



Le message du Président

Peut-être avez-vous relevé dans la presse des articles présentant un plaidoyer pour l'hôpital privé non lucratif. Contrairement à une idée reçue, il existe, entre les hôpitaux publics et les cliniques privées, un troisième type d'organisation hospitalière, historiquement le premier : les hôpitaux privés à but non lucratif, dont Foch est un bon exemple.

Mais bien qu'ils participent, au même titre que les hôpitaux publics, au service public hospitalier, notamment dans la prise en charge des pathologies lourdes, malgré la souplesse de leur gestion et leurs qualités reconnues par l'accréditation, ils souffrent d'un traitement discriminatoire. Le Ministère de la Santé, qui connaît pourtant bien leur situation, ne finance pas les charges spécifiques, sociales notamment, inhérentes à leur appartenance au secteur privé et que ne supportent pas les hôpitaux publics. Il laisse donc s'accumuler leur déficit structurel qui constitue une menace grave, et sans doute profondément choquante, pour leur avenir, oubliant ainsi que les hôpitaux privés non lucratifs constituent le modèle dominant partout dans le monde. "L'exception française" consacrera-t-elle leur élimination sans responsabilité politique clairement définie ?

Nous vous rappelons notre volonté d'acquérir un nouveau matériel d'imagerie, le TEP-Scanner qui révolutionne la détection et le suivi des cancers. Mais pour acquérir, dès l'an prochain, ce matériel coûteux, la Fondation a besoin que vous lui apportiez, le plus largement possible, votre soutien financier. Merci à tous.

Georges Dominjon.

Vaincre la douleur, une des missions essentielles des équipes soignantes de l'hôpital Foch



Dossier Le traitement de la douleur à l'hôpital Foch p. 2 à 4
Zoom La neurochirurgie stéréotaxique p. 5 à 7
Nouvel équipement Le TEP-Scanner p. 8

L'Unité de Coordination Douleur : un projet, une équipe

Depuis la publication, en France en 1994, du rapport du sénateur Neuwirth sur la douleur post-opératoire, l'amélioration de la prise en charge de la douleur des personnes malades est devenue un axe prioritaire de la politique de santé comme gage d'amélioration de la qualité des soins.

Le nouveau code de santé publique du 29 juillet 2004 reprend les différents textes législatifs parus à ce sujet, en particulier le nouveau décret infirmier et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades.

La "politique douleur" s'est concrétisée par le développement de 2 programmes successifs :

- Premier plan triennal 1998-2001,
- Deuxième plan quadriennal 2002-2005.

Les ambitions étaient les suivantes : faciliter aux patients l'accès aux centres spécialisés contre la douleur, informer et former les personnels de santé, renforcer le rôle de l'infirmière, prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, reconnaître et traiter la migraine et améliorer la prise en charge de la douleur de l'enfant.

Actuellement, le plan cancer insiste sur la nécessité de prendre en charge la personne malade dans sa globalité, la douleur demeurant un aspect essentiel.

Les équipes soignantes de l'hôpital Foch sont depuis longtemps convaincues de la nécessité d'améliorer l'antalgie des patients. C'est donc naturellement, conformément aux

recommandations ministérielles, qu'en mars 2000 s'est constitué le Comité de LUTte contre la Douleur (CLUD). Cette assemblée est composée de 28 membres représentant la direction, le personnel soignant paramédical et médical, la pharmacie et le service de formation. Le CLUD est avant tout un centre de réflexion et de propositions qui doit définir les axes de la politique douleur de l'établissement de façon adaptée à la situation locale et conformément à la volonté ministérielle. Sur le "terrain", une équipe restreinte ou "unité de coordination douleur", s'efforce d'être le relais entre les services d'hospitalisation et le CLUD afin que les actions définies par celui-ci soient appliquées.

Dans les lignes qui suivent, nous vous proposons de découvrir les principales actions menées à l'hôpital Foch depuis la création du CLUD.

L'UCD, Unité de Coordination Douleur

Prendre en charge la douleur nécessite des compétences médicales et paramédicales spécifiques.

