



Le message du Président

Le succès rencontré par le dernier numéro de *Foch Info*, le magazine de votre hôpital, soutenu et diffusé par la Fondation, ratifie le choix fait par son comité de rédaction. Celui-ci a en effet souhaité publier des articles consacrés à des maladies ou à des pathologies courantes, en commençant par l'infarctus du myocarde et par l'arthrose du genou. Ce nouveau numéro continue cette série en livrant deux articles bien documentés et actualisés, l'un sur l'ostéoporose, l'autre sur l'ophtalmologie à Foch. Nous ferons notre possible à l'avenir pour traiter des sujets pour lesquels vous aurez manifesté votre intérêt.

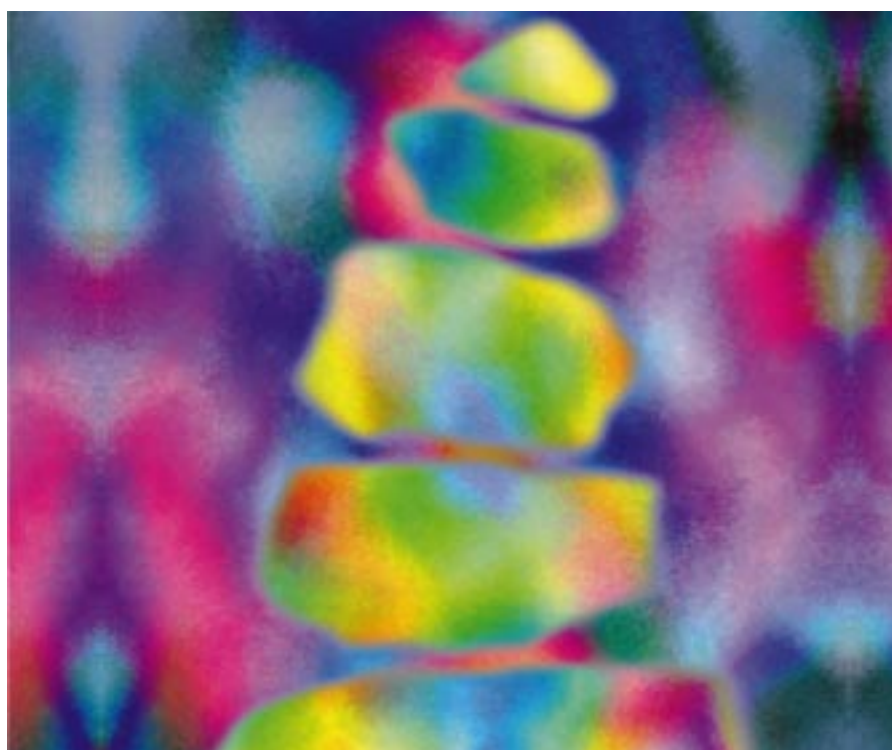
La compétence de notre hôpital comporte aussi une grande générosité, entièrement à votre service, de tous ceux qui y travaillent. Sachons la reconnaître en soutenant les efforts de chacun et la volonté d'adaptation de tous. Un hôpital privé comme Foch, qui doit compter sur ses propres forces et son souci permanent de gestion, veut assurer la meilleure qualité au moindre coût. Nous vous sommes redevables de l'une comme de l'autre. À cet égard, nous vous rappelons que Foch a passé avec succès la première accréditation en 2003 et est classé en catégorie A pour la lutte contre les infections nosocomiales. Ce résultat a été obtenu grâce à l'implication de tout le personnel de l'hôpital. Il sera soumis à la "certification" lors de la prochaine visite des experts en 2007. Dans une conjoncture, dont vous connaissez la difficulté, nous avons besoin de votre amitié et de votre soutien par les dons et legs que vous faites à la Fondation.

Georges Dominjon.

L'ostéoporose

Les maladies de l'œil

Mise en œuvre de moyens de dépistage efficaces, pronostics et conseils...



