



Le message du Président

Notre démographie, qui recèle un taux de natalité élevé par rapport à nos voisins européens, est surtout caractérisée par l'allongement de la vie. Ce progrès de la santé doit être pris en compte dans la gestion d'un hôpital. Dans un établissement de court séjour comme le nôtre où la technologie est de plus en plus importante, surtout si nous voulons continuer à garder, comme nous le faisons, une longueur d'avance, le coût des soins tend à s'accroître sans qu'il soit aisé de trouver des compensations. Notre article sur la gériatrie révèle des spécificités dues à l'âge : complexité des pathologies, longueur des séjours, fragilité des rétablissements. Nous devons donc coordonner les consultations et les urgences, réduire au minimum la durée des séjours et programmer le plus en amont possible les transferts vers des établissements de soins de suite. Pour garantir la qualité des soins en continu, Foch entend choisir lui-même ses partenaires dans la durée. C'est ainsi que la Fondation a confié à ORPEA la construction d'une clinique de soins de suite dont l'ouverture est imminente et, plus tard d'un EHPAD, sur une propriété qu'elle possède à Boulogne. L'hôpital a signé des conventions avec d'autres établissements privés des Hauts-de-Seine et souhaite intensifier ses relations avec des hôpitaux publics voisins qui assurent des soins de suite. Ainsi va la vie d'un établissement privé non lucratif, qui, par l'adaptation constante de sa gestion, cherche à combiner la sécurité, la qualité et la rationalité des coûts des soins qu'il assure.

Georges Dominjon.

Prise en charge gériatrique : mode d'emploi

De la tristesse à la dépression

La dépression est une variation de l'humeur dans le sens de la tristesse, mais qu'est-ce que l'humeur ?



Dossier Prise en charge gériatrique p. 2 à 5
Focus De la tristesse à la dépression p. 5 à 7
Actualités Coopération médicale p. 7

Prise en charge gériatrique : mode d'emploi

Les progrès de la médecine, l'amélioration de l'hygiène alimentaire et du confort de vie ont conduit à une augmentation spectaculaire de notre espérance de vie. Actuellement, en France, celle-ci se chiffre, à la naissance, à 75 ans pour les hommes et à 82 ans pour les femmes. À l'âge de 75 ans, elle est de 11,5 ans en moyenne, soit 10 ans pour les hommes et 13 ans pour les femmes. À l'âge de 85 ans, elle reste encore à 5 ans pour les hommes et 6,5 ans pour les femmes. Ces chiffres ne font qu'augmenter au cours des années et nous pouvons donc avoir des projets d'avenir, même à 75 ans...

Cependant, l'enjeu du vieillissement réussi, tant sur un plan médical, éthique que socio-économique concerne surtout l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité majeure. En effet, l'état de santé d'une personne âgée dépend moins des effets du vieillissement physiologique que des conséquences des maladies chroniques ou aiguës, pouvant entraîner une perte d'autonomie. La gériatrie est la discipline médicale prenant en charge les personnes âgées. La gérontologie est la science qui étudie le vieillissement dans tous ses aspects : biomédical, socio-économique, culturel, démographique... La gériatrie s'inscrit donc dans le champ de la gérontologie. L'âge à partir duquel la prise en charge des personnes âgées relève spécifiquement des compétences des gérontologues se situe en général autour de 75 ans.

Les bases du raisonnement gériatrique ont été étayées, il y a plus de 20 ans, par le professeur Jean-Pierre Bouchon.

Le vieillissement correspond à l'ensemble des modifications physiologiques subies par l'organisme à partir de l'âge mûr, en dehors de toute maladie (courbe 1 du schéma ci-contre). C'est un processus lent et progressif, conditionné par des facteurs génétiques et environnementaux, donc très variable d'un sujet à l'autre et d'un organe à l'autre.