Ainsi, depuis septembre 2003, la création d'un poste



Équipe douleur, de gauche à droite :
Christine Gervais et Nathalie Fournival (Infirmières Coordinatrices Douleur), Dr Barbara Szekely et Dr Véronique Barrière.

Vaincre la douleur

d'Infirmière Coordinatrice Douleur a officialisé l'existence de l'Unité de Coordination Douleur (UCD). Deux infirmières, l'une à temps plein l'autre à mi-temps, et deux médecins, un algologue et un anesthésiste, animent cette équipe. Les différentes actions menées au sein de notre institution pour améliorer la prise en charge de la douleur des patients sont coordonnées de façon transversale, c'est-à-dire en collaboration avec tous les services de l'hôpital.

Le succès de cette activité tient à la présence d'un réseau de référents paramédicaux et médicaux experts en matière d'antalgie auprès des équipes. Ces référents sont capables de créer une dynamique suffisante pour instaurer de nouvelles pratiques. **Créer une Unité de Coordination Douleur à l'hôpital Foch, c'est s'engager à offrir aux patients la meilleure qualité d'analgésie possible grâce aux techniques les plus performantes et surtout grâce à un personnel soignant motivé et formé.**

La formation

La formation continue des personnels est une des missions essentielles de l'Unité de Coordination Douleur.

Former un réseau de référents paramédicaux et médicaux a été notre priorité afin de réaliser un maillage efficace de l'institution. Chaque année des formations-actions et des journées référents sont organisées pour favoriser le travail d'équipe en collaboration avec l'UCD et transmettre les nouveaux acquis aux équipes soignantes.

Des formations institutionnelles destinées aux nouveaux référents et au personnel paramédical nouvellement engagé sont mises en place. Depuis l'année 2002, 285 personnes ont été formées. Des formations théoriques (législation, évaluation, traçabilité de la douleur) et pratiques (pompes à morphine, MEOPA*) sont organisées dans les services et répondent aux besoins des équipes. La formation médicale



Conférence-débat du 13 octobre 2003 : la formation continue des personnels est une priorité.

s'articule autour de deux axes depuis 2003 :

- l'accueil des nouveaux internes deux fois par an,
- des cours aux étudiants du premier cycle de médecine.

(* *Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote.*)

En chirurgie digestive, mise en place d'un programme de réhabilitation visant à rendre le plus rapidement possible au patient opéré ses capacités physiques et psychiques antérieures

Le programme de réhabilitation mis en place dans le service de chirurgie digestive de l'hôpital Foch, propose aux patients opérés d'une colectomie, une approche multidisciplinaire de la période périopératoire visant à lui rendre le plus rapidement possible ses capacités antérieures, selon l'expérience de l'équipe du Pr. Kehlet, chirurgien digestif au Danemark.

Une participation active de tous les acteurs est le corollaire indispensable pour la mise en pratique de ce concept :

- une technique chirurgicale adaptée,
- une analgésie péridurale thoracique dynamique car les patients sont levés dans les heures qui suivent l'intervention,
- une alimentation reprise très précocement dans les premières heures post-opératoires,
- une mobilisation active effectuée dès le premier jour.

La mise en place de ce projet dans notre établissement s'est concrétisée début 2004, grâce au soutien du service de Formation de notre hôpital. Dans un premier temps, une équipe, constituée d'un chirurgien, d'un médecin et d'une infirmière du service de chirurgie digestive, ainsi qu'un anesthésiste, est allée rencontrer l'équipe du Pr. Kehlet à Copenhague, en septembre 2003.

À son retour, une réunion pluridisciplinaire était organisée pour faire partager cette expérience et mettre en place le projet. Des conditions préalables pour la réussite d'un tel projet ont été fixées comme par exemple :

- la participation des infirmières douleur pour coordonner le projet,
- toutes les infirmières impliquées dans ce programme de réhabilitation doivent être formées à la surveillance de l'analgésie péridurale, être en poste fixe et en nombre suffisant,
- des cours théoriques et pratiques ont été dispensés à l'équipe paramédicale et médicale et un protocole écrit mis à la disposition des équipes,
- une consultation préopératoire par le médecin anesthésiste référent a été organisée pour faciliter l'information des patients,
- la formation continue de l'équipe soignante est réalisée par l'encadrement, ainsi que le suivi des patients,
- une analyse de satisfaction et un audit de dossiers sont programmés, tout comme l'évaluation des connaissances de l'équipe infirmière.