Dossier L'ostéoporose en 2006 p. 2 à 4

Focus Les maladies de l'œil p. 5 à 7

Brèves La transplantation pulmonaire, la place Justin Godart p. 7

L'ostéoporose en 2006

L'ostéoporose a toujours existé, mais elle est passée, ces dernières années, du stade de fatalité, au pire méconnue et au mieux négligée, à celui de préoccupation majeure de santé publique. Les raisons sont multiples et je citerai pêle-mêle : la mise en œuvre de moyens de dépistage efficaces, la découverte de médicaments performants, la création d'associations influentes, de médecins, mais aussi de patients, l'intérêt croissant des médias pour cette pathologie, l'allongement de la durée de vie, etc.

Maladie complètement silencieuse, d'où l'importance de son dépistage, elle se révèle cliniquement par la survenue de ses complications : les fractures, principalement du poignet, des vertèbres et du col du fémur. Sa large prédominance féminine s'explique par les perturbations hormonales consécutives à la ménopause.

À quoi est due l'ostéoporose ?

En 1991, l'OMS a proposé une définition de cette maladie, toujours d'actualité : "l'ostéoporose est une maladie généralisée du squelette, caractérisée par une diminution de la densité des os et des altérations de leur structure (appelée microarchitecture), entraînant une réduction de la résistance osseuse et donc un risque élevé de fracture".

Cette définition évoque ainsi une double origine à la maladie : une diminution de densité de l'os, évaluée par la fameuse densitométrie osseuse et qui reflète une réduction quantitative de la masse osseuse, associée à des altérations qualitatives de la microarchitecture, non évaluables en pratique quotidienne. Dans la résistance osseuse totale, la quantité d'os intervient pour 70 % et sa qualité pour 30 %.

1 – Un déséquilibre cellulaire

L'os est un tissu vivant en constant remaniement durant toute l'existence. Ce remodelage osseux permanent dépend de l'activité de deux types de cellules : les ostéoclastes, qui détruisent l'os ancien et abîmé, et les ostéoblastes, qui le remplacent par de l'os nouveau de bonne qualité. L'ostéoporose est due à un déséquilibre entre ces deux types cellulaires, avec, en général, hyperactivité des ostéoclastes et relative "paresse" des ostéoblastes.

2 – La ménopause, ennemi public n° 1

La ménopause, qui correspond à l'interruption, vers la cinquantaine, de la production des estrogènes par les ovaires, est la cause largement prépondérante de l'ostéoporose, maladie essentiellement féminine. En effet, les estrogènes, entre autres multiples effets, freinent l'activité des ostéoclastes "destructeurs" et stimulent celle des ostéoblastes "constructeurs".

La chute post-ménopausique du taux de ces hormones est donc directement responsable d'une inversion de tendance dans le couple cellulaire, avec, à terme, une perte osseuse.

Celle-ci peut atteindre, entre 50 et 60 ans, 25 % de la masse

osseuse pré-ménopausique, avec des conséquences prévisibles sur le niveau de résistance du squelette.

3 – D'autres causes bien identifiées

Certains dérèglements hormonaux (ou endocrinopathies), comme le fonctionnement excessif de la glande thyroïde (hyperthyroïdie), des glandes parathyroïdes (hyperparathyroïdie) ou d'une glande surrénale, avec production exagérée de cortisone, peuvent entraîner une ostéoporose par augmentation de la destruction osseuse et diminution de sa construction.

Une diminution de la production ovarienne d'estrogènes est possible en dehors de la ménopause, comme par exemple, au cours de l'anorexie mentale chez l'adolescente ou dans de nombreuses situations pathologiques comportant un arrêt prolongé des règles (ou aménorrhée). Les traitements de longue durée par cortisone à fortes doses sont malheureusement souvent compliqués d'ostéoporose et de fractures (et de bien d'autres effets indésirables). Lorsque de tels traitements sont indispensables à fortes doses et pour une longue durée, une surveillance osseuse s'impose, ainsi que le recours à la prévention médicamenteuse de l'ostéoporose.

