles qui comportent deux ventricules et un arbre artériel pulmonaire correct et qui pourront bénéficier dans la grande majorité des cas d'une correction complète de la malformation; 2°) Les malformations qui ne comportent qu'une seule cavité ventriculaire fonctionnelle, pour lesquelles on ne pourra proposer que des interventions palliatives définitives, de type dérivation cavo-pulmonaire totale. 3°) Enfin, il existe un

troisième groupe dans lequel l'état de l'arbre artériel pulmonaire est si médiocre, qu'il ne permettra aucun type de chirurgie conventionnelle. Les enfants atteints de transposition des gros vaisseaux, simple ou avec CIV, sont opérés en période néonatale; correction anatomique de la transposition (switch) avec éventuellement fermeture de la CIV. Les résultats de cette chirurgie sont très satisfaisants puisque la mortalité est actuellement inférieure à 10%. Les enfants atteints de tétralogie de Fallot sont habituellement opérés vers le 6ème mois de la vie après qu'un cathétérisme se soit assuré qu'il s'agit d'une forme régulière de la malformation. Les résultats sont ici aussi excellents puisque la mortalité est inférieure à 5%; en cas de cyanose sévère en période néonatale, il peut être tenté une dilatation de la voie infundibulo-pulmonaire, au cours d'un cathétérisme. En cas d'atrésie pulmonaire avec communication interventriculaire, l'attitude dépend beaucoup de la qualité de l'arbre artériel pulmonaire. Certaines «bonnes formes» se rapprochent d'une tétralogie de Fallot

Abstract Péd. Gastro 2

DIARRHÉE GRAVE REBELLE AVEC ATROPHIE VILLOSAIRE CHEZ LE NOURRISSON. O. GOULET.

Hôpital Necker-Enfants Malades — Paris — France.

Depuis sa description initiale par Avery et coll (Pediatrics 1968) et Ricour et coll (Arch Fr Pédiat 1977), le concept de diarrhée grave rebelle (DGR) avec atrophie villositaire (AV) a évolué. Les progrès considérables de la nutrition artificielle ont permis la survie de la plupart des enfants et l'identification d'un groupe de nourrissons ayant une diarrhée persistante au-delà d'un mois de repos digestif en nutrition parentérale. L'analyse anamnésique, le regroupement syndromatique et les études immunohistochimiques ont permis de proposer une classification de la DGR avec atrophie villositaire en dehors de tout déficit immunitaire connu. 1) Des nourrissons ayant des antécédents familiaux de décès néonataux et/ou de consanguinité présentent une diarrhée néonatale précoce avec AV sans signe immunohistochimique d'activation lymphocytaire intestinale, ce cadre pourrait correspondre à des anomalies héréditaires et ultrastructurales de la muqueuse et/ou à un renouvellement entérocytaire anormal. 2) Un groupe de nourrissons présente en plus de l'AV des signes d'activation lymphocytaire T associant infiltrat du chorion par

des cellules T (CD4, CD8, CD25) avec ou sans augmentation des lymphocytes intraépithéliaux, expression du DR au niveau des entérocytes des cryptes glandulaires. Ce groupe comporte trois sous-groupes dont la symptomatologie est différente: a — Atteinte gastro-jéuno-iléocolique diffuse sans manifestation extradiigestive ni anomalie du phénotype, b — Association de manifestations extradiigestives connues pour être de nature auto-immune: diabète, polyarthrite, anémie et thrombopénie autoimmunes, elles s'associent à des auto-anticorps circulants et anticorps anti-entérocytes, c — L'association hypotrophie foetale, dysmorphie faciale, anomalies des cheveux, et défaut de réponse anticorps a été reconnue chez 9 enfants atteints de DGR avec AV persistante. Cette proposition de classification, certainement encore incomplète permet théoriquement une approche thérapeutique plus rigoureuse. Cependant l'utilisation de traitements immunomodulateurs ou suppresseurs ne permet pas dans tous les cas d'améliorer le pronostic de ce syndrome rare et complexe.

Abstract Péd. Néonat. 1

ASPECT NOUVEAU DES INFECTIONS NEONATALES. Ph. CHEDID.

Faculté des Sciences Médicales — Université Libanaise.