Vaincre la douleur

Ce projet coordonne l'action des différents soignants dans la prise en charge globale du patient. Il permet de satisfaire les besoins d'autonomie et de récupération rapide des patients et raccourcit indéniablement la sensation de fatigue et la durée d'hospitalisation.

La prévention de la douleur provoquée par les soins

De nombreux actes pratiqués à l'hôpital par l'infirmière ou par le médecin, comme les ponctions (artérielle, lombaire, médullaire), les fibroscopies (digestive, pulmonaire), génèrent une douleur ou au moins des sensations très désagréables. Dans les services de chirurgie, des gestes quotidiens, pratiqués au lit du malade – le pansement, l'ablation des drains ou des redons, l'ablation des fils... –, entraînent parfois des douleurs mémorisées plus importantes que la douleur post-opératoire elle-même.

Tout au long de l'année 2004, 3 groupes de référents de différents services ont travaillé sur des situations potentiellement douloureuses ; l'ablation de drains dans le service de chirurgie thoracique, les ponctions artérielles et veineuses dans les services d'anesthésie, urgences-porte, médecine et pneumologie, la mobilisation des patients dans les services de pneumologie et de neurologie. Bien que les résultats obtenus par les différents groupes ne soient pas tous analysés à ce jour, des mesures d'amélioration sont déjà mises en place. Par exemple, l'utilisation du Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA) ou l'administration d'un bolus de morphine en intraveineux, lors de l'ablation des drains en chirurgie thoracique, fait l'objet d'un protocole en cours de validation par les intervenants du service.

Soulignons l'intérêt du MEOPA largement utilisé dans les services de pédiatrie depuis plus de vingt ans. Les indications chez l'adulte sont relativement récentes. Dans notre

établissement, le premier utilisateur a été le service des urgences pour les gestes de petite chirurgie – suture des plaies, réduction de certaines luxations, réalisation de certaines ponctions lombaires, déshabillage d'un patient porteur de fractures multiples. Ce mélange gazeux, qui n'endort pas, entraîne une distorsion de la réalité rendant supportable la réalisation de gestes invasifs. Son effet s'estompe dans les minutes qui suivent l'arrêt de l'inhalation avec, parfois, un grand éclat de rire d'où le surnom de gaz hilarant. Depuis septembre 2004, plus de 200 gestes ont été réalisés sous MEOPA. Un bon nombre de soignants du secteur thoracique et des urgences maîtrisent totalement cette technique et en font bénéficier quotidiennement les patients. À la rentrée, de nouvelles équipes seront formées à l'administration de ce produit.

La prise en charge de la douleur chronique

Une des missions que s'est fixée l'UCD est l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique et plus particulièrement des malades cancéreux.

La formation des équipes soignantes au dépistage de la douleur permet d'attirer l'attention du médecin du service sur la problématique de la douleur et de faire appel à l'unité de coordination douleur dès qu'il existe une difficulté. La création d'une consultation en avril 2001, à raison de 2 vacations par semaine, permet de mieux accompagner certains patients. En moyenne 300 consultations sont assurées par an. Le cadre nosologique des douleurs prises en charge est varié : douleurs cancéreuses, lombalgies chroniques, arthrose, rhumatismes divers, douleurs secondaires à la chirurgie, algies chroniques au détour d'un zona, fibromyalgie...

Les projets pour le 2^e semestre 2005

- Organiser une formation sur l'**accompagnement en formation des référents douleur** afin de développer et d'affirmer le rôle du référent au sein de son service.
- Mettre en place un indicateur de la qualité "**Lutter contre la douleur**" au sein de l'établissement en partenariat avec la Cellule Qualité et Gestion des Risques. Deux sous-indicateurs seront évalués : la traçabilité de l'évaluation de la douleur et le traitement de la douleur.
- Étendre le programme de réhabilitation en chirurgie digestive à d'autres chirurgies (orthopédique et thoracique).

