



Le message du Président

Comme l'ont souhaité nos lecteurs, depuis un an, les articles de *Foch Info* sont consacrés à

des pathologies.

Les maladies neurologiques et leur traitement, médical ou chirurgical, dont une des plus connues est la maladie de Parkinson illustrée par le Pape Jean Paul II, occupent une place d'importance croissante dans l'activité de l'hôpital Foch, non seulement en raison du vieillissement général de la population, mais aussi parce qu'il s'agit d'une de ses spécialités reconnues.

L'hôpital Foch doit aussi sa réputation de qualité à son service universitaire d'anesthésie. Il forme une chaîne d'interventions qui constitue la garantie première dans les actes de l'hospitalisation.

Ce souci de la qualité est une constante exigence pour tous les responsables de l'hôpital à tous les niveaux. Il a un coût, celui de l'excellence, et une conséquence, la confiance qui se gagne jour après jour. La Fondation vient de lancer dans ce sens une campagne de collecte de fonds auprès des plus fortunés de ses soutiens, à l'instar des généreux donateurs, américains et français, qui ont si fortement contribué à ses débuts pour construire l'hôpital. La loi Tépà de 2007 offre un choix intelligent au redevable en l'autorisant à acquitter l'impôt sur la fortune en présentant le reçu d'un don fait à une Fondation. Nous nous en réjouissons.

D'autres campagnes suivront pour vous demander d'aider la recherche ou l'équipement de Foch. Merci.

Georges Dominjon.

L'anesthésie à l'hôpital Foch

Réponses aux questions que peuvent se poser les patients

La maladie de Parkinson

Description – évolution – causes et suivi médical



Dossier L'anesthésie à Foch p. 2 à 4

Pathologie La maladie de Parkinson p. 5 à 7

News L'association Grégory Lemarchal soutient l'hôpital p. 7

L'anesthésie à l'hôpital Foch

Chaque année, qu'il s'agisse d'une greffe, d'une intervention lourde, d'une prise en charge ambulatoire ou d'un accouchement, plus de treize mille personnes bénéficient d'une anesthésie à l'hôpital Foch. Quatre-vingts personnes spécifiquement formées, que ce soit pour les interventions programmées ou urgentes, concourent à les réaliser dans les meilleures conditions de sécurité et de confort. Mais les patients qui "redoutent" l'anesthésie restent nombreux et nous nous proposons d'éclaircir certaines zones d'ombre, en répondant aux questions qu'ils peuvent se poser.

Quel est le "parcours anesthésique" ?

La première étape est la consultation d'anesthésie, obligatoire pour tous les actes programmés. Le médecin anesthésiste-réanimateur évalue l'état de santé du patient, s'informe sur d'éventuelles maladies ou de traitements en cours. Il peut prescrire des examens complémentaires ou demander l'avis d'un spécialiste. Il arrive que ce médecin décide de retarder une intervention s'il le juge nécessaire de manière à mieux préparer le malade à celle-ci. Cette consultation est l'occasion d'un échange au cours duquel toutes les questions peuvent et doivent être posées au médecin sur les conditions de prise en charge, les bénéfices et les risques éventuels des techniques qui seront utilisées. Un document à ce sujet est d'ailleurs remis au patient. Cette consultation est donc un moment particulièrement important.

En complément de la consultation, un médecin anesthésiste-réanimateur voit le patient la veille de l'intervention ou le jour même suivant les cas pour s'assurer de l'absence de fait nouveau pouvant interférer avec l'anesthésie.

La prise en charge per-opératoire est assurée par un médecin

anesthésiste-réanimateur et un(e) infirmier(e)-anesthésiste. Quelle que soit l'intervention, de la plus mineure à la plus importante, la surveillance est permanente et les moyens les plus adaptés sont mis en place.

Enfin, à l'issue de l'intervention, l'opéré est transféré en salle de surveillance post-interventionnelle (structure appelée autrefois "salle de réveil") où la surveillance est assurée de manière continue. Le séjour y est généralement de quelques heures mais peut durer jusqu'au lendemain si l'état de l'opéré ou la nature de l'intervention chirurgicale subie le nécessite.

Le retour dans le service d'hospitalisation est permis lorsque le médecin anesthésiste-réanimateur le juge possible.