Au tableau classique des septicémies et infections néonatales, viennent s'ajouter de nouvelles présentations cliniques, des agents pathogènes nouvellement identifiés, de nouvelles interprétations de certaines pathologies anciennes et (finalement) une mise à jour sur les thérapeutiques actuellement utilisées. Dans cet exposé, une revue de ces nouveaux aspects des infections néonatales sera présentée, en insistant surtout sur des présentations cliniques insolites, sur leurs

agents causatifs, sur l'incrimination de ces agents dans certaines pathologies anciennes et classiques, et les traitements curatifs ou préventifs disponibles dans notre arsenal thérapeutique actuel. A ces traitements spécifiques, vient s'ajouter une thérapeutique nouvelle, adjuvante, basée, soit sur le renforcement de l'immunité encore limitée du prématuré, soit sur la modulation de certaines composantes de la biologie moléculaire de l'inflammation.

Abstract Péd. Néonat. 2

ETUDE MULTICENTRIQUE SUR LA PROBLEMATIQUE DES UNITES NEONATALES DE SOINS INTENSIFS. R. SACY

Y. NASSIF et S. SAHYOUN. Faculté des Sciences Médicales — Université Libanaise.

Le but de cette étude est d'étudier le nombre de nouveaux-nés qui passent dans une unité néonatale de soins intensifs, leur lieu de naissance, leur pathologie, le moyen de transfert dans l'unité, les causes ayant abouti à cette pathologie, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement la pathologie néonatale (prématurité, souffrance foetale) les gestes thérapeutiques pratiqués, (intubation, mise sous ventilation assistée, antibiothérapie) le diagnostic final et les conseils prodigués à la sortie. Cette étude porte sur une durée de 3 mois, c'est une étude multicentrique qui a porté sur les malades admis dans les unités néonatales de soins intensifs des centres hospi-

taux suivants: Hôtel Dieu de France (Dr. Imad Melki), Hôpital Makassed (Dr. Mariam Rajab), Hôpital ND du Secours (Dr. Issam Maalouf), Hôpital Notre Dame Jounieh (Dr. Bernard Gerbaka) et Hôpital Saint-Georges Beyrouth (Les auteurs). Le but de cette étude étant d'essayer de débiter à l'échelon national une étude sur la prématurité, sur les modes de transport à prévoir et sur la politique nationale à suivre quand à l'implantation géographique de ces différents centres. Les auteurs terminent en présentant un exposé sur la pathologie néonatale observée sur une période de 10 ans portant de 1981 à 1990 dans le service de réanimation néonatale de l'Hôpital Saint-Georges Beyrouth.

Abstract Péd. Néonat. 3

TETANOS NEO NATAL AU LIBAN. (A propos de 16 cas). G. HAGE

Faculté de Médecine — Université Saint Joseph.

Le T.N.N. n'a pas disparu au Liban. Son incidence est très inégale d'une région à une autre, exceptionnelle dans la capitale et les environs, elle est fréquente dans les régions imitropes, surtout le Nord. Dans ces régions, la fréquence du tétanos est en rapport avec la pauvreté et l'ignorance. Les mères ne sont jamais vaccinées. La plupart des naissances ont lieu dans des conditions traditionnelles qui exposent au risque de contamination ombilicale. La mortalité reste

élevée (37%) malgré les moyens thérapeutiques récents mis en œuvre. On peut éviter cela. Les moyens existent, il suffit de les appliquer. 1 — Diffuser la vaccination antitétanique. 2 — procéder à un effort d'éducation sanitaire. 3 — Etablir des maternités équipées dans ces régions. Dans l'attente d'une tel programme, deux mesures sont possibles à court terme: 1 — La vaccination des femmes enceintes. 2 — La sérothérapie préventive dans les conditions à haut risque néo-natal.

FRANCOPHONIE

Face à l'arabe, à l'anglais... et à la censure

Au Liban, le français sur un triple front

« Des chansons françaises vingt-quatre heures sur vingt-quatre... » Cela ne ressemblerait pas d'être le slogan publicitaire d'une radio privée parisienne... C'est en revanche celui de Radio La Une, « première station francophone du Liban ». Et Chantal Goya a reçu un accueil triomphal des enfants libanais lors de sa récente tournée à travers la terre du Cadré.