Alcool et tabac sont des toxiques bien connus pour de nombreux organes... dont le squelette, en grande partie par le biais d'une réduction de la production d'estrogènes. Enfin, de nombreuses maladies inflammatoires chroniques (polyarthrite rhumatoïde, pathologies pulmonaires, rénales, digestives...) se compliquent fréquemment d'une perte osseuse anormale.

Quand faut-il soupçonner l'existence d'une ostéoporose ?

1 – Au pire, quand ça casse !

Selon une grande étude américaine, le risque de fracture ostéoporotique chez une femme de 50 ans est, pour le temps lui restant à vivre, d'environ 40 %.

Parmi les fractures attribuables à l'ostéoporose, trois sites privilégiés se partagent le podium : poignet, colonne vertébrale et col du fémur. Devant une telle fracture, l'origine ostéoporotique est évoquée lorsqu'elle survient, chez un individu de plus de 50 ans, de façon spontanée ou pour un traumatisme mineur, comme, le plus souvent, une chute de sa hauteur.

L'ostéoporose en 2006

a) La fracture du poignet

On en compte environ 50 000 par an en France. C'est une complication précoce de l'ostéoporose, survenant volontiers entre 50 et 60 ans et justifiant sa dénomination de "fracture sentinelle".

Diagnostic et traitement chirurgical ne posent pas de réels problèmes. En revanche, le pronostic fonctionnel est plus hasardeux, avec séquelles douloureuses dans près de la moitié des cas.

b) La fracture vertébrale (ou tassement)

Elle concernerait 50 000 à 150 000 patients par an. Cette imprécision statistique tient au fait que 2/3 environ de ces fractures surviennent sans symptômes cliniques apparents. C'est alors une perte de taille "anormale" (la perte normale étant de 1 cm par décennie à partir de l'âge de 40 ans) qui donnera l'alerte et justifiera la réalisation de radiographies de la colonne vertébrale. Outre la perte de taille, la survenue d'une fracture de vertèbre peut être à l'origine de multiples désagréments : douleurs chroniques, diminution de la capacité respiratoire, impression de compression abdominale... Surtout, une première fracture vertébrale constitue un événement capital dans l'évolution de la maladie ostéoporotique, puisqu'elle en multiplie par quatre le risque d'en faire une seconde et par deux celui de se fracturer le col du fémur.

c) La fracture du col du fémur

C'est de loin la complication la plus grave, dont on recense environ 50 000 cas par an en France. Rare avant 70 ans, sa fréquence augmente régulièrement après 75 ans. L'allongement, certes souhaitable, de la durée de vie "profite" à cette complication fracturaire dont on prévoit un triplement du nombre de cas en 2050. Le pronostic de cette fracture est médiocre. Dans l'année succédant à un tel événement, près de 30 % des patients, souvent très âgés, vont décéder du fait des complications per et post-opératoires. Pour les "rescapés", c'est le pronostic fonctionnel qui laisse à désirer : seuls 20 % des patients ont une récupération complète, la grande majorité conservant des difficultés à se déplacer.

2 – Au mieux, sur l'existence de facteurs de risque

Multiples, ils ne "sont" pas l'ostéoporose, mais contribuent à sa survenue. Vous devez donc les connaître, leur

présence devant impérativement justifier une exploration de votre squelette par la densitométrie osseuse. Cependant, ces facteurs de risque osseux et extra-osseux sont très disparates, plus ou moins accessibles à la mesure et plus ou moins faciles à contrôler (cf. tableau 1). Parmi ceux-ci, les plus "redoutables" sont : un antécédent de fracture vertébrale ou du col fémoral sans traumatisme important chez la mère, un faible indice de masse corporelle (autrement dit "petite femme maigre"), une ménopause avant 40 ans et un antécédent de traitement prolongé par cortisone. En France, 30 % des femmes de plus de 50 ans (soit plus de 3 millions) auraient au moins un facteur de risque majeur d'ostéoporose.

Comment dépister l'ostéoporose ?

