



HAL
open science

Évaluation du trouble du deuil prolongé dans un service d'addictologie chez des patients hospitalisés pour un trouble de l'usage de substances

Quentin Sagols

► **To cite this version:**

Quentin Sagols. Évaluation du trouble du deuil prolongé dans un service d'addictologie chez des patients hospitalisés pour un trouble de l'usage de substances. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04469228

HAL Id: dumas-04469228

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04469228>

Submitted on 20 Feb 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN NORMANDIE

UFR SANTÉ

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2022/2023

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 19 Octobre 2023

Par

Mr Quentin SAGOLS

Né le 27 Septembre 1993 à Perpignan (*Pyrénées Orientales*)

TITRE DE LA THÈSE :

Évaluation du trouble du deuil prolongé dans un service d'addictologie chez des patients hospitalisés pour un trouble de l'usage de substances.

Président : Monsieur le Professeur BUI Thanh-Huy Eric

Membres : Monsieur le Docteur CABE Nicolas

Monsieur le Docteur/Assistant BROSIO Enrico

Directeurs de thèse : Pr BUI Thanh-Huy Eric et Dr CABE Nicolas

Année Universitaire 2022/2023**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Anne-Sophie VOISIN (recherche)

Professeur Lydia GUITTET (recherche)

Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques (<i>surnombre universitaire</i>)	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-Huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie

Mme CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M. DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M. DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M. DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M. DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M. DENISE Pierre	Physiologie
Mme DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M. DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M. DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M. ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
Mme FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
M. FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M. GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M. GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. HAMON Martial	Cardiologie
Mme HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M. HANOUZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M. HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M. HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M. JOUBERT Michael	Endocrinologie
M. LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie

Mme LE MAUFF Brigitte	Immunologie
Mme LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme LEVALLET Gwénaëlle	Histologie, embryologie et cytogénétique
M. LOBBEDEV Thierry	Néphrologie
M. LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M. MAHE Marc-André	Cancérologie
M. MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M. MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M. MARTINAUD Olivier	Neurologie
M. MILLIEZ Paul	Cardiologie
M. MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M. MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M. NORMAND Hervé	Physiologie
M. PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M. PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M. QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M. REPESSE Yohann	Hématologie
M. ROD Julien	Chirurgie infantile
Mme THARIAT Juliette	Radiothérapie
M. TILLOU Xavier	Urologie
M. TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M. VERDON Renaud	Maladies infectieuses et tropicales
M. VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme BELLOT Anne	Pédiatrie
Mme CHATELET Valérie	Néphrologie
M. GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M. LABOMBARDA Fabien	Cardiologie

M. LE BAS François	Médecine Générale
M. COUETTE Pierre André	Médecine Générale
M. PIEDNOIR Emmanuel	Maladies infectieuses et tropicales
M. QUEFFEULOU Guillaume	Néphrologie
Mme VILLOT Anne	Gynécologie-Obstétrique

PRCE

Mme LELEU Solveig	Anglais
--------------------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Mme CHAPON Françoise	Histologie, embryologie
M. DEFER Gilles	Neurologie
M. DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M. GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M. HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M. LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LEPORRIER Michel	Hématologie
M. RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M. REZNIK Yves	Endocrinologie
M. TROUSSARD Xavier	Hématologie
M. VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2022/2023**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Anne-Sophie VOISIN (recherche)
Professeur Lydia GUITTET (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS
HOSPITALIERS**

Mme BECHADE Clémence	Néphrologie
M. BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
Mme BOULANGER Marion	Neurologie
M. BROSSIER David	Pédiatrie
M. COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M. CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info.médicale et tech. de communication
Mme DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme DUPONT Claire	Pédiatrie
M. ÉTARD Olivier	Physiologie
M. GRUCHY Nicolas	Génétique
M. HODZIC Amir	Physiologie
M. ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M. JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme KRIEGER Sophie	Pharmacie
M. LEGALLOIS Damien	Cardiologie
M. LE GOUIL Mériadeg	Bactériologie-Virologie
M. MENAHEM Benjamin	Chirurgie digestive

Remerciements

Aux membres du Jury

Je remercie le Professeur Eric Bui d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et co-diriger ce travail de thèse, mais aussi pour la transmission de son savoir tout au long de mon parcours d'interne et ce depuis le commencement alors que j'ai été son tout premier interne au sein du centre Esquirol du CHU de Caen. Je garderai précieusement en mémoire les connaissances transmises aux cours de nos multiples échanges riches et animés, lors de tes enseignements et pendant les nombreuses gardes que nous avons partagées. J'aspire à poursuivre ces échanges ainsi que de participer aux innombrables projets qui te traverse l'esprit chaque jour.

Je remercie le Docteur Cabe Nicolas pour m'avoir fait l'honneur de co-diriger cette thèse. Merci de m'avoir donné goût à explorer des contrées qui me semblaient lointaines, et à toujours avoir su me redonner un second souffle quant à la réalisation de ce travail. Travailler à tes côtés est une chance, et je te suis très reconnaissant pour avoir d'ores et déjà dirigé deux de mes travaux, tu es une réelle source d'inspiration et tu n'es pas près de t'arrêter d'accompagner et de guider les personnes qui t'entourent dans un domaine où tes visions dépassent la vitesse de nos pensées les plus folles.

A mon ami le Docteur Brosio Enrico que je remercie de m'avoir fait l'honneur de juger ce travail. Après toutes ces années d'internat qui nous ont amené à partager le même service et à travailler ensemble jusque dans nos entretiens les plus improvisés mais toujours de qualités. « El professor », tu as le cœur amoureux aux racines italiennes qui je le crois et je le sais en font tes qualités, j'espère que nous aurons l'occasion de travailler à nouveau ensemble sur de futurs projets en souvenir de ces belles années. Encore merci.

Je tiens à remercier l'équipe des urgences du CHU de Caen pour leur accueil sans failles, leurs sensibilités clinique et humaine, le soutien inébranlable malgré un environnement de travail parfois dur et extrême, à Samia, Catherine, Cathy, Anne, Nicole, Xavier, Pauline, Marie, Mélanie, Prescillia et tout ceux avec qui j'ai eu la chance partager des moments qui participent aujourd'hui à l'amour que je porte pour notre travail si unique qui ne serait pas réalisable sans vous, merci pour tout.

Je tiens à remercier spécifiquement le Docteur Françoise Chastang, dévouée à un rôle parfois difficile, vous incarnez pour beaucoup d'entre nous la rigueur, l'exigence, la droiture, le savoir et la transmission de celui-ci avant toute chose, nos échanges ont toujours été une source d'inspiration, de remise en question dans une discipline qui l'exige, et également une source de confiance dans le travail que j'ai pu réaliser à vos côtés. Je vous remercie également pour nos longues discussions à échanger et partager à propos de nos addictions respectives et pour le sublime que nous y trouvons tous deux dans chacune d'elle. Et enfin, merci d'avoir et d'être encore à ce jour une source d'inspiration ainsi qu'un modèle, veuillez recevoir ma plus sincère et ma plus profonde gratitude.

Au Docteur Pierre Gerard pour ton implication, ton accompagnement et ta bienveillance au cours d'un semestre enrichissant et agréable à tes côtés que ce soit au cours de nos gardes parfois agitées ou alors lors de nos discussions ornées de sujets si variés qui témoignent de ton éclectisme insatiable.

Je tiens à remercier l'équipe d'addictologie du CHR de Caen, de l'équipe infirmière jusqu'au aide soignants et aux plusieurs chefs tel que Mathéo, Juliette, Virginie, Anne-Cécile et bien entendu Nicolas avec qui j'ai pu partager une année entière au cours de ma FST en addictologie, cette immersion dans cette pratique à la fois familière et si lointaine issu de notre cursus en psychiatrie m'a permis de m'ouvrir à une pratique complexe qui je le crois restera indissociable à celle de la psychiatrie ce qui aura très probablement donné naissance à ce travail de thèse qui a pu émerger au cours de ces stages, merci à vous tous pour vos qualités humaines et professionnelles qui ont su m'apporter le soutien et la compréhension d'une population trop souvent ostracisée.

Je remercie toute l'équipe soignante de la Fondation Bon Sauveur de St Lô, qui depuis maintenant quelques années est devenue mon environnement de travail de prédilection, je remercie cette équipe pour leur accueil si chaleureux, leur attention, leur sensibilité et bienveillance que ce soit sur le plan personnel ou professionnel, vous m'avez permis de me surpasser en m'offrant cette confiance que je m'efforce de ne pas la trahir.

Merci au docteur.e.s, Alexandre Kirchgesner, Said Kasmi, Aymeric De Gouville, Benjamin Letertre, Arnaud Poissier, Jeremy Madigand, Julien Derdour, Myriam Bibet-Savigny et Paul Busser, pour m'avoir enseigné et aiguillé lorsque j'en ressentais le besoin, pour être encore à ce jour d'une écoute et d'un support exemplaire, pour l'amitié que nous avons liés et pour les projets qui sont à venir, je vous remercie de la confiance que vous me témoignez.

À ma famille,

Je tiens à remercier mes parents, vous qui ne vous êtes jamais ennuyé bien que parfois avaient été agacés de mes innombrables mésaventures et de mon parcours quelque peu sinueux, vous avez su croire en moi lorsque je n'avais plus d'espoir, vous m'avez permis de grandir et de m'épanouir afin que je puisse jouir aujourd'hui des choix déterminant et éclairés pris à vos côtés. Vous m'avez accompagné, soutenu et donné votre amour de manière inconditionnelle depuis même avant le jour de ma naissance, sans n'avoir jamais failli à cette responsabilité d'être parent malgré les tempêtes et les turbulences que cela implique d'élever un enfant. Je vous admirerai toujours d'avoir dédié une grande partie de votre existence à la nôtre et ceux encore à ce jour, les mots ne suffisent pas à exprimer ma reconnaissance et ma gratitude éternelle.

À mon frère, les mots fusent à une vitesse stellaire lorsqu'il s'agit de toi, comme dans toute relation fraternelle notre histoire comprend des anecdotes qui peuvent esquisser des sourires sur nos visages ou bien nous faire rire jusqu'à en avoir le ventre plier en deux, chaque période à son importance, son rôle à jouer dans la construction de ce lien qu'aujourd'hui je chérie infiniment, nous avons grandi ensemble et nous continuons de le faire à travers nos âmes d'enfants, qui ne nous ont jamais vraiment quittées. Je ne te remercierai jamais assez pour tout l'amour que nous partageons, pour le confident que tu peux être malgré mon tempérament secret, toi mon frère que j'admire par ton courage et ta loyauté.

À mon parrain, Auguste dit le Puissant, je te remercie de n'avoir jamais cessé d'apporter une touche de fantaisie auprès des personnes qui ont croisé ton chemin, depuis aussi longtemps que je puisse m'en souvenir tu m'as inculqué le droit de rêver éveiller même si ces rêves ne viennent pas à se réaliser il permette d'égayer son quotidien et celui de son prochain. A toi qui dance la vie, il y aurait milles histoires à raconter mais seul toi sait si bien le faire, je te remercie pour ces incalculables souvenirs et ceux à venir. A toi Lolita, ornées de milles couleurs, tu rayannes sur nos vies depuis tant d'années et je tiens à t'en remercier.

À mes oncles, à mes tantes, et à ma marraine, la médecine c'est tout de même une petite histoire de famille, et pourtant il y a également Gerard le prof de lettre, que je remercie pour cette sagesse, ce calme et ces nombreux échanges qui m'ont permis de m'élever en tant qu'adolescent et en tant qu'adulte, soutenant et encourageant dans l'adversité, tu es parmi ceux qui observent systématiquement le versant favorable des circonstances et qui s'efforce d'insuffler un sens à l'existence en aidant son prochain.

À Tantine et à ma sœur Marion, de nos chemins qui se sont croisés a de multiples reprises, notre rencontre fut tardive dans l'espace-temps de nos existences, vous êtes aujourd'hui une part indissociable de cette famille, je vous remercie pour nos fous rires estivaux, pour avoir été présentes dans des situations délicates et dans les bons moments, il en reste encore tant à partager, merci pour tout et merci à Pierre, pour cette pureté, cette gentillesse et loyauté à toute épreuve, tu combles la vie de Marion et pour celà je t'en remercie infiniment.

A mes cousin.e.s, Caroline, Emmanuelle, Benjamin, Thomas, Benoit, Stéphanie, Benjamin, Bastien et Jeremy et toute la famille Zunnui et tous ceux à côté de qui j'ai pu m'épanouir depuis le jeune âge.

Aux intemporels, aux éternels et indémodables, à l'éclosion de ces bourgeons en fleurs qui traversent les années et ne faneront jamais.

À Arsène, la première pierre de l'édifice, mon plus vieil ami avec qui partager une bouteille de vin se transforme en poésie, avec qui raté un avion n'est qu'une comédie, le temps passe et le lien demeure, merci à toi mon ami.

À Nathan et Lorène, mes deux soleils, je vous remercie de faire partie de ma vie, Nathan je chérie ce lien que nous avons tissé si vite et naturellement, tu es une des plus belles personnes que je connaisse et ton courage est un exemple pour chacun d'entre nous,

Lorène, un petit être de lumière qui brille sur tout ce qui l'entoure, merci pour cette douceur et cette simplicité.

À Thibaut, ma beauté, un vrai bol d'air frais, tu rayannes et propage cette aura pleine d'amour et de tendresse, je suis si heureux de t'avoir retrouvé, j'ai hâte de ce que l'avenir nous réserve.

À Vivi, toi qui attires tant la lumière et la redonne en retour, depuis notre première rencontre lors d'un été sur l'île des Dieux, jusqu'à une péniche sur les quais Parisien je suis très honoré de pouvoir te compter parmi mes proches.

À Nicoleta, il y a certaines rencontres qui sont de simples évidences et tu en es la preuve, espiègle la nuit, tendresse le jour, rencontré par le prisme de mon frère je suis très heureux de te compter parmi la famille que j'ai choisi aujourd'hui.

À la famille dénichée à l'extrême lisière de l'Europe, unis depuis près de dix ans, je remercie la vie de vous avoir déposer sur mon chemin, à ces rencontres alors que nous étions encore que des enfants, aux êtres que nous sommes devenus, et à ceux que nous serons bientôt, unis pour la vie.

Alexandra, il y a maintenant 10 ans que tu supportes mes confidences, mes espiègeries fraternelles, mes oublis, mes retards et mon flegme parfois déroutant, je te remercie pour d'avoir toujours été l'oreille attentive et délicate, ton intégrité et ta sincérité font de toi une personne loyale et attentionnée envers les autres. Plus qu'une amie, aujourd'hui tu es comme une sœur pour moi, et ça c'est pour la vie.

Alexia et Quentin, tant d'histoires jaillisses, Alexia tu représentes l'âme maternelle, le prendre soin des autres et le mot « famille », toutes ces choses font de toi un être spécial de par ta sensibilité et l'attention que tu portes à tes proches, en y repensant tu as été tout ça pour moi et tu le reste encore aujourd'hui et je t'en remercie. Quentin, mon homonyme, à ta maladresse profondément touchante, à cet enfant qui sommeille en toi, à nos diners et éveils papillaires partageant cette passion pour les mets raffinés et généreux, ta générosité et ton amitié est inébranlable, merci à vous deux de faire partie de ma vie.

Cam et Lolo, mes petites douceurs, nous en avons parcouru du chemin depuis notre tendre Roumanie, des souvenirs pleins la tête et des étoiles pleins les yeux, depuis les rues emplies d'émotion au petit matin à Budapest, jusqu'à l'aube du jour au 21 Calea Dorobantilor, jusqu'à sillonner la Normandie coude à coude, nous en avons encore de la route à parcourir ensemble.

Caroline et Raph, les intrépides, la fougue et l'audace à la Bonnie and Clyde, merci d'être-vous d'être vrais, notre relation n'a pas toujours été ce qu'elle est aujourd'hui, ma Caro, nous avons je crois grandis, muris et nous avons su trouver et apprivoiser nos êtres parfois sauvages et tendre.

Sacha, au premier colon Roumain à avoir foulé la terre Normande, à cette insécurité attendrissante, et à cette générosité sans limites assaisonné de tes plus belles taquineries, je suis heureux de t'avoir retrouvé.

À Buzz, avec qui l'absurde peut sembler formidable, avec qui le temps est réduit à un concept, avec qui les mots fusent et danses aussi fort que les corps qui se balancent sous les rythmes impétueux des sonorités qui nous animent, merci pour ces instants précieux passés avec toi.

Dan, le prince, depuis tes nombreuses résidences à Cluj, jusqu'à la cave de la Binchstub, et aux entretiens d'embauches en chemise, claquettes lors de ton séjour de rééducation Caennaise, débordant d'ingéniosité et de volonté, désireux de rassembler et d'unir, ton sens de l'amitié est pur et je suis honoré de pouvoir en faire partie.

Arthur, mon digger invétéré, merci pour cette effervescence sonore, cette passion que tu sublimes par une aisance parfois déconcertante, rapproché par le prisme de la musique, j'ai su découvrir une personne dotée d'une bienveillance touchante, merci pour tout.

Pascal, l'artiste au grand cœur de rockeur, mon goldenfader, emplis de passion et de vigueur, tu es si inspirant et je t'en remercie.

Vicbat, l'enfant du groupe, une vraie petite pile, intarissable et téméraire, toujours partante pour s'embarquer dans de nouvelles aventures, merci à toi ma Marseillaise au grand cœur.

Merci aux perles qui ont surgit dans mon existence depuis que nos bagages se sont échoués en terre Normande,

Rico, rencontre aux sommets immédiate, nous n'avons depuis cessé d'entretenir ce lien si fort qui nous unis, touché d'une insécurité attendrissante qui laisse entrevoir une personne pétillante, surprenante, drôle et sincère, je suis heureux que nos chemins se soient croisés.

PC, petit Paul, Emma, Arnaud, QQ, Tess, Coco, Lisou et Lawaj et tant d'autres, je vous remercie pour l'accueil toujours chaleureux, et ces amitiés parfois déjà installées et pour d'autres tout juste naissantes.

Aurore et Güney, aux commandes de notre point de rencontre préféré, duo incontournable, empli de sincérité et témoin d'une amitié profonde, je suis heureux d'e pouvoir vous compter parmi mes amis.

Hervé, passionné et passionnant, d'une complexité si intrigante, masque taquin, dotée d'une gentillesse et d'une fougue poignante, hâte de pouvoir partager de nouveaux instants avec toi.

Alexandre aka Makdass, compétiteur tenace lorsqu'il s'agit de flegme, nos échanges sont riches, ta sensibilité toujours pertinente et stimulante, heureux d'avoir pu côtoyer l'excès à tes côtés et de te considérer comme ami.

Aux âmes si singulières qui partagent mon toit et mon cœur, unis comme les cinq doigts de la main depuis plus d'un an, et partageant ma vie depuis presque 10 ans.

Côme, depuis la fascinante obscurité des nuits écoulées au Janis, jusqu'aux bas-fonds du Flying et aux diverses contrées semées d'imprévus, de galères et de sublime à travers l'Europe, sauveur des âmes en peine, tu as le verbe aiguisé, le cœur tendre, les nerfs vifs, un masque d'exubérance dissimulant un être attentif, diligent, bienveillant et qui rayonne d'une chaleur humaine, parfois envahit de doutes lorsque tes vieux démons ressurgissent. Merci d'être monté à bord du wagon qu'est aujourd'hui notre vie.

Léo, à cette pudeur admirative, duo sauvage exerçant leur magie après l'aurore, sauveur à d'innombrables occasions d'un défaut de zèle insistant, cet espace-temps nous a élevé par nos dissemblances si profondes et à la fois si complémentaires, leader dans l'âme tu as souvent été un moteur dans nos projets et notre passion si singulière qu'est la musique, car au carrefour des sonorités qui nous animent une synergie est née, et un équilibre s'est installé. Tu partages ma vie depuis un tiers de mon existence et je compte bien continuer à écrire cette histoire ensemble, à toutes nos prouesses logistiques internationales, à toutes ces nuits où sommeil rimait avec éveil, et à toutes nos magnifiques rencontres, je ne te remercierai jamais assez.

Yanis, petite boule d'amour, doté d'une âme prévenante, sensible, en quête de juste tel un ruisseau cherchant son chemin dans les méandres du monde, tu es touchant de pureté, ton enthousiasme se propage telle une onde sur les sillons qui nous sont chers, merci de partager ma vie depuis tant d'année.

Kevin, commencé par le commencement ou alors plutôt te dire que je suis profondément impressionné par la manière dont notre relation avec le temps s'est développée et par l'intensité qu'elle a atteinte, tu as cette position rassurante, cette oreille des plus attentive, épicurieux, tu es une réelle inspiration, tu te questionnes autant que tu questionnes les autres et ceci est une de tes plus belles qualités. Si heureux de partager ta vie depuis toutes ces années.

À Manon, l'amoureux et l'amoureuse, bientôt un an que tu fais partie de ma vie, vite apprivoisés et très rarement séparés, si on devait décrire notre relation en quelques mots, intensément et réciproquement admiratif, sensible à la beauté des choses et du monde qui nous entoure, recherchant l'harmonie dans son essence la plus pure, malgré certains doutes qui parfois provoque la houle. Je te remercie de ton soutien sans limites et de cette affection et cet amour qui nous appartiennent.