Dans aucun autre pays arabo-phoné, sauf, peut-être, en Algérie, la langue de de Gaulle est aussi populaire qu'au Liban. « Elle fait partie de notre âme, elle s'est peu à peu mêlée depuis deux cents ans, au plus profond de notre personnalité culturelle », nous disait un jour feu Georges Schéhade, le dramaturge francophone le plus joué dans le monde depuis 1945, avec Ionesco et Beckett.

Cette adhésion est évidemment beaucoup plus répandue parmi les chrétiens que chez les musulmans, mais la participation de ces derniers à la francophonie est d'une qualité grandissante : le plus original des philosophes proche-orientaux de l'Histoire est sans doute aujourd'hui le jeune chite Ahmed Beydoun (1). Quant à la poétesse Nadia Tuoni, disparue prématurément, elle était druze.

Le bilinguisme, un péché ?

Cependant, la situation n'est pas aussi idyllique que pourrait le faire penser ce tableau : une double pression — des occupants syriens (à travers leurs obligés libanais) et d'organisations privées anglo-saxonnes (généralement animées par des protestants américains) — s'exerce désormais sur des établissements d'enseignement franco-arabes et sur des publications libanaises en français pour qu'ils développent leur arabisation ou/et se mettent à l'anglais.

Selon le bulletin beyrouthin *Libanoscope*, « des élèves libanais subirent, pour la première fois en 1992 les épreuves du bac anglais à Notre-Dame University, institution maronite anglophone fondée en 1970 (...), tandis que dans deux ans le bac français sera supprimé, le gouvernement de Beyrouth ayant

décidé de ne plus le reconnaître... » L'un des premiers soins du nouveau régime libanais a d'ailleurs été de s'affilier à l'ALESCO (Organisation arabe pour l'éducation, la culture et les sciences). Or le charter de l'ALESCO indique que son but est « la recherche d'une unité de pensée entre les membres de la patrie arabe », ce qui ne laisse pas d'inquiéter les tenants libanais du pluralisme éducatif, spirituel et politique. Les accords de Taëf (1989) sur lesquels repose le « Liban nouveau » préconisent d'ailleurs « la révision des programmes scolaires libanais, de manière à renforcer l'appartenance et l'intégration nationales ».

« Lorsque l'arabité est assimilée au caractère islamique du monde arabe, le bilinguisme (franco-arabe) déquivant à un péché ou à une trahison », déclarait récemment, de retour d'une mission au Liban, M. Gérard Bapt, député socialiste de Toulouse et animateur, avec M. Maurice Couvo de Murville, de l'association parlementaire Amitié Franco-Liban.

Or, sous l'influence esoudonna, de plus en plus visible à Beyrouth, l'arabité est progressivement assimilée à l'islamité. L'anglo-américain bat présent, en revanche, comme un idiomé neutre, technique, « sans message idéologique, contrairement au français ».

Ce climat a conduit de nombreux parents chrétiens à ne pas renvoyer au Liban, ou à y retourner sans leurs enfants. La suggestion de vingt-deux collèges catholiques, sunnites ou chites de remplacer le bac français « trop voyant » par un examen de français « moins typé » n'a pas été retenue par Paris, le grand dam de nombre d'enseignants et de parents.

La promesse de M. Alain Decaux

La France avait, croyait-elle, arraché à la Syrie, lors du voyage officiel à Damas de M. Mitterrand en 1984, la promesse de pouvoir se maintenir culturellement à Beyrouth. Mais les Syriens ont observé, de leur côté, que les crédits de la coopération française pour la

culture au Liban ont diminué des deux tiers en quelques années, tombant à quelque 30 millions de francs (à titre de comparaison, les fonds culturels pour la Tchécoslovaquie, pays qui n'appartient pas au mouvement francophone, sont passés, en deux ans, de moins de 10 millions de francs à 85 millions de francs).

En 1990, M. Alain Decaux, alors ministre de la francophonie, avait décidé d'accorder un concours exceptionnel de 1 million de francs à *l'Orient-Le Jour*. Plus d'un an après, l'unique quotidien beyrouthin en français n'avait toujours pas vu le couleur de cet argent et approuvait, par une indiscretion, que Paris allait envoyer en décembre à Beyrouth une « mission d'enquête » sur un journal qui jouit pourtant, à tous égards, d'une excellente réputation en Méditerranée orientale. « Pourquoi cette humiliation ? », s'est interrogé M. Michel Eddé, ancien ministre libanais de l'Information et, depuis peu, principal actionnaire (30 %) du quotidien.

