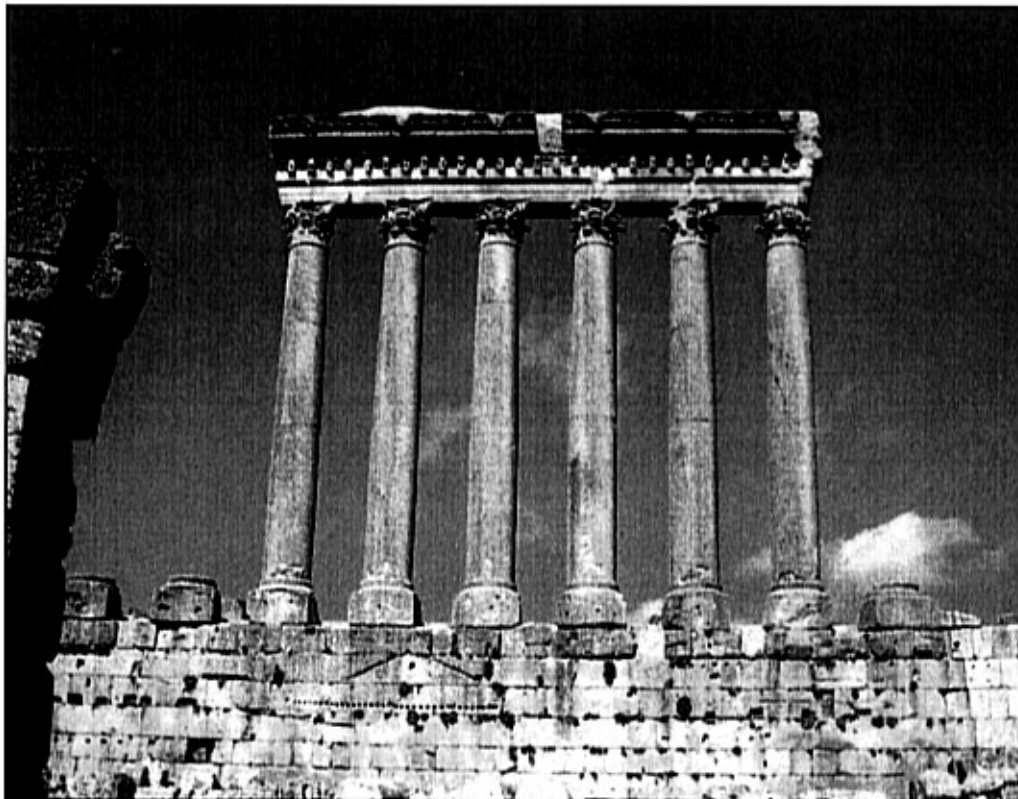


MEDILIEN

N° 17

Association Médicale Franco-Libanaise



Baalbeck

- Les médecins Libanais dans les pays Arabes
- Traitement substitutif et ménopauses...
- Proctologie pédiatrique
- L'obésité
- Remarques... pour une politique de la santé... au Liban
- Liban Amitié
- Lu dans la presse
- Flash info...



AMFL - 11 bis, rue du Colisée - 75008 Paris

Tél : 43 59 20 20 - Fax : 45 63 51 38

HELP MEDICAL

MATÉRIEL MÉDICO-CHIRURGICAL
ET
PARA-MÉDICAL

Choix

Qualité

Service

Prix

(33.1) 45 31 33 88

16, rue Ferdinand FABRE - 75015 PARIS
Tél. (33.1) 45 31 33 88 - Fax : (33.1) 45 31 29 79

L'HOTEL INTERNATIONAL DE PARIS

58, Boulevard Victor-Hugo - 92200 NEUILLY S/SEINE
Tél. : 47.59.80.00 Fax : 47.59.80.01



Entouré de jardins dans le quartier le plus élégant et résidentiel de PARIS - NEUILLY, à deux pas de la porte MAILLOT et de l'axe des affaires ETOILE-DEFENSE. . 330 chambres Climatisées toutes équipées d'un minibar et d'une télévision couleur à télécommande recevant 22 programmes en 5 langues (relais par satellite). 7 salles de réunion pouvant accueillir jusqu'à 200 personnes pour conférences, séminaires, banquets, cocktails, réceptions privées, cérémonies. . Une table de qualité : cuisine française spécialités régionales et Libanaises. . LE BAR ANGLAIS et son pianiste. Boutique (souvenirs, parfums, cadeaux). Parking dans l'Hôtel (160 places). . 4000 m² d'arbres et de jardins. . Bureau d'informations 24 heures sur 24. . Un club Hommes d'affaires. . L'hospitalité d'un personnel chaleureux et accueillant vous attend.

SOMMAIRE

	Pages
• Editorial	4
• Les médecins Libanais dans les pays Arabes	5
• Traitement substitutif et ménopauses "difficiles" à traiter	7
• Proctologie pédiatrique	11
• L'obésité	15
• Remarques... pour une politique de la santé... au Liban	16
• Liban Amitié	18
• Lu dans la presse	21
• Flash infos...	22

Bureau de l'A.M.F.L.

A.R. HIJAZI, N. AWAlDA, J. KHOURY,
G. NASR, P. RIZK, C.SAAB, H. TARRAF
Responsable de la Publication : Georges NASR

Exécution et impression
OMNIGRAPHIC

16, rue Saint-Marc - 75002 PARIS - Tél : 44.76.95.00

BULLETIN D'ABONNEMENT

Je soussigné(e), Nom, prénom

Adresse :

souhaite m'abonner (ou offrir un abonnement) à "MEDILIEN" pour 4 numéros :

Abonnement (France, Europe) 500 F

Gratuit pour les membres cotisant de l'A.M.F.L.

Règlement à libeller à l'ordre de : A.M.F.L.
11 bis, rue du Colisée - 75008 Paris

Date et signature :

EDITORIAL

Chers amis,

Votre association se porte bien. Notre programme de travail se déroule normalement. En effet, et malgré les difficultés, la journée de réflexion sur la stratégie de la santé, qui va se dérouler le 30 avril au Sénat, est fin prête. Je compte sur vous pour que son succès soit éclatant. La réputation de l'A.M.F.L., seule organisatrice, est en jeu. Nous saurons relever le "challenge" et démontrer que l'association médicale franco-libanaise est une force de réflexion et de proposition dans le domaine de la santé.

La tenue de l'assemblée générale sera l'autre point fort de la journée. Elle doit être le témoin de la vie interne, mais ô combien mouvementée, de notre association. Elle permettra d'établir les objectifs à atteindre et les actions à mener dans le futur.

Vous trouverez dans ce numéro, le programme des 6^e Journées chirurgicales du Liban Nord, organisées à Tripoli du 2 au 6 juin 94. Vous remarquerez que des membres de l'A.M.F.L. y occupent une place de choix. Nos amis tripolitains nous espèrent nombreux. Je compte sur vous pour ne pas les décevoir.

Enfin, le programme d'enseignement post universitaire pour l'année à venir est déjà chargé ; la dynamique associative est en marche. Plusieurs d'entre vous m'ont proposé d'organiser des soirées. Cinq thèmes sont déjà retenus, et les projets ne manquent pas. Croyez que ces aides efficaces sont appréciées à leur juste valeur par votre président. Elles lui permettent d'avoir la force d'aller de l'avant.

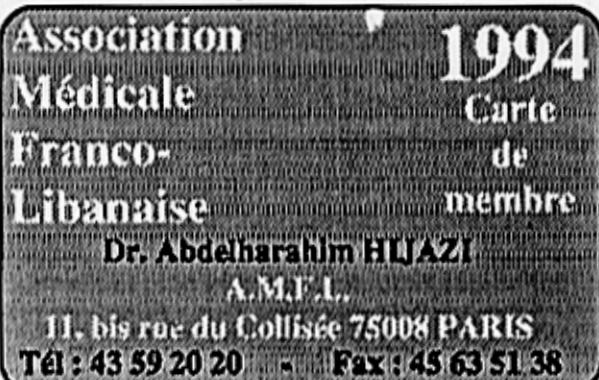
Je vous donne rendez-vous au 30 avril, au Sénat.

Le Président
Dr ABDUL RAHIM HIJAZI

Le Dr Hassan TARRAF, trésorier de l'A.M.F.L. appelle tous les adhérents à verser leurs cotisations 1994. Elle est fixée à 500 FF. Rappelons qu'elle n'a subi aucune augmentation depuis 1990, qu'elle est vitale pour la survie de votre association et garante de son indépendance. Cette année, à la réception de votre cotisation, vous allez recevoir une carte d'adhérent, à votre nom, portant le sigle de l'AMFL.

Cette carte vous sera demandée dans les hôtels, restaurants, et autres prestataires de services qui consentent des réductions importantes aux membres de notre association.

La liste de ces établissements vous sera adressée sur simple demande.



LES MEDECINS LIBANAIS DANS LES PAYS ARABES

Emile Bitar (*)

.....

De 1871 à 1920, deux villes arabes, Le Caire et Beyrouth, bénéficiaient seules du privilège de l'enseignement de la médecine. La Faculté d'Abou-Zaabal en Égypte fondée en 1827 puis transférée à Kasr El Aini deux ans plus tard, les Facultés américaine (1867) et française (1883) de Beyrouth formaient les médecins d'Orient dont certains devaient prodiguer leurs soins dans les différents pays arabes.

L'Égypte, premier pays à attirer les jeunes médecins libanais, reçut Chébli Chemayel, brillant praticien, essayiste et philosophe. Né à Kafarchima, il séjourna plusieurs années sur les bords du Nil. Médecin de la première promotion de libanais diplômés à Beyrouth en 1871, il retrouva en Égypte les fondateurs libanais du journalisme égyptien (Béchara et Salim Tacla), des hommes de lettres, des poètes et historiens. Après Chébli Chemayel arrivèrent Béchara Zalzal (1872) brillant orateur et écrivain décédé en 1905, Edouard Naufal, Iskandar Ajami (1903), Raef Nada (1913), Aziz Chéhadé (1903), Khalil Khairallah (1883) auteur du dictionnaire médical arabe-anglais, adjoint chirurgien-chef de l'armée égyptienne, Fouad Farjalla, Fouad Rihan, Salim Ghosn, Georges Haddad, Adel Tabet (1914), Khalil Saoudé (1883) rédacteur à la revue "Tabib", auteur de "Cléopatra", Assaad Rached (1885), Halim Barakat, Philippe Chidiac, auteur d'un livre sur la tuberculose, Dr Hanna Rahmé, médecin-chef de la police égyptienne et Dr Soussa officier de l'armée égyptienne affecté au Soudan.