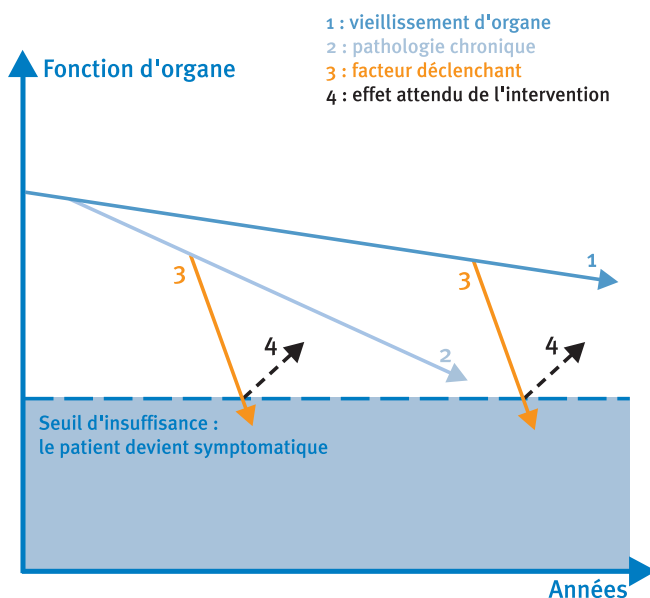
Chez un sujet, même en bonne santé, le vieillissement se traduit par une diminution des capacités de réserve fonctionnelle, c'est-à-dire une diminution des capacités de réponse devant une agression physique ou psychologique. Celle-ci s'accroît avec l'âge et ne provoque jamais, à elle seule, en l'absence de maladie, une décompensation d'organe.

L'existence d'une maladie chronique altère encore plus les réserves fonctionnelles de l'organe touché (courbe 2 du schéma). Elles peuvent atteindre progressivement un seuil, qui provoquera alors une décompensation de cet organe. De plus, d'autres facteurs de décompensation que sont les maladies aiguës peuvent altérer le fonctionnement de l'organisme, aboutissant à une décompensation très rapide de la fonction d'organe, immédiatement ressentie par le sujet (courbe 3 du schéma). Cette décompensation est encore plus rapide et importante si elle survient sur fond de maladie chronique préexistante. Il peut alors se créer un effet "boule de neige", avec de multiples décompensations en cascade du fait de la vulnérabilité du sujet avec des capacités de réserve de plus en plus diminuées.

Ainsi, le raisonnement gériatrique doit tenir compte de plusieurs scénarii :

- le vieillissement physiologique,
- le vieillissement avec pathologie(s) chronique(s),
- le vieillissement avec pathologie aiguë,
- le vieillissement avec pathologie aiguë dans un contexte de pathologie(s) chronique(s).

Il est important de connaître les antécédents du patient, son degré d'autonomie habituelle et l'histoire de la maladie. Ces informations permettent de retracer la ou les cause(s) de



Le 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie (J.-P. Bouchon rev. prat. 1984, 34 : 888).

décompensation et de mettre en place une prise en charge adaptée. On ciblera la conduite à tenir, qui tiendra compte du raisonnement du 1+2+3, expliqué page 2.

La filière gériatrique

Dans des situations très critiques, conséquences des modifications physiologiques et pathologiques chez un patient âgé, les bénéfices et risques d'une hospitalisation doivent être bien pesés. Cette décision doit être réservée quand les soins ne peuvent pas être réalisés à domicile. En effet, actuellement, la politique de santé publique concernant les personnes âgées est de privilégier le maintien à domicile. Pour une prise en charge optimale, il faut donc une continuité des soins entre la ville et l'hôpital. Ainsi, les différentes structures gériatriques médico-sociales, dans un secteur géographique défini, doivent fonctionner en complémentarité, ce qui définit la notion de filière gériatrique. Tous les acteurs de la filière doivent se connaître et travailler en réseau pour une bonne fluidité dans la prise en charge du patient.

Les patients devant être hospitalisés dans une Unité de Gériatrie Aiguë (UGA), plutôt que dans un service de spécialité, sont les plus fragiles. Ce sont typiquement :

- des patients polypathologiques à risque de décompensations multiples, ayant plusieurs maladies chroniques,
- des patients sans antécédents médicaux particuliers, mais à capacité de réserve fonctionnelle très diminuée, souvent très âgés,
- des patients atteints de démence, en perte d'autonomie importante, dénutris et à risque de décompensation.

Pour les patients hospitalisés dans un service de spécialité, nécessitant une prise en charge gériatrique, il existe une Unité Mobile de Gériatrie (UMG), composée, au minimum d'un gériatre, au mieux d'une équipe pluridisciplinaire (infirmière, assistante sociale, psychologue, ergothérapeute, secrétaire). L'UMG a pour mission d'aider les services médico-chirurgicaux à la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles en décompensation.