Vous avez des facteurs de risque d'ostéoporose, ou, déjà, une complication fracturaire : pas de doute, la densitométrie osseuse s'impose. Il s'agit aujourd'hui du seul examen susceptible de dépister et quantifier la perte osseuse en pratique courante.

Cet examen, qui utilise les rayons X (mais 10 fois moins qu'une radiographie pulmonaire), se fait en position allongée, est indolore, ne nécessite aucune préparation ou injection, et dure 10 à 15 minutes environ. Détail important, il est remboursé par la sécurité sociale depuis le 1^{er} juillet dernier. La densitométrie osseuse permet, comme l'indique son nom, d'évaluer la densité osseuse ou, plus simplement, la quantité d'os à un site donné, habituellement la colonne lombaire, l'extrémité supérieure du fémur, voire le poignet.

Comment protéger son squelette ?

Au risque de paraître outrancier, on peut affirmer que le traitement de l'ostéoporose débute le jour de la naissance, si l'on veut bien admettre cet adage populaire selon lequel "mieux vaut prévenir que guérir".

De fait, après la période de croissance de l'enfance et de l'adolescence, la perte osseuse, malheureusement inéluctable passé l'âge de 25 ans, peut être ralentie à tous les âges, moyennant quelques précautions hygiéno-diététiques dont, si j'ose dire, les deux mamelles sont une alimentation intelligente et une activité physique suffisante (et nécessaire !).

- **Manger intelligent**, c'est apporter à son squelette le calcium dont il a besoin. Les besoins varient au cours de l'existence et sont particulièrement criants au moment de la puberté, en cas de grossesse et après la méno-

Tableau 1 : principaux facteurs de risque d'ostéoporose et de fractures

Facilement contrôlables	Difficilement contrôlables	Incontrôlables
Alcool / tabac	Maladies et traitements ostéopénians	Sexe féminin
Carences d'apport en calcium et/ou vitamine D	Déficit en estrogènes (hors ménopause)	Ethnie (race blanche)
Ensoleillement insuffisant	Densité minérale osseuse faible	Faible indice de masse corporelle
Activité physique insuffisante	Chutes	Faible hauteur du pic de masse osseuse
		Antécédents maternel de fracture du col
		Âge
		Antécédent personnel de fracture ostéoporotique
		Paramètres macro-architecturaux défavorables

pause (cf. tableau 2). Le calcium est surtout présent dans le lait et ses produits dérivés (fromages, yaourts, entremets, crèmes glacées...), volontiers accusés de faire grossir et de faire monter le cholestérol. À cela, rien à répondre, sinon que les produits laitiers allégés, c'est-à-dire débarrassés de leurs matières grasses, apportent la même quantité de calcium que leurs homologues "gras". Et pour ceux chez qui le mot "lait" donne de l'urticaire, l'usage d'une eau minérale riche en calcium (cf. tableau 3) pourra facilement couvrir une bonne partie des apports calciques recommandés.

Quant à la vitamine D, également indispensable à la bonne santé du squelette, elle est en fait produite naturellement et en quantité théoriquement suffisante par la peau, sous l'effet des rayons solaires ultra-violet. En pratique, cette production est souvent insuffisante aux deux extrêmes de la vie (nourrissons et sujets très âgés), mais aussi en période post-ménopausique où une supplémentation médicamenteuse est souvent nécessaire.

- **Bouger**, c'est-à-dire maintenir une activité physique raisonnable, est indispensable pour protéger notre capital osseux. L'activité physique est à l'origine de contraintes mécaniques, qui stimulent intensément le remodelage osseux. Ces contraintes exercées sur les os sont des compressions dans les sports dits "en charge" (marche, danse, gymnastique...), sollicitant surtout les membres inférieurs et la colonne vertébrale. Le sport est donc intéressant à tout âge, y compris chez les seniors, chez lesquels il participe à la correction des troubles de l'équilibre et donc à la prévention des chutes.