Abréviations

APA : American Psychological Association

BEARNI : Brief Evaluation of Alcohol Related Neuropsychological Impairment

CGT (ou PGDT) : Complicated Grief Therapy

CRF : Corticotropin Releasing Factor

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DSM-5-TR : Cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux révisité

ECS : Endocannabinoid System

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

MBCT : Mindfulness-Based Cognitive Therapy

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OXT : Ocytocine

SPA : Substance Psycho Active

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TDM : Trouble Dépressif Majeur

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité

TDP : Trouble du deuil prolongé

TIP : Thérapie Interpersonnelle

TSPT : Trouble du Stress Post-Traumatique

TUAL : Trouble de l'Usage d'Alcool

TUS : Trouble de l'usage de substance

Figures

Figure 1 (Koob & Volkow, 2016) Modèle de circuits interactifs dans lesquels les perturbations contribuent aux comportements de type compulsif sous-jacents au SUD36

Figure 2 Hypothèses causales dans la pathologie duelle37

Figure 3 Tendances des scores entre l'ICG 1 et l'ICG 2, de la moyenne entre les deux ainsi que leur position en fonction du cut off (=25)52

Tableaux

Tableau 1 Critères diagnostiques du trouble du deuil prolongé (PGD) d'après ICD-11 et le texte de révision de la 5ème édition du DSM-5-TR..... 17

Tableau 2 Critères d'inclusion et d'exclusion à l'étude 41

Tableau 3 Description démographique, psychopathologique et spécifiquement du deuil de la population incluse dans l'étude 42

Tableau 4 Phases de recueil du protocole de l'étude. 44

Tableau 5 Tableau descriptif exposant les deux temps de recueil des données ICG 1 et 2 accompagnés de leurs moyennes et écart-type ainsi que du pourcentage de résultats positifs pour chaque évaluation 50

Tableau 6 Comparaison des scores ICG à T1 et T2 au cours de l'hospitalisation Test de Wilcoxon pour échantillons appariés, seuil de significativité $p=0,05$ 51

Tableau 7 Test U de Mann-Whitney pour échantillon indépendants entre l'ICG 1 +/- et plusieurs variables démographiques, psychopathologiques et addictologiques 54

Tableau 8 Caractéristiques démographiques, psychopathologiques et addictologiques associées à l'ICG1 54

Tableau 9 Test U de Mann-Whitney pour échantillon indépendants entre l'ICG 2 +/- et plusieurs variables démographiques, psychopathologiques et addictologiques	55
Tableau 10 Caractéristiques démographiques, psychopathologiques et addictologiques associées à l'ICG2.....	56
Tableau 11 Test CHI2 et correction de Yates : corrélation entre comorbidités psychiatriques et ICG 1	57
Tableau 12 Test CHI2 et correction de Yates : corrélation entre comorbidités psychiatriques et ICG 1	57
Tableau 13 Test CHI2, corrélation entre circonstances du décès et ICG2	58

Table des matières

I. INTRODUCTION	1
II. CADRE THEORIQUE	3
A. VERS LA PATHOLOGIE DU DEUIL	3
B. LE TROUBLE DU DEUIL PROLONGÉ.....	7
1. <i>Étiologie et développement</i>	7
2. <i>Épidémiologie</i>	8
3. <i>Principaux facteurs de risques et prédicteurs</i>	10
4. <i>Enjeux et difficultés de prise en charge</i>	14
5. <i>Symptômes et Critères Diagnostiques</i>	15
6. <i>Traitements</i>	17
C. TROUBLE DE L'USAGE DE SUBSTANCES.....	20
1. <i>Généralités</i>	20
2. <i>Enjeux et difficultés de prise en charge</i>	22
3. <i>La pathologie duelle</i>	23
D. TROUBLE DU DEUIL PROLONGE ET TROUBLE DE L'USAGE DE SUBSTANCE :	
CONVERGENCES ET DIVERGENCES, VERS UNE PATHOLOGIE DUELLE.....	27
1. <i>Épidémiologie et particularités</i>	27
2. <i>Proximités neurobiologiques</i>	31
a) Neurobiologie du trouble du deuil prolongé.....	31
b) Neurobiologie des SUD.....	33
3. <i>Théorie explicatives de la pathologie duelle</i>	36
a) Théorie de l'automédication, ou théorie de l'atténuation de la dysphorie [H1] : ...	37
b) L'hypothèse de la prise de risque exacerbée (high risk theory) [H2]:	38
c) L'hypothèse de la vulnérabilité conjointe (shared vulnerability theory) [H4] :	39
III. OBJECTIFS ET CRITERES DE JUGEMENT	40
A. OBJECTIF PRINCIPAL :	40
B. OBJECTIFS SECONDAIRES :	40
IV. MATERIEL ET METHODE	41
A. TYPE D'ÉTUDE	41
B. POPULATION.....	41

C.	PROTOCOLE ET METHODE.....	43
D.	OUTILS D'ÉVALUATION	46
1.	<i>Inventory of Complicated Grief (ICG)</i>	46
2.	<i>Test de dépistage cognitif BEARNI</i>	47
3.	<i>Données psychopathologiques</i>	48
E.	ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	48
F.	ANALYSES STATISTIQUES	49
V.	RESULTATS	50
A.	PREVALENCE DU TROUBLE DU DEUIL PROLONGE AU SEIN D'UNE POPULATION HOSPITALISE EN ADDICTOLOGIE, PRESENTANT DES TROUBLES SEVERES DE L'USAGES DE SUBSTANCES.....	50
B.	TENDANCE DES SCORES DU TEST DE DEPISTAGE ICG AU COURS DE L'HOSPITALISATION	50
C.	IDENTIFIER LES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, PSYCHOPATHOLOGIQUES ET ADDICTOLOGIQUES ASSOCIE A UN PROBABLE DIAGNOSTIC DE TDP CHEZ UNE POPULATION HOSPITALISEE POUR DES TUS SEVERES...	53
D.	ÉVALUATION DE LA FAISABILITE ET VALIDITE DE L'EXPLORATION ET DEPISTAGE DU TDP A L'AIDE DE L'ICG DANS UN ECHANTILLON SPECIFIQUE A UNE POPULATION DE PATIENT AVEC UN TUS SEVERE.....	58
VI.	DISCUSSION.....	58
A.	PREVALENCE ET ACCEPTABILITE D'UN UN OUTIL DE DEPISTAGE TEL QUE L'ICG DANS UNE POPULATION ADDICTIVE SOUFFRANT DE TUS SEVERES.....	58
B.	DEFINIR UN PROFIL DE PATIENT.....	60
C.	UTILISATION OPTIMALE DE L'ICG AU SEIN D'UN SERVICE D'ADDICTOLOGIE.....	62
D.	MODALITES DE PRISE EN SOINS	64
E.	PERSPECTIVES CLINIQUES	66
VII.	CONCLUSION	68

I. INTRODUCTION

Pour Bowlby, "la perte d'un être cher est l'une des expériences les plus intensément douloureuses qu'un être humain puisse subir. Et non seulement elle est douloureuse à vivre, mais elle est également douloureuse à observer, ne serait-ce que parce que nous sommes si impuissants à aider. Pour les personnes endeuillées, rien d'autre que le retour de la personne perdue ne peut apporter un véritable réconfort ; si ce que nous fournissons n'est pas à la hauteur, cela est ressenti presque comme une insulte" (Bowlby, 1999). Le trouble du deuil prolongé (TDP, prolonged grief disorder en anglais) nous renvoie donc aux concepts d'attachement, de lien et d'interaction sociale, de dépendance et soulagement – faisant écho aux fonctions de plaisir et de soulagement dans les comportements addictifs.

La co-occurrence des troubles liés à l'usage de substances psychoactives (TUS) et du TDP représente un domaine complexe et interdisciplinaire de la psychiatrie et de l'addictologie qui suscite de plus en plus d'attention dans la recherche et la pratique clinique contemporaines. Les liens entre ces deux pathologies ont des implications profondes sur la santé mentale des individus touchés, complexifiant leur diagnostic, leur traitement et leur prise en charge. Cette étude s'inscrit dans le contexte de l'exploration de cette relation complexe, visant à éclairer les facteurs sous-jacents, les mécanismes et les conséquences de la co-occurrence du TUS et du TDP.

Les troubles liés à l'usage de substances psychoactives ont une histoire riche et complexe qui remonte à l'Antiquité. De nos jours, ces substances sont utilisées par des millions d'individus à travers le monde pour diverses raisons, notamment pour faire face

aux défis émotionnels, aux pressions extérieures et dans la recherche du plaisir (Sarvet & Hasin, 2016). Cependant, cette utilisation n'est pas sans conséquences, et de nombreuses personnes souffrent de complications psychiatriques graves liées à leur usage excessif de substances, y compris les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, et les troubles psychotiques

Le TDP quant à lui, est une condition psychopathologique caractérisée par une réaction prolongée et sévère à la perte d'un être cher, qui persiste bien au-delà de la période de deuil normale (Prigerson et al., 2009). Les symptômes du TDP englobent une gamme d'expériences émotionnelles et cognitives, notamment une détresse intense, des pensées intrusives sur le défunt, une perte de sens dans la vie, et des difficultés à s'adapter à la réalité de la perte (M. K. Shear, 2015).

Le TUS et le TDP, partagent des similitudes sur le plan clinique, notamment des symptômes de détresse émotionnelle, une altération du fonctionnement social et une prévalence accrue de comorbidités psychiatriques. Cette co-occurrence est devenue un sujet de préoccupation majeur en raison de ses implications sur la progression des deux troubles, leur réponse au traitement et leur impact sur la qualité de vie globale des individus.

II. CADRE THEORIQUE

A. VERS LA PATHOLOGIE DU DEUIL

Il y a près d'un siècle, Freud introduisait la notion d'un travail psychologique de deuil dans son ouvrage « Deuil et mélancolie » et fut également le premier à se pencher sur sa structure (Freud, 2004). Depuis lors, de nombreuses théorisations ont émergé, construisant progressivement le cadre pour accompagner le processus de deuil.

Qu'est-ce que le deuil ? Bien qu'il englobe de multiples significations, il peut être défini comme l'ensemble des réactions physiques, psychologiques, affectives et comportementales qui résultent de toute perte significative, qu'il s'agisse notamment de la perte d'un être cher, mais aussi d'un idéal, d'un animal, d'un objet ou autre. Étymologiquement, le terme "deuil" provient du latin "dolere" signifiant souffrir. Par conséquent, le deuil s'exprime à travers la souffrance, bien qu'il demeure un phénomène normal et universel.

En revanche, l'absence d'affliction témoigne d'une réaction susceptible de donner lieu à des complications, voire à des pathologies du deuil. La nature de la relation qui unissait la personne endeuillée au défunt joue un rôle déterminant dans l'issue du deuil. En conséquence, les composantes du deuil restent personnelles, individuelles et, de ce fait, non comparables. Le deuil constitue un authentique traumatisme à la fois psychologique et physique, étant considéré comme un stress intense vécu de manière unique selon la personnalité de chaque individu, entraînant un bouleversement. Ainsi, cet état de déséquilibre normalement transitoire implique un processus d'adaptation qui mobilise des mécanismes psychiques défensifs, visant à prévenir l'installation d'une rigidité morbide

La mort d'un être cher a été reconnue comme le plus grand facteur de stress de la vie auquel nous sommes confrontés en tant qu'êtres humains, en tête de la liste des événements stressants de la vie compilée par Holmes et Rahe (Holmes & Rahe, 1967). En 1944, Erich Lindemann a publié des données recueillies auprès de membres de familles endeuillées à la suite de l'incendie du Coconut Grove qui a tué 492 personnes, l'incendie de boîte de nuit le plus meurtrier de l'histoire. Il s'agissait de la toute première étude systématique des aspects somatiques et psychologiques du deuil dépeignant une cartographie de la symptomatologie aigue du deuil qu'il décrit comme physique et mental, résumé en plusieurs points notamment la temporalité de l'apparition des symptômes (immédiats ou à distances), exagérés ou absents, ainsi qu'une variante inhabituelle appelé « unresolved grief » avec des manifestations aigues multiples appelées « distorted pictures », telles qu'une psycho-somatisation, une altération des relations avec isolement social, hostilité envers les autres et soi-même, une « agitated depression » pouvant aller jusqu'à avoir des conduites suicidaires dans un but d'autopunition par un sentiment de culpabilité envahissant (Lindemann, 1991).

Les descriptions et les théories de ce qui se passe pendant le deuil proviennent en grande partie de la psychiatrie et de la psychologie. Dans ces domaines, la recherche actuelle sur le deuil s'appuie fortement sur la théorie de l'attachement et la théorie cognitive du stress pour comprendre le processus d'adaptation après la mort d'un être cher, plutôt que sur le modèle obsolète et inexact du deuil en cinq étapes (Stroebe et al., 2017). Le deuil aigu, c'est-à-dire la période qui suit immédiatement un décès, se caractérise souvent par une perte de régulation. Cela se traduit par une augmentation de l'intensité et de la fréquence de la tristesse, de la colère et/ou de l'anxiété, ainsi que par un engourdissement émotionnel et des difficultés de concentration, en plus d'un dérèglement du sommeil et de l'appétit.

Il existe de grandes différences individuelles dans le processus d'adaptation, mais George Bonanno a mis en évidence l'existence de plusieurs trajectoires, en utilisant des données prospectives pour examiner l'adaptation après un décès (Galatzer-Levy & Bonanno, 2012; Maccallum et al., 2015). L'une des conclusions de ce travail, qui a bouleversé le domaine de la recherche sur le deuil, est que la grande majorité des individus sont très résilients (environ 60 %). Au bout de six mois, le groupe résilient ne présente aucune augmentation des symptômes dépressifs ou des troubles fonctionnels. Cela ne signifie pas que les personnes résilientes n'éprouvent pas à court terme d'intenses douleurs de deuil, et que ces vagues émotionnelles n'entraînent pas de déficience fonctionnelle. Cependant il existe trois autres trajectoires décrites dans son travail ; 11,8% développent ce qu'il appelle un deuil chronique, 11,2% qui présentaient des signes de dépression aiguë en amont de la perte s'atténuent après celle-ci, ainsi que 7,4% qui présentaient une dépression chronique ont présenté des signes de décompensation de leur trouble préexistant. La prise de conscience du fait que les théories antérieures sur le deuil étaient largement fondées sur une population en quête de traitement a contraint le domaine à reconsidérer certaines de ses hypothèses. C'est ainsi qu'un modèle de deuil très influent, le modèle à double processus d'adaptation, a été adopté pour refléter l'oscillation qui se produit dans le deuil typique (Schut, 1999). Au quotidien, pendant le deuil, les personnes en bonne santé oscillent entre les facteurs de stress liés à la perte (par exemple, la douleur de vivre sans la personne) et les facteurs de stress liés à la restauration (par exemple, s'engager dans de nouveaux rôles et de nouvelles identités en raison de la perte), et à d'autres moments, elles sont simplement engagées dans l'expérience de la vie de tous les jours.

L'idée la plus récente qui a modifié le domaine de la recherche sur le deuil est l'élaboration de critères caractérisant les troubles du deuil. Bien que la psychiatrie et la psychologie décrivent depuis des décennies le fait que certaines personnes vivent un deuil d'une intensité et d'une déficience fonctionnelle supérieures à d'autres, des critères ont été élaborés dans les années 1990 pour définir ce qui est aujourd'hui le plus souvent appelé « trouble du deuil prolongé » ou « prolonged grief disorder ». Les symptômes sont divisés en deux catégories : la détresse de séparation, qui comprend un désir persistant et une préoccupation constante pour la perte, et la détresse traumatique. Il peut s'agir de difficultés à accepter le décès, du sentiment d'avoir perdu une partie de soi, de colère face à la perte, de culpabilité ou de difficultés à s'engager dans des activités sociales ou autres. Ces troubles figurent désormais dans le Manuel diagnostique et statistique n° 5 (Hilberdink et al., 2023).

L'avènement d'un trouble discret a nécessité de trouver un nom pour le "deuil non compliqué" (c'est-à-dire les personnes endeuillées, mais qui parviennent à intégrer l'expérience). Ce terme s'inspire de l'étiquette utilisée pour les personnes "non dépressives". Toutefois, des travaux supplémentaires sont nécessaires pour valider les critères diagnostiques, en particulier d'une culture à l'autre, et pour comparer les ensembles de critères diagnostiques qui ont été élaborés (Ben-Cheikh et al., 2020; Hilberdink et al., 2023). Bien que les ensembles de critères partagent les symptômes caractéristiques d'un désir intense et d'une préoccupation pour la personne décédée, les critères supplémentaires requis pour le diagnostic varient en type et en nombre. Comme pour tous les troubles mentaux, le pourcentage de PGD est très faibles (environ 10 % des personnes en deuil (Lundorff et al., 2017)) et forment probablement un phénomène continu de gravité du deuil, avec un seuil choisi pour le diagnostic.

B. LE TROUBLE DU DEUIL PROLONGÉ

1. Étiologie et développement

Le décès d'un être cher est l'une des expériences les plus douloureuses dans la vie d'une personne. La plupart des individus en deuil éprouvent des réactions de deuil perturbantes à la suite d'une telle perte, comprenant un désir intense pour le défunt, une douleur émotionnelle et/ou des accès de chagrin, une perte d'intérêt pour la vie en cours et un retrait social (Bui & Okereke, 2018). Ces réponses de "deuil aigu" sont des réactions normales au décès d'un être cher qui surviennent pendant la période qui suit immédiatement la perte (M. K. Shear, 2012). Cette phase aiguë diminue généralement au cours des premiers mois qui suivent la perte, et la plupart des individus s'adaptent avec succès en retrouvant leur intérêt et leur engagement dans leur vie en cours (Bonanno & Kaltman, s. d.; M. K. Shear et al., 2011). Passer de cet état de "deuil aigu" à un état de "deuil intégré", dans lequel les réactions de deuil et la détresse sont encore présentes mais ne sont plus omniprésentes ni invalidantes, nécessite la reconnaissance de la réalité de la perte, l'intégration des émotions positives et négatives ainsi que des cognitions concernant cette perte, et la mise à jour réussie du modèle de fonctionnement (c'est-à-dire l'envisagement du monde et de l'avenir sans le défunt (K. Shear et al., 2005). Cependant, une minorité substantielle d'individus en deuil n'arrivent pas à s'adapter avec succès, leurs réactions de deuil deviennent pathologiques et symptomatiques, et ils présentent un deuil continu, prolongé, perturbant et invalidant qui peut durer des années, voire des décennies après le décès (Djelantik et al., 2020; Lunderoff et al., 2017; M. K. Shear et al., 2013)

2. Épidémiologie

La recherche a enquêté sur la prévalence du trouble du deuil compliqué à travers le monde en utilisant principalement des questionnaires de deuil standard, développés dans et pour des pays occidentalisés (Amérique du Nord et Europe).

Selon la méta-analyse de (Lundorff et al., 2017), un taux de prévalence regroupé de 9,8% (IC à 95% : 6,8-14,0) a été trouvé dans 14 études à travers le monde (N regroupé = 8 035) parmi des adultes endeuillés ayant principalement vécu des décès non violents d'un être cher.

Dans les pays occidentalisés, qui se composent de pays à revenu élevé selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les études ont rapporté des taux de prévalence relativement élevés mais quelque peu hétérogènes pour le TDP dans différentes populations (enfants, adultes) et types de décès. Par exemple, des études transversales ont rapporté des estimations de prévalence chez les adultes endeuillés ayant perdu leur partenaire, leur ami, un membre de leur famille ou un autre être cher en raison de décès principalement naturels, avec des taux variant d'un taux plus bas de 2% en Israël (Killikelly et al., 2019) à un taux élevé de 25,4% aux Pays-Bas (Newson et al., 2011), bien que ce dernier ait inclus des adultes endeuillés quelque peu plus âgés. Ceci est comparable à la prévalence parmi les étudiants universitaires endeuillés (âgés de plus de 18 ans) aux États-Unis, avec des taux variant de 1,7% à 13,4% (Glickman, 2021) dans une population étudiante ethniquement diversifiée. Bien qu'il existe peu d'études sur la prévalence du deuil compliqué dans les populations plus jeunes, les chercheurs ont noté que le deuil compliqué semble également toucher ces groupes.

Dans les pays non occidentalisés à revenu faible à moyen, qui sont principalement constitués de la plupart des pays asiatiques, de l'Amérique latine et du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, la prévalence du deuil compliqué semble être relativement plus élevée que dans les pays à revenu élevé, mais montre également une hétérogénéité entre les pays. La prévalence du deuil compliqué après une perte principalement due à un décès naturel non violent était de 7,1 à 12,6% chez les adultes chinois (Killikelly et al., 2021) , mais plus faible (regroupé à 3,7%, IC à 95% : 3,1-4,5%, N = 2 524) dans une population adulte africaine (Ghana : 2,6%, Kenya : 3,4%, Nigeria : 4,6% (Ben-Ezra et al., 2020)). Des études transversales ayant étudié la prévalence chez les adolescents endeuillés ainsi que chez les adultes ont trouvé un taux de 1,8% chez les individus chinois (He et al., 2014) et de 12% chez les étudiants universitaires saoudiens (Al-Gamal et al., 2019), qui étaient adolescents ou adultes.

Il est important de noter que ces taux de prévalence peuvent varier en fonction des populations étudiées, des types de décès et des méthodologies utilisées dans différentes régions du monde. De plus, les différences culturelles, les croyances et les systèmes de soutien social spécifiques à chaque région peuvent influencer la manière dont le deuil compliqué se manifeste et est diagnostiqué. Par conséquent, une approche prudente est nécessaire lors de la comparaison des taux de prévalence du deuil compliqué entre différentes cultures et contextes. Les estimations de la prévalence du TDP semblent être assez similaires dans les pays occidentaux et non occidentaux par exemple, (Killikelly et al., 2018), les taux apparemment plus élevés dans les pays non occidentaux étant (du moins partiellement) expliqués par des facteurs de confusion comprenant les spécificités des populations spécifiques étudiées (par exemple, les réfugiés, les migrants et les survivants de conflits) qui peuvent être plus exposées au risque de TDP (Chukwuorji et

al., 2018; Comtesse et al., 2021; Glickman, 2021; Hollander, 2016; Nickerson et al., 2014).

3. Principaux facteurs de risques et prédicteurs

Le concept de deuil a été largement étudié dans le domaine de la psychologie et de la médecine (Richardson, 2014; M. Stroebe et al., 2007). Il est largement reconnu que le deuil est une réaction naturelle à la perte. Cependant, chez certaines personnes, le deuil peut se prolonger et se compliquer, entraînant une détresse et un handicap importants (Beroud et al., 2014; Jacobs et al., 2000; Maciejewski et al., 2016; M. Stroebe et al., 2007). Les chercheurs ont identifié divers facteurs de risque et prédicteurs associés à un deuil prolongé, notamment les circonstances du décès, les variables intrapersonnelles et interpersonnelles, et les moyens d'adaptation (Newson et al., 2011; Steil et al., 2019; M. Stroebe et al., 2007).

Des études ont identifié plusieurs facteurs démographiques qui augmentent le risque de développer un TDP, tels qu'un statut socio-économique inférieur, le fait d'être de sexe féminin et d'être plus âgé (Hu et al., 2015; Kersting et al., 2011; Lundorff et al., 2017; Newson et al., 2011; M. K. Shear et al., 2011; Vanderwerker et al., 2006). Comme ces facteurs varient selon les contextes culturels et sont liés à la diversité culturelle, tels que la race, les problèmes de santé mentale courants, les structures socioéconomiques et les normes et croyances culturelles, ils pourraient influencer l'expérience de la perte d'un être cher et par conséquent la probabilité de développer un TDP.

Les circonstances entourant le décès d'un être cher peuvent contribuer au développement du TDP. Durant la pandémie de COVID-19, les circonstances de décès ont été particulièrement éprouvantes, car le soutien social réduit et les opportunités limitées pour les rituels funéraires ont pu entraver le processus de deuil (Eisma et al., 2020; Eisma & Tamminga, 2020; Killikelly et al., 2021). Les recherches ont démontré que la gravité du deuil est plus élevée après un deuil lié à la COVID-19 par rapport à un deuil naturel (Boelen & Lenferink, 2020; Eisma et al., 2020; Eisma & Tamminga, 2020; Mayland et al., 2020). L'expérience d'une perte récente pendant la pandémie a été associée à des réactions aiguës de deuil plus sévère, suggérant que faire face à une perte pourrait être plus difficile durant cette crise sanitaire (Eisma et al., 2020)

En outre, d'autres circonstances de décès, telles que le suicide, peuvent également contribuer au développement du trouble de deuil prolongé. Les survivants d'une perte par suicide ressentent souvent des sentiments exacerbés de culpabilité, de confusion, de rejet, de honte, de colère, ainsi que les effets de la stigmatisation et du traumatisme (Grafia deli et al., 2022; Mitchell et al., 2004; Wagner et al., 2021). Ils sont également plus exposés au risque de développer une dépression majeure, un trouble de stress post-traumatique et un deuil traumatique (Linde et al., 2017; Mitchell et al., 2004; Moore et al., 2015; Tal Young et al., 2012).

D'autres circonstances du décès d'un proche, telles que les décès liés à des événements traumatiques ou soudains, peuvent également favoriser l'apparition d'un trouble du deuil prolongé. Par exemple, la perte d'un être cher dans un accident de voiture ou un homicide peut entraîner des réactions de deuil plus intenses et prolongées (Bottomley et al., 2022; Goldstein et al., 2018; Vanderwerker et al., 2006). Ces circonstances de décès peuvent

être associées à un choc émotionnel important, à des traumatismes psychologiques et à des difficultés à accepter la réalité de la perte, ce qui peut compliquer le processus de deuil (Feigelman et al., 2011; Linde et al., 2017; Range & Calhoun, 1990).

Un lien de parenté étroit, comme la perte d'un enfant ou d'un partenaire, a été associé à des niveaux plus élevés de gravité du chagrin et à un risque accru de TDP (Doering et al., 2022; Liljeroos et al., 2022).

Le caractère inattendu de la perte a été identifié comme un facteur de risque important de TDP (Doering et al., 2022; Liljeroos et al., 2022). Par exemple, dans le contexte de la pandémie de COVID-19, de nombreuses personnes ont perdu des proches de manière soudaine et inattendue en raison du virus (Cherblanc et al., 2023). Cette situation peut entraîner un choc et une difficulté supplémentaire dans le processus de deuil, car les personnes endeuillées n'ont peut-être pas eu l'occasion de se préparer émotionnellement à la perte (Cherblanc et al., 2023).

Le manque de soutien social après une perte a été identifié comme un facteur de risque pour le développement du TDP (Al-Gamal et al., 2019; Mason et al., 2020; Smith et al., 2020; Zhou et al., 2022). Cependant, certaines normes culturelles pourraient également être importantes à cet égard, comme dans les populations asiatiques où il est moins courant de demander et d'accepter un soutien social pour faire face au stress, ce qui pourrait augmenter le risque de TDP (Hashimoto et al., 1999; Kim et al., 2008; M. G. Taylor & Lynch, 2004; S. E. Taylor et al., 2004). Enfin, un faible soutien social peut être un facteur de risque pour le TDP (Doering et al., 2022; Lobb et al., 2010).

L'impact subjectif d'un événement stressant majeur (par exemple, une situation mettant la vie en danger, le décès d'un proche) peut être mesuré par les réactions psychologiques survenant pendant ou immédiatement après l'exposition à un stress important. Ces réactions péri-traumatiques (distress et dissociation) ont été montrées comme étant des prédicteurs cohérents du développement du trouble de stress post-traumatique dans différentes populations (L. Liang et al., 2020; Thomas et al., 2012), et des données récentes suggèrent qu'elles pourraient également prédire le développement du TDP chez les adultes (Bui et al., 2015; Hargrave et al., 2012; Mutabaruka et al., 2012) et chez les enfants (Revet et al., 2021).

