



Le message du Président

Ce nouveau numéro de *Foch Info*, le magazine de votre hôpital, soutenu et diffusé par la Fondation, innove. Après avoir assuré la présentation de nombreux services ou activités de l'hôpital, le comité de rédaction a décidé d'ouvrir, pour ses lecteurs, les colonnes de notre magazine, à "l'exposé" de maladies ou de pathologies courantes. Pour commencer cette série, aujourd'hui : l'infarctus du myocarde et l'arthrose du genou. Ces articles, qui intéressent beaucoup d'entre nous, ont été rédigés par d'éminents praticiens de l'hôpital. Ils doivent contribuer à votre information par la qualité des connaissances mises à votre disposition sur les symptômes, les traitements de suivi et la prévention.

Pour la première fois, *Foch Info* rend compte de la gestion des fonds collectés par la Fondation grâce à votre soutien. Il fait ainsi apparaître l'affectation de ses ressources dans les divers domaines d'activité de l'hôpital, en souhaitant vous convaincre de l'utilité et de l'importance permanente de vos contributions. Que tous ceux qui participent déjà par leurs dons et leurs legs trouvent ici l'expression de notre reconnaissance ; que ceux qui n'ont pas encore manifesté leur soutien en trouvent le chemin pour le profit de tous, toutes générations confondues, en n'oubliant pas que le meilleur relais de dons réguliers, dont vous trouverez la manifestation par un encart ci-joint, est la volonté d'un legs général ou particulier de votre patrimoine actuel ou futur exposés à la dernière page de notre magazine. Merci.

Georges Dominjon.

L'infarctus du myocarde, l'arthrose du genou : deux grands sujets de santé publique



Focus L'infarctus du myocarde p. 2 à 3

Focus L'arthrose du genou p. 4 à 6

Mise au point Collecte de fonds 2005 p. 7

L'infarctus* du myocarde

L'infarctus du myocarde se définit par la nécrose (destruction) du muscle cardiaque (en règle la paroi du ventricule gauche) par privation brutale d'apport sanguin due à l'obstruction d'une des artères coronaires (artères nourricières du cœur). *infarctus = infarcissement

C'est la manifestation la plus sérieuse de la maladie coronaire, de survenue brutale, elle peut comporter en phase aiguë des complications dont la mort subite par arrêt cardio-circulatoire (qui peut être cependant récupérée par des manœuvres de réanimation précoce). Une fois passée la phase aiguë, on est confronté à la prévention d'une récurrence et, si l'infarctus est de grande taille, à l'apparition d'une insuffisance cardiaque.

Pourquoi fait-on un infarctus ?

L'infarctus est le résultat de l'interaction de deux protagonistes : la paroi de l'artère coronaire atteinte par l'athérome (dépôt constitué en grande partie de cholestérol) et du sang qui circule dans cette artère. Au fil des années des plaques d'athérome – favorisées par l'existence de **facteurs de risque** – vont épaissir la paroi de l'artère et rétrécir son calibre. À ce phénomène d'évolution relativement lente, va pouvoir se surajouter un accident brutal : la rupture de la paroi de la plaque qui va mettre en contact le contenu de la plaque et le sang circulant. Les éléments de la coagulation (les plaquettes en particulier) vont réagir comme s'il existait une brèche de la paroi et former un caillot qui peut très rapidement obturer complètement l'artère (*figure 1*). La victime du drame va être le muscle cardiaque irrigué par l'artère. Si le flux sanguin n'est pas rapidement rétabli, cette portion de muscle va être détruite et ne se contractera plus.

Peut-on prévenir la survenue d'un infarctus du myocarde ?