- **Reste le problème du très médiatique THS (traitement hormonal substitutif).**

Il n'est pas question ici d'alimenter les innombrables polémiques qu'il suscite toujours et encore. Disons, en résumé, que le THS est incontestablement un moyen

efficace et logique de prévenir la perte osseuse post-ménopausique (et beaucoup d'autres désagréments inhérents à cette période délicate), sous couvert du respect de certaines contre-indications et d'une surveillance gynécologique attentive.

Comment refaire de l'os ?

Lorsque le dépistage densitométrique révèle une insuffisance osseuse critique ou que, à fortiori, il y a déjà eu fracture, la problématique est différente : il ne s'agit plus alors de ralentir la perte osseuse mais bien de restaurer la masse osseuse, quantitativement et qualitativement, pour s'éloigner des zones dangereuses où le risque fracturaire est bien réel. Pour cela, pas d'autre solution que médicamenteuse. La bouillonnante recherche pharmaceutique a permis l'élaboration de nombreuses molécules capables d'améliorer significativement des scores densitométriques pourtant pitoyables. Je n'en citerai que les principales :

- les SERM (Evista, Optruma) ont les mêmes effets bénéfiques que les estrogènes sur l'os, mais des effets inverses sur le sein, dont ils réduisent le risque de cancer,
- les bisphosphonates (Fosamax, Fosavance, Actonel, Bonviva) agissent en bloquant l'activité des ostéoclastes "mangeurs d'os", sans réduire celle des ostéoblastes,
- le ranélate de strontium (Protélos) réduit l'activité des ostéoclastes et stimule celle des ostéoblastes,
- le tériparatide (Forstéo) stimule très fortement l'activité des ostéoblastes "bâisseurs d'os", sans toucher aux ostéoclastes. Il est réservé aux ostéoporoses les plus sévères.

Ces médicaments, qui ont des indications et des modalités de prescriptions différentes, ont tous leur place dans l'arsenal thérapeutique engagé contre l'ostéoporose.

En conclusion, je me permettrai de rappeler quelques faits de la plus haute importance :

- la fréquence de la maladie ostéoporotique, dont le caractère insidieux doit être souligné,
- sa gravité, allant jusqu'à mettre en jeu, indirectement, le pronostic vital,
- l'intérêt de son dépistage densitométrique, tenant compte principalement de l'existence ou non de facteurs de risque,
- enfin, l'existence actuelle de traitements efficaces, susceptibles de prévenir les fractures et qu'il convient d'instituer même dans les situations les plus compromises.

Dr Patrick Gepner, rhumatologue.

Tableau 2 : apports calciques quotidiens recommandés

Population	Besoins quotidiens en calcium
Nourrissons	
0-6 mois	400 mg
6-12 mois	600 mg
Enfants	
1-5 ans	800 mg
6-10 ans	800 - 1 200 mg
Adolescents - Jeunes adultes	
11-24 ans	1 200 - 1 500 mg
Femmes	
25-50 ans	1 000 mg
Grossesse, allaitement	1 200 - 1 500 mg
50-60 ans (ménopause)	
Avec THS	1 000 mg
Sans THS	1 500 mg
Après 65 ans	1 500 mg
Hommes	
25-65 ans	1 000 mg
Après 65 ans	1 500 mg

Tableau 3 : contenu en calcium de quelques eaux minérales

(pour un apport calcique sans prise de poids !)	
Eaux minérales*	Quantité en calcium par litre
Hépar	555 mg
Contrex	486 mg
Vittel	202 mg
Salvetat	253 mg
Perrier	147 mg

* liste non exhaustive

L'ophtalmologie à Foch : une spécialité en pointe

Le service d'ophtalmologie de l'hôpital Foch a été le premier service hospitalier français à effectuer l'opération de la cataracte en ambulatoire puis à la réaliser uniquement avec une anesthésie topique¹ dans une structure autonome. Un nouveau pas est franchi depuis un an avec un investissement majeur en technologies d'avant-garde et l'arrivée de nouveaux et jeunes chirurgiens permettant d'ouvrir une nouvelle unité consacrée de façon privilégiée aux maladies et opérations de la rétine.