Le rôle du gériatre est d'anticiper au maximum les facteurs de risque de décompensation, tout en traitant la ou les maladie(s) aiguë(s). Il devra hiérarchiser de façon optimale les actions à mener en terme de bénéfice fonctionnel. En effet, la récupération physique et psychique, après de tels événements, peut être longue, même parfois incomplète car les organes touchés peuvent ne pas récupérer leur niveau fonctionnel initial.

La prise en charge du sujet âgé se veut non seulement médicale mais aussi multidisciplinaire pour avoir une vision globale du patient et lui permettre de récupérer au mieux son état antérieur à l'hospitalisation. Infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, diététiciens, assistante sociale participent tout autant que le gériatre à cette prise en charge pour optimiser un retour à une autonomie correcte.

Si l'hospitalisation, souvent indispensable, conduit pour les raisons sus-citées à une perte d'autonomie, une continuité des soins médicaux axés sur la rééducation et la réadapta-

tion aux activités de la vie quotidienne est nécessaire. Celle-ci se réalise dans des services spécialisés appelés Services de Soins de suite et Réadaptation (SSR) adaptés aux personnes âgées. Le séjour dans une telle structure est pris en charge par la Sécurité Sociale et a une durée limitée d'environ un mois, correspondant au temps de récupération d'une autonomie correcte pour organiser un retour à domicile dans de bonnes conditions, et si nécessaire avec la mise en place d'aides humaines à domicile.

Si, malgré cette rééducation, le patient ne peut rentrer au domicile, il faudra prévoir une prise en charge à long terme dans une structure adaptée à l'état du patient : soit un foyer-logement pour une perte d'autonomie relative, soit un Établissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ou maison de retraite médicalisée, soit un Service de soins de Longue Durée (SLD) pour les patients très fragiles, en perte d'autonomie importante nécessitant des soins jour et nuit. Les EHPAD et SLD sont payants, à la charge du patient, mais des aides financières existent, pouvant aller jusqu'à la prise en charge totale des frais par le département pour les personnes très démunies. Les SLD se trouvent en général au sein d'hôpitaux, le plus souvent à proximité d'un service de SSR.

En dehors de l'hospitalisation, la consultation gériatrique, faisant partie intégrante de cette filière, permet d'avoir une évaluation globale des sujets âgés afin d'anticiper les situations pathologiques graves et d'éviter au maximum les hospitalisations. Cette consultation spécialisée se situe comme un complément au suivi du médecin traitant. Celui-ci reste le référent médical du malade et le gériatre travaille toujours en lien avec lui. Il peut apporter une aide pour hiérarchiser les maladies chroniques et les traitements au long cours, et pour repérer les situations de fragilité. Cette consultation



Rééducation active dans un service de soins de suite et réadaptation (SSR) gériatrique.

peut être complétée, si besoin, par des bilans plus approfondis, cognitif ou d'autonomie réalisés par un neuropsychologue ou un ergothérapeute. Les résultats de cette évaluation pluridisciplinaire sont transmis au médecin traitant qui pourra les intégrer dans la prise en charge ultérieure du patient.

Enfin, la filière gériatrique doit intégrer des services sociaux pour que le maintien au domicile des personnes âgées se fasse dans les meilleures conditions. Ces services fonctionnent en complémentarité avec les structures gériatriques hospitalières. Les UMG permettent de faire le lien entre la ville et l'hôpital, ce qui renforce encore la continuité des soins. Sur le plan municipal, dans chaque ville existe une structure sociale en lien avec la mairie et son département des personnes âgées, permettant de mettre en place des aides au domicile. Il s'agit, en fonction du nombre d'habitants de plus de 60 ans, soit d'un centre d'action sociale, soit d'une coordination gérontologique, soit d'un CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique). Sur le plan départemental, une équipe de gérontologues (médecins et assistants sociaux) du Conseil général effectue une évaluation au domicile des personnes âgées. Cette équipe juge de la nécessité d'ouvrir une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), dont le montant dépend des revenus de la personne et de l'importance de la perte d'autonomie. Elle propose aussi un plan d'aides, en lien avec la structure sociale de la ville concernée.