On enregistre chaque année en France la survenue d'environ 130 000 cas d'infarctus. Chez la grande majorité des patients victimes d'accident coronarien, on va retrouver des **facteurs de risque** (parfois déjà connus mais souvent mal contrôlés) ; certains ne sont **pas modifiables** (âge, sexe masculin, hérédité – antécédent d'accidents coronariens chez les ascendants ou les collatéraux surtout avant 55 ans chez les hommes et 65 ans chez les femmes), les **autres modifiables** : hypertension artérielle, tabagisme, profil lipidique, diabète, surpoids avec obésité abdominale, absence d'activité physique, habitudes alimentaires (faible consommation de fruits et légumes, consommation importante de graisses saturées), facteurs psycho-sociaux (stress...). Ces facteurs de risque expliquent 90 % des accidents coronariens (*étude INTERHEART figure 2*) ; leur contrôle permet d'abaisser considérablement le risque de survenue d'un accident coronarien. En pratique, il convient donc de connaître dès la deuxième décennie d'un sujet ses facteurs et son profil de risque et de les corriger **durablement** (mesures hygiéno-diététiques, arrêt du tabac, prise de médicaments pour normaliser la pression artérielle, le profil lipidique, le taux de sucre sanguin). La consommation **modérée** d'alcool semble jouer un rôle protecteur. Cette correction des facteurs de risque avant l'accident s'appelle la **prévention primaire**.

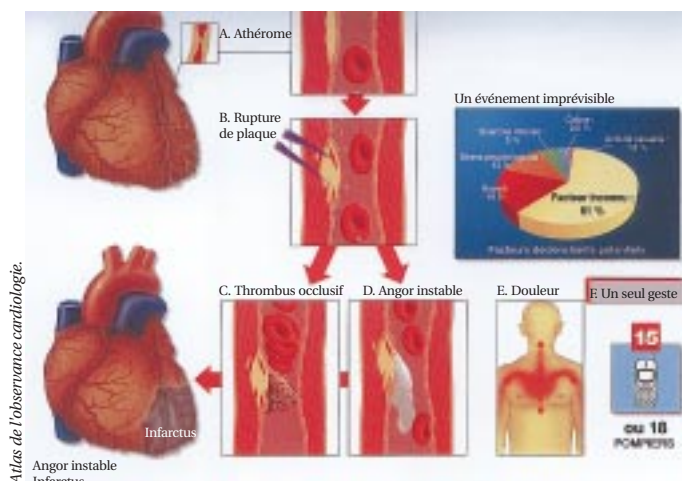


Figure 1 : les raisons de l'infarctus.

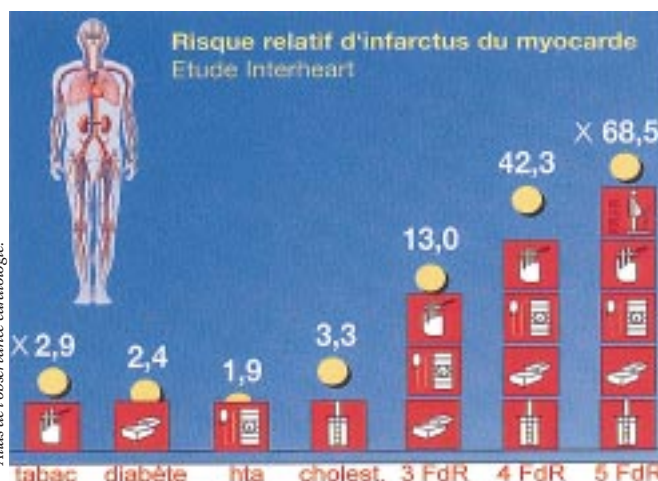


Figure 2 : l'accumulation des facteurs de risque multiplie le risque !

L'infarctus du myocarde

Quels sont les symptômes de l'infarctus (figure 1) ?

Dans la grande majorité des cas, la survenue d'une douleur médio-thoracique, à type de constriction, intense et durable va marquer la survenue de l'infarctus. Elle est souvent accompagnée d'une sensation de malaise, de sueurs et de troubles digestifs. Parfois, les jours précédents, le patient a pu ressentir des douleurs du même type spontanées ou à l'effort moins intenses et moins durables ; ce tableau constitue le **syndrome de menace** de l'infarctus et doit inciter le patient à consulter très rapidement. En cas de douleur intense il faut envisager d'emblée une hospitalisation et demander l'aide d'un transport médicalisé (SAMU) par l'appel du 15.

Les médecins urgentistes pourront rapidement au chevet du patient analyser les symptômes, confirmer le diagnostic par un électrocardiogramme et des dosages biologiques (troponine), commencer le traitement et assurer rapidement et dans les meilleures conditions de sécurité le transfert du patient vers un centre de cardiologie spécialisé. La rapidité de la prise en charge est en effet capitale car c'est souvent dans les premiers instants que vont pouvoir survenir des complications graves. De plus le délai avec lequel vont être mises en œuvre les traitements visant à ré-ouvrir l'artère occluse est un élément essentiel du pronostic ultérieur.