Ainsi, la prise en charge d'un patient est assurée par plusieurs médecins anesthésistes-réanimateurs et infirmiers successivement. L'organisation du Service, avec notamment la nécessité de disposer d'équipes de garde en nombre suffisant, impose une prise en charge "non personnalisée". Toutefois, le dossier d'anesthésie établi lors de la consultation pré-anesthésique suit le malade. Il est revu par le médecin qui prend en charge l'anesthésie et par celui qui assure les soins post-opéra-



Mise en place d'une sonde d'intubation trachéale après l'induction de l'anesthésie.



Fibroscope des bronches préalable à l'intervention.

toires. Le patient est au centre d'une chaîne de soignants dont la complémentarité est un facteur de qualité et de sécurité.

Qu'est-ce qu'une anesthésie générale et quels sont ses risques ?

L'anesthésie générale induit chez le patient un état comparable à celui du sommeil et supprime la sensation douloureuse. Une fois le patient installé sur la table d'opération, il respire de l'oxygène par l'intermédiaire d'un masque puis reçoit par voie intraveineuse deux types de médicaments qui assurent l'induction et l'entretien de l'anesthésie : ceux qui induisent le sommeil (hypnotiques) et ceux qui abolissent la douleur (morphiniques). On y ajoute souvent un myorelaxant, qui supprime tous les mouvements du patient et facilite le bon déroulement de l'intervention. L'endormissement est rapide. Il est habituellement nécessaire de mettre en place une ventilation assistée au moyen d'une intubation dans la trachée. En fin d'intervention, l'arrêt de l'administration de l'hypnotique permet le réveil du patient.

Quelles que soient la durée de l'intervention et sa gravité, la surveillance du patient au bloc opératoire est constante et attentive. Médecin anesthésiste-réanimateur et infirmier-anesthésiste disposent de moniteurs de surveillance de plus en plus adaptés et performants qui aident au contrôle des fonctions vitales (cardiaque et respiratoire). Une nouvelle technique de surveillance est appliquée à l'hôpital Foch dans de nombreux cas : c'est l'utilisation d'un moniteur permettant de quantifier la profondeur de l'anesthésie à partir d'une électrode simplement collée sur le front. Notre équipe a élaboré un système informatisé (le "robot") qui recueille cette donnée, évalue si le niveau d'anesthésie est satisfaisant et administre les agents anesthésiques de façon automatique afin de maintenir la profondeur d'anesthésie dans les limites recommandées. On a donc là l'équivalent d'un pilotage automatique mais l'anesthésiste reste maître du déroulement de



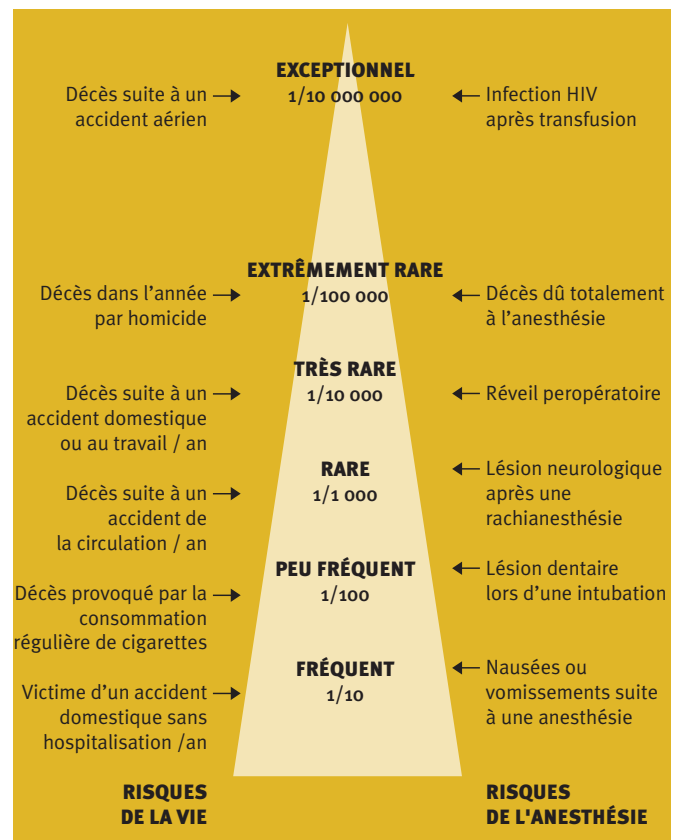
Contrôle per-opératoire du fonctionnement cardiaque par échographie.

l'acte. Ce mode d'administration a fait l'objet en France de plusieurs études de recherche clinique (dans une dizaine de centres hospitaliers publics et privés) ayant démontré des résultats satisfaisants.