En outre, la somme destinée à financer le séjour d'une journaliste française à Beyrouth pour dynamiser le supplément « enfants » de *l'Orient-Le Jour* est inexplicablement bloquée au Quai d'Orsay depuis six mois.

Rues débaptisées

L'Orient-Le Jour, de même que plusieurs écoles catholiques et que l'Université Saint-Esprit (laquelle possède la seule faculté pontificale de théologie du monde arabe, où sont formés des prêtres en français et en arabe) auraient été l'objet de propositions (financières alléchantes de la part de donateurs américains « pour passer à l'anglais ». Selon M. Bapt, les écoles catholiques libanaises diffusent le français, accueillent actuellement 225 000 élèves, dont 20 % de musulmans, mais elles sont pour la plupart déficillaires, malgré un triplement des frais d'écologie. Si une aide des Etats francophones riches n'arrive pas, les arabes d'outre-Atlantique risquent fort d'être entendues et le système scolaire libanais de devenir bientôt majoritairement anglo-arabe ou uniquement arabe.

Quant à la presse libanaise, nequère si libre encore quelle

que soit sa langue, elle est tout entière menacée par le peu de goût des dirigeants syriens pour la liberté d'expression. Selon *Libanoscope*, non seulement le ministre libanais de l'Information, M. Albert Mansour, vient d'appeler les journalistes beyrouthins « à pratiquer l'auto-censure », mais encore le président du Syndicat de la presse, M. Mohamed Baal-baki, vient d'admettre — c'est une première à Beyrouth — que « l'auto-censure est une garantie de la liberté de la presse ».

Autre première dans le même esprit : un célèbre ouvrage juridique de référence en français, vieux de trente ans, dû à feu le conseiller d'Etat libanais Antoine Fattal, *le Statut légal des non-musulmans en pays d'Islam* (2) (travail couronné par la faculté de droit de Paris), vient d'être « interdit à l'exportation ». Du coup, par précaution, ce livre a été retiré de leurs rayons par les plus prudents des libraires beyrouthins.

Enfin, selon le mensuel *Arabias*, à la veille même du voyage en France du président libanais, les arabes de Beyrouth portant, depuis les années 20, un nom historique français (La Mersallalao, Foch, Maré-Curie, Clémenceau, Paris, etc.) ont toutes été débaptisées, à l'exception de l'avenue Charles-de-Gaulle, au profit de noms arabes. Toutefois, les rues Spoers et Allenby (militaires britanniques) ont conservé leur appellation...

JEAN-PIERRE PÉRONCEL-HUGOZ

(1) Auteur, notamment, d'*Identité confessionnelle et temps social chez les historiens libanais contemporains*, 610 p. Librairie orientale, BP 1986, Beyrouth, 1984.

(2) Imprimerie catholique, Beyrouth, 1938, 400 p. (ouvrage encore disponible en France dans les bonnes librairies orientalistes).

► Des journalistes ayant exercé au Proche-Orient viennent de créer *Les Cahiers du monde musulman*, dont chaque exemplaire sera majoritairement thématique. Le premier numéro est consacré aux Frères musulmans. Parmi les thèmes des prochains numéros : « La guerre du Liban », « Les minorités religieuses en Islam », « Les confréries soufies », etc.

Les Cahiers du monde musulman (publication trimestrielle), Chassy-les-Près, 10130 Ervy-la-Châtel. Tél. : 25-70-62-29.

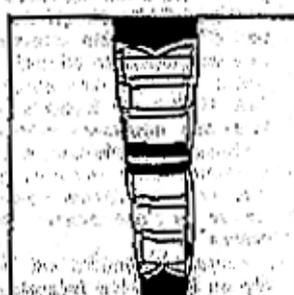
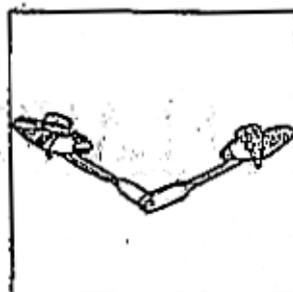
neut

9 rue Léopold Bellan - 75002 PARIS

Tel.(1) 42.33.83.46 - Fax.(1) 42.33.58.99

APPAREILLAGE ORTHOPEDIQUE

Orthèses-Prothèses-Attelles
Chaussures orthopédiques et thérapeutiques
Corsets moulés et lombostats
Appareillage sportif
Semelles orthopédiques



COURS D'ARABE

ENSEIGNEMENT DE L'ARABE ECRIT ET PARLE EN 180 HEURES

METHODE LITTERAIRE ADAPTEE A L'ASPECT LIBANAIS.