Quel est le traitement de l'infarctus du myocarde ?

À la phase aiguë : la désobstruction de l'artère est la principale préoccupation : si un centre de cardiologie interventionnelle, comme celui de l'hôpital Foch, capable de réaliser rapidement une coronarographie et une dilatation (*angioplastie, figure 3*) de l'artère coupable peut être rapidement atteint, c'est la solution qui sera choisie. Sinon la désobstruction médicamenteuse de l'artère (thrombolyse) va être mise en œuvre en l'absence de contre-indications dès le domicile du patient et pendant le transfert. Parallèlement la sédation de la douleur au besoin par les morphiniques et l'administration d'anti-aggrégants plaquettaires (aspirine, clopidogrel), d'héparine, de bêta-bloquants et secondairement d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion et de médicaments destinés à normaliser le taux de cholestérol sont effectuées. Les premiers jours le patient est admis et surveillé en USIC (unité de soins intensifs pour coronarien) où il bénéficie d'une surveillance continue de l'électrocardiogramme (qui permet le dépistage et le traitement des troubles du rythme) des paramètres cliniques et de la présence permanente d'une équipe soignante. Dans la majorité des cas le séjour à l'USIC n'excède pas 4 à 5 jours, le lever en l'absence de complications est possible dès le deuxième jour. Le bilan coronarographique effectué à l'entrée ou avant la sortie permet l'extension des lésions à d'autres branches coronaires pouvant nécessiter un geste ultérieur de revascularisation. Le séjour hospitalier n'excède pas une semaine, il est mis à profit pour établir les facteurs et le profil de risque du patient et commencer les mesures de prévention (arrêt du tabac). Dans certains cas, cependant, l'importance de l'infarctus (vu

avec retard, récurrence) compromet d'emblée l'état cardio-circulatoire du patient et nécessite parfois des techniques d'assistance circulatoire avec un pronostic réservé. Selon la gravité de l'infarctus, l'âge du patient, son activité professionnelle, l'importance des facteurs de risque, un suivi en service de réadaptation peut être indiqué. Il permet de prolonger les conseils pour la correction des facteurs de risque, de rassurer le patient sur ses capacités physiques et, par là, de prévenir la réaction anxio-dépressive qui se développe chez certains.

Après l'infarctus : dans nombre de cas, la taille de l'infarctus est limitée, la lésion coronaire est unique, les séquelles fonctionnelles sont quasi-absentes et le patient peut reprendre une vie normale. En cas d'infarctus important, la capacité contractile du ventricule gauche peut être altérée et des signes d'insuffisance cardiaque être présents, nécessitant un traitement médicamenteux. Dans tous les cas le suivi cardiovasculaire a pour objectif de faire le bilan complet de la maladie athéromateuse et de prévenir les récurrences.

Un test d'ischémie (test d'effort ± scintigraphie myocardique) à 6 mois contrôle la pérennité du geste d'angioplastie effectué à la phase aiguë. Il est particulièrement important d'obtenir l'adhésion des patients aux recommandations hygiéno-diététiques et au traitement médicamenteux visant à la correction des facteurs de risque. Des études cliniques (*Euroaspire I et II*) ont montré que cet objectif était loin d'être atteint et que les résultats ne s'étaient pas beaucoup améliorés en l'espace de 5 ans.

La rapidité de mise en œuvre du traitement est essentielle pour améliorer le pronostic de l'infarctus du myocarde. Il est donc primordial que l'information du public aboutisse à un recours sans délai aux structures de transport médicalisé permettant un diagnostic rapide, la mise en œuvre du traitement et le transfert vers un centre cardiologique spécialisé. La baisse de l'incidence de l'infarctus du myocarde repose sur les mesures de prévention primaires ou secondaires : la connaissance et le contrôle des facteurs de risque (HTA, tabac, cholestérol, diabète, sédentarité, surpoids) sont les meilleurs garants pour éviter la survenue d'un accident coronarien. Ces mesures préventives doivent être poursuivies tout au long de la vie.