La cooccurrence de symptômes de dépression et d'anxiété s'est avérée associée à des niveaux plus élevés de gravité du deuil et à un risque accru de TDP (Al-Gamal et al., 2019; Siddiqua et al., 2023). Le trouble du deuil prolongé, est distinct de la dépression et des troubles anxieux (Morina, 2011). Cependant, il existe une corrélation positive entre le deuil prolongé et des niveaux élevés de symptômes dépressifs et anxieux (Schaal et al., 2014; Sveen et al., 2019). Les personnes atteintes de deuil prolongé peuvent présenter des symptômes de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique et de détresse émotionnelle (Latham & Prigerson, 2004)

Le trouble de deuil prolongé a été identifié comme un facteur de risque significatif de suicidalité, indépendamment d'autres facteurs tels que le trouble dépressif majeur (TDM) et le trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Latham & Prigerson, 2004). Nous avons retrouvé dans différentes études que les personnes ayant été exposés au suicide étroitement apparentés, tels que les conjoints, les parents et les enfants, ont connu un deuil presque deux fois plus compliqué que les survivants ayant des liens de parenté

éloignés. (Mitchell et al., 2004). Il est important de reconnaître les signes de détresse émotionnelle et de suicidabilité chez les personnes en deuil prolongé et de leur fournir un soutien approprié. Il convient de noter que la suicidabilité est un sujet complexe et multifactoriel, et que le trouble du deuil prolongé ne peut être considéré comme la seule cause à ce sujet. D'autres facteurs de risque, tels que des antécédents de troubles mentaux, des troubles relationnels ou des facteurs environnementaux, peuvent également contribuer au risque de suicidabilité chez les personnes en deuil (Grafiadeli et al., 2022; Mitchell et al., 2004; Moore et al., 2015).

4. Enjeux et difficultés de prise en charge

Le TDP n'est pas encore largement reconnu et diagnostiqué. Il peut être confondu avec d'autres troubles, tels que la dépression ou les troubles anxieux, ce qui peut entraîner un sous-diagnostic ou un mauvais traitement (M. K. Shear et al., 2011).

Son diagnostic peut être complexe en raison de la similarité des symptômes avec d'autres troubles, tels que la dépression et l'anxiété (M. K. Shear et al., 2011) ou bien par exemple, en Allemagne, une société occidentale où prévaut une tradition chrétienne, une période de deuil d'un an est culturellement acceptée (Hays & Hendrix, 2008). Cette période de deuil peut être beaucoup plus longue dans les cultures non occidentales, telles que la culture traditionnelle chinoise. Dans certaines traditions chinoises, une période d'auto-restriction de trois ans est attendue après la perte d'un enfant ou d'un parent, ce qui implique le respect du parent décédé (Braun & Nichols, 1997; Klass, 2014) . À Bali, en Indonésie, de nombreux rituels de deuil avec des rassemblements sociaux ont lieu jusqu'à 10 ans après la perte (Djelantik et al., 2021). Cela pourrait indiquer une mise en garde interculturelle concernant la durée attendue d'un processus de deuil "normal"

(Rosenblatt, 2008), avec des implications pour la validité des critères de diagnostic du TDP dans différentes cultures.

Les différences culturelles peuvent rendre la prise en charge du deuil compliqué plus complexe, car les manifestations et les réponses au deuil peuvent varier selon les cultures (Ben-Cheikh et al., 2020). Le TDP peut entraîner des complications psychiatriques, telles que la dépression et l'anxiété, qui nécessitent une prise en charge spécifique (Boelen et al., 2003). De plus la prise en charge du deuil compliqué chez les enfants peut être particulièrement difficile en raison de la spécificité du deuil chez cette population et du manque de connaissances sur les complications du deuil chez les enfants (Romano, 2020).

5. Symptômes et Critères Diagnostiques

Après des décennies de débats animés sur l'inclusion d'une condition de santé mentale psychiatrique caractérisée par un deuil prolongé, pénible et invalidant dans les classifications nosologiques internationales (Bryant, 2012; Lichtenthal et al., 2004; M. K. Shear et al., 2011), le trouble du deuil prolongé a été inclus dans la 11e édition de la Classification internationale des maladies en 2018 (CIM-11, Organisation mondiale de la santé [OMS], 2022). En 2022, le TDP a également été ajouté à la révision textuelle de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5-TR, American Psychological Association [APA], 2022) dans la section des troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress. Bien que les classifications du TDP soient incluses à la fois dans la CIM-11 et le DSM-5-TR, elles présentent seulement une correspondance modérée car elles diffèrent par leur nombre et leur contenu de

symptômes, leurs critères temporels (6 mois pour la CIM-11 et 12 mois pour le DSM-5-TR) et leurs algorithmes de diagnostic (Boelen & Lenferink, 2020; Prigerson et al., 2021). Un aperçu détaillé de ces divergences est fourni par Eisma (Eisma, 2023). Un aperçu des critères diagnostiques de la CIM-11 et du DSM-5-TR est fourni dans le *Tableau 1*.

Jusqu'à présent, la plupart des mesures utilisées pour évaluer le TDP ont été développées aux États-Unis et leur validité doit encore être établie à travers les cultures. Par exemple, the Inventory of Complicated Grief (ICG), la mesure la plus utilisée pour évaluer le deuil pathologique, a été validée dans huit langues, dont l'hébreu (Lifshitz et al., 2022), le coréen (Han et al., 2016), le polonais (Ludwikowska-Świeboda & Lachowska, 2019), l'italien (Carmassi et al., 2014) et l'espagnol (version colombienne-espagnole (Gamba-Collazos & Navia Arroyo, 2017)). Cependant, elle repose sur d'anciens critères diagnostiques du TDP. Des mesures plus récemment développées du TDP, telles que l'échelle du Trouble du Deuil Prolongé (PG-13) et l'Entretien Clinique Structuré pour le Deuil Complicé (SCI-CG), évaluent bien les critères diagnostiques de l'ICD-11 et du DSM-5-TR, mais elles ne sont disponibles que dans un nombre limité de langues (Bui et al., 2015; Prigerson et al., 2021)

Tableau 1 Critères diagnostiques du trouble du deuil prolongé (PGD) d'après ICD-11 et le texte de révision de la 5ème édition du DSM-5-TR.

Diagnostic criteria ICD-11	Requirements for diagnosis
Criteria A Exposure	A history of bereavement following the death of someone close
Criteria B Types of grief reactions	<i>If the following persistent and pervasive grief reactions are present:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Longing for the deceased • Persistent preoccupation with the deceased
Criteria C Accompanying impairments	<i>If the following impairments are present:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Intense emotional pain (e.g., sadness, guilt, anger, denial, and blame) • Difficulty accepting the death • Feeling that one's has lost a part of one's self • An inability to experience a positive mood • Emotional numbness • Difficulty engaging with social or other activities
Criteria D Significant distress/impairment	If the impairments of criteria B and C result in significant impairment in daily life (e.g., personal, family, social, educational, occupational, or other areas of functioning), or if functioning is maintained, but only through significant additional effort.
Criteria E Cultural and time	If the pervasive grief reactions and impairments of criteria B and C have persisted for an atypically long period of time after the loss, markedly exceeding expected social, cultural, or religious norms for the individual's culture and context, except if grief responses last for <6 months, of which this duration norm can depend on some cultural contexts.
Diagnostic criteria for DSM-5-TR	Requirements for diagnosis
Exposure	Bereavement – the death of someone close
Criteria A Timing	Loss experienced... >12 months prior in adults >6 months prior in children/adolescents
Criteria B Types of grief reactions	<i>If the following grief reactions are present, nearly daily in the prior month:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Intense yearning and longing for the deceased • Preoccupation with thoughts or memories of the deceased
Criteria C Accompanying impairments	<i>If at least three of the following impairments are present, nearly daily in the prior month:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Marked sense of disbelief about the loss • Identity issues (e.g., feelings as if a part of oneself has passed) • Avoidance of reminders of the deceased • Emotional pain • Decreased emotional experiences and numbness • Meaninglessness • Intense loneliness • Difficulties in social interactions and/or engaging in daily activities due to the loss
Criteria D Significant distress/impairment	If the impairments of criteria B and C cause significant distress and/or impairment.
Criteria E Cultural and contextual norms	If the duration and severity of the impairments of criteria B and C exceed the individual's expected social, cultural, or religious norms.
Criteria F Other mental health conditions	Grief reactions and impairments differentiate from the physiological effects of substance use, a major depressive disorder, posttraumatic stress disorder, or any other mental or medical disorder.

6. Traitements

Les traitements reconnus pour le trouble du deuil prolongé comprennent des approches thérapeutiques spécifiques qui visent à aider les individus à faire face à leur deuil de manière adaptative et à réduire leur détresse émotionnelle. Voici quelques traitements couramment utilisés :

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une approche thérapeutique qui vise à identifier et à modifier les pensées négatives et les comportements maladaptifs associés au deuil prolongé. Elle peut inclure des techniques telles que la restructuration cognitive, la confrontation des pensées négatives, l'exposition graduée aux souvenirs douloureux et des exercices pratiques pour aider les individus à faire face à leur perte (Rosner et al., 2011) . Il existe d'ores et déjà plusieurs thérapies cognitivo comportementales spécifiques au deuil qui ont montré leur efficacité telles que :

La *Complicated Grief Treatment* (CGT ou PGDT) constitue une intervention ciblée spécifiquement conçue pour aborder les symptômes du deuil compliqué (M. K. Shear et al., 2014). La PGDT est une thérapie en 16 séances, qui a démontré son efficacité pour réduire les symptômes du trouble de deuil prolongé dans plusieurs essais contrôlés randomisés (K. Shear et al., 2005; M. K. Shear et al., 2014, 2016). Elle intègre des composantes de la théorie de l'attachement, de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et d'autres approches pour faciliter les processus adaptatifs naturels au deuil. Elle facilite l'adaptation en se concentrant à la fois sur la perte et la restauration, conformément au modèle de processus dual du deuil. Les composantes axées sur la perte comprennent l'acceptation de la réalité de la mort et le changement de la relation avec la personne décédée. Les éléments axés sur la restauration comprennent le travail vers des objectifs ambitieux en l'absence de la personne décédée et le fait d'avoir un sentiment de compétence et de satisfaction dans le monde sans le défunt (Iglewicz et al., 2020). Pour atteindre l'objectif de l'adaptation, la PGDT comprend sept thèmes principaux : fournir des informations pour aider les patients à comprendre et accepter le deuil, gérer la douleur émotionnelle et surveiller les symptômes, réfléchir à l'avenir, renouer avec les autres, raconter l'histoire de la mort, apprendre à vivre avec les rappels et se connecter

avec les souvenirs. Des articles antérieurs ont décrit les outils essentiels discutés dans chacun de ces thèmes (Iglewicz et al., 2020), et une formation en PGDT est disponible.

Une étude récente a révélé l'efficacité et la compétence de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) dans la régulation émotionnelle parmi les populations en deuil. La MBCT améliore le bien-être des personnes endeuillées en améliorant les performances cognitives. (Huang et al., 2020) La thérapie interpersonnelle se concentre sur les relations interpersonnelles et les changements de rôles qui peuvent survenir à la suite d'une perte. Elle vise à aider les individus à reconstruire leur vie sociale et à trouver de nouvelles sources de soutien après la perte d'un être cher (Doering & Eisma, 2016).

Les groupes de soutien réunissent des individus qui ont vécu des pertes similaires afin de partager leurs expériences, leurs émotions et leurs stratégies d'adaptation. Dans l'ensemble, les groupes de personnes en deuil peuvent constituer une source utile de soutien social après une perte, car le manque de soutien social est un facteur de risque de développement d'un deuil prolongé (Mason et al., 2020). Pour les personnes endeuillées par suicide, les groupes de deuil peuvent contribuer à réduire l'intensité du deuil aigu, mais peuvent ne pas suffire pour un trouble de deuil prolongé (K. Shear et al., 2005; M. K. Shear et al., 2014, 2016).

En ce qui concerne la pharmacothérapie, l'accent est mis sur l'efficacité des antidépresseurs. Une étude (Iii et al., 1999) a rapporté qu'un antidépresseur tricyclique (nortriptyline) était efficace pour les symptômes dépressifs, mais pas pour les symptômes de deuil. Des études utilisant d'autres types d'antidépresseurs, notamment les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine tels que l'escitalopram (Hensley et al., 2009) et

la paroxétine, ont montré une réduction significative des scores de l'ICG dans une procédure avant-après sans groupe témoin. Cependant, un essai clinique randomisé visant à examiner l'efficacité du citalopram (Hensley et al., 2009) a constaté qu'il améliorerait significativement les symptômes dépressifs tels que les idées suicidaires, mais n'était pas efficace pour les symptômes du deuil compliqué. À l'heure actuelle, il n'existe aucune preuve que les antidépresseurs sont efficaces pour traiter le deuil compliqué.

C. TROUBLE DE L'USAGE DE SUBSTANCES

1. Généralités

L'addiction, également appelée mésusage et dépendance, ou trouble de l'usage représente un problème majeur de santé publique, avec un taux de prévalence de 8,6% en France chez les individus âgés de 12 à 75 ans (Arvers, 2005). Ce taux est plus élevé chez les hommes (13,3%) que chez les femmes (4%). Selon le Bulletin épidémiologique hebdomadaire de Santé Publique France de 2019, on estime à 41 000 le nombre de décès évitables attribuables à l'alcool en France métropolitaine en 2015 (Santé Publique France, 2019).

Les notions d'abus et de dépendance à une substance ont été définies de manière distincte (Hasin et al., 2013). Par la suite, la notion de "trouble de l'usage" est apparue, englobant les concepts d'abus et de dépendance.

D'un point de vue neurobiologique (Auriacombe, 2020) le phénomène de l'addiction repose sur une altération du circuit de la récompense, également connu sous le nom de circuit dopaminergique méso-cortico-limbique. Ce circuit, qui vise à assurer la survie de l'individu et de l'espèce, motive des comportements tels que l'alimentation et la

reproduction, en activant la libération de dopamine. Les substances impliquées dans les phénomènes addictifs activent également ce circuit, mais parfois de manière anormale. La répétition de la consommation peut entraîner une augmentation de la libération de dopamine, suivie d'une diminution en dessous des niveaux basaux, incitant ainsi à une nouvelle consommation. Ce phénomène de sensibilisation est à l'origine de l'addiction.

Il est à noter que l'orientation des recherches en neurobiologie de l'addiction a évolué au fil du temps, passant d'une focalisation sur les mécanismes de la récompense aiguë lors de la phase de binge/intoxication à une prise en compte élargie des adaptations neurobiologiques consécutives à l'exposition aux substances addictives (Uhl et al., 2019).

L'abus de substances se caractérise par les conséquences de la consommation, notamment sur le plan social, et peut exister indépendamment de toute dépendance. La dépendance, quant à elle, comprend la dépendance physique (tolérance et syndrome de sevrage) et la dépendance psychique, qui se traduit par une perte de contrôle sur la consommation et est le moteur de l'addiction. Le "trouble de l'usage de substances" (TUS) correspond aux critères de trouble lié à l'usage décrits dans le DSM-5, qui voit apparaître la notion de craving défini comme l'envie irrépressible de consommer malgré la conscience des conséquences que cela va engendrer. Une rémission du TUS survient lorsqu'aucun critère n'est rempli, sauf le craving, qui peut persister après plusieurs mois d'abstinence.

Les conséquences des addictions aux substances psychoactives (SPA) sont nombreuses et variées. Sur le plan social, elles peuvent entraîner des pertes d'emploi, des difficultés financières et jusqu'à la désinsertion sociale. Les problèmes relationnels peuvent conduire à des ruptures sentimentales, familiales et amicales, parfois associées

à des violences émises ou subies. Les conséquences psychologiques sont multiples et fréquentes, allant de l'impulsivité à l'agressivité, en passant par une perte de motivation, des troubles cognitifs, des perturbations du sommeil, des symptômes dépressifs et anxieux, et pouvant aller jusqu'au suicide. Sur le plan de la santé physique, les conséquences peuvent être majeures, incluant des pathologies cancéreuses, hépatiques, respiratoires, cardiovasculaires ou neurologiques (Mura et al., 2020).

Il est important de prendre en compte les schémas spécifiques de stratégies d'adaptation inadaptées associés à différents types de substances et de possibles troubles comorbides (Cavicchioli et al., 2018; Cerea et al., 2017). Comprendre la définition de la dépendance est essentiel pour la recherche, le traitement et les efforts de prévention. Cela fournit une base pour identifier et traiter les comportements addictifs, ainsi que pour développer des interventions efficaces et adaptées.

2. Enjeux et difficultés de prise en charge

Selon une étude menée par Moos et Moos, seulement six patients sur dix ayant sollicité une assistance pour un trouble de l'usage de l'alcool (TUAL) et ayant bénéficié d'une intervention, sont en rémission trois ans après (qu'il s'agisse d'une aide médicale ou d'une participation à un groupe d'entraide). En comparaison, dans le groupe de patients n'ayant pas reçu d'assistance, quatre sur dix parviennent à la rémission à trois ans. Lorsqu'on observe la période s'étalant sur 16 années, parmi les patients ayant reçu de l'aide et ayant atteint la rémission à trois ans, quatre sur dix rechutent. Dans le second groupe, ce sont six patients sur dix qui font face à une rechute (Moos & Moos, 2006). Ainsi, les perspectives sont nettement plus favorables pour les patients ayant bénéficié d'une assistance. Il est donc évident que la pathologie addictive est intrinsèquement une

maladie chronique, avec la rechute qui demeure un scénario courant pour la majorité des patients.

Pourtant moins de 10 % des personnes souffrant par exemple d'un trouble de l'usage d'alcool en Europe bénéficient de soins spécialisés, alors qu'il s'agit d'un produit légal très accessible (Kohn et al., 2004) .Ce « treatment gap » est le plus élevé de toutes les pathologies mentales.

Ces taux de rechutes élevés et par conséquent, la nature chronique de ces troubles, peuvent être expliqués par divers facteurs. Une vulnérabilité génétique à l'égard du développement d'addictions est observée, une caractéristique qui persiste tout au long de la vie d'un individu (Ramos & Gorwood, 2015) .

Les substances psychoactives induisent également des modifications structurelles dans le cerveau (Fernández-Serrano et al., 2011) . Cela inclut notamment une hypoactivité du cortex préfrontal, qui est le siège du contrôle comportemental à travers les fonctions exécutives. Parallèlement, une augmentation du développement du striatum dorsal se produit, ce qui renforce les comportements automatiques, les habitudes et les routines. Ces modifications structurelles contribuent à une vulnérabilité accrue face aux comportements addictifs. De plus, la persistance d'un désir compulsif à distance des épisodes de consommation, une caractéristique propre à chaque individu, augmente également le risque de rechute (Auriacombe et al., 2018).

3. La pathologie duelle

En outre, divers autres facteurs sont susceptibles d'influencer et d'accroître le risque de rechute. Parmi ceux-ci, on retrouve la présence de comorbidités, donnant lieu à ce que

l'on appelle une pathologie duelle. La prise en charge des patients consultant en addictologie révèle le plus souvent des difficultés en raison de la fréquence particulièrement élevée de comorbidités.

La comorbidité, qui désigne la coexistence d'un ou de plusieurs troubles psychiatriques avec un ou plusieurs troubles addictifs chez un même individu, est au cœur du concept de pathologie duelle. Cette double problématique entraîne de nombreux phénomènes synergiques entre les différents troubles et influe sur l'évolution de chacun (Karila & Benyamina, 2019). Les patients souffrant de cette pathologie duelle semblent présenter une vulnérabilité accrue au stress. Cette situation implique également une modification des symptômes des différents troubles. En outre, ces patients montrent une observance du suivi et du traitement plus faible que les individus présentant soit un trouble psychiatrique, soit une addiction de manière isolée.

Les conséquences de l'addiction peuvent accélérer l'émergence ou l'aggravation de troubles psychiatriques préexistants. De même, une vulnérabilité accrue au stress ou une altération de l'humeur peut constituer un facteur de risque pour le développement d'un trouble de l'usage de substances (Pani et al., 2010). La "recherche de sensations", la "désinhibition" et la "susceptibilité à l'ennui" sont également des traits de personnalité mis en évidence chez les consommateurs de substances psychoactives. La réactivité émotionnelle semble également déficiente chez ces patients (Varescon, 2010). Ainsi, l'évolution d'un trouble psychiatrique pourrait favoriser le développement d'un trouble de l'usage de substances et vice versa.

L'existence d'un double diagnostic est problématique, car il est admis que ces troubles sont plus sévères, plus durables et plus résistants aux traitements mis en œuvre (Lang et al., 2014).

De nombreuses études ont mis en évidence la forte prévalence des troubles psychiatriques chez les patients souffrant de troubles addictifs, qu'ils soient secondaires à l'addiction ou primaires. Par exemple, la consommation d'alcool favorise l'apparition de troubles psychiatriques pouvant compliquer la prise en charge. À l'inverse, les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique présentent plus fréquemment des troubles liés à l'usage de l'alcool (Kessler et al., 1997).

L'étude NESARC menée en 2004, par exemple, a permis de mettre en évidence une prévalence plus élevée que dans la population générale de la dépendance à l'alcool chez les patients présentant des troubles psychiatriques (troubles anxieux et dépressifs) et une prévalence plus élevée de comorbidités psychiatriques chez les patients dépendants à l'alcool. Cette étude a également révélé qu'un quart de la population étudiée présentait des troubles anxieux (troubles anxieux généralisés, troubles paniques, phobie sociale, état de stress post-traumatique), soit deux à trois fois plus que dans la population générale. La symptomatologie des troubles anxieux apparaissait avant l'usage d'alcool. En outre, la prévalence du trouble de stress post-traumatique dans cette population atteignait 10 %.

Parmi les troubles le plus souvent associés, on retrouve la dépression, les troubles anxieux et les troubles psychotiques. Les troubles anxieux et dépressifs sont particulièrement fréquents parmi les sujets souffrant d'un trouble lié à l'usage de l'alcool

(Dawson et al., 2006). En particulier, la prévalence à vie d'une consommation problématique d'alcool serait légèrement inférieure à 20 % chez les sujets souffrant d'un trouble anxieux. Comparé à la population générale, ce chiffre serait augmenté d'un facteur compris entre 1,8 et 3,9. Les troubles les plus fréquemment associés à cette problématique seraient en particulier le trouble panique, la phobie sociale et l'anxiété généralisée (Conway et al., 2006).

En dehors des troubles anxieux, il est important de mentionner la forte prévalence de l'anxiété liée au sevrage, qui constitue le principal symptôme ressenti par les patients lors de l'arrêt de la consommation d'alcool et qui contribue au maintien des comportements de consommation et à la difficulté d'arrêt.

Les travaux portant sur les comorbidités avec la dépression et certains troubles anxieux (phobiques, généralisés, d'adaptation, obsessionnels-compulsifs) apportent un éclairage utile et pertinent sur la séquence temporelle, les mécanismes en jeu et les approches thérapeutiques. Toutefois, la comorbidité avec le trouble du deuil prolongé reste à ce jour peu investiguée, et présente de manière certaine des spécificités tant du point de vue épidémiologique que des processus impliqués, ayant des répercussions substantielles sur le plan psychothérapeutique.

D. TROUBLE DU DEUIL PROLONGÉ ET TROUBLE DE L'USAGE DE SUBSTANCE : CONVERGENCES ET DIVERGENCES, VERS UNE PATHOLOGIE DUELLE.

1. Épidémiologie et particularités

Le TDP pourrait être particulièrement pertinent pour les individus présentant des problèmes de consommation de substances, qui présentent fréquemment des antécédents de pertes personnelles importantes précédant, pendant et/ou suivant le développement de l'addiction (Furr et al., 2015; Maremmani et al., 2011). Les taux de mortalité liés aux TUS dans la population américaine ont augmenté de plus de 600 % entre 1980 et 2014, en grande partie en raison de l'augmentation substantielle des surdoses d'opioïdes (Dwyer-Lindgren et al., 2018). En 2016, les États-Unis ont enregistré plus de 63 600 décès par surdose de drogue, soit une augmentation de 21 % par rapport à l'année précédente. Par conséquent, les individus présentant des problèmes de consommation de substances sont très susceptibles de faire l'expérience du décès d'autres personnes au sein de leurs réseaux ou de décéder eux-mêmes, augmentant ainsi le risque de TDP chez les autres (Hedegaard, 2018; Seth et al., 2018).

Cependant, les dynamiques et la direction de la relation entre le TDP et le TUS demeurent floues et relativement peu explorées. Ce manque d'attention dans la recherche est probablement en grande partie dû à l'utilisation du diagnostic de TUS en tant que critère d'exclusion dans la majorité des études examinant l'efficacité des traitements du TDP (Jordan & Litz, 2014; Zuckoff et al., 2006).

Comprendre la relation entre le TDP et la consommation de substances pourrait avoir des implications significatives pour les pratiques actuelles de traitement des TUS.

Notamment, les diagnostics comorbides de troubles de santé mentale et de TUS ont été associés à un plus grand nombre d'effets indésirables que l'une ou l'autre de ces conditions prises individuellement (Compton et al., 2003; Cridland et al., 2012; Drake et al., 2005). De plus, de nombreuses études ont démontré des résultats supérieurs lorsque ces conditions comorbides sont traitées simultanément (McKee, 2017). Par extension, les personnes présentant un TDP co-occurente à un TUS pourraient bénéficier de manière similaire d'interventions efficaces pour le deuil (Zuckoff et al., 2006). Bien que des recherches antérieures aient soutenu les avantages potentiels d'un traitement du deuil pour les personnes ayant des problèmes de consommation de substances (Denny & Lee, 1984), davantage de recherches sont nécessaires pour identifier des interventions qui abordent simultanément et efficacement les deux conditions.