Au Soudan en 1899, quelques temps après la conquête du pays par Lord Kitchener, la médecine était pratiquement inexistante. Des médecins anglais pour la plupart militaires, prodiguèrent leurs soins aux armées. Le service médical civil fut inauguré en 1904. Diverses maladies tropicales dont la Maladie du Sommeil, le paludisme, la méningite cérébro-spinale et la fièvre récurrente sévissaient dans ce pays. Les médecins libanais y allèrent dès la fin du siècle dernier et secondèrent brillamment leurs collègues anglais.

The "Syrian doctors" tels que les appelait le Dr H.C. Squires, auteur du livre "The Sudan Medical Service", "jouèrent un rôle important dans le développement de la médecine au Soudan. En 1904, le cadre médical anglais comprenait 6 personnes alors que les médecins libanais étaient au nombre 30. Trois hôpitaux furent construits à Khartoum, Port Soudan et Atbara. Des responsabilités importantes furent confiées aux médecins libanais qui dirigeaient eux-mêmes les hôpitaux de Wadi-Halfa, Dongola, Merowe, Suakin et Dueim. Le Dr. Squires fait remarquer que tous ces médecins s'exprimaient couramment aussi bien en anglais qu'en français.

Parmi les premiers médecins qui s'installèrent au Soudan, on relève les noms du Dr. Ibrahim Abou-Haidar diplômé en 1904, père du Pr. Negib Abou-Haidar de l'A.U.B., Dr. Soleiman Saliby (1905), Nicolas Maalouf et Nasib Baz (1907), ce dernier s'illustra en 1918 par une remarquable étude sur la Maladie du Sommeil portant sur 255 cas collectés pendant 6 mois. Le total de ses observations atteignit le chiffre de 621. Le Docteur Spence et lui-même montèrent toute une organisation pour la lutte contre cette maladie, A la mort de Spence, le Dr. Baz dirigea lui-même le district sanitaire.

En Février 1925, arrivait à Tembura un autre médecin libanais, le Dr. Derwish venant de Mongalla pour diriger une équipe de 5 médecins libanais. 1300 cas de Maladie du Sommeil furent détectés. Les noms des Docteurs Baz et Derwish resteront à jamais étroitement liés à la lutte contre cette maladie. "But the two men who worked longer than any others in the district, were the Syrian Doctors Derwish and baz" (Dr. H. Squires).

En 1925, douze médecins dont onze Libanais et un Britannique étaient affectés à cette tâche. Ainsi en 1929, le nombre total des nouveaux cas signalés était tombé à 18. C'est dire l'efficacité du travail

(*) Conférence donnée au Congrès des Médecins d'Origine Libanaise à bBeit-Mery en juillet 1968. Article paru dans le Journal Médical Libanais 1969:22:5

médical. En était-il de même pour la fièvre récurrente? Le premier cas fut signalé au Soudan en 1908 et le diagnostic fut porté par un médecin libanais qui constata la présence du spirochète à l'examen du sang. Le diagnostic fut confirmé par le Dr. Christopherson.

Nous citerons quelques médecins libanais qui ont travaillé au Soudan à part ceux déjà mentionnés. Yousef Abou-Mrad (1914), Dr. Mikhael Maalouf (1906) auteur d'un livre sur le diabète, Dr. Nicolas Haddad père du Dr. Fouad N. Haddad, Dr. Fayez Nassar, Dr. Rached Attié, Dr. Nassib Haddad, Dr. Birgun Dr. Ibrahim Habib, Dr. Joseph Traboulsy (1924), Dr. Mansour Otayek, Dr. Yousef Kharsa, le Colonel Saadé, le Dr. Zakharia, le Dr. Mina, le Dr. Stephan Touma, le Dr. Joseph Salamé, le Dr. Assaad Malhamé et le Dr. Ibrahim Malhamé qui a séjourné au Soudan de 1922 à 1936 puis quitta pour la Jordanie où il devint lieutenant-colonel de l'Armée, titulaire de plusieurs décorations, s'occupant du sort des réfugiés palestiniens bien avant la création de l'UNRWA. Nous lui devons un bon nombre de renseignements concernant le Soudan et principalement le livre "The Sudan Medical Service" de Squires.

En Irak on retrouve toujours des médecins libanais notamment le Dr. Amin Fahd Maalouf (oncle du Dr. Freddy Maalouf, chirurgien-dentiste) diplômé en 1894 qui après un bref séjour en Egypte s'installa en Irak et devint général dans l'Armée. Il organisa le service médical en Irak et fut nommé directeur des services médicaux. Les Docteurs Khalil Musfi (1918), Chafic Osseirane, Jabbour et Chaker Frangié pratiquèrent en Irak, Philip Achkar y séjourna seulement deux années, le Dr. Naoum Rami qui s'était installé à Basrafut comme médecin personnel de l'émir de la localité.

La Palestine attira elle aussi dès 1904 un bon nombre de médecins libanais dont le premier fut César Ghorayeb diplômé en 1874 puis Ibrahim Nassar, Yousef Hajjar, Toufic Baz-Haddad, Zahi Haddad, Farid Talih, Said Najjar Naef Hamzi, Mounir Machaalany; Chafic Haddad (1934) et Elias Sukkarieh. Les particularités communes à la majorité de ces médecins étaient le fait d'être originaires du village de Abey, d'avoir travaillé avec l'Armée Ottomane et de parler couramment l'anglais.

En 1920, à la fondation de la Faculté de Médecine de Damas, un brillant chirurgien libanais, Mourched Khater, né à Btater près de Bhamdoun, faisait partie

du corps médical de l'Armée Ottomane de cette ville. Il y resta et fut nommé par la suite professeur d'anatomie à cette faculté. On lui doit la traduction en arabe d'un bon nombre de livres médicaux.

Nagib Abdallah Haddad diplômé en 1935 exerça la chirurgie dans la ville de Nabek jusqu'en 1947, il pratiqua aussi à l'Hôpital Danois puis à l'Hôpital Victoria.

En Jordanie la formation du service médical de la Légion Arabe est due à deux libanais, les Docteurs Farid Talih et Ibrahim Malhamé. Par ailleurs deux autres libanais exercèrent aussi en Jordanie, les Docteurs Ibrahim Alameddine et Amine Talhouk.

Certains jeunes médecins libanais pour les raisons diverses séjournèrent un an en Arabie Saoudite mais les premiers libanais qui s'y installèrent furent Richard Gebara, Abdalla Saadé, Afif Abdel-Wahab et Joseph Yammine. Ils y fondèrent l'Hôpital Libanais qui poursuit ses activités jusqu'à cette date. Par la suite d'autres médecins ouvrirent des cabinets de consultation, Abdallah Rassi, Abdelkader Turk et Sayed Frangié.

Au Koweït les Docteurs Ahmad Salamé et Zahi Haddad firent parti du cadre de Ministère de la Santé, Farid Chéhadé et Yousef Nouwaibed pratiquèrent dans ce pays. A Qatar le Docteur Nessib Berbir fut le premier médecin libanais qui établit des contacts avec la principauté, il devint le médecin personnel du Prince et de sa famille et le représentant officiel de la principauté au Liban pour tous les problèmes sanitaires. Plusieurs médecins libanais résidèrent à Qatar dont Nazih Raad, Philippe Merhi et E. Merhi.

En Afrique du Nord des médecins et chirurgiens libanais diplômés des Facultés de France s'installèrent en Tunisie, au Maroc à partir de 1956 et en Algérie à partir de 1964.

Si l'on jette un regard sur l'activité des médecins libanais dans les pays arabes, on remarque que l'émigration vers l'Egypte a commencé dans le dernier quart du XIX^e siècle. Au Soudan l'émigration commença dès 1904 et s'est terminée en 1932, la Faculté de Khartoum ayant été fondée en 1928. Un libanais, le pharmacien Negib Melhem Semaan y fut professeur de pharmacologie. L'arrivée des médecins libanais a débuté vers 1945.

Ce rayonnement médical libanais dans les pays arabes a permis un essor scientifique et amélioré les conditions hygiéniques et sociales.

TRAITEMENT SUBSTITUTIF ET MENOPAUSE "DIFFICILES" A TRAITER

J. AYOUBI



La ménopause est une situation physiologique dont la pathogénie tient en grande partie à l'accroissement considérable de l'espérance de vie actuelle dans les pays industrialisés (1/3 de la vie d'une femme dans les pays à haut niveau de vie se situe en période post-ménopausique).

Actuellement, en France 10 à 15 % seulement des 9 millions de femmes ménopausées reçoivent un traitement substitutif de la ménopause.

L'utilité d'un tel traitement n'est plus à démontrer, ses modalités sont bien établies. Il a essentiellement un double but :

- faire cesser les troubles fonctionnels gênants, s'ils existent, (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, sécheresse vaginale)
- et surtout protéger les femmes des complications de la carence oestrogénique (ostéoporose, maladies cardiovasculaires).

A - SCHEMA THERAPEUTIQUE

L'estrogénothérapie doit être débutée au mieux dans les trois ans suivant la survenue de l'aménorrhée. Il est possible de faire appel :

- aux estrogènes naturels :
 - * 17 bêta estradiol per-cutané en gel (une application quotidienne)
 - * 17 bêta estradiol transdermique en patch (à changer deux fois par semaine)
 - * 17 bêta estradiol micronisé ou valérianate de 17 bêta estradiol per os
- aux estrogènes semi-naturels : dérivés conjugués équins.

Une estrogénothérapie exclusive, qu'elle soit continue ou cyclique, est utilisable uniquement chez les femmes hystérectomisées. En effet, les études sont encore contradictoires quant à l'effet protecteur des progestatifs sur le tissu mammaire. Néanmoins, des progestatifs peuvent être associés à l'estrogénothérapie chez les femmes hystérectomisées présentant des antécédents de dystrophie mammaire ou réagissant

aux estrogènes par la survenue d'importantes mastodynies.

Les progestatifs le plus souvent utilisés sont soit la progestérone naturelle soit les dérivés pregnanes et norpregnanes dont les effets délétères métaboliques, vasculaires et biologiques sont quasiment nuls.

Ils doivent être prescrits au minimum 12 jours par mois afin de prévenir le développement d'une hyperplasie endométriale.