Les risques de l'anesthésie générale ont largement diminué (d'un facteur 10) grâce à la pratique d'une consultation pré-anesthésique et aux progrès en terme de surveillance per et post-opératoire. Il n'en demeure pas moins que l'anesthésie peut entraîner des complications notamment cardio-vasculaires et respiratoires, ce d'autant que les patients ont une affection préalable. Des complications imprévisibles comportant un risque vital, comme une allergie grave, sont extrêmement rares. D'autres risques, qualifiés de mineurs, restent relativement fréquents : traumatismes dentaires, nausées et vomissements post-opératoires (cf échelle ci-dessous).

Qu'est-ce qu'une anesthésie loco-régionale et quels sont ses risques ?

Une anesthésie loco-régionale consiste à injecter un produit anesthésique au contact d'un nerf ou de racines nerveuses ce qui bloque la transmission douloureuse. Les exemples sont nombreux, avec entre autres, une injection dans un espace proche de la moelle épinière pour une anesthésie péridurale (accouchement), une injection proche d'un nerf du bras (orthopédie), ou encore plus simplement une instillation dans l'œil. Ces techniques permettent de laisser le patient éveillé et conscient. La surveillance de ces anesthésies est adaptée à chaque technique. L'anesthésie loco-régionale



L'anesthésie

n'est pas totalement sans risque. On observe parfois un succès partiel avec persistance d'une partie plus ou moins importante des douleurs, ce qui peut obliger dans certains cas à refaire le geste ou à effectuer une anesthésie générale. Les complications plus importantes, comme la survenue d'un hématome comprimant les racines nerveuses, sont exceptionnelles. Là encore l'examen lors de la consultation pré-anesthésique permet un dépistage efficace des risques éventuels, notamment provoqués par une anomalie de la coagulation.

Comment choisir entre ces deux types d'anesthésie ?

En règle générale c'est le médecin anesthésiste-réanimateur qui propose un type d'anesthésie en fonction de l'état de l'opéré et du type d'intervention à réaliser. Les anesthésies loco-régionales sont essentiellement proposées lors d'interventions des membres ou ophtalmologiques et pour l'analgésie obstétricale. Mais dans tous les cas les patients participent à la prise de décision. En dehors de cas très particuliers, il n'y a pas de différence importante en terme de risque vital entre une anesthésie générale et une anesthésie loco-régionale.

Comment est traitée la douleur post-opératoire ?

Médecins et infirmier(e)s de la salle de surveillance post-interventionnelle sont fortement impliqué(e)s dans la prise en charge de la douleur post-opératoire et veillent de manière très régulière sur celle-ci et sur les autres éléments qui concourent au confort du patient. Tous les opérés reçoivent en post-opératoire des médicaments analgésiques de manière à prévenir et à traiter la douleur. Ces médicaments sont administrés par voie intraveineuse puis par voie orale, parfois même par voie loco-régionale (analgésie péridurale). De nombreux patients bénéficient d'un système d'analgésie auto-contrôlée : c'est le patient lui-même qui, en appuyant sur un bouton poussoir, entraîne la délivrance d'une dose d'analgésique. Le patient devient son propre prescripteur, ce qui réduit le délai avant soulagement de la douleur. Mais les réglages du système évitent tout surdosage. Le traitement de la douleur impose une surveillance régulière de manière à contrôler son efficacité et la survenue d'éventuels effets secondaires. Parmi ceux-là, les vomissements sont un des éléments les plus désagréables pour le patient mais qui peuvent être parfaitement traités.

Peut-on réaliser une anesthésie et quitter l'hôpital le jour même ?

De nombreuses interventions ne nécessitent pas une hospitalisation post-opératoire prolongée et ne génèrent pas de douleur importante. Dans ces cas, une intervention en ambulatoire est proposée. Toutes les informations concernant l'anesthésie et les conditions du retour au domicile sont données lors de la consultation pré-anesthésique.

La prise en charge anesthésique peut être parfaitement adap-

tée à ce type d'hospitalisation avec la possibilité de sortie dans les quelques heures qui suivent l'intervention. Un médecin anesthésiste-réanimateur vérifie néanmoins qu'il n'y a aucun effet résiduel de l'anesthésie.

Les risques sont-ils majorés par certaines pathologies ?