Une étude (Masferrer et al., 2017) a évalué la prévalence de la comorbidité entre le TDP et les TUS. Le TDP a été évalué dans leur échantillon, ainsi que dans un échantillon témoin de 100 adultes en deuil sans TUS. Dans l'échantillon clinique, 34,2 % des participants répondaient aux critères du TDP, tandis que seulement 5 % des participants du groupe témoin remplissaient les critères du TDP.

L'association entre les TUS et le TDP a été au centre de quelques études récentes. Les recherches ont montré que les individus souffrant de TUS sont plus vulnérables à éprouver des symptômes de deuil compliqué après une perte (Masferrer et al., 2020).

De plus, la co-occurrence de ces deux troubles est associée à un risque accru de suicidabilité (Latham & Prigerson, 2004). Une étude menée par a révélé que les individus souffrant de deuil compliqué étaient significativement plus susceptibles de présenter des

niveaux élevés de suicidabilité par rapport à ceux qui ne souffrent pas d'un TDP, même après avoir contrôlé d'autres facteurs tels que le sexe, l'ethnie, les troubles dépressifs majeurs, le trouble de stress post-traumatique et le soutien social (Latham & Prigerson, 2004). Cela souligne l'importance d'identifier et de traiter le deuil compliqué chez les individus avec des troubles liés à la consommation de substances en comorbidité, afin de prévenir des issues néfastes telles que le suicide. Une étude suédoise s'est exclusivement penchée sur le cas clinique des veuves, et ses résultats ont révélé une augmentation de la prévalence de la consommation de substances parmi les veuves en période de deuil. (Grimby & Johansson, 2009)

Des conclusions ont été présentées dans d'autres études (Brent et al., 2009; Høeg et al., 2017; Lysell et al., 2016) qui ont évalué l'impact de la perte parentale sur les enfants et ses implications futures potentielles. Les résultats principaux ont révélé une prédisposition accrue des jeunes individus et des enfants à utiliser des substances à l'âge adulte à la suite de la perte de leurs parents, en particulier lorsque l'événement était traumatique.

Des preuves émergentes soutiennent une relation entre la consommation de substances et le deuil (Zuckoff et al., 2006). Les enfants en deuil semblent présenter un risque accru de consommation ultérieure de substances, en particulier les enfants qui perdent leurs deux parents ou subissent des pertes entre l'âge de 6 et 18 ans (Høeg et al., 2017; Kaplow et al., 2010). Même les pertes antérieures à la naissance peuvent augmenter le risque de consommation de substances plus tard dans la vie ; par rapport aux enfants de mères qui n'ont pas été en deuil pendant la grossesse, les enfants nés de mères qui ont été en deuil suite au décès d'un conjoint pendant leur grossesse ont présenté près d'une

augmentation quadruple de la consommation ultérieure de substances (H. Liang et al., 2013). Chez les adultes, la perte d'un être cher est associée à une augmentation de la consommation abusive d'alcool, en particulier chez les hommes (Pfefferbaum & Doughty, 2001; Pilling et al., 2012; M. Stroebe et al., 2007). De plus, la probabilité de développer un TUS est presque doublée chez les jeunes adultes qui subissent plusieurs décès en peu de temps (Gayman et al., 2016).

Dans une dynamique de cercle vicieux le deuil semble augmenter le mésusage de substances, identifié comme un moyen de « faire face » autrement appelé « maladaptative coping strategy »; alors que dans le même temps la consommation excessive de substances peut constituer un facteur de risque pour permettre une bonne résolution du deuil (M. S. Stroebe et al., 2006). Par exemple, dans les premières années suivant la perte d'un enfant, la consommation abusive de substances par les parents endeuillés a été associée à des résultats négatifs après la perte, tels que la dépression liée au deuil (Harper et al., 2014). De plus, des cadres explicatifs du CG tels que le modèle comportemental cognitif (Boelen et al., 2006) et le cadre intégratif des facteurs de risque (M. S. Stroebe et al., 2006) impliquent la consommation abusive de substances comme un facteur de risque pour le TDP.

La prévalence du TDP parmi les individus avec des troubles liés à la consommation de substances n'est pas bien établie. Cependant, les recherches ont montré que la période de deuil est associée à un risque accru de survenue de multiples troubles psychiatriques, y compris les troubles liés à la consommation de substances, tout au long de la vie (Keyes et al., 2014). Ils ont constaté que le décès inattendu d'un être cher était associé à une augmentation de l'incidence des épisodes dépressifs majeurs, des troubles paniques, du

trouble de stress post-traumatique et des troubles liés à l'alcool (Keyes et al., 2014). Ces résultats suggèrent que les individus souffrant de troubles liés à la consommation de substances peuvent être plus susceptibles de développer des symptômes de deuil compliqué à la suite d'une perte, ce qui à son tour pourrait contribuer au développement ou à l'aggravation des troubles liés à la consommation de substances.

2. Proximités neurobiologiques.

a) Neurobiologie du trouble du deuil prolongé

Les mécanismes neurobiologiques sous-jacents au TDP ont fait l'objet de recherches au cours des dernières années. Plusieurs études ont mis en lumière des aspects neurobiologiques du TDP, fournissant des informations sur les processus cérébraux impliqués dans cette condition.

Le système de signalisation des endocannabinoïdes (ECS) est sensible au stress ; des preuves de plus en plus nombreuses impliquent l'ECS central dans la psychopathologie du deuil. Chez les personnes en deuil, les concentrations sériques N-arachidonylethanolamine [AEA] étaient positivement associées aux symptômes dépressifs et anxieux, mais seulement chez celles présentant de faibles symptômes de deuil. Ces découvertes novatrices indiquent que des concentrations élevées d'eCB circulants sont observées après un deuil. La réponse de la signalisation des eCB varie en fonction du degré de gravité du deuil. Les mesures d'eCB circulantes pourraient avoir le potentiel de servir de biomarqueurs du trouble du deuil prolongé.

D'autres études ont pu s'intéresser aux rôles neurotransmetteurs comme l'ocytocine (OXT) et également le corticotropin-releasing factor (CRF) dans une population de mères

en deuil d'un point de vue comportemental et moléculaire (Demarchi et al., 2021). De nombreuses études soutiennent le rôle de l'OXT dans la gestion émotionnelle et le chagrin (Atzil et al., 2017; Feldman et al., 2007; Ito et al., 2017). Au niveau moléculaire, les personnes atteintes de TDP ont des niveaux plasmatiques plus élevés d'OXT que les personnes dépressives, et le niveau d'OXT est directement corrélé à la gravité des symptômes de TDP; une gravité qui a également été démontrée comme étant génétiquement influencée par un polymorphisme nucléotidique unique dans le gène OXT-R (Bui et al., 2019)

Les mécanismes neurocognitifs impliqués dans le TDP questionnent et suscitent l'intérêt, certains ont également émis l'hypothèse que l'attachement pourrait activer les voies de récompense et que cette réponse neuronale pourrait avoir des propriétés proches de celles de la dépendance (Gang et al., 2021; Insel, 2003; Panksepp et al., 2002)

(Kakarala et al., 2020) ont mené une revue systématique et ont constaté que le système de récompense neurobiologique est impliqué dans le TDP. Le système de récompense, qui implique la libération de neurotransmetteurs tels que la dopamine, joue un rôle dans la régulation des émotions et de la motivation. La dysrégulation du système de récompense peut contribuer au deuil persistant et intense. Des preuves suggèrent que l'activation du système de récompense est liée à l'atténuation des sensations douloureuses, vraisemblablement en générant des endorphines, une classe d'opioïdes endogènes (Younger et al., 2010). D'un point de vue neurobiologique, l'attachement offre non seulement la sécurité, mais aussi une récompense durable, facilitée par l'ocytocine (OT) et médiée en grande partie par les opioïdes endogènes (Inagaki, 2018), dont le retrait peut plonger un individu dans un état de "désorganisation" psychologique et physiologique lorsqu'il est confronté à une perte significative (Sbarra & Hazan, 2008). Une revue systématique de la littérature suggère que l'activation du système

neurologique de la récompense est associée au TDP. La signalisation de la récompense peut être puissante, entraînant un désir persistant et préoccupant de la connexion réconfortante et apaisante avec le défunt, ce qui entrave l'intégration de la perte et de l'adaptation, il existe donc un intérêt manifeste à explorer la possibilité d'adapter les interventions existantes qui ciblent le système de la récompense, comme celles utilisées pour traiter la dépendance.(Kakarala et al., 2020)

b) Neurobiologie des SUD

Le TUS est une condition complexe impliquant des modifications dans la neurobiologie et le système de récompense du cerveau. La recherche a démontré que le TUS n'est pas simplement un choix ou une défaillance personnelle, mais plutôt une affection cérébrale chronique. La base des mécanismes neurobiologiques du TUS a été établie grâce à diverses études examinant les effets de l'abus de substances sur le cerveau (Bennett & Petrash, 2014; Koob & Volkow, 2010). Ces études ont fourni des informations sur les mécanismes sous-jacents et les voies impliquées dans l'addiction.

Les TUS activent les systèmes de récompense cérébraux, et la recherche sur les troubles de l'usage de substances a en grande partie défini la neurobiologie/circuit neuronale de la récompense. Cette ligne d'investigation est fondamentale car les modifications de la façon dont le système de récompense induit par la drogue est activé sont essentielles pour comprendre le développement de l'addiction. (Koob & Moal, 1997) La récompense est ici définie comme tout événement qui augmente la probabilité d'une réponse avec une composante hédonique positive. Un point principal de la recherche sur la neurobiologie des effets gratifiants des drogues d'abus a été les origines et les zones terminales des systèmes dopaminergiques mésocortico-striataux ascendants qui jouent un rôle clé dans les propriétés gratifiantes de presque toutes les substances d'abus.

Un aspect clé de la neurobiologie du TUS est l'implication du système limbique, qui joue un rôle crucial dans le traitement de la récompense et de la motivation. Le système limbique comprend des structures telles que le noyau accumbens, l'amygdale et l'hippocampe, qui sont impliquées dans le traitement des émotions, de la mémoire et de la prise de décision (Bennett & Petrash, 2014; Koob & Volkow, 2010; Nestler, 2005; Wise, 2009). Une dysfonction de ces zones a été impliquée dans le développement et le maintien du TUS.

Les neurotransmetteurs, tels que la dopamine, jouent un rôle significatif dans la neurobiologie du TUS. La dopamine est impliquée dans le système de récompense du cerveau et est libérée en réponse à des expériences agréables, y compris la consommation de substances (Avena et al., 2008; Everitt & Robbins, 2016; Lüscher & Malenka, 2011). L'abus de substances peut entraîner une dysrégulation de la signalisation de la dopamine, ce qui se traduit par une augmentation des envies et des comportements compulsifs de recherche de substances (Bennett & Petrash, 2014; Everitt & Robbins, 2016; Koob & Moal, 1997). D'autres neurotransmetteurs, tels que les opioïdes et l'acétylcholine, ont également été impliqués dans le potentiel addictif des substances (Avena et al., 2008).

L'amygdale étendue est une région cérébrale clé impliquée à la fois dans la réponse au stress et l'addiction. Elle est composée de structures interconnectées, notamment le noyau central de l'amygdale, le noyau du lit de la strie terminale et la coquille du noyau accumbens (Hebebrand et al., 2014). Elle joue un rôle crucial dans le traitement des informations liées au stress et la régulation des réponses émotionnelles. Elle reçoit des

entrées de diverses régions cérébrales impliquées dans le stress, telles que l'hypothalamus et le cortex préfrontal. En réponse au stress, l'amygdale étendue active l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA) et le système nerveux autonome, entraînant la libération d'hormones de stress, telles que le cortisol (Torres-Berrio et al., 2018). Dans le contexte de l'addiction, l'amygdale étendue est impliquée dans les effets renforçant les effets des substances et le développement des comportements addictifs. Elle participe au traitement des stimuli liés à la récompense et à la régulation de la motivation et du désir. L'exposition chronique aux drogues d'abus peut dysréguler l'amygdale étendue, entraînant une sensibilité accrue au stress et une réponse amplifiée aux signaux liés à la drogue (Koob, 2009).

L'interaction entre le système de stress et le système de récompense dans l'amygdale étendue est bidirectionnelle. Le stress peut renforcer les effets gratifiants des drogues et favoriser la recherche de drogue, tandis que l'exposition aux drogues peut dysréguler la réponse au stress et augmenter les comportements liés au stress. Cette interaction contribue au cycle de l'addiction et à la difficulté à arrêter la consommation de substances addictives (Koob, 2009).

En résumé, la neurobiologie des TUS implique des interactions complexes entre les circuits cérébraux, les neurotransmetteurs et les facteurs génétiques. Une dysfonction du système limbique, une dysrégulation des systèmes de neurotransmetteurs et une prédisposition génétique contribuent au développement et au maintien des TUS.

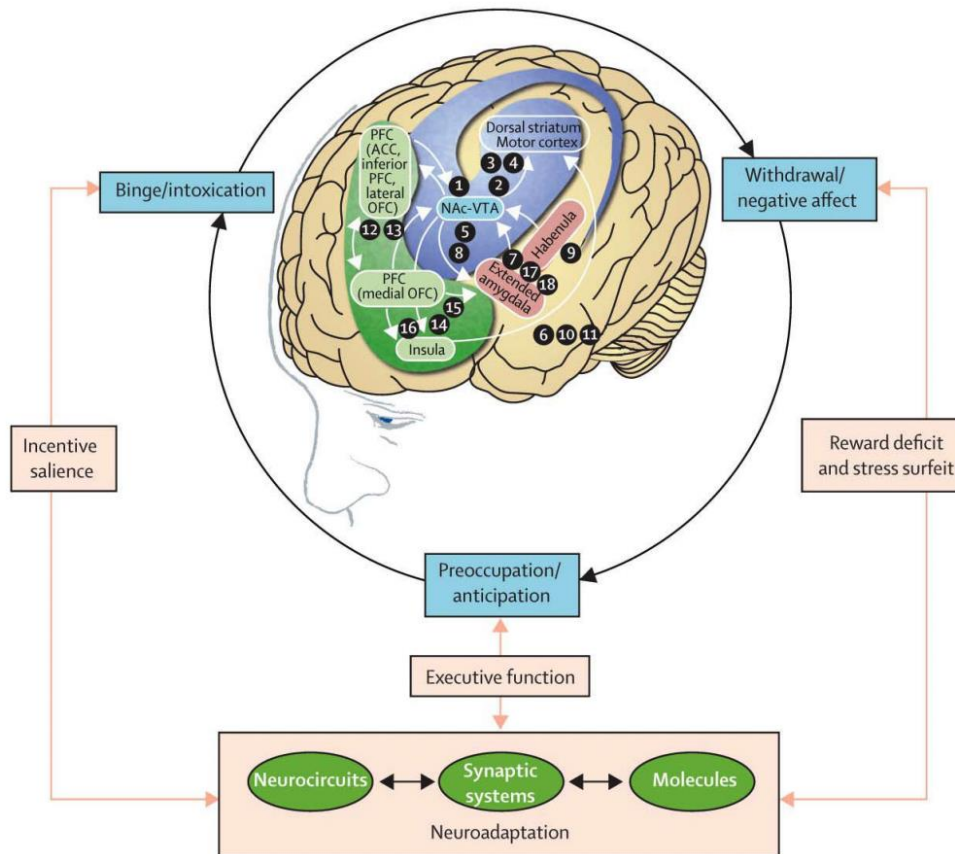


Figure 1 (Koob & Volkow, 2016) Modèle de circuits interactifs dans lesquels les perturbations contribuent aux comportements de type compulsif sous-jacents au SUD

3. Théories explicatives de la pathologie duelle

Pour récapituler, l'existence d'un TDP semble significativement associé à la présence d'un TUS. Cependant, les dynamiques et la direction de la relation entre ces deux troubles demeurent floues et relativement peu explorées. Le modèle de la pathologie duelle et les hypothèses de lien causal qu'il propose est un cadre concept intéressant pour mieux comprendre les liens entre TDP et TUS mais aussi pour penser les stratégies de prise en charge. En utilisant le modèle de la pathologie duelle, plusieurs hypothèses théoriques pourraient être avancées :

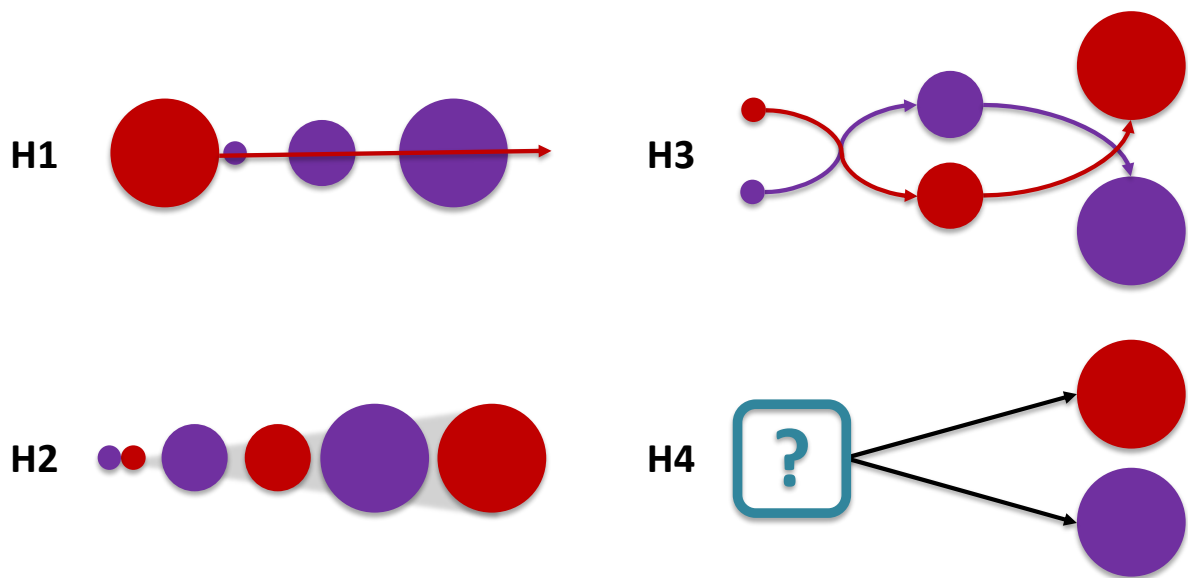


Figure 2 Hypothèses causales dans la pathologie duelle

En rouge, le TDP en violet, la consommation de SPA dans le TUS

H1 - Le deuil et le TDP favorisent l'installation et l'aggravation du TUS

H2 - Le TUS et son effet psychotoxique augmentent le risque et l'intensité du TDP

H3 - Le TDP et le TUS ont des étiopathogénies différentes et s'influencent de manière bidirectionnelle

H4 - Le TDP et le TUS partagent des vulnérabilités communes

a) [Théorie de l'automédication, ou théorie de l'atténuation de la dysphorie \[H1\] :](#)

La théorie de l'atténuation de la dysphorie avancerait, elle, que la consommation de d'alcool ou de substances au sens large du termes, aurait vocation à réduire les symptômes dysphoriques liés à l'impulsivité préexistante. L'impulsivité est associée à des comportements mal conçus, exprimés de manière prématurée, inutilement risqués ou non appropriés à la situation. Son caractère invalidant et le retentissement sur la qualité de vie et l'estime de soi (Reichl et al., 2022; Wulfert et al., 2002) peuvent être source de dysphorie (Dickman, 1990; Evenden, 1999). Une moindre capacité cognitive pourrait aussi limiter les capacités des individus à inhiber et réguler les émotions négatives (Weinstock et al., 2021) .La stimulation par l'alcool du système de la récompense

permettrait, via son action sur les différents systèmes de neurotransmission, d'atténuer cette dysphorie, et de rétablir très transitoirement et artificiellement l'homéostasie. L'hypothèse liée à la théorie de l'automédication dans le contexte du trouble du deuil prolongé représente un domaine de recherche relativement inexploré au sein de la littérature académique. Cependant, il est important de noter que de nombreuses références ont été consacrées à l'examen des stratégies d'adaptation inappropriées associées au trouble du deuil prolongé, notamment en ce qui concerne le développement potentiel d'un trouble lié à l'usage de substances psychoactives (Pfefferbaum & Doughty, 2001; Pilling et al., 2012; M. Stroebe et al., 2007). Ces travaux ont souligné l'importance cruciale de comprendre comment les individus souffrant d'un deuil prolongé peuvent adopter des stratégies de coping inadaptées, y compris la consommation de substances, pour faire face à leur douleur émotionnelle et à leur détresse psychologique. (M. S. Stroebe et al., 2006). La consommation de substances peut être perçue comme une forme d'automédication visant à soulager temporairement la douleur émotionnelle associée au deuil (Bethune Scroggs et al., 2022)

b) [L'hypothèse de la prise de risque exacerbée \(high risk theory\)](#)

[\[H2\]:](#)

Il est suggéré que la dépendance à une substance psychoactive antérieure au traumatisme psychique, à une perte pourrait augmenter la probabilité de vivre un événement traumatique ou un deuil prolongé (Kathleen T Brady, Back, & Coffey, 2004 ; Chilcoat & Breslau, 1998). Les personnes atteintes de TUS sont plus vulnérables aux symptômes de TDP à la suite d'une perte.(Caparrós & Masferrer, 2021; Parisi et al., 2019).

c) L'hypothèse de la vulnérabilité conjointe (shared vulnerability theory) [H4] :

Certains individus pourraient présenter une vulnérabilité génétique face au développement simultané d'un trouble psychique et d'une dépendance à une substance (Compton et al., 2003). La relation entre différents troubles psychique tels que les la schizophrénie en association à un trouble de l'usage de cannabis, ou bien les troubles de stress post-traumatiques et douleurs chroniques en lien avec des TUS ont soutenu la théorie de la vulnérabilité partagée, indiquant que les individus prédisposés à l'une de ces affections peuvent être plus susceptibles de développer l'autre (Ruiz-Párraga & López-Martínez, 2014), ou encore les troubles anxieux co-occurents avec des TUS ont montré que des facteurs de vulnérabilité partagés, tels que des influences génétiques et environnementales, peuvent contribuer au développement des deux troubles (Brady et al., 2013; Vorspan et al., 2015). La théorie de la vulnérabilité partagée n'a pas été directement abordée dans les différentes études et références disponibles, en particulier dans le contexte du TDP.

Ces différentes hypothèses n'excluent pas la possibilité d'une théorie postulant l'absence de lien direct entre la dépendance à une substance et le TDP. Cette association pourrait en réalité résulter de la présence d'un troisième facteur (psychosocial, biologique ou psychique) commun à la fois au TUS et au TDP.

À ce jour, divers modèles de pathologie duelle ont été élaborés, notamment le trouble addictif secondaire, le trouble psychiatrique secondaire, ou encore le modèle bidirectionnel. Ces modèles ont émergé à la lumière des nombreuses études présentes dans la littérature qui examinent l'interconnexion de ces troubles, de manière similaire à

ce qui a été fait pour le trouble de stress post-traumatique (PTSD), la dépression, ou le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), il existe de plus en plus d'études qui s'intéressent à la co-occurrence du TDP et des TUS. Il est important de noter que la co-occurrence du TDP et des troubles liés à l'usage de substances (TUS) est fréquente (Masferrer et al., 2017), cependant, actuellement peu d'approches de prise en charge adaptées et intégrées sont proposées, la prise en charge est habituellement séquentielle lorsque le TDP est diagnostiqué. Dans ce contexte, il s'avère pertinent d'explorer la place du TDP au sein des services d'addictologie en vue de concevoir des stratégies de prise en charge améliorées.

III. OBJECTIFS ET CRITERES DE JUGEMENT

A. Objectif principal :

Évaluer la prévalence d'un trouble du deuil prolongé au sein d'une population hospitalisée en addictologie pour sevrage et prise en charge de troubles sévères de l'usage de substances (en particulier d'alcool) à l'aide d'un outil validé

B. Objectifs secondaires :

Évaluer la tendance des scores du test de dépistage ICG au cours de l'hospitalisation.

Identifier les profils de patients en explorant les variables démographiques, les antécédents de consommation de substances et de trouble de l'usage, les comorbidités psychiatriques et les facteurs de risque associés à un trouble du deuil prolongé.

Objectiver la faisabilité et l'acceptabilité du questionnaire du dépistage au sein d'un échantillon spécifique.

IV. MATERIEL ET METHODE

A. Type d'étude

La présente étude est une étude observationnelle menée au CHU de Caen dans le service d'addictologie en s'appuyant sur un recueil de données et l'utilisation d'un test de dépistage validé et déjà utilisé en pratique clinique.