DEBUT DES COURS : 15 MARS 1992

COURS : LUNDI ET MERCREDI OU MARDI ET JEUDI.

HORAIRE : DE 19 H à 20 H 40.

TARIF : 45 Frs/H REDUCTION DE 30% AUX MEMBRES DU CLUB CALIF.

NOMBRE DE PLACES LIMITE

INSCRIPTION , RENSEIGNEMENTS ET COURS AU : C.A.L.I.F.

80 rue de la Tombe Issoire

75014 Paris

Tél 42 79 05 44 Fax 42 79 97 09

PRINCIPALES DATES ET ACTIVITES DE L'AMFL.

ACTIVITES :

Collecte de médicaments.
Accueil des blessés.
Dispensaire de la rue des Ursulines.
Médilien (12 numéros parus).

MISSIONS :

En collaboration avec le CEOHL et l'AIPLF pour la réhabilitation des hôpitaux libanais (Novembre 89).

COLLOQUES :

1er Octobre 89 : Se rassembler (hôtel International).
19 Mai 90 : Comment soulager le Liban ? (Assemblée Nationale).
2 Février 91 : Liban : un peuple vivant (Mutualité).
22 Novembre 91 : La communauté libanaise en France (Palais des Congrès).

ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE :

Données actuelles de la chirurgie biliaire (Pr Farah à Beyrouth).
Hypertension artérielle (Pr Safar).
Maladies des voies biliaires (Dr Liguory).
Le cancer du sein (Dr Haddad et ...).
Stress et dépression (Dr Tawil et ...).
Etat sanitaire au Liban (Dr Philippe Laurent, MDM).

CONGRES AU LIBAN :

Journées de l'Hôpital St-Georges (Mai 91).
Pathologie pédiatrique (11-14 Décembre 91).
Journées médico-chirurgicales de l'Hôtel-Dieu (1-4 Avril 92).

PROJETS POUR 1992 - 1993 :

Comité de parrainage
Séminaires et enseignement post-universitaire.
Parrainage d'un centre de sourd-muets à Ballouneh.
Parrainage d'un centre de physiothérapie à Tyr.



Translebanon Tours

*Un nouveau regard
sur le monde*

Assurez vous d'un partenaire fiable pour toutes vos réservations !

- * Tarifs spéciaux pour toutes destinations et spécialement le Liban.
- * Une sélection d'hôtels et d'appartements sur Paris et la côte d'Azur.
- * Une panoplie de programmes pour des vacances sur mesure.

Notre souci : Votre confort !

FRANCE	<i>Paris</i>	44, rue la Boétie - 75008 Paris Tél. : (1) 45.63.63.75 - Fax : 45.63.92.17
	<i>Nice</i>	Promenade des Anglais - Rue G. Faure - 06000 NICE Tél. : (16) 93.87.13.23 - Tlx : 416774
LIBAN	<i>Sodédo</i>	Imm. Saab - Nasra, Sodéco (face station totale) Tél. : (1) 582.237 - 219.049 - 219.831 - 219.653
	<i>Hamra</i>	Imm. Stand - rue Hamra Tél. : (1) 350.095 - 350.096 - 350.097 - 349.534

BILAN

Association Médicale Franco-Libanaise
Septembre/Décembre 1991

Désignations	Recettes	Dépenses
- Congrès 22 Nov.91	2861	
- Congrès médical de BEY	6600	
- Cotisations	23950	
- Bulletins (frais)		16 850.1
- Taxe et frais divers		5 287.53
- Report bilan précédent		-4 073.00
Totaux	35 411.00	28 010.63
Résultat	9 400.37	

Pour toute information :

Tresorier de l'A.M.F.L. : Docteur NABIL ASSAD

Trésorier-adjoint : Monsieur GEORGES NASR

LES CONTRATS PROFESSIONNELS MEDICAUX

par Maître Marie-Christine HENRY-GABORIAU

LES CONTRATS QUI INTERESSENT LES MEDECINS

(suite)

La Société Civile Professionnelle :

C'est une Société dite d'exercice instituée par la loi n° 66.879 du 29 novembre 1966. Pour les médecins, c'est le décret du 14 juin 1977 qui fixe les modalités d'application.