Deux schémas thérapeutiques sont envisageables :

- rythme séquentiel : estrogènes de J1 à J25, progestatif de J14 à J25 : hémorragies régulières
- rythme continu : association estroprogestative 7 j/7 ou alternance estradiol/progestatif 1 j/2 : schéma sans règles en cours d'évaluation

S'il n'y a pas de réel consensus pour traiter une femme ménopausée dite "normale", le traitement hormonal de la ménopause chez une femme à risque est exclu. Or c'est une erreur? Car ce sont ces femmes qui auraient besoin beaucoup plus que les autres d'une thérapie hormonale substitutive adaptée ; pour éviter ou ne pas aggraver l'athérome, le risque vasculaire, les troubles lipidiques et tout spécialement celui du cholestérol, l'ostéopénie diabétique et l'ostéoporose cortisonique. Surtout quand ces troubles sont liés directement à l'arrêt total de la production d'estradiol.

Les contre-indications classiques de cette hormonothérapie substitutive étaient nombreuses :

- antécédents de cancer du sein, de l'ovaire ou de l'utérus,
- antécédents thrombo-emboliques,
- hypertension artérielle,
- hyperlipidémie,
- utérus fibromateux,
- diabète,
- atteinte hépatique sévère,
- tumeur hypophysaire.

Voyons ce qui reste de ces contre-indications et quelle est la place du traitement substitutif dans ces ménopauses dites difficiles à traiter.

B - TRAITEMENT SUBSTITUTIF ET CANCER GYNECOLOGIQUE

En ce qui concerne le cancer de l'ovaire, la plupart des études concluent à l'absence de risque du traitement substitutif chez les patientes ayant un cancer de l'ovaire comme antécédent. Ce dernier ne constitue donc plus une contre-indication sauf dans le cas des tumeurs ovariennes endométrioïdes ou oestrogénosécrétantes (12).

Pour le cancer de l'endomètre, il existe vraisemblablement une relation de causalité avec les oestrogènes pris à titre substitutif pendant un temps suffisamment long. L'action combinée des progestatifs paraît réduire considérablement ce risque (11). On peut admettre que l'adjonction de progestatifs semble annuler l'effet cancérogène de l'oestrogénothérapie substitutive et paraît avoir même un effet protecteur à condition que la prise soit suffisamment longue dans le mois. Le cancer de l'endomètre n'est plus une contre-indication au traitement substitutif.

Pour le cancer du sein, les problèmes sont plus complexes : les publications sont moins nombreuses et parfois contradictoires.

Dans une analyse épidémiologique, Lavecchia (5) a repris 18 publications concernant l'hormonothérapie de substitution. Il ressort de ces études que le risque relatif de développer un cancer du sein sous traitement substitutif n'est pas augmenté si le traitement n'est pas prolongé au-delà de cinq ans alors que le risque apparaît augmenter pour les traitements prolongés. L'adjonction de la progestérone semble diminuer le risque dû aux oestrogènes, mais dans l'ensemble, aucune étude n'amène à une conclusion définitive : le rôle des oestrogènes n'apparaît pas avec évidence ; par conséquent, il est difficile d'apprécier une modification éventuelle liée aux progestatifs associés.

Dans l'attente d'autres études plus démonstratives, l'abstention thérapeutique semble préférable chez les femmes ayant eu un cancer du sein même ancien, et en apparence guéri, surtout si la lésion semblait au départ de mauvais pronostic (8).

Par contre, les antécédents familiaux de néoplasie mammaire et les mastopathies bénignes, ne constituent pas une contre-indication à l'hormonothérapie substitutive.

C - TRAITEMENT SUBSTITUTIF ET RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE

Certaines anomalies de l'hémostase prédisposent aux thromboses veineuses profondes, parmi celles-ci :

- déficit en anti TIII, en protéine C et en protéine S,
- la présence d'un anticoagulant circulant type lupus,
- l'hypofibrinolyse.

La ménopause est responsable de certaines anomalies de l'hémostase et en particulier d'augmentations du facteur VII, du fibrinogène et de l'inhibiteur de la fibronolyse (6). Ces anomalies ont été associées à une élévation du risque cardiovasculaire.

Les oestrogènes synthétiques, dont le chef de file est l'Éthynil-estradiol, qui sont utilisés comme contraceptifs oraux, à la dose de 30 à 50 microg entraînent une augmentation des taux du fibrinogène, et des facteurs VII et X et une baisse des valeurs de l'anti-thrombine III.

Bien que les traitements substitutifs de la ménopause comportent habituellement un oestrogène et un progestatif, ils doivent être bien distingués des traitements contraceptifs.

Aucune modification n'est observée au niveau des facteurs de l'hémostase si l'estradiol est administré par voie per-cutanée sous forme de gel ou de patch (2). Par contre, des modifications significatives du facteur VII et de l'anti TIII auraient été observées lorsque l'estradiol est administré par voie orale.

Quant aux progestatifs, l'utilisation des dérivés pregnanes et Nor-pregnanes n'entraîne pas de modification de l'anti TIII, du plasminogène ni de la protéine C. Ce qui n'est pas bien sûr le cas des dérivés de la 19 Nor-testostérone.

En conclusion, l'absence du retentissement sur l'hémostase du traitement par l'estradiol per-cutané et de certains progestatifs, suggère la conduite à tenir suivante :

- chez les patientes ayant comme antécédent une thrombose veineuse profonde mais sans anomalie hématologique (92 % des cas), le traitement hormonal est théoriquement possible ;
- en cas de thrombose veineuse associée à un déficit en anti TIII, le risque de récurrence est très élevé. Théoriquement, le traitement hormonal n'augmente pas ce risque. S'il existe une ostéoporose ou des

troubles fonctionnels importants, le traitement est justifié. Si non, la plupart des auteurs préfère s'abstenir.

D - TRAITEMENT SUBSTITUTIF ET HYPERTENSION ARTERIELLE

Alors que les oestro-progestatifs de synthèse utilisés à titre contraceptif ont été incriminés dans la genèse d'hypertension artérielle iatrogène, le traitement substitutif de la ménopause semble avoir un rôle protecteur (3).

La plupart des études récentes démontrent qu'une femme ménopausée recevant un traitement substitutif peut développer une hypertension artérielle en rapport avec son âge, mais ce risque est beaucoup plus faible si la femme est traitée.

L'effet hypotenseur de l'oestrogène naturel est lié à l'augmentation de la sécrétion endothéliale de PGE2 et de prostacycline I2 (puissants vasodilatateurs).

L'utilisation des oestrogènes de synthèse, par impact hépatique, entraînerait une élévation de l'angiotensinogène responsable d'une élévation des chiffres tensionnels.

En revanche, aucune modification du taux de l'angiotensinogène n'est constatée lors de l'utilisation trans-cutanée de l'estradiol.

L'utilisation des progestatifs de synthèse dérivés pregnanes et Nor-pregnanes n'ont aucun effet nocif sur la tension artérielle.

Ainsi, l'hormonothérapie substitutive avec utilisation de l'estradiol transcutanée associée à un dérivé pregnane semble avoir un très léger effet hypotenseur retrouvé dans l'ensemble des études cliniques et l'hypertension artérielle de la femme ménopausée serait plus une indication qu'une contre-indication (baisse de la posologie des hypotenseurs).

E - DYSLIPIDEMIE ET TRAITEMENT SUBSTITUTIF

La carence oestrogénique ménopausique a pour effet principal d'augmenter le taux des triglycérides (VLDL), mais n'entraîne pas de diminution franche du taux de HDL. Spontanément, la ménopause a donc un effet "hyper-triglycéridémiant" et favorise

ainsi parfois l'expression des hypercholestérolémies latentes par augmentation de LDL cholestérol.

L'estradiol administré par voie orale diminue le LDL cholestérol et augmente le HDL cholestérol. Il stimule, par ailleurs, la production hépatique des triglycérides sous forme de VLDL. Ces modifications sont différentes avec l'utilisation de la voie per-cutanée. Le LDL cholestérol baisse mais plus lentement, le HDL cholestérol s'élève mais de façon moindre et les triglycérides (VLDL) baissent (4-10).

Les progestatifs non androgéniques dérivés pregnanes et Nor-pregnanes ont peu ou pas d'effets sur le HDL, alors qu'ils entraînent une diminution de VLDL (triglycérides).

L'adjonction d'un progestatif en cas d'hyperlipidémie est toujours indiquée, le seul point discutable est la voie d'administration des oestrogènes. On peut actuellement dire que la voie orale est privilégiée dans les hypercholestérolémies alors que la voie per-cutanée est préférable dans les hypertriglycéridémies.

F - UTERUS FIBROMATEUX ET TRAITEMENT SUBSTITUTIF

Après la ménopause, il se produit normalement une involution du muscle utérin. C'est le cas aussi des myomes de faible volume. Ceux-ci ne constituent pas une contre-indication au traitement substitutif et une oestrogénothérapie modérée sera souvent possible à condition d'y associer une séquence progestative longue (14 jours au minimum) et de choisir de préférence un progestatif possédant des propriétés anti-oestrogéniques.

Les fibromes volumineux constituent souvent une indication chirurgicale et rien ne s'oppose après l'hystérectomie à une hormonothérapie substitutive.

G - DIABETE ET TRAITEMENT SUBSTITUTIF

Il est actuellement acquis et admis que la masse osseuse est globalement diminuée dans une population diabétique.

Quel que soit le type du diabète, une ostéopénie de l'ordre de 10 à 15 % apparaît dans les deux premières années du diabète clinique (1).

La survenue de la ménopause ne fait qu'aggraver l'ostéopénie diabétique et plaide dans le sens d'une thérapie active.

L'oestrogénothérapie doit faire appel à :

- un oestrogène naturel,
- une voie d'administration parentérale.

L'estradiol naturel améliore la tolérance aux glucides par deux mécanismes :

- favoriser l'insulinogénèse par action directe sur les Bétalan-gerhansiennes
- favoriser l'action insulinique au niveau périphérique et hépatique.

L'altération de la tolérance aux glucides dépistée par l'hyperglycémie provoquée par voie orale chez des patientes ménopausées peut être réversible de manière durable par l'application cutanée de 17 bêta-estradiol.

L'administration orale d'estradiol naturel paraît en revanche altérer de façon modérée la tolérance hydrocarbonée dans environ 20 % des cas (4).