Cheminer avec la personne douloureuse, que ce soit après une intervention chirurgicale ou lors du suivi pour une pathologie cancéreuse ou chronique d'issue fatale ou non ; **améliorer** sa vie quotidienne en adaptant son traitement antalgique et en faisant appel aux professionnels des autres missions transversales – gériatrie, art-thérapie, soins palliatifs... ; **être disponible** au téléphone ou se rendre à son chevet lors des hospitalisations itératives ; bref, **tisser un lien privilégié** avec une personne malade pour qu'elle oublie la maladie est l'objectif principal de l'équipe douleur.

L'équipe Douleur.



Traçabilité de l'évaluation de la douleur et suivi personnalisé des patients, sont au programme des personnels de l'UCD.

Neurochirurgie stéréotaxique

La neurochirurgie stéréotaxique, méthode de repérage en trois dimensions des différentes structures du cerveau

L'hôpital Foch vient de s'équiper d'un matériel qui va permettre de réaliser des interventions neurochirurgicales d'une grande précision.

Le but de toute technique neurochirurgicale visant à l'ablation d'une lésion intra-cérébrale est d'enlever la lésion et de respecter le tissu cérébral qui l'entoure. La morbidité post-opératoire en dépend, surtout quand la lésion est située dans une zone cérébrale très fonctionnelle. Les nouvelles techniques ont révolutionné la prise en charge des patients en neurochirurgie : chirurgie sous microscope, utilisation du bistouri ultrasonique et du laser. Encore faut-il accéder à ces lésions avec le maximum de précision, grâce à un système qui permette de désigner la cible ou de marquer d'une façon quelconque le chemin le plus court et le moins dangereux pour l'atteindre.

Née dans les années 40, la neurochirurgie stéréotaxique est une méthode de repérage en trois dimensions, de haute précision qui se propose d'atteindre, sans le contrôle direct de la vue, au prix d'une trépanation minimale, n'importe quelle formation intracrânienne pour y effectuer une action précise à visée thérapeutique ou pour recueillir certaines informations. En seulement quelques années, l'imagerie cérébrale a fait des progrès aussi rapides que remarquables. Les différentes modalités du scanner, les techniques tridimensionnelles,

l'imagerie par résonance magnétique (IRM) avec ses variations à l'infini ont livré au neurochirurgien des informations anatomiques normales et pathologiques, de même que fonctionnelles et dynamiques. La stéréotaxie (stéréotaxie = ordonnance dans l'espace) permet donc, grâce à un cadre fixé à la boîte crânienne avec lequel est réalisée l'imagerie, de définir les coordonnées dans l'espace des différentes structures du cerveau.

La technique permet d'obtenir une précision infra-millimétrique, tout en étant la moins traumatisante possible. La démarche stéréotaxique, qui ouvre le champ plus large de la neurochirurgie fonctionnelle, est à l'origine de la neuronavigation, qui peut orienter, faciliter et rendre moins risqué le geste neurochirurgical à ciel ouvert, surtout lorsque la cible est petite, profonde et située en zone fonctionnelle.

Les étapes chronologiques de la démarche stéréotaxique

Définition anatomique de la cible

La lecture attentive des données de l'imagerie préopératoire (scanner, IRM, angio-IRM, éventuellement IRM fonction-



Patient avec cadre de stéréotaxie en place pendant l'acquisition des images IRM (photo Elekta SA).



Vue d'ensemble de l'arceau et du cadre de stéréotaxie (photo Elekta SA).

nelle) permet de localiser la cible à atteindre, d'évaluer son environnement anatomique (par exemple voies motrices, ventricules cérébraux, artères et veines cérébrales) et de définir la ou les trajectoires possibles.