La gériatrie à Foch et sa filière

Devant le vieillissement de la population dans le département des Hauts-de-Seine, et en l'absence d'une offre bien établie dans le secteur gériatrique, il était nécessaire de développer une filière gériatrique dans ce département.

En effet, les sujets âgés de plus de 75 ans représentent 6,7 %



L'équipe mobile de gériatrie, décembre 2007.

de la population du département du 92 (à comparer au 5,8 % en Île-de-France), soit près de 100 000 personnes.

À l'hôpital Foch, en 2007, 20 % de la population totale hospitalisée avait plus de 75 ans. Aux Urgences, la population âgée, venant de Suresnes mais aussi des villes avoisinantes, représentait 11 % des consultants. Parmi ces patients, 44 % ont été hospitalisés sur l'ensemble de l'hôpital et 11 % ont été transférés dans d'autres hôpitaux de proximité.

Parmi les patients âgés hospitalisés sur l'hôpital Foch, 20 % l'ont été dans l'unité d'hospitalisation des Urgences, faute de place dans les autres services de l'hôpital. Cette unité n'a pas pour vocation de garder les patients plus de 24 h. Ainsi, 16 % ont été transférés dans d'autres hôpitaux du département. Si on compare ces chiffres à ceux de 2006, le nombre de transferts vers d'autres hôpitaux, à partir de l'unité d'hospitalisation des Urgences, a presque doublé. Ce constat pose un réel problème de prise en charge spécialisée des personnes âgées sur l'hôpital Foch.

Depuis 2005, devant la réalité démographique concernant les personnes âgées sur l'hôpital Foch, et la nécessité d'une prise en charge spécialisée, une Unité mobile de Gériatrie a été créée, faisant suite à l'ouverture d'une consultation d'évaluation gériatrique en 2003. Cette unité a un fonctionnement transversal sur tout l'hôpital. Elle intervient de façon systématique au service d'hospitalisation des Urgences et à la demande des services médico-chirurgicaux, sur le reste de l'hôpital. Elle est constituée d'un médecin gériatre, d'un cadre infirmier, d'une psychologue spécialisée en neuropsychologie, d'une ergothérapeute. Elle a pour mission d'évaluer les patients de plus de 75 ans, polyopathologiques et fragiles, et de les orienter dans la filière gériatrique géographique considérée. Cette prise en charge permet également de faire le lien avec les médecins généralistes et les coordinations gérontologiques du secteur d'habitation des patients, et d'assurer une continuité de la prise en charge médico-sociale des personnes âgées dans la filière gériatrique, c'est-à-dire entre l'hôpital, les structures de SSR et le domicile.

La filière gériatrique correspondant au secteur géographique de l'hôpital Foch fonctionnait jusqu'alors difficilement du fait de l'absence d'une Unité de Gériatrie Aiguë (UGA). Une UGA de 12 lits spécialisés va voir le jour en 2008. La création de ces 12 lits va améliorer la prise en charge gériatrique dès le service des urgences. Ce ne sera probablement pas suffisant et certains patients seront encore transférés dans des services de gériatrie aiguë vers d'autres hôpitaux du département. L'UGA et l'UMG de l'hôpital Foch vont pouvoir, ensemble, renforcer les liens existants avec les différents partenaires de la filière. L'hôpital Foch ne possédant pas de service de SSR, les patients nécessitant de poursuivre une rééducation devront être transférés dans d'autres structures gériatriques, à proximité de l'hôpital. Les deux hôpitaux publics avoisinant Suresnes, ayant chacun des services de SSR et SLD, sont le Centre Hospitalier de Puteaux et l'hôpital Stell à Rueil-Malmaison. D'autres SSR, privés, participent également à la continuité de prise en charge des personnes âgées, comme la Clinique de La Cité des Fleurs, à Courbevoie,

De la tristesse à la dépression

et prochainement la clinique du groupe Orpéa, à Boulogne, qui devrait ouvrir en mars 2008.

Les partenaires de la filière pour les patients nécessitant une institutionnalisation, en dehors des services de SLD de Puteaux et Rueil, sont, à Suresnes, pour le secteur public,



Les Couvaloux et pour le secteur privé, Tiers Temps et Hotélia. Il existe une maison de retraite (MAPI) à Rueil et l'hôpital de Puteaux a le projet d'ouvrir un EHPAD.