L'utilisation séquentielle d'un progestatif est bien entendu nécessaire pour contrecarrer le risque d'hyperplasie et d'adénocarcinome de l'endomètre. Ceci est particulièrement vrai chez les patientes diabétiques obèses.

La prescription thérapeutique doit faire appel :

- à un progestatif oral dérivé pregnane ou Nor-pregnane,
- pour une durée minimale de 14 jours.

Selon certaines études, la progestérone naturelle entraînerait un hyper-insulinisme sans altération de l'équilibre glucidique.

Chez la femme diabétique ménopausée, l'utilisation des progestatifs de synthèse dérivés pregnanes et Nor-pregnanes ne modifie pas l'équilibre glycémique et les besoins insuliniques.

G - TRAITEMENT CORTINOSIQUE AU LONG COURS ET TRAITEMENT SUBSTITUTIF

Si l'hormonothérapie substitutive ne suffit pas à traiter l'ostéoporose cortisonique installée différente de l'ostéoporose ménopausique, elle paraît néanmoins souhaitable, pour prévenir la perte osseuse.

CONCLUSION

Si l'on sait bien séparer les contre-indications formelles et les non-indications, la plupart des femmes

pourrait recevoir un traitement substitutif à la ménopause.

Restent par contre des contre-indications au traitement substitutif :

- les lupus érythémateux disséminés, les maladies auto-immunes hormono-dépendantes qui s'aggravent pendant la grossesse et sous oestro-progestatifs ;
- les adénomes et micro-adénomes à prolactine
- les otospongioses
- les porphyries
- atteinte hépatique
- tumeur hypophysaire

L'utilité d'un traitement substitutif de la ménopause n'est plus à démontrer.

L'administration d'oestrogènes améliore la qualité de vie des femmes ménopausées, prévient la perte osseuse et diminue le risque cardiovasculaire.

En plus de la surveillance régulière, il importe de bien connaître les indications et les contre-indications.

Docteur Jamal Ayoubi

*Chef de Clinique Des Universités
CHU DE LA GRAVE TOULOUSE*

neut



**APPAREILLAGE
ORTHOPÉDIQUE**
Corsets moulés
Orthèses
Prothèses
Attelles
Chaussures



9 Rue Léopold Bellan 75002 PARIS
☎ (1) 42.33.83.46 - Fax. (1) 42.33.58.99

PROCTOLOGIE PEDIATRIQUE



La proctologie pédiatrique est une spécialité récente. Il ne faut pas y voir un domaine limité et étroit mais au contraire une suite de plaques tournantes, cliniques, endoscopiques et psychologiques. Enfin la coloscopie délicate chez l'enfant est venue prendre le relais de la rectoscopie plus facile mais limitée en hauteur.

I. SEMIOLOGIE PROCTOLOGIE

1^{re} spécificité

L'obligation de passer par l'interrogatoire parentale. On a une interprétation erronée : quand ceux-ci parlent de douleur à la défécation sur simple notion de cris et inversement, on risque de méconnaître ce qui n'a été perçu que par le nourrisson et non exprimé. Les notions de régularité de défécation, de propreté sont l'objet d'attitudes obsessionnelles de l'entourage.

2^{me} spécificité

Les préoccupations différentes du pédiatre :

- rareté de pathologie maligne, hémorroïdaire vraie ou fistuleuse.
- intrication plus grande de la dermatologie fessière et avec la diététique,
- la nécessité de toujours penser à une pathologie malformative et génétique (polyposes).

1. L'interrogatoire

Tout ce qui s'est passé depuis la naissance, élimination du méconium, puis des selles, évolution des selles en nombre, forme et aspect, les régimes suivis et leurs effets sur les selles, les médicaments prescrits, interroger les parents quand à la défécation et l'aspect de la région anale.

2. Pathologie fonctionnelle

Pour le prurit : irritation locale, oxyure.
pour la douleur à la défécation : fissure. C'est délicat quand il s'agit d'une difficulté à la défécation car cela implique les retenues défécatoires, les encopré-

sies et les constipations. C'est aussi difficile quand on est en présence d'un enfant qui cri de façon paroxystique, de savoir s'il s'agit d'un colique, d'un gaz ou d'une gêne à la défécation.

3. L'émission de sang rouge à l'an

Une émission de sang rouge à l'an peut grâce au transit rapide du nourrisson provenir de n'importe quel étage du tube digestif.

Elles ne correspondent jamais avant l'adolescence à des hémorroïdes qui saignent contrairement à l'adulte. En période néonatale : 2 diagnostics ne doivent jamais être évoqués à retardement : l'entérocolite ulcéro-nécrosante du nouveau-né et l'entérocolite allergique aux protéines du lait de vache.

Chez le nourrisson et le jeune enfant : 2 diagnostics à ne pas méconnaître : l'invagination intestinale aiguë et l'ulcération du diverticule de Meckel.

De minimes hémorragies non spoliatives, accompagnant souvent une défécation douloureuse ou des selles dures qui tachent les matières ou marquent quand on essuie l'enfant sont évocatrices de fissure anale.

Des rectorragies répétées entre 2 et 8 ans évoquent la présence d'un polype, d'une RCH ou d'un Crohn si elles sont abondantes.

4. Sémiologie physique

Combinant l'inspection et la palpation, le déplissement des plis radiés de l'an, le toucher rectale au besoin à l'annulaire.

Cette sémiologie peut aller chez le grand enfant jusqu'à la nécessité d'une anuscopie que la facilité d'extériorisation du canal anal permet par traction des deux pouces en règle d'éviter chez le nourrisson et le très jeune enfant.

a. Inspection du siège et du pourtour de l'an :

Nous distinguerons les lésions dermatologiques péri-orificiels anales

Les condylomes acuminés anaux et péri-anaux, crêtes de coq de nature virale dont l'origine vénérienne semble plus rare en pédiatrie. Les fissures : Crohn... Lentiginoses pluri-orificiels cutanéomuqueux du syndrome de Peutz-Jeghers.

b. Inspection de l'anus et du canal anal

• Prolapsus rectaux

Tantôt le prolapsus est extériorisé lors de l'examen, tantôt il n'apparaît que lors des poussées, abdominales : on notera le degré de taille, la coloration, le caractère non douloureux.

On vérifiera qu'ils sont centrés par l'orifice anal au contraire des polypes prolapsés de l'anus et qu'ils s'insèrent sans sillon extérieur sur la marge anal contrairement aux rares invaginations extériorisées.

L'intermittence du prolapsus ou sa réduction spontanée ne laissent place qu'à un aspect un peu béant de l'anus.

Les prolapsus infantiles ne s'incarcèrent jamais et ne s'ulcèrent pas.

• **Les fissures** regroupent des choses différentes : post selle dure chez le nourrisson : fissuration superficielle.

ceux de la maladie de Crohn après 6 ans.

• **La pathologie hémorroïdaire** est différente de celle de l'adulte : il s'agit de dilatations veineuses péri-anale, de turgescence veineuse non hémorragique, surtout, absence de complication.

c. Le toucher rectale

Le principal apport de ce geste est la recherche de ces polypes juvéniles dont on peut préciser la consistance, le volume, la résecabilité.

Il permet d'analyser : la perméabilité de la lumière (imperforation incomplète du rectum, sténose post opératoire), la tonicité du canal anale. Dans la maladie de Hirschprung on distingue la tonicité excessive du canal anal dans les formes révélées chez le nourrisson avec souvent émission d'un jet liquide après soustraction du doigt et perception d'une ampoule rectale vide, avec fécalome perçu à bout de doigt si évocateur d'une forme tardive.

d. Examens complémentaires des troubles de la défécation

Le diagnostic de la maladie de Hirschprung exige la démonstration d'une anomalie de la propulsion digestive, faisant appel à 3 types d'exploration :

• **Mamométrie ano-rectale avec recherche de l'abolition du réflexe recto-anal.** C'est le critère de base de ce diagnostic au delà de l'âge de 6 mois.

• **La biopsie rectale** par aspiration à la sonde de Noblett avec coloration spécifique des cellules ner-

veuses ganglionnaires voire dosage des pseudo-cholinestérases (qui détecte le défaut en cellules ganglionnaires) ou de cholinestérase elle-même (qui imprègne le segment aganglionnaire). Eventuellement jumelé au dosage du VIP à condition d'être multiplié et concordant, un des meilleurs critères diagnostique de la maladie de Hirschprung et ceci dans les formes à révélation précoce ou ce prélèvement est plus facile que chez le grand enfant et moins traumatisant que la biopsie chirurgicale.

e. Le lavement barythé aux hydrosolubles non hyperosmolaire :

Segment non dilaté recto-sigmoïdien surmonté d'un segment dilaté au niveau duquel les clichés tardifs montrent la persistance anormale du produit de contraste.

II. PATHOLOGIE INFLAMMATOIRE

A- Cryptite et anite

C'est chez le jeune enfant qu'on observe le mieux cette zone en tirant sur les berges de l'anus.

1. Signes subjectifs :

Le grand enfant analyse bien la douleur de la cryptite de la même manière que chez l'adulte.

Chez le jeune enfant : cris, pleurs, peur de la selle ou hantise de l'exonération, constipation par dyschésie due au refus d'aller à la selle, incontinence passagère.

2. Signes objectifs :

• la cryptite simple : cryptes hypertrophiées à orifice rouge.

• la cryptite fendue : diagnostic différentiel avec une fissure : les bords latéraux sont vers le haut en continuité avec la ligne pectinée. Elles sont souvent latérales.

• l'âge de survenue : entre 9 mois et 5 ans. Les papilles anales qui se situent entre les colonnes de Morgagni sont parfois hypertrophiées.

3. Causes :

• constipation entraînant une irritation par traumatisme lors du passage répété de selles dures.

• diarrhée.

• oxyure.

• érythème péri-anal.

• agression locales diverses : les suppositoires irritants, les pommades.

4. traitement

- régulariser le transit.
- application locale :
pâte à l'eau, pommade acide aminée, pommade au collargol, éosine en solution au 1000^e avec une tige, huile de foie de morue naturelle en application direct.
- éviter suppositoire et pommades antibiotiques ou corticoïdes.
- intérêt des compresses imbibées de décoction de racines de guimauve, le permanganate de potassium très dilué.
- traitement anti-oxure systématique.

B- Abscesses et fistules anaux

Ils sont mal connus des pédiatres.