Chacun sait que d'une part la population âgée augmente, que d'autre part de nombreux patients présentent des pathologies sévères, et qu'enfin les progrès chirurgicaux permettent des interventions de plus en plus complexes. Les progrès de l'anesthésie et de la réanimation sont tels que des patients, jugés inopérables il y a quelques années, peuvent l'être maintenant avec un risque maîtrisé.

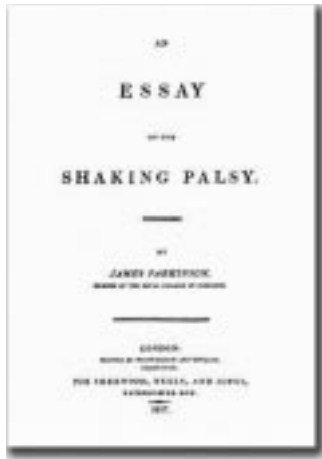
Qu'en est-il des accouchements sous analgésie péridurale ?

L'importance de la maternité de l'hôpital Foch et le fait que l'analgésie péridurale y soit pratiquée depuis plus de 20 ans expliquent que l'équipe médicale et infirmier(e) anesthésique en a une très grande expérience. Plus de 90 % des femmes enceintes accouchant à l'hôpital Foch bénéficient d'une analgésie péridurale, quels que soient le jour et l'heure de leur accouchement. Elles sont informées de cette technique lors des séances de préparation à l'accouchement et lors d'une consultation pré-anesthésique spécifique. L'analgésie péridurale peut permettre de réaliser une césarienne en cas de besoin, évitant le recours à une anesthésie générale.

En conclusion, l'anesthésie à l'hôpital Foch est en plein essor. Le Service est très impliqué dans l'amélioration de la chaîne de soins, leur qualité, l'information aux patients et la recherche, afin d'améliorer notamment la prise en charge de la douleur et de définir les meilleures techniques adaptées à chaque patient. Pr. Marc Fischler, Chef du Service d'Anesthésie.



Évaluation de la douleur post-opératoire par une infirmière de la salle de surveillance post-interventionnelle.



La maladie de Parkinson

Décrite en 1817 par James Parkinson, médecin anglais, la maladie de Parkinson est une affection neurologique fréquente. Elle se déclare généralement après 50 ans et touche 1,5 % des sujets de plus de 65 ans en France. On dénombre environ 100 000 personnes touchées par la maladie en France.

(Couverture de la publication de James Parkinson, constituant la première description de la maladie.)

La maladie de Parkinson appartient au groupe des maladies neuro-dégénératives, caractérisées par un processus de "mort cellulaire programmée" dénommé apoptose : tout se passe comme si certaines régions du système nerveux vieillissaient prématurément en se dépeuplant progressivement de leur contingent de neurones. Il s'ensuit l'apparition d'un déficit plus ou moins rapidement évolutif des fonctions nerveuses concernées. Dans le cas de la maladie de Parkinson, ce sont des régions dévolues au contrôle de la motricité qui sont majoritairement concernées.

Description et évolution

Phase initiale

Elle correspond à une atteinte élective des neurones d'une formation appelée substance noire ou locus niger, dont émanent des fibres nerveuses (voie nigro-striée) régulant l'activité des structures enfouies à la profondeur des hémisphères cérébraux, les noyaux gris centraux. Ces derniers sont les voies de passages et surtout le filtre de multiples messages cérébraux, dont ils sélectionnent l'organisation temporelle et spatiale. Il en résulte une synthèse cohérente des informations motrices, émotionnelles et intellectuelles, qui harmonise les comportements de l'individu. L'insuffisance d'activité des noyaux gris centraux dans la maladie de Parkinson provoque avant tout un trouble de la motricité automatique, mais n'aboutit jamais à une paralysie. D'autres secteurs de l'activité cérébrale, tels que la vie émotionnelle et les fonctions intellectuelles, sont perturbés à un moindre degré.

Lorsque les premiers signes de la maladie surviennent, elle a en réalité débuté silencieusement depuis des années dans le cerveau, puisque l'on estime qu'il faut une perte d'environ 60 % des neurones du locus niger pour qu'elle s'exprime. À ce stade, apparaissent plus ou moins successivement les trois signes classiques du syndrome parkinsonien : un tremblement, une akinésie (rareté, petitesse et lenteur des mouvements) et une rigidité. L'asymétrie de ces symptômes, d'abord unilatéraux, puis prédominants à un hémicorps, est caractéristique de la maladie. Des difficultés à la marche, à l'écriture et une dépression sont également possibles.