Les services sociaux concernés dans le secteur de proximité géographique de l'hôpital Foch sont : la coordination gérontologique de Suresnes, le centre d'action sociale de Puteaux et le CLIC de Rueil. L'UMG de l'hôpital Foch participe à l'activité de la coordination de Suresnes de façon régulière : réunions mensuelles permettant un suivi des situations de maintien au domicile fragiles, visites à domicile avec l'accord du médecin traitant, de l'ergothérapeute de l'UMG et d'une assistante sociale de la coordination, pilotage de projets divers...

Avec l'ouverture prochaine de l'UGA, une réorganisation de l'UMG au sein de l'hôpital et des rencontres régulières avec les différents acteurs de la filière gériatrique, la prise en charge des patients âgés sur le secteur d'activité de l'hôpital Foch devrait nettement s'améliorer dans les années à venir.

*Drs Irina Stoianovici et Caroline Marquis,
Service de médecine interne du Pr. Olivier Blétry.*

De la tristesse à la dépression

La dépression est une variation de l'humeur dans le sens de la tristesse, mais qu'est-ce que l'humeur ? Il ne s'agit pas de la bonne ou mauvaise humeur ni des humeurs auxquelles se référait la médecine d'antan.

Pour J. Delay (neuropsychiatre, membre de l'Académie Française, 1907-1987), *"l'humeur est la disposition affective de base qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur"*. Elle apparaît donc comme une "variable" qui participe au fonctionnement psychique de tout individu, comme la tension artérielle participe à l'équilibre cardio-vasculaire. Même si notre personnalité influence l'expression des variations de l'humeur, ces variations sont indépendantes de notre personnalité. Nous pouvons d'ailleurs l'évaluer : le test est simple et consiste à coter notre humeur, par exemple du matin, entre 0 et 10. Nous y parvenons aisément, ce qui prouve que nous avons une connaissance intuitive de cette disposition et de ses variations. Autre argument, on peut élever l'humeur de toute personne par un euphorisant (amphétamines, cocaïne...).

Mais les variations naturelles de l'humeur, de la tristesse à l'euphorie, sont essentiellement liées aux événements qui nous touchent. On peut aussi évoquer la notion "d'élan vital" dont nous serions dotés à la naissance. Cet élan résiste normalement aux "accidents de la vie" mais sa force dépend de nombreux facteurs, innés et acquis : terrain génétique, cli-

mat éducatif, réalisations personnelles, etc., sa résistance dépend aussi de l'intensité et surtout de la répétition des épreuves rencontrées dans l'existence.

Le diagnostic de Syndrome Dépressif Selon la Classification Internationale des Maladies (CIM 10)

Le syndrome dépressif comporte principalement :

- abaissement de l'humeur,
- diminution de l'intérêt et du plaisir,
- réduction de l'énergie,
- diminution de la concentration et de l'attention,
- diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi,
- idées de culpabilité ou de dévalorisation (même dans les formes légères),
- attitude morose et pessimiste face à l'avenir,
- idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires,
- perturbation du sommeil,
- diminution de l'appétit.

Il est par ailleurs mentionné que l'épisode dépressif doit persister pendant au moins deux semaines, mais lorsque les symptômes sont exceptionnellement sévères et

d'installation rapide, le diagnostic peut être porté avant le délai de deux semaines. Il en est de même lorsqu'il existe des antécédents dépressifs authentifiés.

Méthode d'examen

Pour parvenir à reconnaître de véritables symptômes dépressifs, il est proposé ici un plan d'examen plus parlant qu'une simple énumération de troubles :