Les fistules sont souvent multiples. Ils sont tous à point de départ anal cryptique. On retrouve la même sémiologie que chez l'adulte.

C- Rectite et rectosigmoidite

Les manifestations cliniques sont peu spécifiques, il n'existe aucun parallélisme entre les signes cliniques et les constatations endoscopiques.

III. PATHOLOGIE RECTORRAGIQUE

A- Ulcérations marginales et fissures anales

Ils ne s'accompagnent ni du syndrome douloureux ni du spasme sphinctérien. L'élément majeur est une douleur brève, souvent une brûlure. Une minime émission de sang rouge est fréquente. Chronicité et récurrence sont significatifs. Le siège est souvent antérieur. L'absence de spasme sphinctérien est notable, le spasme apparaissant tardivement vers la puberté.

Traitement

Idem que pour la cryptite et pour l'anite. En cas de forme persistante : attouchements avec une solution de nitrate d'argent à 1%, une injection sous fissuraire plus rarement. La fissurectomie n'est jamais utilisée du fait de l'absence de spasme.

B- Polypes - Polyposes

1. Le polype juvénile est l'affection la plus fréquente entre 2 et 14 ans : 1/3 des consultations de proctologie. Le pouvoir polypogène de la muqueuse recto-colique est maximum entre 3 et 8 ans.

a. Anat-path :

On appelle polype juvénile toute tumeur bénigne développée aux dépens de l'épithélium cylindro-cubique et du chorion sous-jacent. Macroscopiquement, c'est une masse sessile et rose au début et rapidement pédiculée, rouge vif ou violacée fragile, saignant au contact de la taille d'une framboise. Il siège dans 2/3 des cas dans le rectosigmoïde.

b. Clinique :

rectorragie de sang rouge enrobant les selles d'abondance modeste, sans douleur. Elle est due à l'exulcération ou à la rupture de kystes glandulaires facilitée par le traumatisme de l'exonération. L'âge de survenue est entre 2 et 10 ans avec un pic de fréquence entre 4 et 5 ans.

Le toucher rectal révèle les polypes accessibles au doigt.

2. Polyposes (nombre de polypes >5)

a. Polypose recto-coliques familiale

b. Polypose juvénile

- nombre >8
- âge : 2 et 10 ans
- anomalies associées : diverticule de meckel, malrotation intestinales, macrocéphalie
- diverses observations posent la question du potentiel malin des polyposes juvéniles.

Cinq situations ont été décrites :

1. association à une notion familiale de polype adénomateux.
2. polypose mixte : aspect juvénile associé à un aspect adénomateux dans des polyposes distincts ou dans les mêmes polypes.
3. polypose mixte associé à une notion familiale de polypes adénomateux
4. association chez un même patient d'une polypose juvénile ou mixte et d'un carcinome.
5. polypose mixte complexe : associant chez le même malade des aspects hamartomateux (juvénile et Peutz-Jegher) et adénomateux.

Bien qu'une filiation directe polype juvénile et carcinome n'ai jamais été démontrée, il faut surveiller et pratiquer l'exérèse de tout polype.

c. Syndrome de Peutz Jeghers

Il associe : lentiginose péri-orificielle et des tumeurs hamartomateux du tube digestif. Il s'agit d'une maladie familiale autosomique dominante à égale répartition entre les deux sexes.

• La lentigine : est une tache noire ou brunâtre < 3 mm, plane. Siège : le pourtour de l'orifice buccale, les lèvres ainsi que la muqueuse buccale.

• Polypes : nombre : peu nombreux < 10. Siège : jéjunum-iléon, estomac (35%), duodénum (27%), jéjunum (70%), iléon (36%), colon (24%), rectum (12%), surface mamelonnée.

Le potentiel malin est controversé. Mais l'association avec une polypose adénomateuse est possible pouvant expliquer la survenue d'un cancer digestif.

d. Polypose lymphoïde ou hyperplasie nodulaire lymphoïde du colon

Elle se définit par la présence en nombre exéssif dans le chorion et la sous-muqueuse de follicules lymphoïdes hypertrophiques. Macroscopiquement on est en présence de saillies qui prédomine dans le sigmoïde et dans le colon transverse. L'âge de survenue est entre 1 et 3 ans. Il existe une association fréquente à un déficit immunitaire humoral.

IV. LESIONS EN ADDITION DE LA MARGE ANALE

1. Prolapsus muqueux rectal

Il s'agit d'une affection fréquente entre 1 et 5 ans. Il est différent de celui de l'adulte car il n'interresse que la seule muqueuse de l'anus et du bas rectum.

Il importe d'éliminer une mucoviscidose

Elle disparaît vers l'âge de 5 ans. Certains proposent des injections sclérosantes.

2. Hémorroïdes

Le pic de fréquence se situe entre 2 et 5 ans. Un facteur congénitale et héréditaire semble exister; on recherchera des antécédents familiaux d'hémorroïdes. Les hémorroïdes chez l'enfant se caractérisent par l'atteinte du réseau veineux marginale.

a. Clinique

Tuméfaction bleutées sur la marge anale. Plus rarement : douleur, prurit.

Ce n'est qu'au cours d'effort qu'apparaît ces masses bleutées. Le canal anal est normal. L'évolution diffère de celle de l'adulte : elles se compliquent peu. Les thromboses sont possibles. Elles surviennent chez le garçon et leur fréquence augmente lors de la puberté.

b. Diagnostique différentiel

Un angiome caverneux qui est souvent voisin de la marge anale. Condylomes acuminés peuvent se voir

chez le nourrisson comme chez l'enfant avec une prédominance après 2 ans.

V. PSYCHOPATHOLOGIE DE LA DEFECATION

1. La peur ou hantise de la défécation

Il s'agit d'enfant entre 2 et 3 ans qui sans cause manifeste, présentent avant d'aller à la selle des signes douloureux accentués : hurlements, agitations extrêmes, pleurs.

Les plus âgés indiquent le siège de la douleur au niveau de l'anus : piquûre, prurit, faux besoins.

Le refus du pot et de la selle est fréquent.

La douleur cesse lors de la selle.

L'examen est souvent normal.

Plus souvent, on apprend que l'enfant à présenter une anite, une oxyurose, une diarrhée : ces éléments pathologiques ont pu être douloureux et l'enfant en a gardé un souvenir pénible.

Chaque fois qu'il va à la selle, il a peur de souffrir et pleur avant l'heure ceci d'autant plus que l'entourage attendri par les cris le cajole, l'entour.

Traitement : Traiter la constipation ou la diarrhée.

Localement : mytosyl en faisant un léger massage du canal anal et une très légère dilatation, l'enfant oubliera vite le syndrome douloureux.

2. Les encoprésies

Il s'agit de toutes les défécations involontaires ne relevant pas d'une incontinence.

On parle d'encoprésie primaire lorsque l'enfant n'a jamais été propre. L'encoprésie secondaire qui est souvent associé à une énurésie a d'avantage de chances d'être psychogène.

Dans 4/5 des cas il s'agit de garçon entre 8 et 14 ans. Le 1/3 d'entre eux ont une énurésie.

L'enfant s'isole dans une pièce pour faire dans sa culotte tout en donnant l'impression de chercher à se retenir. Pour les psychiatre il s'agit d'une réponse négative à un environnement qui le contraint et à qui il refuse la selle "cadeau", la propretée stigmatise d'obéissance et d'assujettissement.

Traitement

Hospitalisation : récupération d'un contrôle sphinctérien sans dépendance des provocations anales aux fins d'exonérations.

Psychothérapie pour sécuriser, valoriser, individualiser et remotiver l'enfant.

Docteur Tarek SALEH
Gastro-entérologue- Paris

L'OBESITE

QUI EST OBESE ?

L'obésité se définit sur le plan médical comme un surpoids par excès de masse grasse.

La masse grasse (ou tissu adipeux) qui représente 10 à 15% du poids corporel chez l'homme et 20 à 25% chez la femme peut-être évaluée par des méthodes plus ou moins complexes (mesure de la densité corporelle, scanner, impédancimétrie) peu utilisées dans nos consultations.

Sur le plan pratique, on va déterminer le poids idéal théorique (P.I.T.) à partir du poids et de la taille du sujet selon différentes méthodes.

La formule de Lorentz, elle détermine le P.I.T.

• chez l'homme...P.I.T. (en kg) = $T(\text{en cm}) - 100 [(T-150)/4]$

• chez la femme...P.I.T. (en kg) = $T(\text{en cm}) - 100 [(T-100)/2]$

L'Index Pondéral B.M.I. = Poids (kg) / Taille x Taille (m)

Valeur normale BMI :

• homme <27• femme < 25.

A vos calculs maintenant pour voir si vous vous rapprochez de votre poids idéal. A partir de ces formules, l'obésité se définit chez tout sujet ayant un poids corporel supérieur ou égal à 20% du P.I.T.

FACTEURS INTERVENANT DANS L'INSTALLATION D'UNE OBESITÉ

1 - Les erreurs alimentaires :

- Hyperphagie (suralimentation) prandiale = consommation excessive d'aliments riches en calories.
- Alimentation anarchique privilégiant les graisses et les sucres sans rythme particulier.
- Troubles du comportement alimentaire: grignotage, boulimie etc.

2 - Le déséquilibre entre les apports alimentaires et les dépenses énergétiques

- Réduction ou arrêt d'activité physique
- Sevrage tabagique

3 - Un facteur endogène

Représenté par des anomalies du pondérostas (mécanisme de contrôle du poids)

4 - Le terrain familial

Cause fréquente d'obésité

EXAMEN DU PATIENT CONSULTANT POUR EXCES DE POIDS

1 - L'interrogatoire visera à :

• reconstituer l'histoire de la surcharge pondérale : âge, circonstances d'apparition, types de régimes et de traitements entrepris.

• dégager les éléments du pronostic (cas familiaux d'obésité, nombre de tentatives de régime et résultats obtenus).

• étudier le mode d'alimentation du patient sur le plan qualitatif et quantitatif, notamment en lui faisant reproduire sur papier les aliments pris sur une semaine.

2 - L'examen proprement dit :

Va préciser la répartition du tissu adipeux (masse grasse), et distinguer :

• les obésités androïdes : la graisse prédomine à la partie supérieure du corps.

• les obésités gynoïdes : la graisse prédomine à la partie inférieure du corps (classique chez la femme) .

• les obésités mixtes, ou diffuses.

On recherchera toujours une endocrinopathie associée, rarement causale (notamment l'hypothyroïdie).