Dr Alain-Charles Guiomard, chef du service de cardiologie.

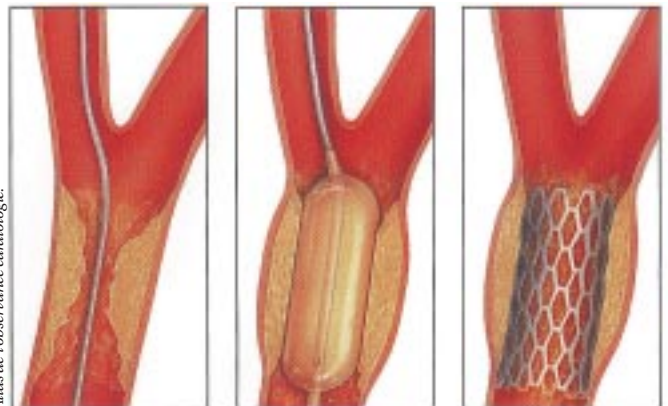


Figure 3 : Angioplastie / Stent.

La prise en charge de l'arthrose du genou à l'hôpital Foch

“Mon genou me fait souffrir”, “Mon genou gonfle”, “Je redoute les escaliers”...

Point n'est besoin d'assister à une consultation médicale pour entendre de telles phrases qui encombrant les conversations courantes, tant les genoux sont le siège de pathologies fréquentes et variées, au premier rang desquelles l'usure du cartilage de recouvrement de cette articulation. C'est ainsi que la GONARTHROSE est au genou ce que la coxarthrose est à la hanche.

Responsable de cette grande richesse pathologique, la complexité du fonctionnement du genou repose sur trois constatations :

- en premier lieu, le genou ne se résume pas, comme au niveau de la hanche sus-jacente, à une seule articulation, mais met en œuvre la mobilité simultanée de deux articulations :
 - d'une part celle qui réunit la cuisse – le fémur – à la jambe – le tibia – : c'est l'articulation principale,
 - d'autre part celle qui met en face du fémur la rotule, os circulaire inséré dans le grand système musculotendineux de l'appareil extenseur et dont l'intégrité assure l'extension de la jambe et le verrouillage de cette jambe à la station debout et à la marche,
- en second lieu, et contrairement là encore à la hanche, cette articulation n'est pas emboîtée et sa stabilité, essentielle au fonctionnement harmonieux des surfaces articulaires, est assurée à la fois par :
 - des éléments dits passifs : la capsule entourant l'articulation, renforcée par les ménisques et les ligaments périphériques et centraux, appelés ligaments croisés, principales victimes des fréquentes entorses du genou,
 - des éléments dits actifs, reposant sur l'important environnement musculaire, laissant d'emblée entrevoir la place dévolue à la rééducation,
- enfin, on aurait tort de résumer la mobilité du genou à un simple mouvement de flexion – extension puisque s'y rajoutent plus finement roulement, glissement et rotation, l'ensemble de ces mouvements élémentaires combinés assurant ainsi au mieux les exigences fonctionnelles souvent sévères imposées au genou.

Cette gonarthrose est la plus fréquente de toutes les localisations arthrosiques, jusqu'à trois fois plus fréquentes que la coxarthrose ; on ne saurait en fait s'en étonner si l'on veut bien considérer l'ensemble des facteurs susceptibles d'en favoriser la survenue, intervenant seuls ou à fortiori comme souvent en association :

