

**Mots clés :** Deuil ; Complications psychiatriques ; Complications psycho-somatiques ; Diagnostic et traitement

Le deuil est défini comme la perte par décès d'une personne « significative » (objet d'un lien affectif fort). Évènement de vie mettant à l'épreuve les ressources adaptatives biopsychosociales, sa fréquence augmente avec l'allongement de la vie. Il s'agit le plus souvent d'une perte d'un conjoint, spécialement chez les personnes âgées. En France, environ 500 000 décès/an ; 5 millions de veuves et 500 000 veufs. D'autres situations, heureusement plus rares, mais sans doute plus traumatisantes correspondent à ce que l'on appelle les deuils traumatiques, lorsque le deuil est dû à une mort violente : suicide, homicide, accident. La personne décédée peut aussi être un enfant (deuil très difficile) ou les parents pour un jeune enfant (doublant le risque d'un état dépressif) ou bien encore la mort d'un adolescent (suicide ou accident). . . Outre un état dépressif avéré immédiat, les deuils proprement psychiatriques correspondent à des épisodes cliniques caractérisés : anxiété pathologique, abus d'alcool et de médicaments, état confuso-délinant, PTSD, etc. Le problème majeur est représenté par l'état dépressif qui doit être traité d'emblée (sans attendre le 3<sup>e</sup> mois). Enfin, on connaît les situations paradoxales de deuil maniaque plus ou moins intense, le décès étant à l'origine d'une poussée libidinale et d'une excitation psychomotrice allant jusqu'à l'état maniaque complet (probablement révélateur d'un trouble bipolaire). Environ 20% des deuils sont « compliqués » et devraient faire l'objet d'une prise en charge systématique.

*Pour en savoir plus*

Bourgeois ML. Deuil normal et deuil pathologique. Doin; 2003.

Bourgeois ML. Études sur le deuil. Méthodes qualitatives et méthodes quantitatives. Ann Med Psychol 2006;164:278–91.

Bourgeois ML. Les deuils psychiatriques. Ann Med Psychol 2006;164:364–65.

Réunion : Le deuil aujourd'hui le 22 octobre 2012. Ann Med Psychol 2013;171.

Zech E. Psychologie du deuil. Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche. Hayen, Belgique: Éditions Pierre Mardaga; 2006.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.103>

S18B

## Deuil et dépression

E. Corruble

CHU Le Kremlin-Bicêtre, 94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

**Mots clés :** Deuil ; Dépression ; Évènement de vie

Au-delà des dogmes anciens posant que le deuil devait être « respecté » et des données cliniques classiques permettant de discriminer deuil et épisode dépressif, la question est aujourd'hui posée de savoir quel curseur choisir pour porter le diagnostic d'épisode dépressif chez les endeuillés ? En effet, bien que les deuils soient des événements de vie inhérents à la vie de tout sujet, et le plus souvent sans interaction avec les épisodes dépressifs, les deuils sont toutefois parmi les événements de vie le plus souvent associés à des épisodes dépressifs. Cette question du choix du curseur pour porter le diagnostic d'épisode dépressif chez les endeuillés est importante, puisqu'elle va déterminer la nature de la prise en charge à proposer ou non aux endeuillés. Cette question est par ailleurs d'actualité avec la nouvelle critériologie américaine DSM-5. En effet, la définition de l'épisode dépressif majeur du DSM-IV comportait un critère d'exclusion lié au deuil, critère hérité de la culture psychanalytique. Ce critère d'exclusion avait pour objectif de discriminer des sujets présentant une symptomatologie dépressive modérée liée au deuil, de façon à ne pas les prendre en charge prématurément comme des patients déprimés. Dans trois études françaises différentes, nous avons étudié la validité discriminante de ce critère d'exclusion lié au deuil. Nos résultats ont montré une validité discriminante médiocre de ce critère d'exclusion en pratique quotidienne. Et, après de nombreux débats, il a été décidé de supprimer ce critère d'exclusion lié au

deuil pour la définition de l'épisode dépressif majeur dans le DSM-5. Le développement par le NIMH d'importants programmes de recherche consacrés au deuil dans toutes ses composantes devrait permettre d'une part de mieux comprendre la physiopathologie du deuil et ses liens avec la dépression et d'autre part de mieux soigner les sujets endeuillés souffrant d'épisodes dépressifs.

*Pour en savoir plus*

Corruble E, Chouinard VA, Letierce WA, Gorwood P, Chouinard G. Is DSM-IV bereavement exclusion for major depressive episode relevant to severity and pattern of symptoms? A case-control, cross-sectional study. J Clin Psychiatry 2009;70(8):1091–7.

Corruble E, Falissard B, Gorwood P. DSM Bereavement Exclusion for Major Depression is not relevant to response to treatment. J Clin Psychiatry 2011;72(7):898–902.

Zisook S, Pies R, Corruble E. When is grief a disease? Lancet 2012;28:379.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.104>

S18C

## Deuil et symptomatologie psychiatrique : quelle conduite à tenir ?

J.-J. Chavagnat

Centre hospitalier Henri-Laborit, pôle C, santé publique, 86000

Poitiers, France

**Mots clés :** Deuil ; Symptômes psychiatriques ; Conduite à tenir

Il est classique de dire que le deuil va entraîner des conséquences biopsychosociales. Mais, nous pouvons être confrontés à d'authentiques symptômes psychiatriques, ce qui va conduire à la notion de deuil pathologique. La liste des symptômes psychiatriques est encore mal connue des non-spécialistes :

- de la réaction dépressive à l'épisode dépressif sévère avec idées de suicide, voire un suicide tenté, plus rarement abouti ;
- de la phase d'hyperactivité à l'authentique épisode maniaque ;
- du trouble fonctionnel à la maladie psychosomatique, voire à la conversion hystérique ;
- de la manifestation anxieuse passagère à la grande crise d'angoisse, voire au trouble anxieux généralisé ;
- des manifestations phobiques, des conduites à risque, des addictions ou des automutilations.

Tous ces symptômes auront des expressions différentes selon l'âge : par exemple, des manifestations d'opposition ou de phobie scolaire chez l'enfant ou l'adolescent ou bien une dépression d'allure démentielle chez la personne âgée. Lorsque des symptômes psychiatriques sont présents, la conduite à tenir qui sera adoptée sera d'évaluer ces troubles (parfois avec des échelles) et surtout de les relier à la dynamique du chemin de deuil. La prise en charge doit mettre le deuil au centre de la réflexion :

- en traitant l'individu, en appréciant :
  - la spécificité de son deuil : pré-deuil, deuil « blanc », deuil « non élaboré », deuil de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte, de la personne âgée voire très âgée, les circonstances de la mort du proche : mort d'un enfant, mort par suicide, par homicide, par accident survenant pendant un transport (voiture, train, bateau, etc.) après une catastrophe naturelle, si la mort est brutale et que la personne y a assisté ou si elle a failli elle-même mourir ;
  - en traitant le groupe :
    - familial avec une approche transgénérationnelle,
    - d'individus bénéficiant d'une prise en charge groupale : avec un même type d'endeuillés ou avec des endeuillés de causes différentes.

*Pour en savoir plus*

Bourgeois ML. « Études sur le deuil. Méthodes qualitatives et méthodes quantitatives » Ann Med Psy;164(4):278–91.

Chouvier B. « Famille, secret et transmission » Le divan familial. N°5 Automne 2000:165–75.