3 - Au terme de la consultation, l'examen va discuter la prise en charge du patient en précisant :

• les possibilités d'amaigrissement dépendant du désir du patient, des facteurs socio-culturels et psychologiques .

• la nécessité de l'amaigrissement quand il existe un état morbide (obésité sévère, terrain cardiovasculaire limite, intervention chirurgicale...).

Y-A-T-IL DES INCONVÉNIENTS OU DES RISQUES A ETRE OBESE

Etre obèse est souvent considéré comme une disgrâce non méritée, voire injuste. Cet état peut créer un syndrome anxio-dépressif.

L'obésité androïde et les obésités sévère (quand le poids est supérieur à 50% du P.I.T.) peuvent réduire l'espérance de vie des patients du fait des complications métaboliques (diabète sucré, hyperlipidémies), cardio-vasculaires (HTA, insuffisance coronaire) et respiratoires.

COMMENT FAIRE MAIGRIR UN OBESE ?

On ne peut pas faire maigrir un obèse qui ne le souhaite pas. Il est donc nécessaire de déterminer le degré de motivation du sujet, d'expliquer les modalités de la prise en charge en fixant des

objectifs de poids à atteindre (en restant réaliste sur le poids à atteindre).

Il faudra personnaliser au maximum les conseils diététiques qui constituent la base du traitement.

Le régime ne devra jamais être une source de frustration.

ET LES TRAITEMENTS ?

Ils doivent permettre une meilleure acceptabilité du régime .

Actuellement, on propose surtout :

• la dextrofenfluramine (dérivé sérotoninergique) devant combattre les compulsions alimentaires et majorer les dépenses énergétiques.

• la prise en charge psychologique associée quand

il existe des troubles du comportement alimentaire, véritable soutien à l'application des conseils diététiques.

RÉSULTATS OBSERVÉS :

Dans l'idéal, on observe le retour à un poids normal surtout chez les jeunes, très motivés, qui avaient au départ une alimentation riche et anarchique.

Les échecs sont malheureusement fréquents (plus de 50%) à l'arrêt du régime. On n'insiste pas assez sur le régime de maintien (ou de stabilisation) qui devrait être poursuivi pendant des mois et des années, surtout dans les cas d'obésités majeures ou réfractaires.

ATTENTION !

Aux régimes miracles (ATKINS, MAYO...). Ces régimes sont inefficaces à long terme, et peuvent être dangereux car déséquilibrés et donc source de carences.

A ÉVITER

• Les diurétiques (car ne provoquent que la perte de l'eau).

• Les anorexiques amphétaminiques car ils favorisent les états anxiodépressifs ou les aggravent.

• Les extraits thyroïdiens créant une véritable fonte musculaire et au pire une hyperthyroïdie.

Parfois ? ces produits sont associés sous forme de préparation "homéopathique" : s'en méfier !

CONCLUSION

La prise en charge d'un obèse reste un problème difficile à aborder, et doit compter sur la collaboration active du patient motivé.

Nabil Assad,

Endocrinologue Paris

Remarques... pour une politique de la santé... AU LIBAN

Une politique de la santé est une manière d'organiser et de développer le potentiel médical dont dispose une société. Elle doit être animée d'un but; qui est l'amélioration de la prévention; du traitement; et de la prise en charge de la maladie. Le progrès suppose la contribution de chaque citoyen; et les avantages doivent bénéficier à tous les malades. Une politique de la santé s'inspire d'une sorte de charte déclarant que les malades sont égaux; et qu'ils ont droit aux traitements par tous les moyens disponibles et nécessaires à leur état:

L'état de la santé au Liban reflète la compartimentage du pays durant les vingt dernières années. L'exercice médical est différent d'une région à l'autre du fait d'une part de la diversité des diplômes; et de l'inégalité des niveaux de préparation à ces diplômes d'autre part. Le médicament est devenu presque, une marchandise banale, les officines ne sont plus sous la responsabilité des pharmaciens; toutes les raisons existent pour redouter un trafic dans ce domaine, tant le contrôle est illusoire.

A côté de cela, il reste que le Liban peut compter sur des médecins très qualifiés, ainsi que sur des établissements de soin bien équipés, mais qui appartiennent exclusivement au secteur privé.

Un des problèmes de la santé au Liban, est scientifique. Un pays qui prétend avoir une politique de santé doit définir la médecine dont il a besoin, ce qui revient à préciser le savoir médical exigé et les règles de son application. Le savoir est par essence, un processus dynamique, sa transmission et son développement requièrent des structures de recherches et d'essais qu'il incombe à l'état de créer et de compléter par des échanges internationaux.

L'administration de la santé doit par conséquent, se pourvoir d'une direction scientifique compétente et responsable, qui soit à l'abri des influences politiques malsaines et des nominations fantaisistes et douteuses. Il reviendra à cette direction scientifique :

- L'agrément des médicaments
- L'amélioration de l'hygiène alimentaire, salubrité pu-

blique, traitement des déchets, hygiène hospitalière

- Actions préventives
- Formation médicale : canal entre les facultés et le corps médical sur le terrain
- Déterminer les besoins du pays en matière de santé spécialistes, matériel, lits d'hôpitaux, assurer une couverture médicale équitable de toutes les régions
- Pourvoir les postes dans les établissements publics : examens des candidatures, organisation des concours.

Le traitement n'est pas une aumône

La santé nécessite des moyens. La politique de la santé doit mobiliser tous les citoyens. Il faut abolir à jamais, la pratique des politiciens sans vergogne, qui consiste à réserver les aides médicales de l'état, à leur clients. Il faut dénoncer la fraude flagrante de beaucoup des cliniques privées qui se font payer les mêmes frais d'hospitalisation une fois par le malade et une autre fois par l'état ou par la sécurité sociale.

Le coût de fonctionnement d'un système de santé doit être à la charge de ses bénéficiaires potentiels. C'est la garantie de sa pérennité et de l'accomplissement d'un service juste et généreux. Des projets importants seraient réalisés si le budget du ministère de la santé était mieux géré et si les responsables de ce ministère étaient aptes à remplir les fonctions qu'ils occupent. Il n'y a pas que le problème de la santé au Liban, tout le pays est à construire. L'élément principal dans ce chantier n'est autre que le citoyen. Il faut que les Libanais deviennent des citoyens pour créer leur système de santé. La clé de la résurrection du pays se trouve dans l'institution d'une citoyenneté Libanaise, permettant à chaque libanais d'exercer ses droits et d'accomplir ses devoirs là où il habite. Les résidents d'une ville ou d'un village inscrits sur une liste électorale seront invités à élire leur conseil municipal. Celui-ci, disposant des impôts locaux aura la charge d'assurer à ses administrés, en collaboration avec le ministère de la santé, un service médical public dont l'importance sera fonction du nombre d'habitants, de la situation géographique, et du budget de la commune. Plusieurs municipalités pourront s'as-

socier pour la construction et la gestion d'un hôpital local. L'état aura la responsabilité des hôpitaux départementaux et centraux, qui devront offrir un service complet, et dispenser un enseignement et une formation, en plus de leur travail de recherche. Ce service médical public ne sera pas gratuit, il sera financé en partie par l'impôt obligatoire perçu par la municipalité, l'autre partie restant à la charge du malade. La municipalité réservera un budget pour offrir

la gratuité des soins à ceux qui en ont besoin. Ce service ne se substituera pas ni au secteur privé ni à la médecine libérale, qui garderont la possibilité de passer une convention avec l'assurance sociale. La qualité du service public sera garantie par l'évaluation de la direction scientifique du ministère de la santé et par les pouvoirs accordés par une loi aux élus locaux qui auront à gérer ce secteur.

Dr Khalil KANSOU

LA SANTÉ AU LIBAN : QUELLE STRATÉGIE ? **Samedi 30 avril 1994 à 9 h au Sénat**

PROGRAMME

- | | |
|---------|---|
| 9 h 15 | Accueil des participants |
| 10 h 00 | Ouverture de la journée Dr A. R. HIJAZI |
| 10 h 05 | Intervention du représentant du Sénat |
| 10 h 15 | Allocution du Ministre Libanais de la santé |
| 10 h 30 | Allocution du Ministre Français de la santé |
| 10 h 45 | SANTÉ, ECONOMIE ET ASSURANCE MALADIE |
| | Président : Dr Tobie ZAKIA |
| | Intervenants : Dr Bahij ARBID |
| | Dr Dominique BERTRAND |
| | M. Philippe MAOUAD |
| | M. Christian PRIEUR |
| 11 h 45 | Discussion |
| 12 h 00 | <i>Pause</i> |
| 14 h 00 | Présentation des travaux de l'après-midi Pr Edouard LAHAM |
| 14 h 05 | Réflexions sur les structures et l'organisation sanitaires futures du Liban Pr Dominique JOLLY |
| 14 h 30 | SANTÉ ET FORMATION PROFESSIONNELLE |
| | Président : Dr Métanios AL HALABI |
| | Intervenants : Pr Fouad BOUSTANY |
| | Monsieur Alain COULOMB |
| | Pr Alain FARAH |
| | Pr André GOUAZE |
| | Mme Marie-Jeanne OURTH BRESLE |
| | M. Eric VIEL |
| 15 h 45 | <i>Pause</i> |
| 16 h 00 | ACTION HUMANITAIRE |
| | Président : Dr Paul TYAN |
| | Intervenants : M. Philippe CHABASSE |
| | Général Bertrand de DINECHIN |
| | M. Jean MAATOUK |
| | M. Pierre MICHAUD |
| | M. René de SCHUTTER |
| 17 h 15 | Discussion |
| 17 h 45 | Synthèse et conclusion Pr Saad KHOURY |

En collaboration avec l'Association Médicale Franco-Libanaise qu'elle soutient, la SOCIETE MARSEILLAISE DE CREDIT lance un appel à la solidarité pour la reconstruction du Liban.

Souscrire à LIBAN AMITIE permet de faire rimer dynamisme financier et solidarité et permet de soutenir l'action sociale et humanitaire de l'Association Médicale Franco-Libanaise ainsi que de bien d'autres associations d'aide au Liban.

Après 17 ans de guerre, le Liban doit avoir aujourd'hui la possibilité de se reconstruire grâce à vous.