- telle une vérité de LA PALICE, il s'agit d'une articulation intégrée au membre inférieur, devant donc à ce titre supporter le poids du corps, au contraire des articulations du membre supérieur,
- la surcharge pondérale, de plus en plus fréquemment observée, et ce, dès le plus jeune âge, ne manque pas d'accroître défavorablement les contraintes mécaniques, accélérant ainsi notoirement le processus de l'usure cartilagineuse,
- les activités sportives connaissent un grand essor mais elles ont aussi leur face noire lorsqu'elles exposent à des traumatismes de plus en plus violents, responsables :
 - soit de fractures intéressant la surface articulaire, et la sanction risque d'être lourde à terme malgré une réparation initiale anatomique,
 - soit plus souvent d'entorses, pouvant laisser persister, à titre de séquelles, des mouvements anormaux, ou laxité ; la répétition de ces mouvements anormaux et la perturbation de la cinématique complexe du genou vont engendrer des lésions cartilagineuses d'autant plus pernicieuses qu'elles concernent des patients le plus souvent jeunes.
- Les troubles morphologiques des membres inférieurs, le plus souvent constitutionnels, plus rarement post-traumatiques, ont également une grande part de responsabilité dans la genèse de l'arthrose ; sans entrer dans des considérations anatomiques et mécaniques rapidement fastidieuses, il convient tout de même de rappeler que le poids du corps va s'exercer sur les deux compartiments du genou, interne et externe, selon une importance relative directement liée à la forme générale du membre inférieur : toute modification de celle-ci va inmanquablement bouleverser la répartition des pressions au détriment de l'un des deux compartiments qui se retrouve ainsi en surcharge mécanique permanente :
 - ainsi, lorsque les genoux s'écartent l'un de l'autre au-dessus de jambes dites arquées, on parle de genu varum à l'origine d'une hyperpression et donc à terme d'une arthrose internes,

L'arthrose du genou

- au contraire, lorsque les genoux se touchent au-dessus de jambes s'écartant l'une de l'autre, on parle de genu valgum responsable cette fois d'une hyperpression puis d'une arthrose externes.
- Enfin, on ne peut abandonner ce vaste domaine des défauts morphologiques sans évoquer la pathologie de la rotule, liée le plus souvent à un défaut de centrage par rapport à sa surface articulaire correspondante en miroir sur le fémur.

Au terme de ces considérations générales, dont il était cependant difficile de faire l'économie, car elles alimenteront la suite de la démarche, abordons de façon plus concrète cette gonarthrose telle qu'elle se présente habituellement dans le cadre d'une consultation, véritable exercice de démembrement à mener avec rigueur et exhaustivité, puisqu'elle devra au final permettre d'élaborer au mieux la conduite thérapeutique, et ce, au terme de trois étapes.

La première étape repose sur l'interrogatoire, attentif, patient et méthodique :

- c'est la douleur qui est le motif essentiel de la consultation et il faut en préciser :
 - le caractère, habituellement mécanique, c'est-à-dire survenant à l'effort et calmée par le repos,
 - la topographie, interne, externe, antérieure, postérieure, globale ou, au contraire, non précisable,
 - l'intensité, stable ou régulièrement croissante,
 - le caractère permanent, ou capricieux, fluctuant,
 - la réponse aux traitements médicaux déjà éventuellement engagés,
- à cette douleur peuvent s'associer des sensations de dérochement, des épisodes de gonflement et des craquements,
- ces douleurs peuvent imposer l'utilisation d'une, voire de deux cannes et réduire le périmètre de marche dans des proportions qu'il convient de faire préciser, car il s'agit d'un critère commode de comparaison évolutive lors des consultations successives,
- certains signes peuvent orienter plus spécifiquement vers une atteinte de la rotule et méritent à ce titre d'être recherchés, qu'il s'agisse de difficultés dans les escaliers ou pour s'accroupir, s'agenouiller et se relever d'une position assise,
- bien mené et suffisamment complet, l'interrogatoire doit déjà permettre d'apprécier l'importance du retentissement fonctionnel concernant les activités sportives, professionnelles ou tout simplement la vie quotidienne.

La seconde étape fait appel à un examen clinique minutieux à la recherche :

- d'une anomalie de la morphologie des membres inférieurs en genu varum ou genu valgum déjà évoqués,
- d'un ou de plusieurs points douloureux précis,
- d'une limitation des mobilités de l'articulation,
- d'une augmentation de volume liée à un épanchement intra-articulaire,
- de mouvements anormaux ou laxité,

- de signes rotuliens spécifiques,
- d'une surcharge pondérale.

La troisième et dernière étape repose sur l'imagerie et, dans ce domaine comme dans d'autres, il faut savoir aller du simple au compliqué, sans s'étourdir d'examen certes sophistiqués mais dispendieux, et, pire encore, souvent parfaitement inutiles !... L'accessibilité désormais aisée au scanner et à l'IRM n'est pas une raison suffisante pour en abuser et faire l'impasse sur un bilan radiographique la plupart du temps largement suffisant pour visualiser l'arthrose et juger de son importance et de son étendue ; elle peut n'intéresser qu'un seul compartiment du genou, voire deux, ou au maximum concerner les trois compartiments, interne et externe entre fémur et tibia et entre fémur et rotule : on parle alors de gonarthrose tri-compartimentaire, stade ultime de l'évolution. Ces notions, associées à l'évaluation en degrés de l'axe morphologique global du membre inférieur, sont déterminantes au moment d'aborder l'étape thérapeutique.