B. Population

Cette évaluation a été proposé aux patients hospitalisés dans le service d'addictologie du CHU de Caen pendant la période d'inclusion comprise entre le 12 juin et le 01 août 2023 en présence de l'investigateur (certaines périodes n'ont malheureusement pas pu être couverte entre ces deux dates). Les critères d'inclusion, de non-inclusion ou d'exclusion sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 Critères d'inclusion et d'exclusion à l'étude

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
<ul style="list-style-type: none">•18 ans et plus•Diagnostic de TUAL (DSM 5)•Sevrage en alcool terminé•Perte d'un proche (min 12 mois)	<ul style="list-style-type: none">•Perte il y a moins d'un an•Patient non francophone

Sur les 26 patients éligibles hospitalisés sur la période d'inclusion, 16 ont été inclus dans l'étude parmi lesquels 15 ont accepté de répondre aux questionnaires, les 11 patients restants n'ont pas été inclus car l'inclusion dépendait également de la présence de l'investigateur.

Tableau 3 Description démographique, psychopathologique et spécifiquement du deuil de la population incluse dans l'étude

	CARACTERISTIQUES	MOYENNE (\pm écart-type) (Minimum-Maximum)
DEMOGRAPHIE	Age (années)	47,9 (\pm 0,26) [0-1]
	Sexe, homme (%)	93,3
PSYCHOPATHOLOGIE	Antécédents psychiatriques (%)	46,7
	HAD 1 (Anxiété)	11,8 (\pm 3,6) [6-17]
	HAD (Dépression)	9,9 (\pm 4,9) [4-20]
	HAD (Total)	21,7 (\pm 6,72) [10-33]
	Age 1ère consommation	16
	Moyenne des consommations quotidiennes d'alcool (g/jour)	284 (\pm 257) [100-960]
	Critères DSM 5 (nombre)	10,5 (\pm 0,92) [8-11]
	Précocité (%)	33,3
	Antécédents familiaux addictologiques au 1er degrés (%)	46,7
	Polyconsommation (hors tabac) (%)	40
	Complications de sevrage sévères (%)	33,3
	Facteurs de vulnérabilités (somme des facteurs)	1,67 (\pm 0,90) [0-3]

C. Protocole et méthode

Le Service d'Addictologie du CHU de Caen, composé de 19 lits, représente un environnement clinique de référence dans la prise en charge des patients souffrant de troubles addictifs, principalement associés à des troubles liés à l'alcool. Le programme de soins addictologiques résidentiel habituel du service d'addictologie du CHU de Caen Normandie dure classiquement 3 semaines et s'appuie sur une combinaison de thérapies comportementales et médicamenteuses si cela s'avère nécessaire (benzodiazépines notamment, en fonction de la sévérité des symptômes de sevrage). La prise en soin débute par un sevrage médicalement supervisé. Une évaluation globale des conséquences physiques, psychiatriques, psychologiques, sociales et comportementales du TUAL est réalisée. A l'issue du sevrage (qui dure en moyenne de 2 à 10 jours) il est proposé aux participants des thérapies individuelles et de groupe axées sur la psychoéducation (deuxième semaine) et la prévention du risque de rechute (troisième semaine).

Il convient de noter que pendant ce travail de thèse de médecine, le Service d'Addictologie a subi une réduction temporaire de sa capacité d'accueil, passant de 19 lits à 8 lits ce qui a entraîné une réduction du nombre d'hospitalisations sur la période de recueil des données et donc le potentiel d'inclusion envisagé au départ.

Cette étude s'est déroulée en plusieurs phases de recueil de données répartis en trois étapes, pendant le sevrage, post sevrage et au terme de l'hospitalisation (Tableau 4).

Tableau 4 Phases de recueil du protocole de l'étude.

<u>Phases de recueil</u>	Sevrage	Post-sevrage	Sortie d'hospitalisation
Inclusion et accord du patient	X		
Variables démographique et médicales	X		
Test Bearn		X	
ICG 1		X	
ICG 2			X
HAD 1		X	
HAD 2			X

Contexte et déroulement du protocole :

Au cours de la phase de sevrage, une fois le patient stabilisé, les patients éligibles étaient informés de la possibilité de bénéficier d'un dépistage du TDP. Après un délai de réflexion et recueil du consentement oral, les patients étaient inclus. Les données cliniques étaient collectées grâce à l'analyse des dossiers médicaux, des comptes-rendus d'entretiens cliniques, et l'utilisation d'outils d'évaluation standardisés. Les données ont été recueillies de manière anonyme, garantissant ainsi la confidentialité et l'intégrité des informations médicales des patients.

L'évaluation des participants se déroule en deux temps :

Première Évaluation (pendant l'hospitalisation) :

- Les patients bénéficiaient d'une évaluation du deuil à l'aide de l'échelle ICG (Inventory of Complicated Grief) qui sera présentée plus loin. Cette évaluation est proposée à tous les patients présentant une perte d'au moins un an dans leur histoire personnelle, sous réserve de la présence de l'investigateur.
- En parallèle, les patients ont complété l'auto-questionnaire HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) pour évaluer les niveaux d'anxiété et de dépression.

Deuxième Évaluation (à la fin de l'hospitalisation) :

- Les patients bénéficient d'une nouvelle évaluation du deuil au terme de l'hospitalisation à l'aide de l'outil du questionnaire de dépistage ICG, les résultats sont alors collectés et prêts à être exploités sur le plan statistique.
- Les patients complètent à nouveau l'auto-questionnaire HAD.

Les patients qui présentent des scores positifs à la fois à la première et à la deuxième évaluation du deuil sont orientés vers le Centre Esquirol, où des consultations spécialisées pour les patients souffrant d'un Trouble du Deuil Prolongé sont disponibles. L'orientation vers le Centre Esquirol est effectuée en coordination avec l'équipe de soins du Service d'Addictologie.

D. Outils d'évaluation

1. Inventory of Complicated Grief (ICG)

L'ICG est un instrument d'évaluation essentiel utilisé dans le domaine du deuil, plus particulièrement dans le dépistage du trouble du deuil prolongé. Créé en 1995 (Mitchell et al., 2004), l'ICG vise à fournir une mesure standardisée des symptômes associés au PGD, tout en facilitant l'identification et le diagnostic de cette condition spécifique. Cette présentation se propose d'examiner en profondeur l'ICG, mettant l'accent sur sa structure, son utilisation et sa validité dans divers contextes cliniques et de recherche.

L'ICG se compose de 19 items soigneusement conçus pour évaluer une gamme complète de symptômes liés au deuil compliqué. Ces items couvrent divers aspects de l'expérience de deuil, notamment les sentiments d'incrédulité, le désir intense de la présence de la personne décédée, la difficulté à accepter la réalité de la perte et un profond sentiment de vide existentiel. Chaque participant évalue ces items en utilisant une échelle de Likert en 5 points, allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Lorsque ces évaluations sont sommées, elles donnent lieu à un score total pouvant varier de 0 à 76, les scores plus élevés indiquant une sévérité accrue des symptômes de deuil compliqué. Un cut-off entre 25 et 30 a été établi.

L'ICG s'est avéré être un outil précieux pour les chercheurs et les cliniciens, offrant des avantages significatifs dans l'évaluation des réactions au deuil. Cette échelle a été validée dans diverses populations, notamment les personnes en deuil, les survivants du suicide et les individus ayant vécu des expériences de deuil traumatique (Mitchell et al., 2004; Prigerson et al., 1995). Sa fiabilité et sa validité élevées en font un choix privilégié pour l'identification des individus à risque de développer des réactions de deuil prolongées et compliquées.

L'ICG est utilisé à la fois dans les contextes cliniques et de recherche. Il permet d'identifier les individus qui pourraient présenter des symptômes de deuil compliqué, facilitant ainsi la distinction entre le deuil normal et le trouble du deuil prolongé qui se caractérise par des symptômes persistants et invalidants. De plus, l'ICG est un outil utile pour surveiller la progression du traitement et évaluer l'efficacité des interventions visant à réduire les symptômes du deuil compliqué.

Cependant l'ICG n'est pas suffisante pour diagnostiquer le TDP à elle seule. L'ICG est conçue pour mesurer la gravité des symptômes du deuil compliqué et aider à identifier les individus qui pourraient éprouver des réactions de deuil prolongé et compliqué. Un diagnostic de TDP nécessite une évaluation complète qui prend en compte divers facteurs, notamment la durée et l'intensité des symptômes de deuil, l'altération fonctionnelle et l'exclusion d'autres causes potentielles des symptômes.

Pour diagnostiquer le TDP, les cliniciens utilisent des entretiens psychiatriques et des critères diagnostiques définis dans le DSM 5TR ou CIM 11. Ces critères comprennent des critères spécifiques liés aux symptômes, des critères de durée et des critères d'altération (Nakajima, 2018). L'évaluation peut impliquer une combinaison de mesures d'auto-évaluation, d'entretiens cliniques et d'informations collatérales provenant de membres de la famille ou d'autres sources (Kentish-Barnes et al., 2015; Nakajima, 2018; K. Shear et al., 2007).

2. Test de dépistage cognitif BEARNI

Le fonctionnement cognitif a été évalué par le test de dépistage cognitif BEARNI (Brief Evaluation of Alcohol Related Neuropsychological Impairment) (Ritz et al., 2015).

Ce test validé spécifiquement auprès de patients TUAL comprend 5 sous-tests visant l'évaluation de la mémoire épisodique, de la mémoire de travail, des fonctions exécutives,

des capacités visuospatiales et de l'ataxie, fonctions classiquement altérées dans le TUAL. Chaque sous-tests détermine un sous score spécifique, dont la somme (sur 30) constitue le score total BEARNI. Il est possible de calculer un score « cognitif » (sur 22) en retirant le sous score d'ataxie. Les scores pathologiques varient en fonction du niveau d'étude des patients, si les patients ont le niveau BAC ou + un score ≤ 15 indique la probable présence de trouble léger et un trouble modéré avec un score $\leq 11,5$. Dans le cadre où les patients n'ont pas le niveau BAC, un score ≤ 16 témoigne de trouble léger et un score $\leq 12,5$ de trouble modéré.

3. Données psychopathologiques

L'auto-questionnaire HAD permettait l'évaluation des symptômes anxieux et dépressifs. Il comporte 14 items cotés de 0 à 3, plus la cotation est élevée, plus la symptomatologie est sévère. Il se compose d'un sous-score anxiété (total A) et d'un sous-score dépression (total D), chacun portant sur 7 items différents. La cotation maximale de chacun des sous-scores est de 21 et celle du score total est de 42. Chacun des sous-scores s'interprète comme ceci : inférieur ou égal à 7 est en faveur de l'absence de symptomatologie, de 8 à 10 est en faveur d'une symptomatologie douteuse, 11 et plus est en faveur d'une symptomatologie certaine (Zigmond & Snaith, 1983). L'échelle HAD est présentée en annexe D.

E. Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement éclairé est obtenu de chaque participant avant leur participation à l'étude, en expliquant clairement les objectifs et les procédures de l'étude qui se base sur du soin courant avec collecte de données de soins courant et utilisation systématique d'un outil de dépistage utilisé normalement sur point d'appel clinique. Tous les patients

participants ont donné leur accord verbal à une participation au protocole. Les données personnelles des participants ont été entièrement anonymisées.

F. Analyses statistiques

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel JAMOVI (ŞahİN & Aybek, 2020). Au regard de la taille de l'échantillon et du fait qu'une partie importante des variables n'étaient pas distribuées de manière normale, nous avons utilisé des tests non-paramétriques. Le seuil de significativité a été fixé à $p=0,05$ pour toutes les analyses.

Dans le but d'explorer et de vérifier la faisabilité et l'acceptabilité de l'utilisation de l'ICG nous avons renseigné le taux d'acceptation de l'échelle par les patients. Des analyses descriptives ont été menées pour présenter la moyenne, l'écart type et/ou la fréquence des différentes caractéristiques de la population.

L'évolution du score ICG au cours de l'hospitalisation a été étudiée à l'aide d'un test de Wilcoxon pour échantillon apparié. Les patients positifs et négatifs à l'ICG ont été comparés en utilisant des test U de Mann-Whitney pour l'ICG1 d'une part et l'ICG 2 d'autre part.

Enfin, pour analyse l'indépendance ou le lien entre le statut à l'ICG (positif ou négatif) et plusieurs paramètres catégoriels pouvant influencer le processus de deuil nous avons utilisé un test de Chi-2 avec correction de Yates pour faibles effectifs.

V. RESULTATS

A. Prévalence du trouble du deuil prolongé au sein d'une population hospitalisé en addictologie, présentant des troubles sévères de l'usages de substances.

L'évaluation de la prévalence du TDP au sein de l'échantillon a été réalisé à deux temps distincts durant l'hospitalisation, donnant suite à deux résultats. Dans un premier temps l'ICG 1, réalisé en post-sevrage retrouve une prévalence de 66,7%. Dans un second temps, l'ICG 2 réalisée à la fin de l'hospitalisation retrouve une prévalence de 30,8% (Tableau 5).

Tableau 5 Tableau descriptif exposant les deux temps de recueil des données ICG 1 et 2 accompagnés de leurs moyennes et écart-type ainsi que du pourcentage de résultats positif pour chaque évaluation

DEUIL	Test dépistage ICG 1	26,2 (±17,50) [0-60]
	Tets dépistage ICG 2	19,77 (±14,6) [0-47]
	ICG 1 positifs (%)	66,7
	ICG 2 positifs (%)	30,8

B. Tendance des scores du test de dépistage ICG au cours de l'hospitalisation

Le score de l'ICG a diminué de manière significative au cours de l'hospitalisation des patients. (Tableau 6).

Tableau 6 Comparaison des scores ICG a T1 et T2 au cours de l'hospitalisation Test de Wilcoxon pour échantillons appariés, seuil de significativité p=0,05

Temps de recueil	T1	T2	W	p
<u>Questionnaire ICG</u>	28,3 (±17,46) [0-60]	19,77 (±14,6) [0-47]	55.0	0,006

L'évolution détaillée des résultats de score ICG parmi les 13 patients soumis à deux collectes de données distinctes sont présentés en Figure 2. Une tendance globale à la réduction des scores est perceptible, étant donné que chacun des scores. Le score initial moyen, s'élevant à 28,3 (±17,46) dans une plage de 0 à 60, était initialement au-dessus du seuil pathologique (=25). Le score final moyen s'établit à 19,77 (±14,6) dans une plage de 0 à 47.

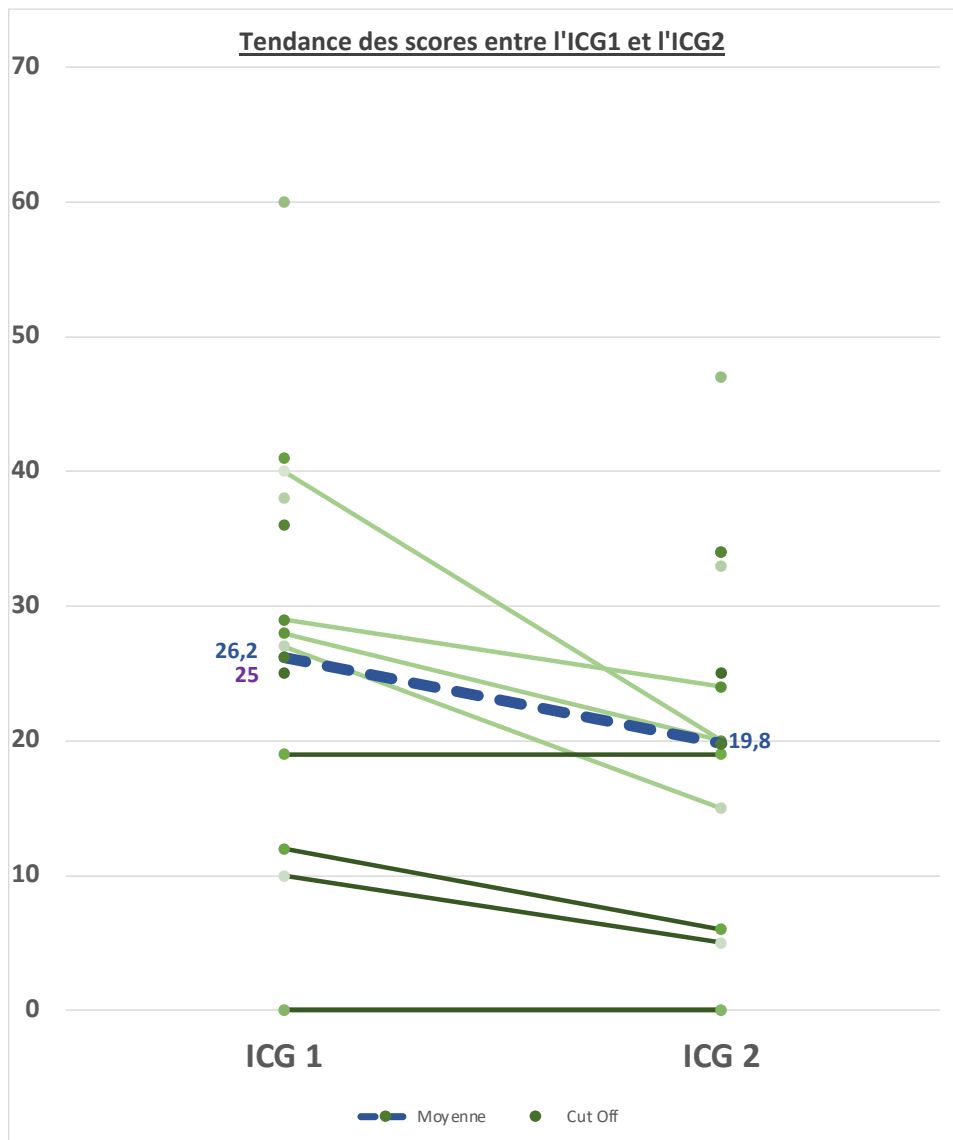


Figure 3 Tendance des scores entre l'ICG 1 et l'ICG 2, de la moyenne entre les deux ainsi que leur position en fonction du cut off (=25)

Il est possible de discerner trois groupes de patients en utilisant un code couleur : en rouge, nous avons 30,8 % (Tableau 5 et Figure 3) des patients qui conservent un score ICG toujours positif à la fin de leur hospitalisation, bien que leur tendance soit à la baisse. En vert clair, 30,8 % des patients qui présentaient initialement un score ICG 1 positif, mais dont les scores se sont normalisés au cours de l'hospitalisation, passant ainsi en dessous du seuil de 25. Enfin, le troisième groupe est composé de 38,5 % des

patients chez qui le score est demeuré en dessous du seuil de coupe de 25, avec une tendance à la baisse

C. Identifier les caractéristiques démographiques, psychopathologiques et addictologiques associé à un probable diagnostic de TDP chez une population hospitalisée pour des TUS sévères.

Pour l'ensemble des paramètres de mesure utilisés, incluant l'âge, l'évaluation de l'échelle HAD, subdivisée en deux catégories (anxiété et dépression), ainsi que les deux moments distincts d'évaluation au cours de l'hospitalisation, en plus de la quantité moyenne d'alcool consommée (exprimée en unités standard d'alcool), nous avons entrepris une comparaison à l'aide du test U de Mann-Whitney pour échantillons indépendants, d'abord pour l'ICG 1 (fin de sevrage) puis pour l'ICG 2 (fin d'hospitalisation).

Les résultats ne révèlent aucune différence significative entre les patients présentant un score ICG + (c'est-à-dire supérieur au seuil pathologique) et ceux ayant un score ICG - en ce qui concerne les caractéristiques cliniques, addictologiques ou psychopathologiques lors de l'évaluation ICG 1 (Tableau 7).

Tableau 7 Test U de Mann-Whitney pour échantillon indépendants entre l'ICG 1 +/- et plusieurs variables démographiques, psychopathologiques et addictologiques

	Test T pour échantillon indépendants ICG 1 +/-		p
Age	U de Mann-Whitney	9,50	0,065
HAD1 Anxiété	U de Mann-Whitney	10,00	1,000
HAD1 Dépression	U de Mann-Whitney	10,00	1,000
HAD2 Anxiété	U de Mann-Whitney	7,00	0,482
HAD2 Dépression	U de Mann-Whitney	8,50	0,729
OH (Unité Std)	U de Mann-Whitney	17,50	0,375

Tableau 8 Caractéristiques démographiques, psychopathologiques et addictologiques associées à l'ICG1

ICG1 +/-	Groupe	Nombre	Moyenne
Age	négatif	5	43,20 (\pm 5,85) [39-54]
	positif	10	50,30 (\pm 8,38) [41-70]
HAD1 Anxiété	négatif	3	11,33 (\pm 4,04) [7-15]
	positif	7	12,00 (\pm 3,70) [6-17]
HAD1 Dépression	négatif	3	9,00 (\pm 3,00) [6-9]
	positif	7	10,29 (\pm 5,74) [4-20]
HAD2 Anxiété	négatif	3	6,67 (\pm 4,16) [2-11]
	positif	7	8,57 (\pm 2,44) [2-10]
HAD2 Dépression	négatif	3	4,00 (\pm 3,61) [0-7]
	positif	7	3,00 (\pm 2,38) [0-7]
OH (Unité Std)	négatif	5	18,40 (\pm 7,92) [10-30]
	positif	10	33,40 (\pm 30,26) [10-96]

La même analyse a été menée pour l'ICG 2, ne mettant là aussi pas en évidence de différence significative (Tableau 9)

Tableau 9 Test U de Mann-Whitney pour échantillon indépendants entre l'ICG 2 +/- et plusieurs variables démographiques, psychopathologiques et addictologiques

	Test T pour échantillon indépendants ICG 2 +/-		p
Age	U de Mann-Whitney	16,00	0,816
HAD1 Anxiété	U de Mann-Whitney	3,50	0,374
HAD1 Dépression	U de Mann-Whitney	6,50	1,000
HAD2 Anxiété	U de Mann-Whitney	5,50	0,764
HAD2 Dépression	U de Mann-Whitney	5,50	0,767
OH (Unité Stdt)	U de Mann-Whitney	9,50	0,203

Tableau 10 Caractéristiques démographiques, psychopathologiques et addictologiques associées à l'ICG2

ICG2 +/-	Groupe	Nombre	Moyenne
Age	négatif	9	48,56 (±10,06) [39-70]
	positif	4	47,75 (±5,38) [41-54]
HAD1 Anxiété	négatif	7	11,86 (±3,02) [7-15]
	positif	2	14,50 (±3,54) [12-17]
HAD1 Dépression	négatif	7	10,43 (±4,65) [6-9]
	positif	2	11,00 (±7,07) [4-20]
HAD2 Anxiété	négatif	7	8,29 (±3,30) [2-11]
	positif	2	8,00 (±2,83) [6-10]
HAD2 Dépression	négatif	7	3,14 (±3,13) [0-7]
	positif	2	4,00 (±1,41) [3-5]
OH (Unité Std)	négatif	9	19,56 (±5,90) [10-30]
	positif	4	53,75 (±42,59) [10-96]

Évaluation d'une possible association entre la présence de comorbidités psychiatriques et le statut à l'ICG 1 et 2

L'exploration d'une éventuelle association entre la présence de comorbidités psychiatriques ou d'antécédents psychiatriques et l'obtention d'un résultat positif à l'Inventory of Complicated Grief (ICG 1 ou ICG 2) a été entreprise au moyen d'un test de Chi 2 d'association. Les résultats ont révélé une tendance à la significativité en ce qui concerne l'ICG 2 (**p=0,071**), cependant, cette tendance n'a pas subsisté après l'application de la correction de Yates pour faibles effectifs (**p=0,235**) (Tableaux 11 et 12).

Tableau 11 Test CHI2 et correction de Yates : corrélation entre comorbidités psychiatriques et ICG 1

TABLE DE CONTINGENCE		ICG 1		Total	CHI2	P	CHI2 (correction Yates)	P (correction Yates)
		Negatif	Positif					
Comorbidités Psychiatriques	-	4	4	8	2,14	0,143	0,84	<u>0,361</u>
	+	1	6	7				
Total		<u>5</u>	<u>10</u>	<u>15</u>				

Tableau 12 Test CHI2 et correction de Yates : corrélation entre comorbidités psychiatriques et ICG 1

TABLE DE CONTINGENCE		ICG 2		Total	CHI2	P	CHI2 (correction Yates)	P (correction Yate)
		Negatif	Positif					
Comorbidités Psychiatriques	-	7	1	8	3,26	0,071	1,41	<u>0,235</u>
	+	2	3	5				
Total		<u>9</u>	<u>4</u>	<u>13</u>				

Évaluation d'une possible association entre les circonstances du décès du proche et les résultats de l'ICG 2.

L'exploration de l'éventuelle association entre les circonstances du décès et l'obtention d'un résultats positif à l'ICG 2 a été entreprise au moyen d'un test du CHI 2 d'association. Les résultats ont révélé un (**p=0,677**) non significatif (Tableau 13). Les deux groupes ont été formé à partir de données recueillies via le test de dépistage ICG. Il existe en effet plusieurs catégories correspondant aux circonstances du décès du proche ; maladie <1mois, maladie >1mois, homicide, suicide, accident ou autre. Les catégories suivantes ont été considérées comme décès survenus de manière brutale ; maladie <1 mois, homicide, suicide et accident. La catégorie maladie >1 mois a été choisi dans le cadre de décès jugés non soudain.