- **La présentation** : l'observation attentive du sujet, de sa mimique, de son regard, de sa présentation générale, de son attitude, permet un premier degré d'évaluation de son humeur. Lorsqu'ils sont préservés, le soin accordé à la tenue vestimentaire et à la coiffure, le maquillage, sont des indices en faveur d'une tristesse non pathologique, de même que la qualité du contact, la vivacité d'esprit et la mobilité des gestes.
- **L'évaluation du changement** : il s'agit de rechercher si le sujet a récemment changé, s'il n'est plus la même personne, s'il y a eu une rupture avec son mode de fonctionnement habituel. Dans ce cas, il faut situer dans le temps cette "dépression" au sens d'une baisse de pression mentale. Ce changement doit s'être manifesté depuis quinze jours au moins pour que l'on puisse parler d'épisode dépressif. Ce changement doit être suffisamment marqué pour que le patient l'ait ressenti, s'en soit inquiété, tout comme son entourage qui ne le reconnaît plus. Il ne s'agit pas de deux ou trois jours de spleen ou de morosité. Il ne s'agit pas non plus, à l'inverse, d'un mal-être existentiel chronique. En effet, il y a des gens tristes, pessimistes, sans humour, insatisfaits de nature. Il s'agit alors de leur fonctionnement habituel. En d'autres termes, un état dépressif, même s'il persiste ou résiste, doit avoir un commencement repérable et une durée suffisante.
- **Le passé, le présent et l'avenir chez le déprimé** : cette partie de l'examen consiste à évaluer trois composantes essentielles du noyau dépressif : la vision de son passé par le déprimé, celle de son présent et celle de son avenir.
 - **La vision de son passé** : le déprimé ne parle que d'échecs. Il nous arrive, dans les mauvais jours, de nous fixer sur quelques souvenirs d'échecs mais nous parvenons à les nuancer ou à les compenser par ceux de la réussite. La mémoire du déprimé est cruellement sélective. Quand on l'interroge sur son passé, c'est un réquisitoire, il a déçu ses parents, il a failli à sa mission, il a été incompetent, à l'entendre, il n'a fait que des erreurs dans la vie professionnelle comme dans la vie privée. Il peut être encore plus sévère et s'accuser de fautes ou d'infractions, ce sont les auto-accusations qui alimentent les idées de culpabilité.
 - **Son appréhension du présent et de lui-même** : le déprimé est convaincu d'une baisse de son efficacité, constate un ralentissement de sa pensée, ce qui alimente son autocritique et son inquiétude, car cette dévalorisation l'inquiète. Il pense

aussi être une charge pour son entourage et pour la société. Dans son état actuel, il n'a plus le goût à ce qui lui fait habituellement plaisir. Plus angoissante pour lui est la prise de conscience de ne plus éprouver le même élan affectif pour ses proches.

- **L'anticipation de son avenir** : l'être humain a besoin d'anticiper. La plupart du temps, nous savons ce que nous allons faire dans les jours à venir et nous consacrons beaucoup d'énergie à essayer de deviner le futur. Parfois, nous sommes pessimistes, mais avec lucidité. L'état dépressif, perte de l'élan vital, empêche de se projeter dans l'avenir ou préserve seulement une anticipation péjorative. L'avenir ne peut être que la sanction des fautes du passé, d'où les idées de ruine et d'incurabilité.
- **La possibilité d'un suicide** : lorsque le passé n'est qu'échec, que le présent est écrasé sous une "chape de plomb" et qu'il n'y a aucun avenir, pourquoi continuer à vivre ? Dès que le déprimé se pose cette question, et il se la pose forcément, il en vient à souhaiter la fin. L'interroger sur ce point ne risque pas de lui suggérer cette idée car il y a déjà pensé. Il commence généralement par souhaiter une maladie ou un accident mortels, puis il se demande quel serait le meilleur moyen de précipiter les choses. La logique suicidaire est en marche ; le savoir, c'est contribuer à la prévention du passage à l'acte.
- **Les symptômes physiques** : leur mise en évidence est plus aisée : troubles du sommeil et de l'appétit, amaigrissement, asthénie-fatigabilité et hypersensibilité à la douleur physique.

Les dépressions réactionnelles ou réactions dépressives

La tristesse est normale après un deuil, réel ou symbolique, après une rupture ou un échec, après une succession de "mini-psycho-traumatismes".

C'est un domaine où la frontière entre le normal et le pathologique est difficile à tracer. Être triste après un événement attristant constitue une réaction attendue et pourtant de moins en moins acceptée par notre société. Ce qui serait vraiment pathologique dans ces circonstances, serait une réaction de déni ou d'euphorie paradoxale après un décès et on parle alors de deuil pathologique.

Questions-Réponses

- Q1 : la tristesse relève-t-elle de la médecine ?

Non, car il ne s'agit pas d'un état pathologique, mais tout médecin sait être compatissant dans ces circonstances. La réponse n'est pas aussi simple lorsqu'il s'agit d'une tristesse chronique. L'un des problèmes de notre société, en manque de repères, est d'être individualiste alors qu'étant fragilisée, elle devrait favoriser le soutien communautaire : famille, groupe, association, quartier, commune, paroisse... Le citoyen triste se retourne bien

souvent vers le médecin et, depuis que les antidépresseurs ont peu d'effets gênants, grande est la tentation d'y recourir.