Atteinte de la cible qui comporte 3 temps successifs

- Fixation crânienne d'un cadre de stéréotaxie (photos) qui servira de support et de guide aux instruments qui seront dirigés vers la cible,
- définition radiologique de la situation de la cible par rapport à ce cadre qui constitue un référentiel, à partir duquel seront calculées les coordonnées de cette cible. On évalue aussi attentivement les coordonnées du point d'entrée. Les reconstructions informatiques des images radiologiques de la trajectoire ainsi obtenue vont permettre de visualiser les structures traversées par les instruments et de modifier au besoin cette trajectoire, avant la réalisation du geste chirurgical au bloc opératoire. La précision des images neuro-radiologiques et des logiciels de navigation stéréotaxique permettent de réduire considérablement les risques opératoires pour le patient,
- descente du ou des instruments vers la cible.

Action sur la cible (prélèvement, stimulation, enregistrement, etc.).

La cible atteinte, différentes actions peuvent être effectuées :

- recueil d'information dans 2 buts : soit confirmation de la bonne position de l'électrode, par enregistrement ou stimulation de la cible, soit confirmation de la lésion organique ou fonctionnelle (par exemple biopsie ou recherche d'un foyer épileptogène),
- mise en place définitive d'une électrode intracérébrale (chirurgie de la maladie de Parkinson, exploration préopératoire des épilepsies).

Les indications de la neurochirurgie stéréotaxique

Elles sont donc multiples :

- biopsies cérébrales ou tumorales,
- stimulations de certaines cibles cérébrales profondes,
- implantations d'électrodes,
- localisations de foyers épileptogènes,
- implantation de sources radioactives dans certaines tumeurs cérébrales (curiethérapie),
- la stéréotaxie et son cadre peuvent être utilisés "à crâne fermé" pour une radiothérapie externe de haute précision par des faisceaux de photons ou de protons qui convergent au centre d'une lésion cérébrale que l'on désire traiter. Le principe de ce traitement, appelé également radiochirurgie ou radiothérapie multi-faisceaux, est de délivrer une forte dose de rayonnements dans une structure intracrânienne anormale en diminuant l'irradiation des tissus sains autour de la lésion. Les principales indications de ce traitement sont certaines petites tumeurs (bénignes ou malignes) et certaines malformations vasculaires cérébrales.

Une application de la stéréotaxie : la biopsie cérébrale

Chez des patients suspects de tumeurs cérébrales qui ne peuvent pas être retirées complètement par les techniques neurochirurgicales habituelles, les traitements mis en œuvre nécessitent obligatoirement un diagnostic histologique. Celui-ci n'est jamais fourni avec certitude par les images neuro-radiologiques, quelles que soient leurs qualités et leur définition. La biopsie en condition stéréotaxique demeure indispensable pour affirmer le diagnostic neuro-pathologique précis de la tumeur. La fiabilité et la bénignité de la biopsie réalisée en condition stéréotaxique ont conduit à étendre ses indications.

À ce jour, on ne saurait prescrire un traitement complémentaire pour une tumeur cérébrale (chimiothérapie-radiothérapie) en l'absence de preuve histologique. La biopsie stéréotaxique doit être la moins agressive possible, physiquement et psychologiquement. Elle est conduite le plus souvent sous anesthésie locale, parfois générale, avec un rasage très minime des cheveux (quelques millimètres).