La première étape est de vérifier l'absence d'exposition à un médicament neuroleptique dont le syndrome parkinsonien constitue l'un des principaux effets indésirables. Lorsque les éléments typiques de la maladie sont réunis, aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic qui sera confirmé par la très nette amélioration voire la disparition des symptômes quelques semaines ou mois après la mise sous traitement anti-parkinsonien. Cette remarquable réponse aux médicaments est un fait unique dans le groupe des maladies neuro-dégénératives, et vient tempérer la réaction négative fréquemment observée – et bien compréhensible – à l'annonce du diagnostic. En cas d'atypie, des explorations complémentaires, en particulier d'imagerie cérébrale (IRM, scintigraphie), seront éventuellement nécessaires pour répondre aux doutes du médecin.

Plusieurs familles de médicaments anti-parkinsoniens sont disponibles. La tendance actuelle est de prescrire d'emblée la molécule la plus simple et efficace, appelée L-DOPA, aux sujets de plus de 70 ans, et de retarder sa prescription chez les sujets plus jeunes en privilégiant d'abord d'autres classes thérapeutiques. Un traitement médicamenteux simple pris à chaque repas permet de soulager efficacement les patients durant une période de plusieurs années appelée "lune de miel". Il faut garder à l'esprit que si les médicaments apportent un réel soulagement, nul n'influence le cours évolutif de la maladie, dont la lente et inexorable progression se poursuit au fil des ans. Malgré des recherches constantes sur le sujet, aucun traitement neuro-protecteur capable de prévenir ou de ralentir l'évolution de la maladie au sein du cerveau n'est à l'heure actuelle disponible. Il n'est donc pas indispensable de proposer un traitement en cas de gêne modérée, et un retard diagnostique n'a en pratique que peu d'incidence sur le déroulement futur de la maladie.

Phase ultérieure

Au bout d'un nombre d'années, variable d'un individu à l'autre, deux types de difficultés vont se présenter. La survenue de fluctuations de l'efficacité du traitement au fil de la journée, couplée à l'avancée de la maladie, provoque des variations de l'état moteur. Selon les moments de la journée

ou de la nuit, on observe alors des phases de réapparition transitoire des signes parkinsoniens et des mouvements involontaires appelés dyskinésies. Ceci ne signifie pas que les médicaments ne sont plus efficaces, mais leur effet est moins puissant et moins durable après chaque prise qu'au début de la maladie. Il en résulte une complexité croissante du schéma thérapeutique : le nombre de médicaments et de prises quotidiennes augmentent, et une analyse précise du déroulement des journées est nécessaire afin d'obtenir un équilibre moteur optimal. C'est dans cette situation que des traitements plus complexes peuvent être envisagés : perfusion sous-cutanée d'apomorphine, chirurgie de stimulation cérébrale profonde par implantation d'électrodes chez les patients les plus jeunes... En revanche, le recours aux greffes cellulaires n'est envisageable pour le moment que dans le cadre d'études de recherches effectuées dans certains pays. L'autre fait marquant est l'apparition de complications non motrices de la maladie, qui témoignent de la diffusion des lésions dans des structures cérébrales initialement indemnes et impliquées dans des fonctions diverses : instabilité posturale parfois responsable de chutes, affaiblissement de certaines capacités intellectuelles, hallucinations, perturbations du sommeil, impatiences des membres inférieurs, troubles du contrôle de la pression artérielle et des fonctions viscérales, troubles de la parole et de la déglutition. Elles ne sont bien entendu pas toutes présentes simultanément ni chez tous les patients. Certaines d'entre elles peuvent être améliorées par des médicaments adéquats, d'autres font l'objet d'une adaptation des conditions de vie et d'un soutien par la kinésithérapie et l'orthophonie.

Causes

Le rôle du vieillissement cérébral semble évident au vu de l'âge de survenue de la maladie. De petits signes moteurs, désignés sous le terme de "parkinsonisme", apparaissent par ailleurs très fréquemment chez les sujets âgés indemnes de maladie de Parkinson. Cependant, la L-DOPA ne les améliore pas, et ils résultent d'un appauvrissement neuronal dont la localisation est un peu différente de celle de la maladie de Parkinson. Il faut donc retenir un rôle favorisant plutôt que causal du vieillissement dans la survenue de la maladie.