- Q2 : faut-il prescrire des antidépresseurs ?

Selon les études épidémiologiques sur la dépression, elle est insuffisamment traitée par méconnaissance du diagnostic, le plus souvent parce que le malade est réticent à l'admettre et à consulter. Et pourtant, nous sommes les plus grands consommateurs d'antidépresseurs. Ce problème est lié à la fiabilité du diagnostic, surtout lorsqu'il s'agit d'un auto-diagnostic ! C'est souligner l'importance de la méthode d'examen dans ce domaine. Lorsque le diagnostic d'accès dépressif est porté, étayé sur la durée, le changement, la douleur morale et la perte d'élan vital, un antidépresseur doit être prescrit. Ils ne sont pas des euphorisants et ils n'induisent pas de toxicomanie, au sens d'accoutumance.

- Q3 : faut-il hospitaliser pour dépression ?

Un lit de psychiatrie n'est pas un lit de maison de repos, une hospitalisation doit correspondre à un objectif qui impose cette modalité de soins. On peut envisager trois

circonstances : le risque suicidaire, l'éloignement d'un environnement déprimant et l'échec d'un traitement bien conduit.

Pour conclure

En s'appropriant le diagnostic de dépression, notre société a franchi allégrement le pas entre la tristesse et la dépression. L'amalgame est fait et il est source de méconnaissance des vraies dépressions et de médicalisation de la tristesse. Ce diagnostic, difficile à porter sur soi-même, suppose une observation et un raisonnement rigoureux. Le diagnostic étant porté, la conduite à tenir qui en découle est d'ordre "bio-psycho-social", en ce sens que devant un état dépressif, un antidépresseur est nécessaire et même indispensable, mais non suffisant. Il doit être accompagné d'un soutien psychologique. La dépression est la principale cause de suicide et le suicide devient l'une des principales causes de décès pour certaines tranches d'âge. De ce point de vue, la confusion entre tristesse et dépression n'est plus un simple problème de vocabulaire.

Dr Bernard Cordier, chef du service de Psychiatrie.

La coopération médicale franco-égyptienne

Cela fait maintenant huit ans que le service de Chirurgie Thoracique a établi des liens étroits avec plusieurs équipes médico-chirurgicales égyptiennes se traduisant par des séances opératoires dans les hôpitaux civils ou militaires du Caire, des avis sur dossiers et des visites de chirurgiens égyptiens dans le service.

Récemment, cette coopération s'est formalisée par la conclusion d'un accord entre la Fondation et l'hôpital Foch d'une part, l'Académie Militaire Médicale et le Service Médical de l'Armée Égyptienne, d'autre part. Le premier volet de cet accord est l'accueil à Foch de médecins égyptiens spécialisés, dans le cadre d'un perfectionnement de six mois. Cet accord a été signé au Caire en septembre 2007.

En novembre 2007, lors d'une réception en présence du commodore Zahran, attaché militaire de l'ambassade d'Égypte à Paris, et du Dr Ibrahim Khaled, attaché médical, Georges Dominjon, Président de la Fondation et de l'hôpital Foch, accueillait les quatre premiers médecins égyptiens (un anesthésiste, un cardiologue, deux radiologues).

Un premier bilan de cette collaboration sera adressé au

Secrétaire d'État à la Coopération et à la Francophonie, M. Jean-Marie Bockel, selon le désir exprimé par celui-ci.

Il s'agit là du premier résultat de l'ouverture d'une collaboration médicale souhaitée par les pays euro-méditerranéens. La direction de l'hôpital Foch y a largement contribué en élaborant cet accord. Si le premier volet est médical, l'intérêt des pays se porte aussi vers les soins infirmiers et l'administration hospitalière. Par l'intermédiaire de l'Euro Mediterranean Lung Transplantation Group, fondé il y a quatre ans, nous sommes en relation avec dix pays portés vers la culture médicale française. Sans nul doute, dans les années à venir, certains souhaiteront formaliser cet attachement d'autant que l'Euro-Méditerranée est dans l'air du temps.

Dr Alain Bisson.

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-six 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.