Du simple comprimé d'aspirine à la prothèse totale du genou, l'éventail thérapeutique est d'une étendue insoupçonnable ; placer le curseur au bon niveau, tel est l'objectif ultime de la consultation au terme d'un véritable travail de synthèse intégrant les données de la clinique et de l'imagerie déjà évoquées, mais en les réinsérant dans un contexte beaucoup plus large où vont intervenir l'âge, avec son corollaire, l'espérance de vie supposée... ou espérée, le niveau global d'activités et les exigences requises, et enfin le terrain médical notamment à la recherche de déficiences qui pourraient venir compliquer un acte chirurgical.

Nombreuses, les options thérapeutiques appartiennent schématiquement à deux grandes familles, selon qu'elles sont ou non chirurgicales :

- les possibilités des traitements non chirurgicaux.

Nombreuses et souvent associées, elles reposent sur :

- l'adaptation des habitudes de la vie courante, professionnelle, voire sportive,
- la réduction d'une surcharge pondérale,
- les traitements antalgiques, anti-inflammatoires et chondroprotecteur,
- les infiltrations intra-articulaires de corticoïdes ou d'acide hyaluronique (visco-supplémentation),
- la rééducation visant à renforcer l'environnement musculaire, éviter l'enraidissement progressif, lutter contre une sensation d'instabilité,
- les cures thermales.

- les possibilités des traitements chirurgicaux permettent d'opposer les interventions dites conservatrices aux interventions prothétiques :

- les interventions conservatrices :

- dénuées de la moindre connotation politique, elles permettent de remédier à des défauts anatomiques arthrogènes du genou par des gestes correcteurs siégeant non pas dans mais à distance de l'articulation : ainsi aucun matériel artificiel n'y est directement implanté,

L'arthrose du genou

- habituellement regroupées sous le vocable **d'ostéotomies**, elles autorisent un nouveau positionnement osseux après section de cet os, effectuée selon un plan préétabli, et trouvent donc leurs indications de choix dans les déviations de l'axe du membre inférieur en varus ou en valgus et dans les défauts de centrage de la rotule,
- laissant en place les lésions arthrosiques, elles cherchent à en stabiliser l'évolution et à diminuer, voire supprimer les douleurs ; il ne s'agit donc pas de solutions définitives et radicales mais d'attente, permettant à des patients souvent jeunes encore d'attendre l'âge raisonnable d'une prothèse dans des conditions de confort de vie acceptables,
- davantage dédiées au traitement des lésions méniscales et ligamentaires, l'arthroscopie du genou peut néanmoins parfois trouver sa place dans l'arsenal thérapeutique de l'arthrose : le lavage de l'articulation, accompagné de l'évacuation de microdébris d'usure méniscaux et ostéo-cartilagineux, amène un gain antalgique qu'il ne faut pas négliger, même s'il est parfois incomplet et transitoire.
- les interventions **prothétiques** :
 - elles relèvent d'une philosophie différente puisqu'elles vont au contraire plonger au cœur de l'articulation pour en ôter les surfaces détériorées et les remplacer par des éléments artificiels dont le dessin reproduit le plus fidèlement l'anatomie du genou, éléments réalisés le plus souvent en métal et en polyéthylène,
 - pouvant n'intéresser qu'un seul compartiment du genou, ou prothèse unicompartmentaire PUC, elles peuvent aller jusqu'à remplacer l'intégralité de la surface des trois compartiments et leur appellation de prothèse totale du genou PTG, ou prothèse tricompartmentaire, prend alors toute sa signification,



Chirurgie conservatrice, ostéotomie tibiale.