Dr Christine Parc-Cassegrain, Dr Vincent Pierre-Kahn, Dr Dan-Alexandre Lebuissou.

Désormais ce service jeune, avec 4 assistants de moins de 40 ans et un plateau parmi les plus modernes de la région, répond aux besoins de la population et au souhait des médecins non spécialisés. La présence de 3 orthoptistes étaye l'équipe en raccourcissant les attentes et en favorisant le regroupement des examens. Les infirmières sont la cheville praticienne de ce système pertinent et pointu.

Le centre rétine : soigner les maladies de la macula

La **Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age** constitue un problème majeur pour la population, la DMLA représentant aujourd'hui une cause importante de mal-vision après 50 ans. La raison de cette maladie n'est pas connue mais elle paraît multifactorielle. Des stades précurseurs de la maladie non ressentis par le patient sont constitués par des altérations des pigments sous-rétiens et des drusens². À ce stade, un apport nutritionnel pertinent joue un rôle préventif ainsi que l'interruption du tabac ou d'une forte exposition solaire. L'évolution peut se faire selon des formes distinctes : dans

tous les cas la macula est atteinte avec comme conséquence une baisse d'acuité visuelle, une vision déformée des lignes droites et la perception d'une tache sombre au centre du champ visuel. Le diagnostic exige des appareils d'imageries que Foch possède (angiographies en tout mode, OCT, micro-périmétrie rétinienne). Seules certaines formes peuvent bénéficier d'un traitement dont le but est d'occlure définitivement la néovascularisation choroïdienne. Le traitement doit être administré le plus rapidement possible dès le diagnostic posé. Les traitements disponibles sont nombreux et peuvent s'associer entre eux (laser thermique, photothérapie dynamique à la vertéporfine PDT, injections intravitréennes d'agents anti-angiogéniques (Kénacort®, Macugen®, Lucentis®, Avastin®). Leurs indications respectives dépendent de la localisation, de la taille, de la forme, de la visibilité (et de l'acuité visuelle initiale). Dans cet arsenal thérapeutique, les **anti-angiogéniques** représentent une avancée majeure, actuellement disponible à Foch, puisqu'ils sont aujourd'hui capables non seulement de stabiliser mais d'améliorer l'acuité visuelle de certains patients.



Vision normale.



Patient souffrant de cataracte.

Les membranes épi-rétiniennes, les trous maculaires, les œdèmes rétiniens sont d'autres formes d'altération fréquentes avec l'âge. Vues plus tôt elles n'impliquent pas forcément une intervention chirurgicale. Un diagnostic précoce et un étroit suivi permettent à terme une intervention fréquemment salvatrice.

La rétinopathie diabétique.

Il s'agit d'une cause majeure de cécité en France. L'ischémie rétinienne n'apparaît qu'après au moins 15 ans d'évolution de la maladie. Elle peut se compliquer d'une néovascularisation pré-rétinienne définissant le stade de rétinopathie diabétique proliférante. C'est à ce stade que le traitement laser doit être débuté afin d'éviter les complications graves. L'œdème maculaire est pris en charge par un traitement laser de l'aire maculaire. Vitrectomies et injections intravitréennes possèdent des champs d'action particuliers.

Le suivi des patients diabétiques est au minimum annuel. Celui-ci sera plus fréquent lorsqu'une aggravation de la maladie est prévisible. Le dépistage simple par rétinophoto, OCT ou, plus complexe, par imagerie invasive se fait dans le service. Les Drs Anne Coudert et Vincent Pierre-Kahn se consacrent à cette maladie.

Occlusions veineuses ou artérielles rétiniennes.

Elles constituent des accidents vasculaires oculaires graves nécessitant un bilan à la recherche d'une cause et peuvent bénéficier de nouveaux traitements médicaux ou chirurgicaux comme la levée de la compression.

Le décollement de rétine.