Réalisation de la biopsie

- Mise en place du cadre de stéréotaxie de Leksell (celui que vient d'acquérir l'hôpital Foch) au bloc opératoire de neurochirurgie sous anesthésie locale,
- le patient est transféré dans le service de neuroradiologie pour la réalisation d'une imagerie cérébrale scanner et/ou IRM avec injection veineuse de produit de contraste en vue de la détermination de la cible, du point d'entrée et de la trajectoire,
- transfert de l'ensemble des données sur une station de travail via le réseau informatique ou un support numérique de type CD-Rom,
- détermination des coordonnées de la cible, du point d'entrée et de la géométrie de la trajectoire, par le neurochirurgien et le neuroradiologue. La validation de cette trajectoire et des structures anatomiques cérébrales traversées est réalisée par visualisation en 3 dimensions d'une biopsie virtuelle, sur la station de travail informatique équipée d'un logiciel de navigation. Cette simulation permet de corriger la géométrie de la trajectoire s'il s'avère que des structures cérébrales importantes sont traversées, ce qui va rendre plus sûr le geste chirurgical,
- le patient est transféré au bloc opératoire pour la réalisation de la biopsie stéréotaxique. Le cadre est positionné sur un système de fixation solidaire de la table d'opération. Après lavage du cuir chevelu, les champs opératoires sont préparés autour de la tête du patient. Le neurochirurgien installe l'arceau et le système de biopsie sur le cadre après avoir affiché les coordonnées de la cible. Il réalise une anesthésie locale du cuir chevelu et après un rasage minime des cheveux au niveau du point d'entrée, il réalise une perforation punctiforme de la boîte crânienne. Il introduit ensuite l'aiguille guidée par le système de biopsie et effectue les prélèvements nécessaires qui seront envoyés au laboratoire. C'est une intervention rapide, de l'ordre d'une demi-heure. Après l'intervention, le cadre de stéréotaxie est déposé

Neurochirurgie stéréotaxique

immédiatement au bloc opératoire, et le patient va ensuite en salle de réveil,

- la réalisation d'un scanner cérébral de contrôle post-opératoire a pour but de dépister une complication, en particulier hémorragique, au point de biopsie ou sur la trajectoire. La durée d'hospitalisation est généralement courte pour une biopsie (1 à 3 jours).

Une autre application de la stéréotaxie : la chirurgie de la maladie de Parkinson

Grâce au cadre de stéréotaxie que vient d'acquérir l'hôpital Foch, cette technique chirurgicale devrait pouvoir être bientôt réalisée dans notre établissement.

La maladie de Parkinson est une affection neurologique dégénérative touchant une certaine population neuronale (les neurones dopaminergiques). Chez le sujet âgé, la maladie de Parkinson représente la deuxième cause de handicap fonctionnel après les accidents vasculaires cérébraux.

Le traitement médical (Levodopa) a transformé le pronostic de la maladie depuis 1970. Cependant, les limites du traitement médicamenteux (complications de la dopathérapie au long cours par exemple) ont conduit à redynamiser l'approche chirurgicale.

Une approche thérapeutique neurochirurgicale avait déjà été proposée à la fin des années 60, par Gérard Guiot, à l'hôpital Foch. Il s'agissait de détruire par coagulation une zone d'hyperactivité inhibitrice dans les noyaux gris centraux (zones profondes du cerveau contrôlant entre autre l'intégration des mouvements). Cette technique avait comme inconvénient d'être non modulable (une lésion non réversible sur une seule cible). Actuellement, la technique chirurgicale n'est plus lésionnelle mais s'effectue par stimulation électrique à haute fréquence, mise au point suite aux travaux de l'équipe de Grenoble (Pr Benabid). La stimulation cérébrale profonde est une procédure de neurochirurgie stéréotaxique qui s'adresse aux patients parkinsoniens en impasse thérapeutique.

Le cadre de stéréotaxie est fixé sur le crâne du patient et sert de référence pour un bilan neuroradiologique associant plusieurs séquences d'IRM et de scanner. Ces différentes modalités d'imagerie sont fusionnées sur une station de travail. Les cibles où seront implantées les électrodes sont définies ainsi que le trajet de descente des électrodes. La cible actuelle la plus efficace est le noyau subthalamique (qui est une structure profonde du cerveau).

Au cours de l'intervention, qui est généralement longue, des électrodes de tests permettent de définir la cible idéale par une étude neurophysiologique (enregistrement de l'activité des neurones et stimulation pour rechercher les effets cliniques), et aideront à positionner l'électrode définitive qui sera fixée au crâne et reliée secondairement au stimulateur placé en région sous-claviculaire.

Appliquée de manière chronique et bilatérale, la stimulation du noyau subthalamique entraîne une atténuation franche de la triade parkinsonienne (akinésie, rigidité, tremblement). Le noyau subthalamique est une structure anatomique petite, insérée au sein d'une zone fonctionnelle importante et complexe. Elle doit être abordée en s'aidant d'un faisceau d'arguments anatomiques (atlas stéréotaxiques), neuroradiologiques (IRM), électrophysiologiques et cliniques peropératoires.