Plusieurs gènes sont identifiés comme pouvant provoquer la maladie, mais leur implication est rare dans la population générale, et semble d'autant plus importante que la maladie se déclare plus tôt dans la vie et qu'il existe des cas familiaux associés. Chez la grande majorité des patients, une prédisposition génétique est sans doute présente, mais n'est pas suffisante pour expliquer la survenue de la maladie. Aucune enquête génétique n'est donc nécessaire chez la grande majorité des patients.

Enfin, des facteurs environnementaux comme certains pesticides semblent pouvoir jouer un rôle dans le déclenchement initial de la maladie, qui évolue ensuite pour son propre compte.

Comme bien souvent en médecine, la recherche d'un responsable unique est donc illusoire. Les concepts actuels ten-

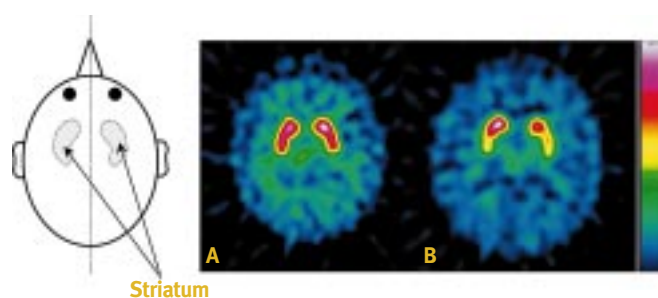
dent plutôt à incriminer la conjonction de l'effet d'un ou plusieurs facteurs extérieurs et du vieillissement cérébral chez un sujet vulnérabilisé par ses caractéristiques génétiques.

Suivi médical

Le recours à une consultation de neurologie n'est pas obligatoire dès le début de la maladie : le diagnostic ne pose problème que dans une minorité de cas, et l'initiation du traitement fait actuellement l'objet de recommandations assez codifiées. Un certain degré d'expertise devient en revanche indispensable au stade des fluctuations motrices, et l'intervention régulière d'un neurologue est alors requise.

D'une manière générale, la maladie de Parkinson est une affection lentement progressive dont le suivi peut être organisé en consultation. Les motifs d'hospitalisation concernent des patients dont la maladie est évoluée et responsable d'une certaine gêne fonctionnelle. Comme dans toute affection neurologique, un handicap peut s'accroître transitoirement à l'occasion d'une maladie surajoutée, telle qu'une forte fièvre, une période post-opératoire..., et nécessiter une hospitalisation afin de soutenir le patient en difficulté et de traiter la cause de la décompensation de la maladie. Lorsque le neurologue ne parvient pas à évaluer précisément les fluctuations de l'état moteur par les renseignements fournis par le patient au cours d'une consultation, une brève mise en observation hospitalière permet de déterminer le profil moteur au fil de la journée et d'adapter la prescription de médicaments (molécules, horaires, quantités...). Enfin, les traitements plus complexes – la chirurgie de stimulation cérébrale ou la mise en place d'une pompe à apomorphine – nécessitent des séjours en milieu hospitalier.

De nombreux patients sont suivis à la consultation de neurologie de l'hôpital Foch. Certains d'entre eux, souffrant de contractions musculaires et postures anormales (dystonie),



Scintigraphie (SPECT) cérébrale au DAT, marqueur de la densité des terminaisons nerveuses de la voie nigro-striée, injecté par voie intraveineuse, examens réalisés par le Service de Médecine Nucléaire de l'hôpital Foch.

À gauche, représentation schématique de l'examen, la voie nigro-striée se termine de chaque côté dans le striatum, en forme de "virgule". À droite, l'échelle de couleur indique de bas en haut une fixation de plus en plus intense.

A. Examen normal (sujet sain) : on observe une intense fixation (rouge et blanc) du DAT dans chaque striatum.

B. Examen anormal (malade) : fixation moins intense (jaune) dans la partie postérieure de chaque striatum et globalement asymétrique, très évocatrice de la maladie.