- la réhabilitation fonctionnelle rapide, au prix il est vrai d'une rééducation intensive, et le retour à une vie quasi normale ne doivent cependant pas masquer l'essentiel : la fonction est désormais assurée par un genou aux surfaces artificielles ; il n'est donc pas convenable d'entretenir l'illusion selon laquelle une prothèse pourrait se tenir à l'abri des conséquences de la durée d'utilisation et de l'usage qui en est fait, à l'instar de toute pièce mécanique en mouvement et en frottement,
- ces conséquences sont dominées par les risques d'usure des pièces prothétiques, puis de mobilisation ou descellement de ces pièces par rapport à leur base d'implantation osseuse ; même s'il est vrai que ces évolutions secondaires restent heureusement accessibles à une nouvelle chirurgie dite de reprise, les indications de ces prothèses doivent cependant rester prudentes, dominées par l'âge, l'importance réelle du handicap fonctionnel et l'échec des thérapeutiques antérieures.

Dans tous les cas, des principes généraux, dictés par le bon sens et la prudence, doivent guider la démarche thérapeutique de toute gonarthrose :

- il faut éviter de commencer par les traitements les plus agressifs, afin de se réserver la possibilité d'une "escalade" thérapeutique,
- il faut s'assurer que le traitement, quel qu'il soit, a été bien compris de son interlocuteur, dans ses principes d'action, ses modalités d'application et ses risques éventuels, à ne jamais dissimuler,
- il faut adapter le traitement au patient, c'est-à-dire à son âge, à l'importance du retentissement et à ses possibilités et exigences fonctionnelles d'ailleurs souvent liées,
- il faut éviter d'engager une décision lourde, chirurgicale, dans la précipitation du moment, sans recul et sans nouvelle évaluation jugeant de l'insuffisance ou à fortiori de l'échec d'un traitement médical.

Dr Luc Watin-Augouard, service de chirurgie orthopédique.



Chirurgie prothétique, prothèse totale du genou.

Compte rendu de la collecte de fonds 2005

La Fondation médicale franco-américaine du Mont-Valérien, Fondation Maréchal Foch, qui a créé et fait construire l'hôpital Foch en 1937 grâce à des fonds privés, a mis en place depuis 1999 une activité de collecte de fonds destinée à améliorer et moderniser son hôpital. En effet, il est apparu que la Fondation pouvait apporter à l'hôpital Foch, hôpital privé participant au service public hospitalier, un soutien significatif pour la réalisation de travaux d'amélioration des locaux, pour l'achat d'équipements ou pour le lancement d'activités nouvelles.

Dans cette action, la Fondation privilégie l'innovation et la qualité de vie et de soins des patients. C'est ainsi que le démarrage d'un Centre pilote de réhabilitation respiratoire ambulatoire a été financé par la Fondation, ce qui a ensuite permis, lorsque sa viabilité en a été démontrée, que son financement puisse être pris en charge, d'une façon durable par la Sécurité Sociale.

Pour développer et gérer cette activité de collecte, la Fondation s'est dotée des outils nécessaires pour solliciter les dons et legs dans les meilleures conditions. Ses moyens d'actions sont les suivants :

- diffusion d'un magazine gratuit *Foch Info* auprès des patients de l'hôpital et des donateurs qui le demandent. Grâce à une action continue de recherche de nouveaux lecteurs, ce magazine est aujourd'hui envoyé à plus de 14 000 destinataires, quatre fois par an,
- envoi de mailings aux habitants des communes proches de l'hôpital, dont les adresses sont acquises auprès des organismes spécialisés,
- mise en place de partenariat avec des entreprises et des associations qui s'intéressent au développement de l'hôpital.

Étant reconnue d'utilité publique, la Fondation peut être aidée selon différentes modalités qui sont rappelées en dernière page du magazine *Foch Info* (dons de sommes d'argent, legs universel ou particulier de biens, transmission d'une assurance-vie, ou donation temporaire d'usufruit), avec la mention des avantages fiscaux en vigueur. Les opérations de sollicitation des dons et de leur gestion sont réalisées par les moyens propres de la Fondation, avec un recours aux prestataires extérieurs limité au strict nécessaire. Les comptes de la Fondation sont établis selon les textes qui régissent son activité, sous le contrôle du Commissaire aux comptes, KPMG. Les fonds recueillis sont versés à l'hôpital lorsque celui-ci engage les dépenses correspondantes.