UN FCP A VOCATION CARITATIVE A DESTINATION DU LIBAN

"LIBAN AMITIE" a pour vocation de mettre à disposition de tous ceux qui désirent participer à la renaissance économique et sociale du Liban un produit financier qui permet d'optimiser à la fois votre épargne et votre capacité de partage. Cet investissement offre le grand avantage de respecter votre liberté de choix de l'organisme bénéficiaire et du montant du don.

UN FCP INVESTI SUR LE MARCHÉ DE TAUX FRANÇAIS

LIBAN AMITIE sera un FCP de distribution. Une partie du revenu généré par le FCP sera prélevée pour être apportée sous forme de don à l'association de votre choix, parmi la sélection d'organismes d'ores et déjà retenus. Le don représentera un montant minimum de 1 % de l'actif net par part détenue au moment du détachement du coupon.

Le souscripteur peut demander au FCP de réserver plus que le 1 % prévu ci-dessus en spécifiant sur le bulletin de souscription l'opération désirée :

- don de 50 % du coupon versé
- don de 100 % du coupon versé.

Pour ce faire, il suffira aux souscripteurs de faire cette demande spécifique au moment de la souscription.

A - UN PRODUIT CONCU PAR DES PROFESSIONNELS

1/ Un dépositaire

La Société Marseillaise de Crédit, dont la vocation méditerranéenne trouve ici une forme d'expression nouvelle, gère d'ores et déjà plus de 10 milliards de francs pour le compte de particuliers, d'investisseurs institutionnels et de grandes entreprises.

2/ Un savoir faire

La Société Marseillaise de Crédit fait partie des meilleurs gestionnaires de la Place de Paris :

- une SICAV monétaire dans les 10 premières de sa catégorie depuis sa création (1992) : GP CASH.
- une SICAV obligataire régulièrement classée parmi les 10 premières de sa catégorie au cours de l'année 1993 : Placement Court Terme.

B - UN COMITE CONSULTATIF GARANT DE LA POLITIQUE D'INVESTISSEMENT

1/ Ce comité consultatif sera composé notamment :

- de principaux souscripteurs de LIBAN AMITIE,
- de représentants des divers organismes bénéficiaires,
- de spécialistes de l'économie libanaise,
- des gestionnaires du FCP.

2/ Ce comité aura pour vocation :

- de faire le point sur l'évolution de l'économie libanaise,
- de faire le point sur les fonds collectés,
- de définir les grands axes de la gestion financière du FCP.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION/RACHAT "LIBAN AMITIE"

Après avoir pris connaissance de LIBAN AMITIE
par l'intermédiaire de :
(nom de l'organisme, de la société ou de la personne),

NOM.....NOM DE JEUNE FILLE.....

(ou dénomination sociale)

PRENOM(S).....

Profession ou qualité.....

Né(e) le :.....à.....

ETAT CIVIL : célibataire marié(e) veuf(ve) divorcé(e)

ADRESSE :

n°..... rue.....

code postal..... ville.....

Déclare :

- verser la somme de francs par chèque bancaire ou postal (ci-joint) pour souscrire au Fonds Commun de Placement LIBAN AMITIE,
- verser le prix de ma souscription, calculé conformément aux dispositions du règlement.

Je reconnais :

- Avoir autorisé SMC GESTION à verser sous forme de don à l'association :
 - CIMADE
 - CIMADE / SOLIDARITE DEVELOPPEMENT
 - ŒUVRE D'ORIENT
 - RAOUL FOLLEREAU / FONDS DE SOLIDARITE POUR LE LIBAN
(dans l'attente de son homologation par la COB)
 - FONDATION NATIONALE de la Ché Internationale Universitaire de Paris / MAISON DU LIBAN
(dans l'attente de son homologation par la COB)
 - CROIX ROUGE FRANCAISE / CROIX ROUGE LIBAN *(dans l'attente de son homologation par la COB)*
- le montant du revenu distribué me revenant suivant :
 - 1 % de l'actif net par parts détenues au moment du détachement du coupon
 - 50 % du coupon versé
 - 100 % du coupon versé
- Avoir demandé à la SMC d'ouvrir un compte à mon nom dans l'agence la plus proche de mon domicile pour y déposer les titres souscrits, si je ne suis pas titulaire d'un compte à la SMC. Sinon, joindre les coordonnées de mon compte.

Code guichet

--	--	--	--

 Numéro de compte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code produit

--	--	--	--	--	--

- Avoir été informé de la possibilité de me procurer le règlement auprès du siège social de la SOCIETE MARSEILLAISE DE CREDIT,
- Avoir reçu la notice d'information relative au FCP LIBAN AMITIE.

Fait à le
 en 2 exemplaires dont un est resté en ma possession

Visa SOCIETE MARSEILLAISE DE CREDIT

SIGNATURE :

Faire précéder de la mention : "Bon pour souscription de francs en parts d'OPCVM" ou "Bon pour rachat de parts d'OPCVM" (Le montant ou nombre étant inscrit en toutes lettres)

COMPTE RENDU

de la SOIRÉE EPU du 18 mars 1994

.....

L'AMLF a organisé le vendredi 18 mars 1994 une soirée EPU, qui avait pour thème :

"La chirurgie cœlioscopique"

animée par les Dr Jean NASSAR et Aziz KARAA.

Cette soirée a eu lieu dans la salle des Conférences de l'Hôtel International de Neuilly, avec le soutien logistique du Laboratoire MERLIN MEDICAL.

Deux cents membres de l'AMFL ont participé à cette soirée.

Le compte-rendu détaillé des exposés scientifiques peut-être obtenu sur simple demande à la rédaction. Le dîner qui a suivi, a eu lieu dans le prestigieux restaurant de l'Hôtel International.



Dr A.R. HIJAZI - 2 représentants de Merlin Médical. G. Nasr.



Dr Joan NASSAR - Dr Aziz KARAA



Vue de l'assistance



Dr. A.R. HIJAZI, Président de l'AMFL

La chaleur de l'accueil des responsables et la qualité du service, sous l'œil attentif de Mme Marlène LTEIF, ont été unanimement appréciées.

Une tombola a eu lieu au cours du repas pour le plus grand plaisir des heureux gagnants :

- Mme NEUT : 1 billet d'avion MEA Paris/Beyrouth/Paris
- Dr TAWIL Sami : 2 couverts au restaurant de l'Hôtel International
- Mme CHALFINE : 2 couverts au restaurant Le Sultan
- Dr Christophe CHALHOUB : voyage + séjour 2 jours à la campagne. ICAV Groupe Victoire

O toute la chaîne graphique
MNIGRAPHIC

Le Service Graphique intégral

PRIX
PREFERENTIELS
POUR LES
LECTEURS

- Maquette
- Compo/PAO
- Image de synthèse
- Photogravure
- Impression N/B et quadri
- Photogravure N/B et quadri
- Reliure / Façonnage

16, rue Saint-Marc - 75002 Paris

☎ 44.76.95.00 - Fax 45 08 56 01

M^o Bourse ou Richelieu Drouot

Lu dans la presse

■ Elections partielles à l'ordre des Médecins

Quatre nouveaux membres ont été élus hier au Conseil de l'Ordre des médecins du Liban.

Environ un millier de médecins ont pris part à ces élections partielles qui se sont déroulées au palais de Justice. Les docteurs Jean BIAJINI, Edmond AZZE, Adnane AUDEH et Ahmed MRAD ont été élus parmi 30 candidats.

Les élections pour le choix d'un nouveau président de l'Ordre des médecins auront lieu l'année prochaine.

■ Elections à la Société Libanaise d'Anatomie pathologique

La Société libanaise d'anatomie pathologique a tenu réunion samedi 26 mars au cours de laquelle un nouveau comité a été élu, composé des médecins : Amjad MOUFARREGE, président ; Hassane SIDANI, vice-président ; Georges AFTIMOS, trésorier et Walid DAYE, secrétaire.

■ Rentrée de la délégation de l'Ordre des dentistes

La délégation de l'Ordre des dentistes, dirigée par le président de cet organisme, le professeur Elie MAALOUF, est rentrée hier à Beyrouth venant du Koweït après avoir participé aux travaux de la 6^e session de l'Association des dentistes koweïtiens.

Par ailleurs, le professeur Maalouf a été élu secrétaire adjoint de l'Union des Ordres des dentistes arabes. Il devait, de même, être chargé de superviser les travaux de toutes les commissions de cette union et de préparer la 1^{re} session du Congrès de l'Union qui tiendra ses assises à Beyrouth au siège de la Faculté des sciences médicales de l'Université Saint-Joseph du 14 au 17 septembre 1994.

■ Session prolongée, Congrès et nouveau centre. Le Akkar vibre à l'heure médico-sociale

Le Akkar clôtura ce samedi 9 avril 1994, son premier congrès médical régional organisé au siège de l'archevêché grec-orthodoxe à Cheikh-Taba. Dans cette même localité un cycle de formation paramédicale de six mois vient de prendre fin. Et parallèlement, l'on a procédé hier à l'inauguration d'un centre médico-social dédié à Saint-Paul.

Mgr Paul Bendali, archevêque du Akkar, a évoqué le centre médico-social pour noter d'emblée que cette réalisation "n'est pas une preuve "d'affection" mais un engagement confraternel. (...) C'est un témoignage de la générosité des hommes".

Le président de l'Ordre des médecins du Liban-nord, le Dr Y. EL-AHDAB a, quant à lui, souligné : "l'importance d'une

bonne structure universitaire étendue à tout le pays et ouvrant à chacun la possibilité d'acquérir une formation de niveau".

Le ministre HAMADE a tenu à remercier le gouvernement belge et son représentant en soulignant : "Vous découvrez avec nous combien un congrès ici est important, même dans les conditions les plus modestes".

Cette formation s'adressait à la fois au personnel médical et paramédical. Tous les samedis, pendant six mois, il y avait deux séances simultanées, l'une adressée au corps médical et l'autre au paramédical. Pour ces derniers, il s'agissait de séances de formation et de remise à niveau des connaissances déjà acquises. Quant aux médecins ils assistaient à des séances de discussions au cours desquelles ils exposaient leurs expériences et les cas qu'ils rencontraient dans l'exercice de leurs fonctions. Des médecins de l'hôpital St Georges dirigeaient ces séances.

■ HAMADE inaugure un service des urgences à l'AIB

Le Centre "qui relève des deux ministères de la Santé et du Transport, a été réhabilité en coopération avec le service de sécurité de l'aéroport". Il a souligné qu'outre "les vaccins et les opérations chirurgicales mineures, le centre soignera également les cas urgents".