Il est rare mais grave et obligeant à opérer. La chirurgie doit être rapide dès le diagnostic posé. Le service dispose d'un nouveau périmètre de soins lui permettant de prendre en charge la majeure partie de ces interventions.

La cataracte.

Avec plus de 500 000 interventions par an, la chirurgie de la cataracte est l'acte chirurgical le plus pratiqué en France.

Les Drs D.-A. Lebuissou, J.-E. Montin et maintenant les Drs C. Parc et J.-L. Nguyen-Khoa opèrent chaque jour un très grand nombre de patients dans des conditions de circuit et de sécurité qui répondent aux normes et avec des procédés

les plus modernes. Foch est l'un des deux premiers centres hospitaliers de l'Ile-de-France avec près de 800 opérés par an en ambulatoire autonome. Deux biomètres, un laser yag complètent la salle d'opération autonome ophtalmologique.

Le glaucome.

Le glaucome chronique constitue une des premières causes de cécité dans le monde. Son incidence augmente avec l'âge avec une prévalence estimée à 1 million de personnes en France. Au début la maladie est asymptomatique. La baisse d'acuité visuelle est tardive mais irréversible. Il s'agit d'une maladie progressive, indolore, qui abîme de façon irréversible le nerf optique. L'atteinte est le plus souvent bilatérale, secondaire à un excès de pression dans les yeux. Le champ visuel s'altère. D'où l'importance d'un **dépistage précoce**. L'hôpital Foch s'est équipé d'analyseurs de la tête du nerf optique les plus récents : GDX, OCT ; de pachymètre, de champ visuels. Ces tests constituent dorénavant des outils indispensables dans le dépistage et le suivi du glaucome. Ils permettent de démasquer un glaucome débutant, alors que d'autres examens ne peuvent faire un diagnostic si précoce. Le temps de la seule prise de la pression oculaire est largement dépassé.

Les greffes de cornée.

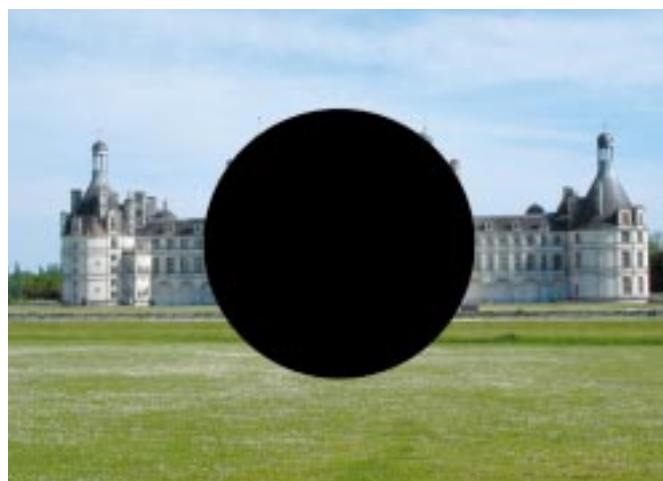
La pénurie de greffes est terminée. Tout patient peut être inscrit à Foch pour se trouver placé dans la liste nationale et bénéficier de la greffe dans un délai limité. Les greffes transfixiantes et lamellaires sont réalisées.

La prise en charge des uvéites.

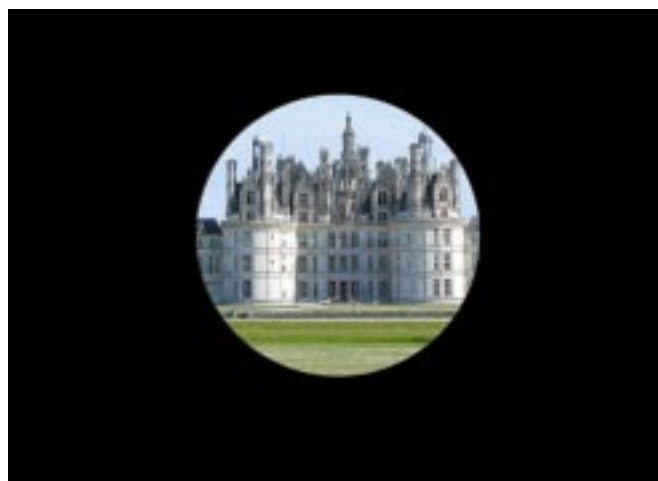
Les uvéites sont des inflammations intra-oculaires. Les causes d'uvéites sont très diverses et souvent liées à un problème général. Les bilans se font en hôpital de jour sous l'impulsion du Dr C. Parc en collaboration avec tous les services de l'hôpital.