La S.C.P. a donc pour objet, l'exercice en commun et le partage des bénéfices en résultant.

Dans ce cadre juridique, c'est la Société qui exerce elle-même la profession de médecin par l'intermédiaire de ses associés. Il en résulte que c'est la Société qui perçoit les honoraires. Les associés se partagent les excédents en fonction des critères qu'ils ont définis (temps de travail, honoraires encaissés, etc.).

Au plan de la responsabilité professionnelle, si chaque associé répond seul des condamnations pouvant être prononcées contre lui, c'est la S.C.P. qui est solidairement responsable des conséquences dommageables de ses actes.

La Société est soumise comme les médecins eux-mêmes, au respect du Code de Déontologie et de la Santé Publique, et donc passible de sanctions.

A la différence de la S.C.M. qui ne comprend que tout ou partie des moyens mis à sa disposition, la S.C.P. rassemble la totalité des éléments nécessaires à l'exercice professionnel du médecin, c'est-à-dire les éléments incorporels (clientèle, droit au Bail, droit d'exercice dans une clinique) et les éléments corporels (matériel).

D'autres différences avec la S.C.M. :

- Les associés de la Société Civile Professionnelle, s'ils appartiennent à la même spécialité, ne peuvent être plus de huit, s'ils appartiennent à des spécialités différentes, le nombre maximum d'associés est de 10.

- L'associé doit consacrer à la S.C.P. la totalité de son activité libérale, en conséquence :
- Une même personne ne peut être membre que d'une S.C.P. et ne peut exercer ailleurs à titre individuel.

- Le lieu d'exercice professionnel doit être unique pour tous les associés. Cette restriction empêche certaines spécialités d'utiliser cette structure (les Radiologues qui, par exemple, ont l'habitude de regrouper en association plusieurs cabinets).

- En ce qui concerne le droit de vote au sein des Assemblées, l'article 18 du décret du 14 juin 1977 impose un associé égale une voix sauf pour les associés exerçant à mi-temps.

La S.C.P. présente d'autres spécificités :

- Au plan du capital social : celui-ci peut être composé d'apports en nature (clientèle, matériel) ou en numéraire (espèces). Le travail et l'activité d'un associé peuvent aussi faire l'objet d'un apport qui est alors représenté par une part d'industrie. Ceci permet d'intégrer un associé sans apport en capital immédiat, mais en rémunérant son travail. Les parts d'industrie sont individuelles et ne sont pas cessibles à la différence des parts du capital.

- Les bénéfices sont répartis entre les associés selon des critères qu'ils ont définis. Il s'agit là d'un point déterminant de l'engagement des associés puisque leur revenu professionnel en dépend. Les critères retenus peuvent tenir compte du temps de travail, du chiffre d'affaires individuel, mais aussi de la notoriété, de la répartition du capital, de la nature des parts (en capital et en industrie).

– Il faut aussi savoir que la dénomination sociale doit indiquer les noms, qualifications et titres professionnels des associés.

D'autre part, tous les associés sont gérants, sauf stipulation contraire des Statuts qui doivent aussi évoquer les pouvoirs et la durée du mandat du Gérant.

– En ce qui concerne la solidarité, les associés répondent solidairement et indéfiniment sur leur patrimoine, des dettes de la société envers les tiers, l'action contre les associés ne peut toutefois être réalisée qu'après que celle intentée contre la société soit restée infructueuse.

– La Société Civile Professionnelle doit être inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés. Toutefois, la naissance de la personnalité morale court à compter de l'inscription au Tableau de l'Ordre des Médecins.

– Au plan fiscal : les Statuts doivent être soumis à la formalité de l'enregistrement dans le mois de leur signature. Les apports simples sont imposés au droit de 4 %. Les apports consentis à titre onéreux (grevés de passif) entraînent l'application du droit de vente au taux afférent à la nature du bien apporté.