Par ailleurs, M. HAMADE a inauguré hier à l'ALUMNI les travaux du Congrès de traitement des douleurs chez les patients atteints du cancer, organisé par l'Association libanaise médicale du cancer, présidée par le Dr Philippe ISSA.

■ Journée de la santé à la Faculté de Médecine dentaire de UL

A l'occasion de la journée mondiale de la santé, une table ronde placée sous le patronage de Mme Mona Elias HRAOUI a réuni, à la Faculté de médecine dentaire de l'UL-Salle Amine Gemayel, les ministres de la Santé, de la Culture et de l'Enseignement supérieur, MM. Marwan HAMADE et Michel EDDE; le recteur de l'UL, M. Assaad DIAB ainsi que les présidents des Ordres de médecins dentistes du Liban et du Nord, les Drs Elie MAALOUF et Sabri ABDO.

C'est le ministre de la Santé, M. Marwan HAMADE qui, le premier a pris ensuite la parole : "Il est élémentaire de dire que la santé de la bouche est un élément principal de la bonne santé en général. La bouche est un facteur important dans l'esthétique faciale, mais elle est aussi l'entrée principale de l'alimentation sous toutes ses formes et par conséquent de virus divers provoquant des problèmes dentaires".

FLASH INFOS... FLASH INFOS... FLASH INFOS...

DEUXIEME COLLOQUE FRANCO-LIBANAIS DE PSYCHIATRIE 27, 28, 29 avril 1994 à BEYROUTH

Patronné et organisé par : La Direction Générale de lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT), l'Université Libanaise (section des Sciences Médicales - Pr A. Boustany), l'Association Médicale Franco-Libanaise, la Fédération internationale de Psychiatrie Francophone (Dr S. Tawil).

Thème :

- L'objet de la dépendance,
- Famille, religion et conduite toxicomaniaque
- Place du toxicomane dans la clinique.

Secrétariat Scientifique Dr S. Tawil : 49.28.26.39.

JOURNEES DE L'UNIVERSITE

Les "Journées de l'Université" animées par notre Président d'Honneur le Professeur Alain FARAH, auront lieu à Beyrouth du 2 au 7 mai 1994.

Pour tous renseignements : contactez le Secrétariat au 49.09.55.83 ou par fax 49.09.58.69.

6^{èmes} JOURNEES DE CHIRURGIE DU LIBAN NORD à TRIPOLI du 2 au 6 juin 1994

Les thèmes retenus :

- Chirurgie digestive • Chirurgie orthopédique
- Chirurgie gynécologique.

Avec la participation des éminents Professeurs et Médecins Franco-Libanaï : Dr F. Ayoubi, Dr J. Ayoubi, Dr A. Basile, Pr G. Champault, Dr F. Dazza, Dr Lecestre, Pr C. Liguory, Pr G. Mellier, Dr A. Moghrart, Pr X. Monrozies, Pr P. Mares, Dr C. Nourissat, Dr J. Nassar, Dr T. Rahme, Dr G. Roseau, Dr T. Saleh, Dr J.L. Tessier.

Pour tous renseignements : Contactez : A.R. Hijazi, G. Nasr en écrivant au siège de l'Association : AMFL : 11 bis, rue du Colisée 75008 Paris.

INSTALLATIONS

Docteur ZAGHLAN HAJJAR ATEL

Cabinet d'échographie

152, rue Pierre Brossolette

93160 Noisy-Le-Grand

☎ (1) 64.68.65.42 - Fax : (1) 64.68.16.95

Marina LEDENKO

Chirurgien Dentiste

81, rue de la Convention - 75015 PARIS

☎ (1)45.78.29.31

KINESITHERAPEUTE :

Monsieur NABIL EL HACHEM

37, rue Saint-Fargeau - 75020 PARIS

☎ (1) 40.31.79.72

ORTHOPHONISTE :

Mlle ROUBA EL-KHOURY

150, rue de la Convention - 75015 PARIS

☎ (1) 45.30.00.85

LABORATOIRE PROTHESE DENTAIRE

La Haute Précision

Centre Commercial des Bouguinonts

78130 LES MUREAUX

☎ (1) 34.92.97.33

C.C. DENTAL

Prothèse Dentaire

16, rue Lauzin - 75019 PARIS

☎ (1) 48.03.07.36

L'ASSOCIATION MEDICALE FRANCO-LIBANAISE

*à le plaisir de vous faire part de son
partenariat avec :*

● M.E.A.

9, rue Scribe - 75009 Paris

● HELP MEDICAL

16, rue Ferdinand Fabre - 75015 Paris

● I.C.A.V. Groupe Victoire

64, rue de Provence - 75009 Paris

● HOTEL INTERNATIONAL DE PARIS

58, boulevard Victor-Hugo

92200 Neuilly-sur-Seine

Les membres adhérents à l'A.M.F.L., désireux de bénéficier des conditions préférentielles de ces sociétés sont invités à s'adresser à :

A.M.F.L.

11 bis rue du Colisée - 75008 PARIS

☎ (1) 43 59 20 20 - Fax 45 63 51 38

LES CONTRATS D'ASSURANCE VIE

MULTI-SUPPORTS

OU LES RAISONS D'UN SUCCES ANNONCE

*Ils vous permettent de choisir vos placements
et d'en changer librement dans un cadre fiscal privilégié.*

La compétition économique internationale modifie en permanence notre environnement. Elle impose aux professionnels de la gestion de capitaux de redéfinir fréquemment leur politique d'investissement afin d'optimiser la gestion qui leur est confiée.

**Aujourd'hui plus qu'hier, la
mobilité est une condition
nécessaire à la gestion efficace de
votre épargne.**

Soucieux de répondre à cette nouvelle exigence, des compagnies d'assurance vie ont conçu et commercialisent, depuis quelques temps déjà, une nouvelle génération de contrats en unité de comptes. Celle-ci présente la particularité d'offrir au souscripteur la liberté de répartir à sa convenance ses versements:

Les contrats multi-support ou multi-fonds.

A la différence des contrats en unité de compte précédents, les primes peuvent être investies, non plus sur un seul support préalablement déterminé au contrat, mais suivant les instructions du souscripteur, sur

sur un ou plusieurs supports financiers, spécialisés sur un marché, ou diversifiés (s.i.c.a.v ou f.c.p actions ou obligations, fonds de trésorerie, sociétés civiles immobilières).

Par la suite, la répartition des capitaux entre les supports initialement choisis, peut, à la demande de l'investisseur et suivant des modalités propres à chaque contrat, être modifiée. Les mouvements à l'intérieur du contrat s'effectuent alors sans imposition des éventuelles plus-values réalisées lors d'arbitrages dont les coûts sont le plus souvent inférieurs à ceux communément pratiqués par les établissements financiers pour ce type d'opération.

Cette souplesse technique et financière permet au souscripteur d'appliquer en permanence une gestion conforme à ses orientations financières, présentes et à venir, dans le cadre fiscal privilégié de l'assurance vie : les produits de la gestion des capitaux versés - intérêts, dividendes et plus-values - ne sont pas imposables si la durée de vie du contrat est d'au moins 8 années et, en cas de décès de l'assuré, l'épargne constituée est transférée par l'assureur, au (x) bénéficiaire(s) désigné(s), en franchise de droits de succession, sous réserve que les versements aient été effectués avant le 70ème

anniversaire de l'assuré.

Privilégier les placements de trésorerie pour réduire l'exposition de son épargne aux aléas des marchés financiers ou accroître la sensibilité de son compte en augmentant le poids des marchés actions peuvent à présents devenir des actes ordinaires de gestion d'un contrat d'assurance vie.

Pour bénéficier pleinement de cette liberté nouvelle, le souscripteur sera attentif au nombre et aux orientations de gestion des fonds qui lui sont proposés afin que leur combinaison lui permettent d'atteindre les objectifs de gestion les plus précis. Par ailleurs, il privilégiera les équipes de gérants de fonds dont la compétence et la notoriété sont reconnues.

L'exonération fiscale des produits générés par la gestion de l'épargne étant dépendante de la durée de vie du contrat - il est de *bonne gestion* de souscrire dès à présent un contrat de ce type en versant le minimum contractuel. Ainsi, vous prendrez date, et lors de votre prochaine constitution d'épargne ou à l'occasion du remploi d'un contrat échu, la durée minimum de maintien de votre capital au sein de votre nouveau contrat en sera d'autant réduite. ■



SOYEZ PARMIS LES PREMIERS INFORMES !

DEMANDE D'INFORMATION PRIORITAIRE

Je désire en savoir plus, sans engagement de ma part sur les nouveaux comptes multi-supports dynamiques.

M- Mme - Melle - NOM : _____

PRENOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____

TELEPHONE : _____ Cabinet Domicile

A retourner sous enveloppe affranchie à :

J. FLEURANCE
INVESTISSEMENT CONSEIL
64, rue de Provence
75009 PARIS

**INVESTISSEMENT
CONSEIL**
Groupe victoire
64 rue de provence 75009
PARIS

Tél : (1) 40 23 86 08

Fax : (1) 40 23 17 00

Pour votre prochain voyage au

LIBAN

au départ des principales villes

d'EUROPE , d'AFRIQUE

du MOYEN - ORIENT

et de l'EXTREME - ORIENT

choisissez

MIDDLE EAST AIRLINES AIRLIBAN

L'EUROPE	ATHENES	LE MOYEN-ORIENT ET L'EXTREME-ORIENT
	BERLIN	
	BRUXELLES	
	COPENHAGUE	
	FRANCFORT	
	GENEVE	
	ISTAMBOUL	
	LONDRES	
	MADRID	
	MILAN	
	NICE	
	PARIS	
	ROME	
	ZURICH	
BEYROUTH	ABOU DHABI	
L'AFRIQUE	ABIDJAN	ADEN
	ACCRA	AMMAN
	FREETOWN	BAGDAD
	KANO	BAHREIN
	LAGOS	LE CAIRE
	MONROVIA	DAMAS
	TRIPOLI	DHAHRAN
	TUNIS	DJEDDA
		DOHA
		DUBAI
	KHARTOUM	
	KOWEIT	
	LARNACA	
	MASCATE	
	RIYADH	
	COLOMBO	
	SINGAPOUR	
	SYDNEY	



MEA

Porte haut les couleurs du Cèdre

MEA PARIS-6 RUE SCRIBE TEL : 42-66-06-77