

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^e 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.

Sirol F. « Deuil pathologique : le défunt comme compagnon imaginaire » *Evol Psy* 2004;69(3):461–75.

Zech E, Delespau E. « Les interventions de deuil centrées sur les processus psychologiques et relationnels » *Ann Med Psy* 2013; 171(03):158–63.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.105>

Dépression résistante : comment mieux faire ?

Président : B. Aouizerate – centre hospitalier Charles-Perrens, université Bordeaux-Segalen, 33000 Bordeaux, France

S24A

Vers une définition actualisée de la dépression résistante

J. Holtzmann

CHU de Grenoble, clinique universitaire de psychiatrie, centre expert dépression résistante, 38000 Grenoble, France

Mots clés : Dépression unipolaire ; Résistance ; Réseau de soins
La dépression unipolaire est une maladie fréquente et particulièrement sévère en termes de morbi-mortalité (prévisions OMS pour 2030). Cette sévérité est en partie liée au profil évolutif de la maladie et en particulier au caractère de résistance aux traitements antidépresseurs qu'elle peut comporter. On estime ainsi que la résistance peut atteindre jusqu'à 30% des cas de dépression unipolaire (Thase, *J Clin Psychiatry*, 2011). Une prise en charge optimale des dépressions résistantes est donc indispensable mais nécessite au préalable une définition claire, consensuelle et utilisable en clinique. La définition de la résistance la plus utilisée prend en compte uniquement le nombre d'essais d'antidépresseurs (Thase, *J Clin Psychiatry*, 1997, 1998). Elle présente l'avantage de la simplicité mais comporte plusieurs limites. Il apparaît aujourd'hui nécessaire pour bien définir la résistance d'une dépression de déterminer les facteurs prédictifs cliniques et para-cliniques, le profil évolutif de la maladie, ainsi que le niveau de résistance actuel tout en ayant pris soin d'éliminer une pseudo-résistance. Cette notion de résistance s'inscrit ainsi complètement dans l'évolution du cours de la maladie et est caractérisée par son intensité et sa dynamique. Cette définition théorique peut permettre en la transposant à la pratique clinique de dégager une prise en charge adaptée, personnalisée et, de là, plus efficace pour chaque patient. Néanmoins, ce travail de définition et de suivi de la résistance n'est pas aisé dans la pratique clinique courante et le développement d'outils cliniques spécifiques allant au-delà de la simple quantification de la résistance pourrait faciliter cette démarche, ainsi que le recours à des centres spécialisés dédiés à cette problématique.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.106>

S24B

Vers un réseau national de soins spécifiques de la dépression résistante

E. Haffen

CHU Saint-Jacques, service de psychiatrie adulte, 25000 Besançon, France

Le diagnostic et la prise en charge de la dépression sont confrontés à de nombreux enjeux :

– les maladies dépressives sont fréquentes et dans un grand nombre de cas diagnostiquées, mais leur prise en charge mérite d'être optimisée selon la forme clinique, la sévérité, le stade évolutif et les co-morbidités. On estime actuellement que 60 à 70% des patients

souffrant de dépression ne présentent pas de rémission complète (absence de restitution ad integrum) (Sackeim 2001) ;

– en second lieu, la fragmentation des soins et la moins bonne prise en compte des pathologies somatiques chez les patients atteints de dépression en particulier résistante expliquent le manque d'une approche globale systématique de la maladie ;

– en troisième lieu, ainsi que l'indiquait un rapport d'information remis au Sénat en 2006, la difficulté d'application des recommandations internationales de bonnes pratiques pour les prescriptions de traitements pharmacologiques est avérée.

Le risque évolutif d'un épisode dépressif vers la chronicisation ou la résistance est important, et représente plus de 30% des coûts globaux de la dépression (Greenberg et al., 1993). Ces formes cliniques, particulièrement invalidantes, ont un impact majeur sur le fonctionnement du sujet et son environnement, avec une morbi-mortalité et un impact sociétal élevés. Aussi, pour répondre à ces enjeux, la Fondation FondaMental propose un dispositif innovant et précurseur d'une politique de soins et de prévention : les Centres Experts. Hébergés au sein de services hospitaliers ou de cliniques, les Centres Experts sont spécialisés dans l'évaluation, le diagnostic et l'aide à la prise en charge d'une pathologie psychiatrique spécifique. Ils sont conçus comme des structures de niveau 3, c'est-à-dire au service des psychiatres libéraux ou hospitaliers et des médecins généralistes pour les aider à améliorer le dépistage, faciliter le diagnostic et optimiser la prise en charge de leurs patients. À ce jour, il existe 11 Centres Experts dépression résistante en France.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.107>

S24C

Vers une mise à jour des recommandations sur la prise en charge pharmacologique de la dépression résistante

W. El Hage

Clinique psychiatrique universitaire, CHRU de Tours, 37000 Tours, France

Le réseau national français de soins spécifiques centrés sur la dépression résistante présente un algorithme décisionnel pour une prise en charge pharmacologique adaptée de la dépression majeure non-bipolaire. Cet algorithme tient compte des données de la littérature internationale, ainsi que des différentes recommandations nationales et internationales. Le but est de mettre à disposition des cliniciens français un algorithme décisionnel thérapeutique d'usage pratique, tenant compte de l'évidence scientifique et des molécules aujourd'hui disponibles en France. Ces recommandations considèrent, au-delà du choix initial d'un antidépresseur, selon le niveau de résistance, le changement d'antidépresseur, le recours aux combinaisons d'antidépresseurs avec la place des antidépresseurs de première et seconde génération (tri- ou tétracycliques, mirtazapine, miansérine), ainsi que les diverses stratégies possibles de potentialisation (lithium, carbamazépine, lamotrigine, divalproate, hormones thyroïdiennes, buspirone, bupropion, pindolol, antipsychotiques atypiques, stimulants...). Ces recommandations en matière de prescription sont destinées à un large usage clinique avec pour objectif de faciliter et améliorer la prise en charge thérapeutique des dépressions résistantes.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.108>

Le récit de vie : aspects développementaux et applications cliniques

Président : J.-M. Danion, CHU de Strasbourg, 67000 Strasbourg, France