– En cas d'apport à une Société Civile Professionnelle de la totalité des éléments d'actifs affectés à l'exercice de la profession, la plus-value constatée lors de cet apport peut bénéficier d'un régime spécial qui permet un sursis d'imposition de la plus-value jusqu'à la prochaine mutation.

– En dehors de l'exception prévue ci-dessus, les plus-values obéissent aux règles générales d'imposition des plus-values déjà énoncées au chapitre des S.C.M.

– Les cessions de parts de S.C.P. obligent l'acquéreur à régler, dans le mois qui suit la prise d'effet de la Convention, un droit d'enregistrement de 4,80% du montant de la cession. Toutefois, lorsque la cession correspond à des apports en nature faits depuis moins de 3 ans, le droit est de 14,20% (sauf exceptions où d'autres taux sont applicables comme les immeubles).

Le Contrat d'exercice en Commun :

C'est le complément indispensable de la S.C.M. lorsque les associés ont convenu de partager en sus des moyens le travail et qu'une Société Civile Professionnelle n'est pas possible.

Il peut aussi s'avérer utile lorsque les médecins, sans envisager de communauté de travail, entendent régler tel ou tel aspect de leur Exercice Professionnel (gardes, vacances, etc.).

En conséquence, les médecins devront s'interroger sur :

- L'objet du Contrat, son étendue.
- Sa durée, déterminée ou indéterminée, en sachant qu'il existe une S.C.M., il est logique que le Contrat soit conclu pour la même durée que la S.C.M.
- Les clauses relatives à l'admission de nouveaux associés au départ, au décès, à l'incapacité d'exercer et à une indemnisation dans les cas de mise en commun des recettes.
- La majorité à laquelle les décisions doivent être prises.
- Les délais de préavis en cas de départ, ceux-ci devant être identiques à ceux prévus dans la S.C.M. s'il en existe une.
- Les modalités d'exercice : jours et heures de travail, organisation des vacances, des gardes, des remplacements éventuels.
- Une éventuelle mise en commun des honoraires avec possibilité d'une clause d'égalisation pour les médecins exerçant une même spécialité.
- La répartition des dépenses, si elle n'est pas déjà prévue dans la S.C.M.
- La clause de conciliation devant le Conseil Départemental en cas de difficultés d'interprétation ou d'exécution du Contrat.
- Une clause de non-concurrence qu'il ne faut pas oublier d'aligner sur le Contrat d'Exercice avec la

Clinique, s'il en existe un) ou de non-réinstallation limitée dans l'espace et dans le temps, dans le cas où le médecin qui quitte l'Association est indemnisé de la valeur de son droit de présentation.

• Au plan fiscal, le Contrat d'Exercice en Commun, avec mise en commun des honoraires réalisant une Société de Fait, une déclaration devra être régularisée auprès de l'Administration Fiscale.

5. L'EXERCICE EN CLINIQUE

Les Médecins qui exercent en Clinique doivent aussi porter toute attention à leur Contrat. Ce qui suit ne concerne pas les Médecins qui exercent dans des Cliniques dites ouvertes.

En effet, ces Médecins ne font qu'utiliser les services de la Clinique moyennant une redevance. Ils vont souvent dans plusieurs Cliniques, leur Cabinet se situe en Ville où ils consultent.

Bien différente est la situation du Médecin qui va faire de la Clinique le lieu de sa principale activité. Le Médecin exerçant en Clinique, doit impérativement disposer d'un Contrat écrit.

Il s'agit, on l'a vu, d'une obligation figurant dans le Code de la Santé Publique (L462) qui, malheureusement, n'est pas toujours respectée.

Le Contrat doit prévoir :

- Le domaine précis d'intervention du Médecin, (bien préciser la spécialité dans la spécialité pour éviter des conflits avec d'autres confrères de la même spécialité, il y a souvent des examens ou opérations qui peuvent relever de 2 spécialités différentes).

- L'exclusivité, le droit d'exercice privilégié ou non. Il est en effet important de savoir si le Médecin bénéficie d'un monopole de sa spécialité, ou s'il se trouve en concurrence avec d'autres Confrères.

Une exclusivité ne se présume pas. Il faut donc que cela soit écrit.