Tableau 13 Test CHI2, corrélation entre circonstances du décès et ICG2

TABLE DE CONTINGENCE		ICG 2	CHI2	P
Décès brutal	ICG -	5	0,174	<u>0,677</u>
	ICG +	2		
Décès maladie >1mois	ICG -	4		
	ICG +	2		

D. Évaluation de la faisabilité et validité de l'exploration et dépistage du TDP à l'aide de l'ICG dans un échantillon spécifique à une population de patient avec un TUS sévère.

L'échantillon de l'étude était composé de 16 patients, seulement 1 sur les 16 a refusé de remplir le questionnaire de dépistage ICG, ce résultat témoigne d'une forte acceptabilité de la part des patients avec 93,75% d'acceptation.

Concernant la faisabilité au sein de service, le questionnaire est constitué de 19 items donc il permet des évaluation courtes, l'échantillon de patient note une bonne compréhension globale du questionnaire ce qui témoigne d'une bonne faisabilité.

VI. DISCUSSION

A. Prévalence et acceptabilité d'un un outil de dépistage tel que l'ICG dans une population addictive souffrant de TUS sévères.

Cette étude a mis en évidence la présence d'un probable TDP chez près d'un patient sur trois de nos patients hospitalisés pour des troubles de l'usage sévères. Il est essentiel de souligner que ces patients n'ont pas été recrutés en fonction de symptômes spécifiques,

mais plutôt en fonction de la présence de l'investigateur au sein du service, l'intérêt ayant été d'observer cette population dans son ensemble afin de pouvoir apprécier au mieux la prévalence du TDP au sein de cette population. La prévalence élevée d'hommes dans l'échantillon (93,3%), témoigne de la forte prévalence d'homme hospitalisés habituellement dans ce service ce qui concorde également avec la forte prévalence d'hommes habituellement hospitalisés en addictologie, qui peut être attribué à la proportion plus élevée d'hommes à risque de développer un trouble de l'usage de l'alcool par rapport aux femmes, comme l'indiquent des études antérieures (Wagner et Anthony, 2007 ; Becker et al., 2016). Cependant, il est important de reconnaître que le nombre limité de patients recrutés constitue une limitation évidente de cette étude. En ce qui concerne les antécédents psychiatriques au sein de l'échantillon, leur prévalence semble être cohérente avec les données de la littérature et semble représenter fidèlement un service d'addictologie principalement dédié aux patients hospitalisés pour des troubles de l'usage de l'alcool. Plusieurs études épidémiologiques ont établi que les troubles liés à la dépendance (DD) sont une attente plutôt qu'une exception : une proportion substantielle de patients souffrant d'un trouble mental à un moment donné de leur vie expérimentera également un trouble lié à la dépendance, et vice versa (Hasin & Grant, 2015; Kessler et al., 1997). Cette prévalence peut varier de 40 à 60 % (vs 46,7 % dans l'étude) en fonction de divers facteurs démographiques et de dyades de troubles spécifiques. Il aurait été intéressant de pouvoir affiner cette recherche en différenciant en plusieurs catégories les antécédents psychiatriques des différents patients, les données ont été récoltées mais l'intérêt à réaliser des tests statistiques sur un si petit échantillon et un nombre proportionnellement grand de diverses antécédents psychiatriques n'avait que très peu d'intérêt, il serait cependant intéressant de réaliser cette exploration sur un échantillon plus conséquent.

L'ensemble de l'échantillon a été admis à l'hôpital en raison d'un trouble sévère lié à l'usage de substances psychoactives et majoritairement à l'alcool. Une évaluation systématique du deuil leur a été proposée, et cette proposition a été largement acceptée par la quasi-totalité de l'échantillon, à l'exception d'un patient qui a présenté une opposition générale aux soins, ce qui reflète une excellente acceptabilité vis-à-vis de cette mesure peu attendue. L'évaluation du deuil a été réalisée à deux moments clés : après la période de sevrage et à la sortie de l'hospitalisation.

Les résultats de la première évaluation (ICG 1) ont révélé une prévalence, probablement précoce, se manifestant par une réponse aiguë, avec un taux de 66,7 % de patients présentant des scores positifs. Ces résultats diffèrent de ceux généralement rapportés dans la littérature. En effet, une étude antérieure menée auprès de 196 patients souffrant de troubles liés à l'usage de substances a révélé une prévalence de 34,2 % (Masferrer et al., 2017). Cependant, les résultats de la deuxième évaluation au sein de notre échantillon ont montré que 30,8 % des patients présentaient toujours des scores supérieurs au seuil de diagnostic (≥ 25), ce qui est en accord avec les résultats précédemment cités.

Une poursuite de cette étude est envisagée dans le but d'élargir l'échantillon de participants, permettant ainsi de poursuivre et d'approfondir les investigations en quête de nouvelles perspectives concernant la co-occurrence de ses deux troubles et une meilleure définition de profil de ces patients.

B. Définir un profil de patient

L'un des objectifs de cette étude était d'identifier un éventuel profil de patient présentant des différences au niveau des variables démographiques, psychopathologiques et addictologiques recueillies au cours de l'étude. Cependant, il a été constaté que les patients classés en tant que ICG+ et ICG- ne présentaient pas de différences

significatives en ce qui concerne leur profil clinique, addictologique et psychopathologique. Cela ne concorde pas avec les caractéristiques spécifiques rapportées dans la littérature, notamment en ce qui concerne des facteurs de risque tels qu'un statut socio-économique plus bas, le genre féminin et un âge avancé (Hu et al., 2015; Kersting et al., 2011; Lundorff et al., 2017; Maccallum & Bryant, 2010; Newson et al., 2011; M. K. Shear et al., 2011; Vanderwerker et al., 2006). De plus, les circonstances entourant le décès de l'individu cher (telles que le suicide, l'accident, la maladie fulgurante en moins d'un mois, la mort naturelle, etc.) ont été examinées, mais aucune différence significative n'a été observée en association avec l'ICG2, ce qui est en contradiction avec certaines recherches antérieures (Eisma et al., 2020; Eisma & Tamminga, 2020; Killikelly et al., 2021).

La présence concomitante de comorbidités psychiatriques a également été explorée, car elle a été associée à un risque accru de développer un TDP dans des études antérieures (Zisook et al. 1985; Zisook & Lyons 1989–1990; Prigerson et al. 2002).

Les profils cognitifs des patients ont été évalué à l'aide du test de dépistage cognitif BEARNI, cependant de nombreuses données étaient manquantes, plusieurs patients de l'échantillon n'ont pas été évalué à l'aide de ce test car les troubles cognitifs jugés manifestent ont indiqué une évaluation neuropsychologique d'emblée. Néanmoins, il convient d'explorer l'association entre la présence de troubles cognitifs spécifiques et la possible manifestation d'un TDP, évalué au moyen du questionnaire ICG.

Pourquoi les résultats de l'étude ne concordent pas avec la littérature ? Il est important de prendre en considération la taille réduite de l'échantillon de patients, un écueil justifié par un taux d'hospitalisation réduit sur la période de recrutement des patients. Il est pertinent dans le cadre de la poursuite de cette étude d'élargir nos données afin de pouvoir évaluer les niveaux socio-économiques de nos patients, le soutien social perçu

(Kim et al., 2008; Smith et al., 2020; Zhou et al., 2022) après la perte de l'être cher, ainsi qu'un meilleur recueil de donnée concernant les profils cognitifs des patients.

Ce travail suggère une prévalence significative d'un trouble du deuil prolongé (TDP) encore insuffisamment défini et diagnostiqué malgré son inclusion récente dans le DSM-5TR et la CIM-11, avec 30,8% de patients présentant un score positif à l'ICG 2, l'utilisation de ce test de dépistage semble légitime au sein d'une population présentant des TUS sévères, et il est important d'en définir une utilisation adaptée aux patients et à leurs troubles ainsi qu'aux fonctionnement des services d'hospitalisation.

C. Utilisation optimale de l'ICG au sein d'un service d'addictologie

L'ICG a été utilisé dans cette étude en tant qu'outil de dépistage pour évaluer le deuil. Il a été utilisé à deux reprises, à des moments distincts, dans le but d'observer l'évolution des scores. Cette approche visait à évaluer l'impact présumé de l'abstinence par rapport à la consommation de substances, ainsi que les effets positifs des soins habituels dispensés au sein d'un service universitaire d'addictologie. Il était également supposé que les scores pourraient être exacerbés après le sevrage, potentiellement en raison d'un état émotionnel laissé à vif en lien avec l'arrêt de la consommation de substances. Cette hypothèse s'appuie sur la théorie selon laquelle la consommation de substances, en tant que mauvaise stratégie d'adaptation, pourrait suspendre le processus de deuil, laissant place à l'initiation du deuil après le sevrage (Caparrós & Masferrer, 2021; Poulichet, s. d.).

L'objectif de ce protocole était double. Tout d'abord, il visait à valider l'utilisation de l'ICG au sein d'une population de patients souffrant de troubles liés à l'usage de substances (TUS). De plus, il cherchait à identifier, dans la mesure du possible, le moment le plus pertinent et faisable dans la pratique usuelle pour évaluer et dépister de manière précise

le possible deuil pour ces patients. Il est essentiel de remarquer la réduction des scores entre les deux évaluations, ce qui va à l'encontre de l'hypothèse initialement posée. Cette observation suscite des interrogations quant à l'impact potentiel de l'hospitalisation complète sur ces résultats.

Compte tenu de la stigmatisation qui touche ces deux groupes de patients et de l'importance du soutien social dans la gestion de ces troubles, (Bonanno et al., 2002; Burke et al., 2010; Ott, 2003; M. s Stroebe et al., 2005; Vanderwerker & Prigerson, 2004), il serait pertinent d'explorer davantage cette question en effectuant une évaluation similaire auprès de patients en sevrage ambulatoire. Cependant, cette approche impliquerait certaines limites liées à la sévérité des TUS des patients identifiés comme un critère de sevrage hospitalier selon la présence ou non de facteurs de gravité, à l'incertitude quant au respect total de l'abstinence lors du sevrage ambulatoire, ainsi qu'à d'éventuels abus de traitements anxiolytiques associés pouvant potentiellement interférer avec les résultats.

La pertinence de l'utilisation de l'ICG au sein de cette population s'explique également car les personnes souffrant d'un TUS sont plus vulnérables que la population générale et présentent souvent des histoires de vie marquées par des événements à potentiel traumatiques et des pertes. À cet égard, différentes études ont rapporté un lien entre la perte d'une personne significative et la consommation de substances (Denny & Lee 1984 ; Martin & Privette 1989 ; Zuckoff et al. 2006).

Il est essentiel de souligner l'importance d'un dépistage systématique du TDP au sein de cette population. Le protocole de dépistage ne reposait pas sur des signaux évidents nécessitant une évaluation, tels que la présence manifeste de symptômes suggérant la présence d'un TDP. Il s'est avéré que certains patients ont obtenu un score positif à l'ICG en l'absence de symptômes manifestent, ce qui suggère des comportements d'évitement vis-à-vis du vécu encore très douloureux du patient. Il est également possible que les

comportements de consommation masquent ou détournent l'attention du professionnel de la santé et du patient par rapport au deuil, ou encore que les consommations servent de mécanisme de défense face à cette douleur.

Cela nous amène à réfléchir aux modalités de prise en charge de la co-occurrence de ces deux troubles, en nous appuyant sur le modèle de pathologie duelle.

D. Modalités de prise en soins

Ces taux élevés d'intrication de ces deux troubles suggèrent que les manifestations de deuil prolongé peuvent jouer un rôle dans l'étiologie des TUS ou vice versa. En effet, aucun des patients de notre échantillon présentait un diagnostic de TDP à son arrivée.

Une limite concerne également le diagnostic de TDP, qui dans notre étude peut seulement être défini comme « probable » à cause de l'échelle de dépistage ICG utilisée. Effectivement, un entretien structuré serait nécessaire pour pouvoir confirmer définitivement le diagnostic.

Casas a décrit « la présence comorbide d'un ou divers troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, chez un même patient, avec apparition de nombreux processus synergiques entre les deux pathologies, qui amène à une modification des symptômes, une diminution de l'effectivité des traitements et à l'aggravation et chronicisation de leur évolution. ». (Benyamina, 2014)

De nombreux travaux dans la littérature ont pu explorer le lien étroit qu'il pouvait y avoir entre le TDP et les TUS, avec plusieurs constats tels qu'une fréquence élevée de TDP dans la population addictive, ayant de manière générale vécu de multiples antécédents de pertes sur le plan personnel précédant et suivant le développement de la dépendance (Furr, Johnson, & Goodall, 2015; Rugani, Maremmani, & Dell, 2011), d'autres études soutiennent la relation étroite existant entre l'abus de substances et le deuil (Zuckoff et

al., 2006), de plus, la probabilité de développer un trouble lié à l'usage de substances est presque doublée chez les jeunes adultes qui connaissent plusieurs décès en une courte période (Gayman, Cislo, & Hansard, 2016). Ayant la notion que le deuil puisse exacerber l'abus de substances, il est essentiel de noter que l'abus de substances peut constituer un facteur de risque à la perturbation de la résolution adaptative du deuil (Stroebe, Folkman, Hansson et Schut, 2006).

Conformément à l'hypothèse théorique de l'automédication, il est probable que les patients cherchent dans les substances psychoactives un moyen de soulager ou d'éviter des émotions négatives que certains mécanismes déficients au sein de cette population ne peuvent pas apaiser. En revanche, une analyse de la théorie de l'apprentissage révèle que les effets de renforcement négatifs immédiats de l'alcool peuvent exercer une influence persuasive sur la formation de conditionnements favorisant une consommation ultérieure d'alcool, dans le but de temporairement atténuer les symptômes du deuil. Cet engrenage pourrait éventuellement conduire au développement de formes plus graves de TUAL.

Il est important de noter que de nombreuses études suggèrent une prévalence significative d'une pathologie duelle associant un trouble dépressif et un TUAL/TUS (Schuckit et al., 1997). Pendant de nombreuses années, le deuil a été considéré comme un trouble de l'adaptation, présentant un tableau clinique similaire à un syndrome anxiodépressif, et il était souvent confondu avec des troubles dépressifs chroniques (M. K. Shear et al., 2011), très souvent dans des populations souffrant de TUS car les substances viennent à masquer ou atténuer les symptômes comme nous avons pu le voir dans la théorie de l'atténuation de la dysphorie. Cependant, des recherches ont révélé que les traitements antidépresseurs n'avaient pas d'effets thérapeutiques sur les symptômes spécifiques du deuil (Bui et al., 2012; M. K. Shear et al., 2016). Par conséquent, il serait envisageable, à la lumière des résultats de la prévalence observée

dans notre échantillon, que de nombreux patients ne souffrirait alors pas de trouble dépressif, mais plutôt d'un TD. Il est bien établi que ces deux troubles présentent des différences significatives, notamment sur le plan neurobiologique. Cela nous amène à considérer les perspectives cliniques de cette pathologie duelle.

E. Perspectives cliniques

Au cours de cette étude observationnelle, nous avons recueilli de nombreuses données, notamment concernant les traitements administrés aux patients de notre échantillon. Notre intention était d'analyser s'il existait des différences significatives entre les patients recevant un traitement à base de Naltrexone et ceux ne recevant pas ce traitement. Cependant, nous avons rencontré plusieurs limitations dans cette analyse.

Tout d'abord, il convient de noter que seuls trois patients de notre échantillon étaient traité par de la Naltrexone au début de l'étude. Cette faible proportion limite la puissance statistique de toute comparaison entre les groupes traités et non traités, rendant difficile la détection de différences significatives, le cas échéant.

De plus, l'observance du traitement par Naltrexone s'est avérée difficile à évaluer de manière fiable, un des trois patients sous Naltrexone a été contraint de quitter précipitamment l'hôpital, ce qui a empêché la réalisation de la deuxième évaluation de l'ICG et enfin d'un point de vu objectif l'exploration au sein d'un échantillon souffrant majoritairement de TUAL est majoritairement associé à un craving de soulagement, hors nous savons que la Naltrexone est majoritairement prescrit dans le cadre d'un craving de récompense ce qui est un frein important et souligne l'intérêt d'un essai thérapeutique qui est actuellement en cours dans le cadre d'une étude randomisée contrôlée par placebo en triple aveugle (Gang et al., 2021) visant à explorer les effets d'un traitement addictologique tel que la Naltrexone chez des patients souffrant d'un TDP, car comme nous pouvons le retrouver dans la littérature, les mécanismes

neurobiologiques du TDP sont à distinguer de ceux des troubles pour lesquels il a été confondu pendant de nombreuses années. Ces études ont mis en évidence une hyperactivation du circuit de la récompense (O'Connor et al., 2008) chez les personnes souffrant d'un TDP soulevant de nombreuses questions face aux perspectives thérapeutique à explorer.

Il demeure de nombreux axes thérapeutiques à envisager en dehors de la pharmacothérapie dans le cadre d'une amélioration de la prise en soins des patients souffrant d'une pathologie duelle associant le TDP et un TUS avec notamment la sensibilisation des équipes et services de santé à la problématique du deuil revêt une importance capitale dans le contexte de l'accompagnement des patients, particulièrement au sein de la population à risque, comme cela a pu être réalisé dans la prévention du TDP au sein de structures éducatives chez des enfants ayant perdu un de leur parents (Heath et al., 2008). Cette sensibilisation est fondamentale en raison des implications significatives que le deuil peut avoir sur la santé mentale et physique des individus concernés.

Le repérage précoce des signes de deuil prolongé, par le biais d'outils tels que l'ICG, est essentiel pour une intervention adéquate. Dans cette optique, il est envisageable de proposer une orientation systématique des patients présentant un ICG2 positif vers une consultation spécialisée. Cette consultation pourrait viser à confirmer ou à infirmer le diagnostic de deuil prolongé, éventuellement par le biais d'une évaluation psychiatrique approfondie et la possibilité d'une orientation vers un groupe de soutien. Dans la mesure du possible, une prise en charge en psychothérapie de type PGDT pourrait également être envisagée selon les résultats de l'évaluation psychiatrique spécialisée. Enfin, la mise en place de consultation spécialisée au sein des services d'addictologie concernant la pathologie duelle associant TDP et TUS demeure une solution très pertinente dans le cadre d'une prise en soins intégrée de ces troubles.

VII. Conclusion

En conclusion, cette étude a révélé la prévalence probable d'un TDP chez près d'un tiers des patients hospitalisés pour des troubles de l'usage sévères à distance des consommations et du sevrage. L'objectif était d'explorer cette population de manière exhaustive afin de mieux comprendre la prévalence du TDP au sein d'une population en addictologie.

L'ICG semble être un outil de dépistage montrant une bonne faisabilité et acceptabilité au sein de cette population, et il convient de le proposer à distance des consommations et du sevrage en substances afin d'évaluer le plus correctement possible les symptômes du deuil chez ces patients.

L'étude suggère que le deuil prolongé est sous-diagnostiqué chez les patients atteints de troubles liés à l'usage de substances. Cette recherche souligne la nécessité d'une prise en charge plus ciblée et intégrée pour les patients souffrant de la co-occurrence du TDP et des TUS. Il est essentiel de sensibiliser les équipes de santé à cette problématique et de proposer des orientations spécifiques pour ces patients, notamment vers des consultations spécialisées et des thérapies adaptées.

En somme, cette étude apporte des contributions importantes à la compréhension de la co-occurrence du TDP et des troubles liés à l'usage de substances, mettant en évidence la nécessité d'une approche holistique pour améliorer la prise en charge de cette population spécifique.

Bibliographie

- Al-Gamal, E., Saeed, S. B., Victor, A., & Long, T. (2019). Prolonged Grief Disorder and Its Relationship With Perceived Social Support and Depression Among University Students. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(2), 44- 51. <https://doi.org/10.3928/02793695-20181023-03>
- Arvers, P. (2005). Alcohol drinking and alcohol-related problems in France. *Trastornos Adictivos*, 7, 59- 68. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(05\)74510-4](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(05)74510-4)
- Atzil, S., Touroutoglou, A., Rudy, T., Salcedo, S., Feldman, R., Hooker, J. M., Dickerson, B. C., Catana, C., & Barrett, L. F. (2017). Dopamine in the medial amygdala network mediates human bonding. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(9), 2361- 2366. <https://doi.org/10.1073/pnas.1612233114>
- Auriacombe, M., Fatséas, M., Daulouède, J.-P., & Tignol, J. (2018). Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : Une perspective simplifiée et opérationnelle. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 176(8), 746- 749. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.08.014>
- Avena, N. M., Rada, P., & Hoebel, B. G. (2008). Evidence for sugar addiction : Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(1), 20- 39. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.04.019>
- Ben-Cheikh, I., Rachédi, L., & Rousseau, C. (2020). Deuil compliqué selon les cultures : Défis diagnostiques et limites des classifications internationales. *Frontières*, 32(1). <https://doi.org/10.7202/1072750ar>
- Ben-Ezra, M., Hyland, P., Karatzias, T., Maercker, A., Hamama-Raz, Y., Lavenda, O., Mahat-Shamir, M., & Shevlin, M. (2020). A cross-country psychiatric screening of ICD-11 disorders specifically associated with stress in Kenya, Nigeria and Ghana. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1720972. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1720972>
- Bennett, S., & Petrash, P. (2014). The Neurobiology of Substance Use Disorders : Information for Assessment and Clinical Treatment. *Smith College Studies in Social Work*, 84(2- 3), 273- 291. <https://doi.org/10.1080/00377317.2014.923629>
- Benyamina, A. (2014). *Addictions et comorbidités*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.cpnfl.2014.01>

- Beroud, J., Ferry, M., Henzen, A., & Sentissi, O. (2014). *Deuil, évolution conceptuelle et nouvelles définitions*. 4.
- Bethune Scroggs, L., Goodwin, L. R., & McDougal, J. J. W. (2022). Co-Occurring Substance Use Disorders and Grief during Recovery. *Substance Use & Misuse*, 57(3), 418- 424. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.2019771>
- Boelen, P. A., Bout, J., & de Keijser, J. (2003). Traumatic Grief as a Disorder Distinct From Bereavement-Related Depression and Anxiety: A Replication Study With Bereaved Mental Health Care Patients. *The American journal of psychiatry*, 160, 1339- 1341. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1339>
- Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression in recently bereaved people : Symptom profiles, predictive value, and cognitive behavioural correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(6), 765- 777. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01776-w>
- Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2006). A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109- 128. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (s. d.). *Toward an Integrative Perspective on Bereavement*.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D., & Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief : A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150- 1164. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.83.5.1150>
- Bottomley, J. S., Feigelman, W. T., & Rheingold, A. A. (2022). Exploring the mental health correlates of overdose loss. *Stress and Health*, 38(2), 350- 363. <https://doi.org/10.1002/smi.3092>
- Bowlby, J. (1999). *Attachment and loss* (2nd ed). Basic Books.
- Brady, K. T., Haynes, L. F., Hartwell, K. J., & Killeen, T. K. (2013). Substance Use Disorders and Anxiety : A Treatment Challenge for Social Workers. *Social work in public health*, 28(0), 407- 423. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774675>
- Braun, K. L., & Nichols, R. (1997). Death and dying in four Asian American cultures : A descriptive study. *Death Studies*, 21(4), 327- 359. <https://doi.org/10.1080/074811897201877>

- Brent, D. A., Greenhill, L. L., Compton, S., Emslie, G., Wells, K., Walkup, J. T., Vitiello, B., Bukstein, O., Stanley, B., Posner, K., Kennard, B. D., Cwik, M. F., Wagner, A., Coffey, B., March, J. S., Riddle, M., Goldstein, T., Curry, J., Barnett, S., ... Turner, J. B. (2009). The Treatment of Adolescent Suicide Attempters study (TASA): Predictors of suicidal events in an open treatment trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *48*(10), 987- 996. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbe4>
- Bryant, R. A. (2012). Grief as a psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *201*(1), 9- 10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.102889>
- Bui, E., Hellberg, S. N., Hoepfner, S. S., Rosencrans, P., Young, A., Ross, R. A., Hoge, E., & Simon, N. M. (2019). Circulating levels of oxytocin may be elevated in complicated grief : A pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1), 1646603. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1646603>
- Bui, E., Horenstein, A., Shah, R., Skritskaya, N. A., Mauro, C., Wang, Y., Duan, N., Reynolds, C. F., Zisook, S., Shear, M. K., & Simon, N. M. (2015). Grief-Related Panic Symptoms in Complicated Grief. *Journal of affective disorders*, *170*, 213- 216. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.028>
- Bui, E., Nadal-Vicens, M., & M. Simon, N. (2012). Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: Rationale and a brief review of the literature. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *14*(2), 149- 157. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/ebui>
- Bui, E., & Okereke, O. (2018). From Bereavement to Grief to Cognitive Decline : A Call for Novel Treatment and Prevention Approaches. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *26*(4), 461- 462. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.01.006>
- Burke, M., Marlow, C., & Lento, T. (2010). Social network activity and social well-being. *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, 1909- 1912. <https://doi.org/10.1145/1753326.1753613>
- Caparrós, B., & Masferrer, L. (2021). Coping Strategies and Complicated Grief in a Substance Use Disorder Sample. *Frontiers in Psychology*, *11*, 624065. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.624065>
- Carmassi, C., Shear, M. K., Massimetti, G., Wall, M., Mauro, C., Gemignani, S., Conversano, C., & Dell'Osso, L. (2014). Validation of the Italian version Inventory