La neuro-ophtalmologie.

Le retentissement oculaire de maladies atteignant le système nerveux sont dédiées au Dr N. Guépratte qui dispose, entre autres, de moyens techniques fort rares en ophtalmologie dans le secteur : PEV, ERG, et d'une coopération avec les services du pôle tête et cou. Les traitements par toxine botulique sont assurés.



Patient souffrant de Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA).



Patient présentant un glaucome évolué.

La chirurgie réfractive.

Les défauts de la vision sont traitables par le laser. Foch réalise les bilans de faisabilité conduisant à une évaluation précise et à un pronostic et conseil des soins qui seront délivrés en centre spécialisé.

Les maladies de l'œil.

Urgences, affections infectieuses, traumatismes sont reçus à

Foch. Les Drs N. Malek, N. Foucher, P. Jolly, F. Lobstein, ophtalmologistes expérimentés sont là pour vous accueillir.

Pour conclure, le service d'ophtalmologie de Foch est dynamique, très bien équipé et fonctionne avec une équipe remarquable de médecins et d'infirmières soudés et dédiés. (pour nous joindre : d-a.lebuisson@hopital-foch.org).

1. locale. 2. petites taches blanches.

Foch apporte son soutien constant au congrès de transplantation pulmonaire

La 7^e édition de l'“International congress on lung transplantation” s'est tenue à Paris les 14 et 15 septembre dernier. C'est en 1994 que j'ai créé avec l'équipe de Foch et l'appui de la Fondation ce congrès. Tous les deux ans la plupart des équipes internationales de transplantation viennent confronter leurs points de vue et porter à la connaissance de chacun les nouveautés dans ce domaine. Nous avons eu cette année le plaisir d'accueillir les représentants des équipes du “groupe euro-méditerranéen de trans-

plantation pulmonaire” que nous venons de créer et auquel participent à ce jour neuf pays, l'idée étant que l'unité de transplantation de Foch apporte son appui à ces équipes afin de réaliser une transplantation pulmonaire ou, mieux, de mettre en place un centre de transplantation, comme nous l'avons fait au Caire.

Nous espérons pouvoir présenter lors du prochain congrès de 2008 les premiers résultats de ce groupe.

Docteur Alain Bisson.

Inauguration à Paris de la place Justin Godart, fondateur de la Fondation Maréchal Foch

Le 10 juin 2006 la ville de Paris a rendu hommage à notre illustre fondateur, Justin Godart, en attribuant son nom à un site de la capitale “place Justin Godart” sur le terre-plein entre le Quai Malaquais et le Quai Voltaire. Là, au bord de la Seine, où Justin Godart a vécu, Monsieur François Bilange, son petit-fils, qui a donné de nombreux articles à *Foch Info*, a rappelé, dans des termes profonds et émouvants, la vie de ce grand Français.

“... Qui se souvient aujourd'hui de cet homme de cœur, au parcours de Français exemplaire ? Nous ici, à Foch, nous savons que nous lui devons notre existence. Il se rallia en effet au projet que lui présenta en 1926 son ami américain Bernard Flursheim d'un hôpital de haute technologie, destiné alors aux classes moyennes durement éprouvées. Cet esprit de générosité et de service aux autres est toujours bien vivant à Foch.”

Georges Dominjon,

Président de la Fondation et de l'hôpital Foch.



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-et-un 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.