• La période d'essai.

• La durée déterminée ou indéterminée du Contrat sachant qu'un Contrat à durée indéterminée est résiliable à tout moment moyennant le respect d'un préavis et qu'un Contrat à durée déterminée doit s'exécuter jusqu'à son terme. La résiliation du Contrat à durée indéterminée doit normalement entraîner le paiement d'une indemnité correspondant à la perte de l'outil de travail.

• La cessibilité du Contrat, aussi primordiale que l'exclusivité. Le Médecin doit pouvoir céder le Contrat à un successeur ou la Clinique l'indemniser si elle n'a agréé pas le successeur présenté.

• La faculté d'Association : pour que la Clinique n'exerce pas de veto ou ne revendique de nouvelles exigences lors de la constitution de l'Association.

• La redevance :

- Bien veiller sur quoi est assise cette redevance, honoraires réalisés sur les malades, internes et externes, internes seulement, etc.

- La redevance peut être décomposée entre une redevance forfaitaire et une redevance variable, la redevance forfaitaire correspondant souvent à un loyer.

Elle peut être aussi seulement forfaitaire ou seulement variable ou enfin ce qui est encore le moins contestable calculée en fonction des frais réels exposés par la Clinique.

EN CONCLUSION

Après avoir démontré l'importance des Contrats et indiqué ce qu'ils devaient principalement comporter, l'on peut conclure en disant que le Médecin doit non seulement avoir des Contrats, mais qu'il doit aussi leur porter toute l'attention nécessaire en se faisant, le cas échéant, aider de spécialistes pour les adapter à sa situation particulière. Dans tous les cas, il ne faut pas négliger l'incidence fiscale.

M.C. HENRY-GABORIAU
Avocat à la Cour

BLOC - NOTES

CHANGEMENT D'ADRESSES :

- §- Le Docteur Alexandre Osseiran annonce l'ouverture de son cabinet d'Angiologie, de Phlébologie et d'Echodoppler depuis le 2 Janvier 1992 au 5 rue Moreau 93200 Saint-Denis. Tel. : 48.20.84.99.
- §- La nouvelle adresse du Père Saïd Saïd est : Presbytère
12 rue de l'Eglise 78125 Saint-Hilarion. Tel. : 34.83.41.12.
- §- Docteur Georges Khawam : 5 Avenue Division Leclerc 92310 Sèvres
Tel. : Dom. : 46.23.17.58. Bureau : 48.28.76.83.
- §- Docteur Salim Edmond Massad : Chirurgie générale - Centre Hospitalier 68500 Guebwiller Tel. : 89.76.81.97.
- §- Docteur Georges Zoghaib, Chirurgien-dentiste : 12 rue du Barbatre
51100 Reims.

ANNONCE : Jeune femme, médecin en cours de spécialisation, recherche emploi en milieu hospitalier ou clinique. TEL : 47.63.23.78.

=====
Le bureau de l'A.M.F.L. , réuni en date du 8 Décembre 1991 a nommé le Docteur Sami Tawil au poste de secrétaire du comité de parrainage de l'association.

Ce comité aura en charge de réunir des personnalités du monde médical, amies du Liban et acceptant de participer à des actions de formation et d'enseignement. Ces actions peuvent se dérouler indifféremment au Liban ou en France.

=====
U.N.I.M.
LEADER DE L'ASSURANCE DES PROFESSIONS DE SANTE. 55000 ADHERENTS.

DEMANDEZ UN AUDIT GRATUIT DE L'ENSEMBLE DE VOS CONTRATS

- §- AUTOMOBILE
- §- RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE.
- §- MULTIRISQUES PRIVEES ET PROFESSIONNELLES.
- §- COMPLEMENTAIRE-MALADIE.
- §- PREVOYANCE

L'UNION NATIONALE POUR LES INTÉRÊTS DE LA MÉDECINE

ASSURANCES MÉDICALES DE L'ÎLE DE FRANCE Christophe DÉAL

11, rue de Londres 75009 PARIS - Tél. : 42 81 38 48 - Fax : 42 81 11 75

MATERIEL MEDICO-CHIRURGICAL * PARA-MEDICAL



URGENCE

en

confiance

- Import-Export
- Remise 10% adhérents AMFL - UNIM
- Contacter Mr AZAR