En effet, l'accumulation des premières données recueillies par différentes équipes démontre très clairement que l'ampleur de l'effet thérapeutique est directement liée à la qualité du ciblage stéréotaxique dès lors que les critères de sélection ont été parfaitement respectés.

Dr Philippe Pencalet, neurochirurgien.



Essai de mise en place du cadre de stéréotaxie sur une patiente (photo Elekta SA).

L'hôpital Foch se mobilise pour le diagnostic précoce du cancer

Actuellement, pour son hôpital, la Fondation a besoin de votre soutien pour s'équiper du dernier appareil d'imagerie : le TEP-Scanner.

La puissance de détection de cet appareil dernier cri permet de déceler des tumeurs naissantes, même très petites (jusqu'à 4 mm de diamètre) qui sont encore invisibles en radiologie. **Innovant, plus rapide, plus précis, plus global, le TEP-Scanner est indispensable** pour aider les médecins dans

leur lutte contre la maladie cancéreuse dès le stade initial de la maladie et tout au long de sa prise en charge.

Le coût d'acquisition du TEP-Scanner, supérieur à 2 millions d'euros, est un des plus élevés des grands équipements d'imagerie. C'est pourquoi nous avons besoin de votre concours maintenant,

afin de déclencher au plus vite l'installation de ce nouvel équipement pour lequel l'hôpital Foch, compte tenu de l'importance de son service de médecine nucléaire, vient de recevoir l'autorisation nécessaire. **Avec votre aide, sauvons plus de vies grâce au dernier des appareils d'imagerie médicale.**

Comment aider la Fondation Maréchal Foch ?

Reconnue d'utilité publique par décret le 5 décembre 1929, la Fondation Maréchal Foch est habilitée à recevoir des dons et des legs fiscalement déductibles.

Depuis sa création en 1929, la Fondation a donné naissance à l'hôpital Foch, devenu le plus grand établissement hospitalier privé à but non lucratif d'Ile-de-France.

Elle a régulièrement financé toutes les constructions et certains aménagements de l'hôpital, ainsi que des projets innovants visant à l'amélioration de la qualité de vie et la qualité de soins des patients, une des missions les plus importantes de la Fondation. **C'est grâce au soutien de tous les donateurs que de tels projets voient le jour.**

Par un don

Selon les modalités suivantes (voir le bon de soutien joint dans ce numéro) :

- **par chèque** à l'ordre de la Fondation Maréchal Foch,
- **par virement** sur le compte chèque postal de la Fondation, CCP 10 502 06 J 020 Paris,

- **par prélèvement automatique** (il peut être interrompu à tout moment sur simple demande, ou par courrier, ou par téléphone au 01 46 25 27 83, ou par courriel),

- **par internet**, sur le site de la fondation, www.fondation-foch.org, en effectuant un don en ligne grâce au système de paiement sécurisé SOGENACTIF de la Société Générale. Sur ce site vous pouvez aussi consulter, entre autres, les articles des 26 numéros précédents de *Foch Info*.

Les avantages fiscaux

Vous recevez un reçu fiscal qui vous permet d'obtenir **une réduction d'impôt de 66 % appliquée sur le montant de votre don, pris dans la limite de 20 % de votre revenu imposable** (les dépassements de ce seuil peuvent être reportés sur 5 ans).

Par exemple, si votre don est d'un montant de 100 €, votre réduction fiscale (66 %) est de 66 €, votre don ne vous coûte en fait que 34 €.

Par un legs

Le legs peut porter sur l'ensemble de vos biens (legs universel) ou bien simplement sur une somme d'argent ou un bien immobilier (legs particulier).

Dans le cas d'un legs, pour être conseillé selon votre situation familiale ou patrimoniale, vous pouvez vous adresser directement au notaire de votre choix ou à la Fondation Maréchal Foch qui vous mettra en relation avec son notaire.

**Fondation Maréchal Foch,
Anne-Marie Caron,
01 46 25 27 83.**