- of Complicated Grief (ICG): A study comparing CG patients versus bipolar disorder, PTSD and healthy controls. *Comprehensive Psychiatry*, 55(5), 1322- 1329. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.03.001>
- Cavicchioli, M., Vassena, G., Movalli, M., & Maffei, C. (2018). Addictive behaviors in alcohol use disorder: Dysregulation of reward processing systems and maladaptive coping strategies. *Journal of Addictive Diseases*, 37(3- 4), 173- 184. <https://doi.org/10.1080/10550887.2019.1643211>
- Cerea, S., Bottesi, G., Grisham, J. R., Vieno, A., & Ghisi, M. (2017). Dispositional and situational coping among individuals with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 80, 79- 87. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.07.004>
- Cherblanc, J., Gagnon, C., Côté, I., Bergeron-Leclerc, C., Cadell, S., Gauthier, G., & Boelen, P. A. (2023). French-Canadian validation of the Traumatic Grief Inventory-Self Report (TGI-SR). *Death Studies*, 47(4), 430- 439. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2085347>
- Chukwuorji, J. C., Ifeagwazi, C. M., & Eze, J. E. (2018). Prolonged grief disorder symptoms in bereaved internally displaced Tiv persons in Nigeria : Associations with rumination, rebirth concerns and gender. *Mental Health, Religion & Culture*, 21(6), 549- 563. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1505838>
- Compton, W. M., Cottler, L. B., Jacobs, J. L., Ben-Abdallah, A., & Spitznagel, E. L. (2003). The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *The American Journal of Psychiatry*, 160(5), 890- 895. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.5.890>
- Comtesse, H., Ertl, V., Hengst, S. M. C., Rosner, R., & Smid, G. E. (2021). Ecological Grief as a Response to Environmental Change : A Mental Health Risk or Functional Response? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 734. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020734>
- Conway, K. P., Compton, W., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders : Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(2), 247- 257. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0211>

- Cridland, E. K., Deane, F. P., Hsu, C.-I., & Kelly, P. J. (2012). A comparison of treatment outcomes for individuals with substance use disorder alone and individuals with probable dual diagnosis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *10*(5), 670- 683. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9364-z>
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., & Chou, P. S. (2006). Maturing out of alcohol dependence : The impact of transitional life events. *Journal of Studies on Alcohol*, *67*(2), 195- 203. <https://doi.org/10.15288/jsa.2006.67.195>
- Demarchi, L., Pawluski, J. L., & Bosch, O. J. (2021). The brain oxytocin and corticotropin-releasing factor systems in grieving mothers : What we know and what we need to learn. *Peptides*, *143*, 170593. <https://doi.org/10.1016/j.peptides.2021.170593>
- Denny, G. M., & Lee, L. J. (1984). Grief work with substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *1*(4), 249- 254. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(84\)90003-5](https://doi.org/10.1016/0740-5472(84)90003-5)
- Djelantik, A. A. A. M. J., Aryani, P., Boelen, P. A., Lesmana, C. B. J., & Kleber, R. J. (2021). Prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression following traffic accidents among bereaved Balinese family members : Prevalence, latent classes and cultural correlates. *Journal of Affective Disorders*, *292*, 773- 781. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.085>
- Djelantik, A. A. A. M. J., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses : Systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, *265*, 146- 156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- Doering, B. K., Barke, A., Vogel, A., Comtesse, H., & Rosner, R. (2022). Predictors of Prolonged Grief Disorder in a German Representative Population Sample : Unexpectedness of Bereavement Contributes to Grief Severity and Prolonged Grief Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 853698. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.853698>
- Doering, B. K., & Eisma, M. C. (2016). Treatment for complicated grief: State of the science and ways forward. *Current Opinion in Psychiatry*, *29*(5), 286- 291. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000263>
- Drake, R. E., Wallach, M. A., & McGovern, M. P. (2005). Special Section on Relapse Prevention : Future Directions in Preventing Relapse to Substance Abuse Among

- Clients With Severe Mental Illnesses. *Psychiatric Services*, 56(10), 1297- 1302.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.10.1297>
- Dwyer-Lindgren, L., Bertozzi-Villa, A., Stubbs, R. W., Morozoff, C., Shirude, S., Unützer, J., Naghavi, M., Mokdad, A. H., & Murray, C. J. L. (2018). Trends and Patterns of Geographic Variation in Mortality From Substance Use Disorders and Intentional Injuries Among US Counties, 1980-2014. *JAMA*, 319(10), 1013- 1023.
<https://doi.org/10.1001/jama.2018.0900>
- Eisma, M. C. (2023). Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR : Challenges and controversies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(7), 944- 951.
<https://doi.org/10.1177/00048674231154206>
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>
- Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2020). Grief Before and During the COVID-19 Pandemic : Multiple Group Comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(6), e1- e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004>
- Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2016). Drug Addiction : Updating Actions to Habits to Compulsions Ten Years On. *Annual Review of Psychology*, 67(1), 23- 50.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033457>
- Feigelman, W., Jordan, J. R., & Gorman, B. S. (2011). Parental Grief after a Child'S Drug Death Compared to other Death Causes : Investigating a Greatly Neglected Bereavement Population. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 63(4), 291- 316.
<https://doi.org/10.2190/OM.63.4.a>
- Feldman, R., Weller, A., Zagoory-Sharon, O., & Levine, A. (2007). Evidence for a Neuroendocrinological Foundation of Human Affiliation : Plasma Oxytocin Levels Across Pregnancy and the Postpartum Period Predict Mother-Infant Bonding. *Psychological Science*, 18(11), 965- 970. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.02010.x>
- Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M., & Verdejo-García, A. (2011). What are the specific vs. Generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 377- 406.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.04.008>

- Freud, S. (2004). Deuil et mélancolie. Extrait de Métapsychologie. *Sociétés*, 86(4), 7- 19. <https://doi.org/10.3917/soc.086.0007>
- Furr, S. R., Johnson, W. D., & Goodall, C. S. (2015). Grief and recovery : The prevalence of grief and loss in substance abuse treatment. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 36(1), 43- 56. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1874.2015.00034.x>
- Galatzer-Levy, I. R., & Bonanno, G. A. (2012). Beyond normality in the study of bereavement: Heterogeneity in depression outcomes following loss in older adults. *Social Science & Medicine*, 74(12), 1987- 1994. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.022>
- Gamba-Collazos, H. A., & Navia Arroyo, C. E. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en Población Colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 15. <https://doi.org/10.15446/rcp.v26n1.51205>
- Gang, J., Kocsis, J., Avery, J., Maciejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2021). Naltrexone treatment for prolonged grief disorder : Study protocol for a randomized, triple-blinded, placebo-controlled trial. *Trials*, 22(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05044-8>
- Gayman, M. D., Cislo, A. M., & Hansard, S. (2016). Time-clustered Deaths and Substance Use Disorder among Young Adults. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 32(1), 2- 11. <https://doi.org/10.1002/smi.2569>
- Glickman, K. (2021). Prolonged Grief Disorder in a Diverse College Student Sample. *Frontiers in Psychology*, 11, 604573. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.604573>
- Goldstein, R. D., Lederman, R. I., Lichtenthal, W. G., Morris, S. E., Human, M., Elliott, A. J., Tobacco, D., Angal, J., Odendaal, H., Kinney, H. C., Prigerson, H. G., & for the PASS Network. (2018). The Grief of Mothers After the Sudden Unexpected Death of Their Infants. *Pediatrics*, 141(5), e20173651. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3651>
- Grafiadeli, R., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2022). Loss-Related Characteristics and Symptoms of Depression, Prolonged Grief, and Posttraumatic Stress Following Suicide Bereavement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), Article 16. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610277>

- Grimby, A., & Johansson, A. K. (2009). Factors Related to Alcohol and Drug Consumption in Swedish Widows. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 26(1), 8- 12. <https://doi.org/10.1177/1049909107310140>
- Han, D. H., Lee, J. J., Moon, D.-S., Cha, M.-J., Kim, M. A., Min, S., Yang, J. H., Lee, E. J., Yoo, S. K., & Chung, U.-S. (2016). Korean Version of Inventory of Complicated Grief Scale : Psychometric Properties in Korean Adolescents. *Journal of Korean Medical Science*, 31(1), 114- 119. <https://doi.org/10.3346/jkms.2016.31.1.114>
- Hargrave, P., Leathem, J., & Long, N. (2012). Peritraumatic distress : Its relationship to posttraumatic stress and complicated grief symptoms in sudden death survivors. *Journal of traumatic stress*, 25, 344- 347. <https://doi.org/10.1002/jts.21703>
- Harper, M., O'Connor, R. C., & O'Carroll, R. E. (2014). Factors associated with grief and depression following the loss of a child : A multivariate analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 19(3), 247- 252. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.811274>
- Hashimoto, K., Kurita, H., Haratani, T., Fujii, K., & Ishibashi, T. (1999). Direct and buffering effects of social support on depressive symptoms of the elderly with home help. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53(1), 95- 100. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.1999.00478.x>
- Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2015). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2 : Review and summary of findings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(11), 1609- 1640. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1088-0>
- Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., Compton, W. M., Crowley, T., Ling, W., Petry, N. M., Schuckit, M., & Grant, B. F. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders : Recommendations and rationale. *The American Journal of Psychiatry*, 170(8), 834- 851. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12060782>
- Hays, J. C., & Hendrix, C. C. (2008). The role of religion in bereavement. In *Handbook of bereavement research and practice : Advances in theory and intervention* (p. 327- 348). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14498-016>

- He, L., Tang, S., Yu, W., Xu, W., Xie, Q., & Wang, J. (2014). The prevalence, comorbidity and risks of prolonged grief disorder among bereaved Chinese adults. *Psychiatry Research*, 219(2), 347- 352. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.022>
- Heath, M. A., Leavy, D., Hansen, K., Ryan, K., Lawrence, L., & Gerritsen Sonntag, A. (2008). Coping With Grief: Guidelines and Resources for Assisting Children. *Intervention in School and Clinic*, 43(5), 259- 269. <https://doi.org/10.1177/1053451208314493>
- Hebebrand, J., Albayrak, Ö., Adan, R., Antel, J., Dieguez, C., de Jong, J., Leng, G., Menzies, J., Mercer, J. G., Murphy, M., van der Plasse, G., & Dickson, S. L. (2014). « Eating addiction », rather than « food addiction », better captures addictive-like eating behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 47, 295- 306. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.08.016>
- Hedegaard, H. (2018). *Drug Overdose Deaths in the United States, 1999–2017*. 329.
- Hensley, P. L., Slonimski, C. K., Uhlenhuth, E. H., & Clayton, P. J. (2009). Escitalopram : An open-label study of bereavement-related depression and grief. *Journal of Affective Disorders*, 113(1- 2), 142- 149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.05.016>
- Hilberdink, C. E., Ghainder, K., Dubanchet, A., Hinton, D., Djelantik, A. A. A. M. J., Hall, B. J., & Bui, E. (2023). Bereavement Issues and Prolonged Grief Disorder : A Global Perspective. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 1- 37. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.28>
- Høeg, B. L., Appel, C. W., von Heymann-Horan, A. B., Frederiksen, K., Johansen, C., Bøge, P., Dencker, A., Dyregrov, A., Mathiesen, B. B., & Bidstrup, P. E. (2017). Maladaptive coping in adults who have experienced early parental loss and grief counseling. *Journal of Health Psychology*, 22(14), 1851- 1861. <https://doi.org/10.1177/1359105316638550>
- Hollander, T. (2016). Ambiguous Loss and Complicated Grief : Understanding the Grief of Parents of the Disappeared in Northern Uganda. *Journal of Family Theory & Review*, 8(3), 294- 307. <https://doi.org/10.1111/jftr.12153>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213- 218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)

- Hu, X.-L., Li, X.-L., Dou, X.-M., & Li, R. (2015). Factors Related to Complicated Grief among Bereaved Individuals after the Wenchuan Earthquake in China. *Chinese Medical Journal*, *128*(11), 1438- 1443. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.157647>
- Huang, F., Hsu, A., Chao, Y., Shang, C. M., Tsai, J., & Wu, C. W. (2020). Mindfulness-based cognitive therapy on bereavement grief: Alterations of resting-state network connectivity associate with changes of anxiety and mindfulness. *Human Brain Mapping*, *42*(2), 510- 520. <https://doi.org/10.1002/hbm.25240>
- Iglewicz, A., Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N., Lebowitz, B., & Zisook, S. (2020). Complicated grief therapy for clinicians : An evidence-based protocol for mental health practice. *Depression and Anxiety*, *37*(1), 90- 98. <https://doi.org/10.1002/da.22965>
- Iii, C. F. R., Frank, E., & Mazumdar, S. (1999). Treatment of Bereavement-Related Major Depressive Episodes in Later Life : A Controlled Study of Acute and Continuation Treatment With Nortriptyline and Interpersonal Psychotherapy. *Am J Psychiatry*.
- Inagaki, T. K. (2018). Opioids and Social Connection. *Current Directions in Psychological Science*, *27*(2), 85- 90. <https://doi.org/10.1177/0963721417735531>
- Insel, T. R. (2003). Is social attachment an addictive disorder? *Physiology & Behavior*, *79*(3), 351- 357. [https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(03\)00148-3](https://doi.org/10.1016/S0031-9384(03)00148-3)
- Ito, J., Fujiwara, T., Monden, Y., Yamagata, T., & Ohira, H. (2017). Association of Oxytocin and Parental Prefrontal Activation during Reunion with Infant: A Functional Near-Infrared Spectroscopy Study. *Frontiers in Pediatrics*, *5*, 271. <https://doi.org/10.3389/fped.2017.00271>
- Jacobs, S., Mazure, C., & Prigerson, H. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies*, *24*(3), 185- 199. <https://doi.org/10.1080/074811800200531>
- Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder : Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, *45*(3), 180- 187. <https://doi.org/10.1037/a0036836>
- Kakarala, S. E., Roberts, K. E., Rogers, M., Coats, T., Falzarano, F., Gang, J., Chilov, M., Avery, J., Maciejewski, P. K., Lichtenthal, W. G., & Prigerson, H. G. (2020). The neurobiological reward system in Prolonged Grief Disorder (PGD): A systematic review. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *303*, 111135. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2020.111135>

- Kaplow, J. B., Saunders, J., Angold, A., & Costello, E. J. (2010). Psychiatric symptoms in bereaved versus nonbereaved youth and young adults: A longitudinal epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*(11), 1145- 1154. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.004>
- Karila, L., & Benyamina, A. (2019). [Addictions]. *Revue Des Maladies Respiratoires*, *36*(2), 233- 240. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2018.12.001>
- Kentish-Barnes, N., Chaize, M., Seegers, V., Legriel, S., Cariou, A., Jaber, S., Lefrant, J.-Y., Floccard, B., Renault, A., Vinatier, I., Mathonnet, A., Reuter, D., Guisset, O., Cohen-Solal, Z., Cracco, C., Seguin, A., Durand-Gasselino, J., Éon, B., Thirion, M., ... Azoulay, É. (2015). Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *The European Respiratory Journal*, *45*(5), 1341- 1352. <https://doi.org/10.1183/09031936.00160014>
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, *131*(1- 3), 339- 343. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *54*(4), 313- 321. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160031005>
- Keyes, K. M., Pratt, C., Galea, S., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., & Shear, M. K. (2014). The Burden of Loss : Unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *The American journal of psychiatry*, *171*(8), 864- 871. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13081132>
- Killikelly, C., Bauer, S., & Maercker, A. (2018). The Assessment of Grief in Refugees and Post-conflict Survivors : A Narrative Review of Etic and Emic Research. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1957. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01957>
- Killikelly, C., Lorenz, L., Bauer, S., Mahat-Shamir, M., Ben-Ezra, M., & Maercker, A. (2019). Prolonged grief disorder : Its co-occurrence with adjustment disorder and post-traumatic stress disorder in a bereaved Israeli general-population sample. *Journal of Affective Disorders*, *249*, 307- 314. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.014>

- Killikelly, C., Smid, G. E., Wagner, B., & Boelen, P. A. (2021). Responding to the new International Classification of Diseases-11 prolonged grief disorder during the COVID-19 pandemic : A new bereavement network and three-tiered model of care. *Public Health*, 191, 85- 90. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.10.034>
- Kim, H. S., Sherman, D. K., & Taylor, S. E. (2008). Culture and social support. *American Psychologist*, 63(6), 518- 526. <https://doi.org/10.1037/0003-066X>
- Klass, D. (2014). Grief, Consolation, and Religions : A Conceptual Framework. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 69(1), 1- 18. <https://doi.org/10.2190/OM.69.1.a>
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858- 866.
- Koob, G. F. (2009). Brain stress systems in the amygdala and addiction. *Brain Research*, 1293, 61- 75. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2009.03.038>
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2008). Addiction and the Brain Antireward System. *Annual Review of Psychology*, 59(1), 29- 53. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093548>
- Koob, G. F., & Moal, M. L. (1997). Drug Abuse : Hedonic Homeostatic Dysregulation. *Science*, 278(5335), 52- 58. <https://doi.org/10.1126/science.278.5335.52>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217- 238. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction : A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760- 773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
- Lang, J.-P., Bonnewitz, M.-L., Kusterer, M., & Lalanne-Tongio, L. (2014). Usage d'alcool chez les patients souffrant de troubles psychiatriques : Quelles évaluations? Quelle prise en soin? [Alcohol consumption in patients with psychiatric disorders: Assessment and treatment.]. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 40(4), 301- 307. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.07.008>
- Latham, A. E., & Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and Bereavement : Complicated Grief as Psychiatric Disorder Presenting Greatest Risk for Suicidality. *Suicide and*

- Life-Threatening Behavior*, 34(4), 350- 362.
<https://doi.org/10.1521/suli.34.4.350.53737>
- Liang, H., Olsen, J., Cnattingus, S., Vestergaard, M., Obel, C., Gissler, M., Sørensen, M. J., & Li, J. (2013). Risk of substance use disorders following prenatal or postnatal exposure to bereavement. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1- 2), 277- 282.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.015>
- Liang, L., Gao, T., Ren, H., Cao, R., Qin, Z., Hu, Y., Li, C., & Mei, S. (2020). Post-traumatic stress disorder and psychological distress in Chinese youths following the COVID-19 emergency. *Journal of Health Psychology*, 25(9), 1164- 1175.
<https://doi.org/10.1177/1359105320937057>
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., & Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24(6), 637- 662. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.002>
- Lifshitz, R., Ifrah, K., Markovitz, N., Bluvstein, I., & Shmotkin, D. (2022). Inventory of complicated grief: Factor structure among middle-aged and older bereaved parents. *Death Studies*, 46(1), 200- 207.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1725931>
- Liljeroos, M., Krevers, B., & Milberg, A. (2022). Family members' long-term grief management: A prospective study of factors during ongoing palliative care and bereavement. *Palliative & Supportive Care*, 1- 12.
<https://doi.org/10.1017/S1478951522001687>
- Linde, K., Treml, J., Steinig, J., Nagl, M., & Kersting, A. (2017). Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. *PLOS ONE*, 12(6), e0179496.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179496>
- Lindemann, E. (1991). Symptomatology and Management of Acute Grief. *Illness, Crisis & Loss*, 1(2), 30- 38. <https://doi.org/10.2190/IL1.2.f>
- Lobb, E., Kristjanson, L., Aoun, S., Monterosso, L., Halkett, G., & Davies, A. (2010). Predictors of Complicated Grief: A Systematic Review of Empirical Studies. *Death Studies*, 34, 673- 698. <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686>
- Ludwikowska-Świeboda, K., & Lachowska, B. (2019). Polish version of the Inventory of Complicated Grief—Preliminary validation. *Psychiatria Polska*, 53(5), 1069- 1086.
<https://doi.org/10.12740/PP/91729>

- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138- 149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Lüscher, C., & Malenka, R. C. (2011). Drug-Evoked Synaptic Plasticity in Addiction : From Molecular Changes to Circuit Remodeling. *Neuron*, 69(4), 650- 663. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2011.01.017>
- Lysell, H., Dahlin, M., Långström, N., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2016). Killing the Mother of One's Child : Psychiatric Risk Factors Among Male Perpetrators and Offspring Health Consequences. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(3), 10135. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09564>
- Maccallum, F., & Bryant, R. A. (2010). Attentional bias in complicated grief. *Journal of Affective Disorders*, 125(1- 3), 316- 322. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.070>
- Maccallum, F., Galatzer-Levy, I. R., & Bonanno, G. A. (2015). Trajectories of depression following spousal and child bereavement : A comparison of the heterogeneity in outcomes. *Journal of Psychiatric Research*, 69, 72- 79. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.07.017>
- Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2016). "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity : An analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*, 15(3), 266- 275. <https://doi.org/10.1002/wps.20348>
- Maremmani, A. G. I., Dell'Osso, L., Pacini, M., Popovic, D., Rovai, L., Torrens, M., Perugi, G., & Maremmani, I. (2011). Dual diagnosis and chronology of illness in treatment-seeking Italian patients dependent on heroin. *Journal of Addictive Diseases*, 30(2), 123- 135. <https://doi.org/10.1080/10550887.2011.554779>
- Masferrer, L., Garre-Olmo, J., & Caparrós, B. (2017). Is complicated grief a risk factor for substance use? A comparison of substance-users and normative grievers. *Addiction Research & Theory*, 25(5), 361- 367. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1285912>
- Masferrer, L., Mancini, A. D., & Caparrós, B. (2020). Understanding the Relationship Between Complicated Grief Symptoms and Patterns of Personality Disorders in a

- Substance Users' Sample: A Network Analysis Approach. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.566785>
- Mason, T. M., Tofthagen, C. S., & Buck, H. G. (2020). Complicated Grief: Risk Factors, Protective Factors, and Interventions. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 16(2), 151- 174. <https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726>
- Mayland, C. R., Harding, A. J. E., Preston, N., & Payne, S. (2020). Supporting Adults Bereaved Through COVID-19: A Rapid Review of the Impact of Previous Pandemics on Grief and Bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e33- e39. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.012>
- McKee, S. A. (2017). Concurrent substance use disorders and mental illness : Bridging the gap between research and treatment. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 58(1), 50- 57. <https://doi.org/10.1037/cap0000093>
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Crisis*, 25(1), 12- 18. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.1.12>
- Moore, M. M., Cerel, J., & Jobes, D. A. (2015). Fruits of trauma? Posttraumatic growth among suicide-bereaved parents. *Crisis*, 36(4), 241- 248. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000318>
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (2006). Participation in Treatment and Alcoholics Anonymous : A 16-Year Follow-Up of Initially Untreated Individuals. *Journal of clinical psychology*, 62(6), 735- 750. <https://doi.org/10.1002/jclp.20259>
- Morina, N. (2011). Rumination and Avoidance as Predictors of Prolonged Grief, Depression, and Posttraumatic Stress in Female Widowed Survivors of War. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 199(12), 921- 927. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182392aae>
- Mura, P., Underner, M., & Brunet, B. (2020). [Cannabis : Similarities and differences with tobacco]. *Revue Des Maladies Respiratoires*, 37(6), 479- 487. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2020.04.002>
- Mutabaruka, J., Séjourné, N., Bui, E., Birmes, P., & Chabrol, H. (2012). Traumatic Grief and Traumatic Stress in Survivors 12 Years after the Genocide in Rwanda :

- Traumatic Stress and Grief after the Genocide in Rwanda. *Stress and Health*, 28(4), 289- 296. <https://doi.org/10.1002/smi.1429>
- Nakajima, S. (2018). Complicated grief : Recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170273. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0273>
- Nestler, E. J. (2005). Is there a common molecular pathway for addiction? *Nature Neuroscience*, 8(11), 1445- 1449. <https://doi.org/10.1038/nn1578>
- Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 132(1- 2), 231- 238. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.021>
- Nickerson, A., Liddell, B. J., Maccallum, F., Steel, Z., Silove, D., & Bryant, R. A. (2014). Posttraumatic stress disorder and prolonged grief in refugees exposed to trauma and loss. *BMC Psychiatry*, 14(1), 106. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-106>
- O'Connor, M.-F., Wellisch, D. K., Stanton, A. L., Eisenberger, N. I., Irwin, M. R., & Lieberman, M. D. (2008). Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *NeuroImage*, 42(2), 969- 972. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2008.04.256>
- Ott, C. H. (2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies*, 27(3), 249- 272. <https://doi.org/10.1080/07481180302887>
- Pani, P. P., Maremmi, I., Trogu, E., Gessa, G. L., Ruiz, P., & Akiskal, H. S. (2010). Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions : Should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included? *Journal of Affective Disorders*, 122(3), 185- 197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.012>
- Panksepp, J., Knutson, B., & Burgdorf, J. (2002). The role of brain emotional systems in addictions : A neuro-evolutionary perspective and new 'self-report' animal model: Role of brain emotional systems in addictions. *Addiction*, 97(4), 459- 469. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00025.x>
- Parisi, A., Sharma, A., Howard, M. O., & Blank Wilson, A. (2019). The relationship between substance misuse and complicated grief : A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 103, 43- 57. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.05.012>