La maladie de Parkinson

bénéficient d'infiltrations de toxine botulique éventuellement guidées par électro-stimulation. Il s'agit de la seule consultation neurologique de toxine botulique dans le département des Hauts-de-Seine, et d'une façon générale dans la banlieue ouest de Paris. L'évaluation des fluctuations motrices quotidiennes est, si nécessaire, effectuée en hôpital de jour. Enfin, en cas d'atypie clinique, la disponibilité du plateau technique de neuroradiologie et d'un service de médecine nucléaire disposant d'explorations spécifiques telles que

le SPECT au DAT (cf illustration ci-contre) permet de rechercher les diagnostics différentiels de la maladie. Quant à la chirurgie de stimulation cérébrale, elle requiert une expérience et une expertise solides des équipes neurologiques et neurochirurgicales, et n'est pratiquée que dans trois centres universitaires de la région parisienne dans lesquels sont adressés, si nécessaire, les patients du service. **Dr Frédéric Bourdain, Service de Neurologie du Dr Philippe Graveleau.**



L'association Grégory Lemarchal apporte son soutien à Foch

Offrir aux patients hospitalisés un cadre de vie agréable et confortable pour améliorer le quotidien lors des séjours à l'hôpital, tel est l'objectif de l'association Grégory Lemarchal que Laurence et Pierre (les parents de Grégory) ont créée en juin 2007 pour répondre à l'immense mouvement de solidarité provoqué par le décès de leur fils atteint de mucoviscidose.

(Laurence Lemarchal et le Dr Marc Stern, chef du service de pneumologie.)

Dans le cadre du projet architectural de l'hôpital, le service de pneumologie de Foch dans lequel Grégory Lemarchal a souvent séjourné, va s'installer au 4^e étage du bâtiment principal à partir de l'été prochain. Grâce à l'association, les patients pourront bénéficier d'un cadre et d'un confort exceptionnels. La nouvelle situation du service de pneumologie au 4^e sud permettra d'offrir de nombreuses chambres individuelles lumineuses et climatisées.

Des lieux dédiés à l'accueil des proches

Plusieurs espaces de rencontres sont prévus, dont un salon d'accueil pour l'arrivée des patients ou pour les rencontres entre les familles et les médecins. L'actuel solarium sera transformé en "salon de détente" pour les patients, avec un canapé, des fauteuils, une chaîne hifi, un écran plat de télé et un coin aménagé en "kitchenette" pour oublier un peu l'hôpital. Chaque chambre sera équipée d'un mini-frigo, d'un four à micro-onde, d'un fauteuil confortable, d'un lit supplémentaire et de deux lits d'appoint pour les proches. Bien entendu, ce projet tient compte de la permanence de la qualité des soins médicaux et paramédicaux et du respect des règles de base d'hygiène. Pour Laurence Lemarchal, ce projet est essentiel : *"C'est le 1^{er} projet de notre association et c'est celui qui nous tient le plus à cœur. On étudie les plans, on donne notre avis, et on intervient même lorsque c'est nécessaire parce qu'on sait ce qui a manqué à Grégory pendant son hospitalisation. Même si c'est toujours difficile et douloureux pour moi de revenir à Foch, j'ai beaucoup de plaisir à retrouver l'équipe qui a suivi et aidé Grégory, ils sont tous formi-*

dables!" L'équipement multimédia, prévu dans les chambres et financé par l'association VLM (Vaincre la Mucoviscidose), est exceptionnel et innovant. L'écran plat sera fixé sur un bras mobile que le patient pourra positionner à sa convenance, le terminal permettra à chaque patient de profiter de la télé, de la radio, d'un accès à internet et e-mail, à des jeux interactifs et à la lecture de DVD et de CD.

Du matériel de pointe conçu pour l'hôpital

Tout le matériel est spécifiquement conçu pour l'environnement hospitalier, silencieux et propre (pas de ventilateur). Tout est fabriqué avec des matériaux antibactériens et les claviers sont jetables. Une webcam peut même être intégrée pour garder le contact avec ses proches.

Olivier Douceur, surveillant de pneumologie, a beaucoup travaillé sur le choix du matériel : *"La plupart des patients atteints de mucoviscidose sont jeunes et leurs séjours à l'hôpital sont souvent longs et répétés, ce nouvel équipement devrait leur permettre de garder facilement un contact avec leur famille et leurs amis, mais aussi de s'évader, de se distraire pour que les journées paraissent moins longues."*

Les travaux vont démarrer au mois de juin prochain et l'ouverture du nouveau service est prévue pour septembre 2008. L'association Grégory Lemarchal souhaite également prendre en charge l'aménagement de deux terrasses en jardins paysagers.

Extrait du journal interne de l'hôpital Foch La lettre de Foch (article de Laurence Bourgine, responsable de la communication 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'Île-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-sept 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, placée 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 une 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.