En 2005, la Fondation a pu ainsi recueillir 952 000 €, répartis de la façon suivante :

- dons des particuliers : 45 %,
- dons des entreprises et des associations : 33 %,
- legs : 22 %.

Déduction faite des frais engendrés par ces collectes et leur gestion, et compte tenu d'un report de 168 000 € de fonds dédiés des années antérieures, la Fondation a :

- pris l'engagement de participer, à hauteur de 50 %, au financement d'un TEP-Scanner, appareil d'imagerie médicale pour le diagnostic précoce du cancer qui représente un investissement de 2 500 000 €. La collecte de 2005 a déjà permis de recueillir 337 000 € pour commencer à couvrir ce financement,
- pris l'engagement de financer partiellement la rénovation des hébergements de l'hôpital. En effet, si les opérations de construction d'un nouveau bâtiment regroupant les plateaux techniques sont financées par les crédits publics au titre du plan Hôpital 2007, la mise des hébergements au niveau de confort souhaité par les patients est à la charge de l'hôpital, et la Fondation y contribue aux côtés du Conseil général des Hauts-de-Seine. La collecte de 2005 a apporté 200 000 € au titre de cet engagement,
- versé pour 225 000 € d'aides aux services de l'hôpital dont 121 000 € pour l'acquisition d'un cadre de stéréotaxie destiné au service de neurochirurgie, et pris divers autres engagements de financement à hauteur de 50 000 €.

Le soutien régulier des donateurs constitue un élément essentiel pour assurer aux patients un haut niveau de qualité des soins. La Fondation poursuivra ses actions de collecte de fonds afin de continuer d'apporter son soutien aux projets de l'hôpital.

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 fiscalement déductibles, des donations et des legs exonérés d'impôt.

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 participe à la réalisation des constructions et à l'achat de certains aménagements et équipements de l'hôpital en leur allouant les dons et legs qu'elle reçoit. Elle consent également certaines aides ponctuelles.

Dans cette action, elle privilégie l'innovation et l'amélioration de la qualité de vie et des soins prodigués aux patients. **C'est grâce au soutien de tous les donateurs que la Fondation peut apporter son concours au développement de l'hôpital et au maintien de ses hauts standards de qualité.**

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** à l'aide du bon de soutien joint,
- **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 les trente précédents *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 est un don effectué par testament. Il peut porter sur l'ensemble de vos biens (legs universel) ou bien simplement sur une somme d'argent ou un bien immobilier (legs particulier). Vous conservez l'usage du bien concerné. 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 un notaire.

Par une assurance-vie

L'assurance-vie est plus qu'un produit d'épargne, placé auprès d'une compagnie d'assurance, de La Poste, ou d'une banque. C'est aussi un moyen de transmettre un patrimoine au moment du décès. Tout en gardant la libre disposition de son épargne sa vie durant. Le détenteur de l'assurance-vie désigne un ou plusieurs bénéficiaires, personnes physiques ou morales, qui pourront ainsi recevoir ces fonds sans

droits de succession. Il peut être souhaitable de demander à un notaire d'examiner les éventuelles réserves et limitations qui peuvent exister.

La Fondation Maréchal Foch peut être désignée comme bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie, en totalité ou partiellement, en premier ou deuxième rang.

Par transmission temporaire d'usufruit

L'usufruit est le droit de percevoir les revenus d'un bien (loyers de biens immobiliers, coupons d'obligations, dividendes d'actions). Ce droit peut être transmis à un tiers par donation, tout en conservant la nue-propriété du bien. Cette donation peut être faite pour une durée limitée, au minimum de trois ans, par acte notarié. Elle ne doit pas porter atteinte aux droits des héritiers réservataires (descendants, ascendants). À la fin de la période fixée, l'usufruit cesse, le donateur retrouve alors la pleine propriété du bien, et en perçoit à nouveau les revenus.

Avantages, pendant la durée de cette donation, le donateur est exonéré d'ISF sur la valeur totale du bien et cette donation bénéficie intégralement à la Fondation. En effet, reconnue d'utilité publique, la Fondation Maréchal Foch est exonérée de droits de donation et d'impôt et taxes sur les revenus ainsi transmis.

Vous pouvez également vous adresser directement à la Fondation Foch, Anne-Marie Caron, au 01 46 25 27 83.