- Pfefferbaum, B., & Doughty, D. E. (2001). Increased alcohol use in a treatment sample of Oklahoma City bombing victims. *Psychiatry*, 64(4), 296- 303. <https://doi.org/10.1521/psyc.64.4.296.18598>
- Pilling, J., Konkoly Thege, B., Demetrovics, Z., & Kopp, M. S. (2012). Alcohol use in the first three years of bereavement: A national representative survey. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-3>
- Poulichet, L. (s. d.). *Le Poulichet (S) : —Toxicomanies et psychanalyse. Les narcoses du désir. Paris Presse Universitaires de France 1984.*
- Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM- 5- TR criteria for prolonged grief disorder and the PG- 13- Revised (PG- 13- R) scale. *World Psychiatry*, 20(1), 96- 106. <https://doi.org/10.1002/wps.20823>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged Grief Disorder : Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief : A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1- 2), 65- 79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Ramoz, N., & Gorwood, P. (2015). Les addictions sous l'angle de la génétique. *médecine/sciences*, 31(4), 432- 438. <https://doi.org/10.1051/medsci/20153104018>
- Range, L. M., & Calhoun, L. G. (1990). Responses following Suicide and Other Types of Death : The Perspective of the Bereaved. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 21(4), 311- 320. <https://doi.org/10.2190/LLE5-7QNT-7M59-GURY>
- Revet, A., Suc, A., Auriol, F., Djelantik, A. A. A. M. J., Raynaud, J.-P., & Bui, E. (2021). Peritraumatic distress predicts prolonged grief disorder symptom severity after the death of a parent in children and adolescents. *European Journal of*

- Richardson, V. E. (2014). Grief in Older Adulthood. In T. P. Gullotta & M. Bloom (Éds.), *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion* (p. 1997- 2006). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5999-6_292
- Ritz, L., Lannuzel, C., Boudehent, C., Vabret, F., Bordas, N., Segobin, S., Eustache, F., Pitel, A.-L., & Beaunieux, H. (2015). Validation of a brief screening tool for alcohol-related neuropsychological impairments. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 39(11), 2249- 2260. <https://doi.org/10.1111/acer.12888>
- Romano, H. (2020). Les complications du deuil chez l'enfant. *Frontières*, 32(1). <https://doi.org/10.7202/1072749ar>
- Rosenblatt, P. C. (2008). Grief across cultures : A review and research agenda. In *Handbook of bereavement research and practice : Advances in theory and intervention* (p. 207- 222). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14498-010>
- Rosner, R., Pfoh, G., & Kotoučová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psychotraumatology*, 2. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.7995>
- Ruiz-Párraga, G. T., & López-Martínez, A. E. (2014). The contribution of posttraumatic stress symptoms to chronic pain adjustment. *Health Psychology*, 33(9), 958- 967. <https://doi.org/10.1037/hea0000040>
- ŞahiN, M., & Aybek, E. (2020). Jamovi : An Easy to Use Statistical Software for the Social Scientists. *International Journal of Assessment Tools in Education*, 6(4), 670- 692. <https://doi.org/10.21449/ijate.661803>
- Sarvet, A. L., & Hasin, D. (2016). The natural history of substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(4), 250- 257. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000257>
- Sbarra, D. A., & Hazan, C. (2008). Coregulation, dysregulation, self-regulation : An integrative analysis and empirical agenda for understanding adult attachment, separation, loss, and recovery. *Personality and Social Psychology Review: An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 12(2), 141- 167. <https://doi.org/10.1177/1088868308315702>

- Schaal, S., Richter, A., & Elbert, T. (2014). Prolonged grief disorder and depression in a German community sample. *Death Studies*, 38(6- 10), 476- 481. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.809032>
- Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Bergman, M., Reich, W., Hesselbrock, V. M., & Smith, T. L. (1997). Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 948- 957. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.7.948>
- Schut, M. S., Henk. (1999). THE DUAL PROCESS MODEL OF COPING WITH BEREAVEMENT: RATIONALE AND DESCRIPTION. *Death Studies*, 23(3), 197- 224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Seth, P., Scholl, L., Rudd, R. A., & Bacon, S. (2018). Overdose Deaths Involving Opioids, Cocaine, and Psychostimulants—United States, 2015-2016. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(12), 349- 358. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6712a1>
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 293(21), 2601. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>
- Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E., Reynolds, C., & Sillowash, R. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 453- 461. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0745-z>
- Shear, M. K. (2012). Grief and mourning gone awry : Pathway and course of complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 119- 128. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/mshear>
- Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153- 160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>
- Shear, M. K., Ghesquiere, A., & Glickman, K. (2013). Bereavement and Complicated Grief. *Current Psychiatry Reports*, 15(11), 406. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0406-z>
- Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Zisook, S., Wang, Y., Mauro, C., Duan, N., Lebowitz, B., & Skritskaya, N. (2016). Optimizing Treatment of Complicated Grief :

- A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 73(7), 685. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0892>
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M.-F., ... Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103- 117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>
- Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of Complicated Grief in Elderly Persons : A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 71(11), 1287. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242>
- Siddiqua, A., Ahmad, S., Zeeshan, M., Nawaz, I., & Rao, A. (2023). *The Smoldering Pandemic : Self-Reported Prevalence Assessment of Prolonged Grief Disorder. A cross sectional study of bereaving adults during the Covid Pandemic in Pakistan.* <https://doi.org/10.1101/2023.01.10.23284300>
- Smith, K. V., Wild, J., & Ehlers, A. (2020). The Masking of Mourning: Social Disconnection After Bereavement and Its Role in Psychological Distress. *Clinical Psychological Science*, 8(3), 464- 476. <https://doi.org/10.1177/2167702620902748>
- Steil, R., Gutermann, J., Harrison, O., Starck, A., Schwartzkopff, L., Schouler-Ocak, M., & Stangier, U. (2019). Prevalence of prolonged grief disorder in a sample of female refugees. *BMC Psychiatry*, 19(1), 148. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2136-1>
- Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome : Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine* (1982), 63(9), 2440- 2451. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012>
- Stroebe, M. s, Schut, H. A. W., & Stroebe, W. (2005). Attachment in Coping With Bereavement: A Theoretical Integration. *Review of General Psychology*, 9. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.1.48>
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). Cautioning Health-Care Professionals : Bereaved Persons Are Misguided Through the Stages of Grief. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 74(4), 455- 473. <https://doi.org/10.1177/0030222817691870>

- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960- 1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)
- Sveen, J., Pohlkamp, L., Kreicbergs, U., & Eisma, M. C. (2019). Rumination in bereaved parents : Psychometric evaluation of the Swedish version of the Utrecht Grief Rumination Scale (UGRS). *PLOS ONE*, 14(3), e0213152. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213152>
- Tal Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 177- 186. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung>
- Taylor, M. G., & Lynch, S. M. (2004). Trajectories of Impairment, Social Support, and Depressive Symptoms in Later Life. *The Journals of Gerontology: Series B*, 59(4), S238- S246. <https://doi.org/10.1093/geronb/59.4.S238>
- Taylor, S. E., Sherman, D. K., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M. S. (2004). Culture and social support : Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3), 354- 362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.3.354>
- Thomas, É., Saumier, D., & Brunet, A. (2012). Peritraumatic Distress and the Course of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms : A Meta-Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 122- 129. <https://doi.org/10.1177/070674371205700209>
- Torres-Berrio, A., Cuesta, S., Lopez-Guzman, S., & Nava-Mesa, M. O. (2018). Interaction Between Stress and Addiction : Contributions From Latin-American Neuroscience. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02639>
- Uhl, G. R., Koob, G. F., & Cable, J. (2019). The neurobiology of addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1451(1), 5- 28. <https://doi.org/10.1111/nyas.13989>
- Vanderwerker, L. C., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2006). An Exploration of Associations Between Separation Anxiety in Childhood and Complicated Grief in Later Life. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 194(2), 121- 123. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000198146.28182.d5>

- Vanderwerker, L. C., & Prigerson, H. G. (2004). Social Support and Technological Connectedness as Protective Factors in Bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 9(1), 45- 57. <https://doi.org/10.1080/15325020490255304>
- Varescon, I. (2010). Mieux comprendre la toxicomanie : Que sait-on des facteurs de vulnérabilité et de protection ? *Bulletin de psychologie*, Numéro 510(6), 441- 444. <https://doi.org/10.3917/bupsy.510.0441>
- Vorspan, F., Mehtelli, W., Dupuy, G., Bloch, V., & Lépine, J.-P. (2015). Anxiety and substance use disorders : Co-occurrence and clinical issues. *Current Psychiatry Reports*, 17(2), 4. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0544-y>
- Wagner, B., Hofmann, L., & Grafiadeli, R. (2021). The relationship between guilt, depression, prolonged grief, and posttraumatic stress symptoms after suicide bereavement. *Journal of Clinical Psychology*, 77(11), 2545- 2558. <https://doi.org/10.1002/jclp.23192>
- Weinstock, J., Fu, Q., Veeramachaneni, K., Poe, L. M., Baxley, C., & Weiss, E. (2021). The Effects of Substance Use and Physical Activity on Cognition : The Impact of Incongruent Health Behaviors. *Drug and alcohol dependence*, 221, 108635. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108635>
- Wise, R. A. (2009). Roles for nigrostriatal—Not just mesocorticolimbic—Dopamine in reward and addiction. *Trends in Neurosciences*, 32(10), 517- 524. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2009.06.004>
- Younger, J., Aron, A., Parke, S., Chatterjee, N., & Mackey, S. (2010). Viewing pictures of a romantic partner reduces experimental pain : Involvement of neural reward systems. *PloS One*, 5(10), e13309. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013309>
- Zhou, N., Sun, Y., She, Z., Xu, X., Peng, Y., Liu, X., & Xi, J. (2022). Grief and growth among Chinese parents who lost their only child : The role of positive and negative experiences of social support from different sources. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2079874. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2079874>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361- 370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Zuckoff, A., Shear, K., Frank, E., Daley, D. C., Seligman, K., & Silowash, R. (2006).
Treating complicated grief and substance use disorders : A pilot study. *Journal of
Substance Abuse Treatment*, 30(3), 205- 211.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.12.001>

Annexes (fin pagination : dernière annexe)

Annexe A : Inventory Of Complicated Grief (ICG FR)

Nom _____

Date ___/___/___

ICG

Avez-vous vécu la mort d'un de vos proches ? ___ OUI ___ NON (si non, arrêter ici)

Qui est mort ? Nom _____

Qui cette personne était-elle pour vous ? (si plusieurs décès, indiquer celui qui est le plus bouleversant pour vous aujourd'hui)

- Mon épouse/ ma compagne
- Mon époux / mon compagnon
- Ma mère
- Mon père
- Ma fille
- Mon fils
- Ma soeur
- Mon frère
- Ma grand-mère
- Mon grand-père
- Un autre membre de la famille
- Un ami proche / une amie proche
- Quelqu'un d'autre _____

Comment est-il/elle mort(e) ? _____

- Maladie <1 mois
- Maladie >1 mois
- Meurtre
- Suicide
- Accident
- Autre _____

Quand le décès est-il survenu ? Date ___/___/___

Indiquez le nombre de mois écoulés depuis le décès. Le décès a eu lieu il y a _____ mois

Nom _____

Date ____/____/____

ICG

Veillez encercler la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez en ce moment.

1. Je pense tellement à cette personne qu'il m'est difficile de faire les choses que je fais normalement...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

2. Les souvenirs de la personne qui est morte me perturbent...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

3. Je sens que je n'arrive pas à accepter la mort de la personne qui est décédée...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

4. Je ressens un intense désir de la présence de la personne qui est morte...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

5. Je me sens attiré(e) par les lieux et les objets associés à la personne qui est morte...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

6. Je ne peux pas m'empêcher d'être en colère à propos de sa mort...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

7. J'ai un sentiment d'incrédulité à propos de ce qui s'est passé...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

8. Je me sens abasourdi(e) ou hébété(e) à propos de ce qui s'est passé...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

9. Depuis qu'il/elle est mort(e), il m'est difficile de faire confiance aux gens...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

10. Depuis sa mort, j'ai l'impression d'avoir perdu la capacité de m'occuper des autres, ou j'ai l'impression de me sentir distant des gens auxquels je tiens...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours



Nom _____

Date ____/____/____

11. J'ai des douleurs dans la même partie du corps ou j'ai les mêmes symptômes, que la personne qui est morte...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

12. Je fais des efforts pour éviter les choses me rappelant la personne qui est morte...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

13. J'ai le sentiment que la vie est vide ou n'a pas de sens sans la personne qui est morte

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

14. J'entends la voix de la personne qui est morte me parler...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

15. Je vois la personne qui est morte se tenir devant moi...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

16. Je sens qu'il est injuste que je doive vivre alors que cette personne est mort(e)...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

17. Je ressens de l'amertume à propos de la mort de cette personne...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

18. Je suis envieux de ceux qui n'ont pas perdu une personne proche...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

19. Je me sens seul une grande partie du temps depuis qu'il/elle est mort(e)...

0 1 2 3 4
jamais rarement parfois souvent toujours

<i>scoring (ne pas remplir)</i>						
---------------------------------	--	--	--	--	--	--



I - MÉMOIRE VERBALE

Consigne

1^{er} rappel : Je vais vous lire une liste de mots que vous aurez à retenir. Écoutez attentivement et quand j'aurais terminé, je veux que vous me redonniez le plus de mots possible dont vous vous rappelez, et dans l'ordre que vous voulez.

2^{ème} rappel : maintenant je vais vous relire la même liste de mots. Essayez de vous rappeler du plus grand nombre de mots possible y compris ceux que vous avez déjà énoncés.

(Choisir la liste parallèle si BEARNI a déjà été proposé au patient dans les 6 derniers mois. Temps maximum pour chaque rappel : 1 minute. Relire la liste complète avant chaque rappel. Au dernier rappel, ne pas préciser au patient que la liste lui sera à nouveau demandée à la fin du test)

Cotation

Score total : pas de points

MÉMOIRE VERBALE				
	Liste de mots	Liste parallèle	Rappel libre 1	Rappel libre 2
1.	Plage	Forêt		
2.	Tenaille	Truelle		
3.	Blouson	Chaussettes		
4.	Fleuve	Rivière		
5.	Pioche	Enclume		
6.	Jupe	Casquette		
7.	Râteau	Maillet		
8.	Montagne	Désert		
9.	Chapeau	Chemise		
10.	Bèche	Étau		
11.	Jungle	Verger		
12.	Ceinture	Gants		
Pas de points				

II- ATAXIE EN ÉQUILIBRE

Consigne

Maintenant nous allons tester votre équilibre sur une jambe. Je vais vous demander d'enlever vos chaussures. Dans un premier temps, aidez-vous du mur si besoin. Ensuite, croisez les bras sur le torse et levez la jambe comme ceci (à hauteur du genou), sans vous appuyer sur votre genou. Si à un moment vous sentez que vous risquez de tomber, posez votre pied par terre et appuyez-vous contre le mur.

Durée maximum : 30 secondes par essai. Indiquer le temps pendant lequel le sujet réussit à maintenir la position.

Préciser si le sujet réussit dès le premier essai ou au second.

Cotation

2 points par condition si le sujet réussit dès le premier essai à tenir en équilibre pendant 30 secondes.

1 point par condition si le sujet ne réussit qu'au second essai à tenir en équilibre pendant 30 secondes.

0 point en cas d'échec aux deux essais.

Score total : maximum 8 points

ATAXIE EN ÉQUILIBRE	
Yeux ouverts	
Jambe droite au sol	Jambe gauche au sol
Essai 1	Essai 1
Essai 2	Essai 2
Yeux fermés	
Jambe droite au sol	Jambe gauche au sol
Essai 1	Essai 1
Essai 2	Essai 2
Score total (score max 8) :	

III- FLUENCES ALTERNÉES

Consigne

Je vous demande de me donner le plus de noms que vous connaissez dans les catégories des couleurs et des noms de ville communes ou village, pendant 2 minutes sans vous répéter. Vous devrez alterner les deux catégories, vous me donnerez d'abord une couleur, puis un nom de ville, une couleur, un nom de ville, etc.... Je ne vous demande pas de faire un lien entre les villes et les couleurs.

(Noter toutes les réponses du sujet, y compris celles qui ont déjà été données et les erreurs). Arrêt de l'épreuve au bout de deux minutes.

Cotation

0 point si entre 0 et 4 mots (alternance et catégorie respectées)

1 point si entre 5 et 9

2 points si entre 10 et 14

3 points si entre 15 et 19

4 points si entre 20 et 24

5 points si entre 25 et 29

6 points si ≥ 30

Score total : maximum 6 points

les déclinaisons de couleurs sont autorisées. Exemple: bleu turquoise, bleu marine,... Les erreurs de catégorie correspondent à tous les mots fournis n'étant ni des couleurs, ni des noms de villes. Les erreurs d'alternance correspondent à la production de deux mots dans la même catégorie (lorsque le sujet fournit deux noms de villes ou deux couleurs à la suite).

Exemple de cotation : si le patient fournit les mots « Paris ; vert ; Angers ; Caen ; bleu ; Rouen ; orange », 7 mots sont fournis mais il y a une erreur d'alternance (deux noms de ville à la suite : Angers ; Caen). Ainsi, 6 mots corrects sont fournis car Caen ; bleu sont considérés comme des mots correctement fournis car catégorie et alternance respectée.

FLUENCES ALTERNÉES

Maximum de mots en alternant catégories des « couleurs » et « noms de ville » en 2 minutes

Score total (score max 6) :

IV- ORDINATION ALPHABÉTIQUE

Consigne

Je vais vous lire des séries de lettres et je vous demanderai de me les rappeler dans l'ordre alphabétique. Par exemple si je vous donne « C-B », vous devrez me dire « B-C » car la lettre B se situe avant la lettre C dans l'alphabet.

(Les séries de lettres ne doivent être lues qu'une seule fois. Arrêter l'épreuve si le patient échoue aux deux essais d'un même item. Les deux essais d'une même longueur doivent être administrés, même si le premier essai est correctement réussi.)

Cotation

0,5 point par essai correctement rappelé

Score total : maximum 5 points

ORDINATION ALPHABÉTIQUE	
Items/essai (Bonnes réponses)	Note
1/ Essai 1 : V-K (K-V) Essai 2 : U-T (T-U)	
2/ Essai 1 : R-H-L (H-L-R) Essai 2 : I-F-B (B-F-I)	
3/ Essai 1 : A-X-T-H (A-H-T-X) Essai 2 : L-G-R-U (G-L-R-U)	
4/ Essai 1 : P-N-I-G-V (G-I-N-P-V) Essai 2 : Q-O-J-D-E (D-E-J-O-Q)	
5/ Essai 1 : C-T-H-E-V-S (C-E-H-S-T-V) Essai 2 : L-T-A-D-R-I (A-D-I-L-R-T)	
Score total (score max 5) :	

V- CAPACITÉS VISUO-SPATIALES

Consigne

À l'intérieur de chacune des figures complexes sont cachées deux figures simples. Je vous demande d'essayer de retrouver, parmi les 5 figures de droite, quelles sont les deux figures cachées. (*Préciser au sujet que les formes à découvrir sont de même taille et de même forme/orientation*)

(Montrer un exemple avec la figure d'exemple.) Vous voyez ici par exemple dans cette figure, on peut retrouver celle-ci (1^{ère} figure) ici et celle-ci ici (2^{ème} figure).

Durée maximum : 1 minute par figure.

Pour chacune des figures, l'épreuve s'arrête après 1 minute même si le patient n'a pas retrouvé les deux éléments de la figure complexe.

Cotation

1 point si le sujet trouve les deux figures cachées.

0 point si le sujet ne trouve qu'une figure ou aucune sur les deux.

Score total : maximum 5 points

Bonnes réponses :

Figure complexe 1 : figures 1 et 3

Figure complexe 2 : figures 1 et 4

Figure complexe 3 : figures 1 et 3

Figure complexe 4 : figures 2 et 4

Figure complexe 5 : figures 3 et 4

CAPACITÉS VISUO-SPATIALES

Score total (score max 5):

VI- MÉMOIRE VERBALE DIFFÉRÉE

Consigne

Au début du test, vous avez appris une liste de mots. Je vous demande à présent de me redonner le plus possible de mots dont vous souvenez, dans l'ordre que vous voulez.

Ne pas relire la liste de mots au participant. (*rappel : 1 minute*)

Cotation

Nombre de réponse correcte	0,5 point par réponse correcte
Nombre d'erreur (intrusion)	Retirer 0,5 point par erreur
Total	Réponses correctes - erreurs

Score total : maximum 6 points

Les erreurs d'intrusions correspondent à tous les mots produits qui n'étaient pas dans la liste de mots. Par exemple : manteau, outils, robe....

Les répétitions ne sont pas considérées comme des erreurs.

MÉMOIRE VERBALE DIFFÉRÉE			
	Liste de mots	Liste parallèle	Rappel différé
1.	Plage	Forêt	
2.	Tenaille	Truelle	
3.	Blouson	Chaussettes	
4.	Fleuve	Rivière	
5.	Pioche	Enclume	
6.	Jupe	Casquette	
7.	Râteau	Maillet	
8.	Montagne	Désert	
9.	Chapeau	Chemise	
10.	Bêche	Étau	
11.	Jungle	Verges	
12.	Ceinture	Gants	
Score total (score max 6) :			

Figure d'exemple

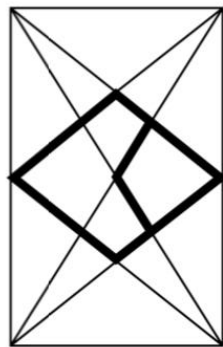


Figure 1

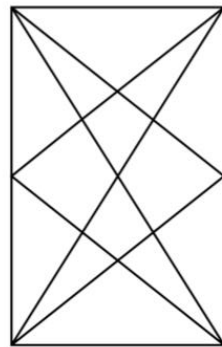


Figure 2

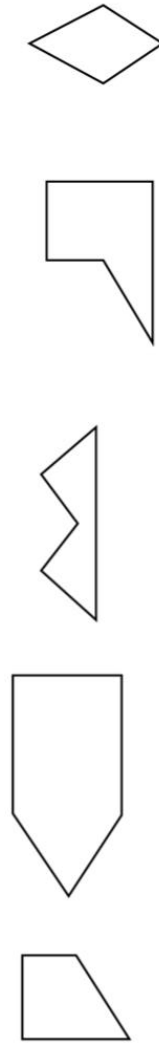
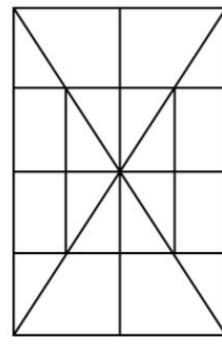


Figure 3

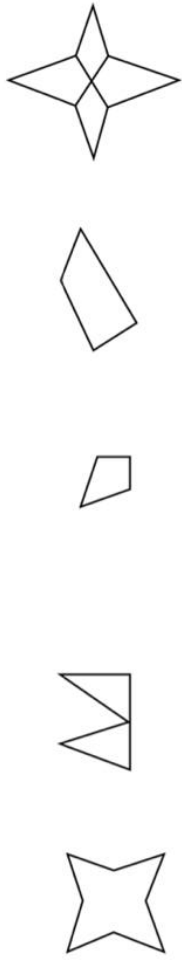
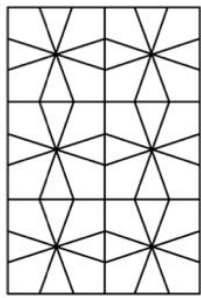


Figure 4

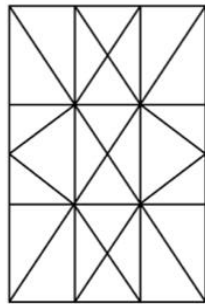
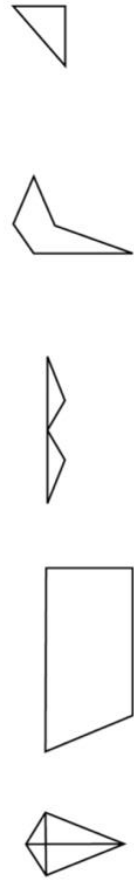
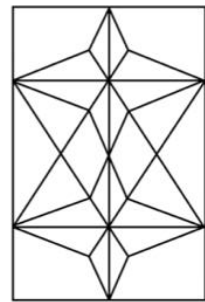


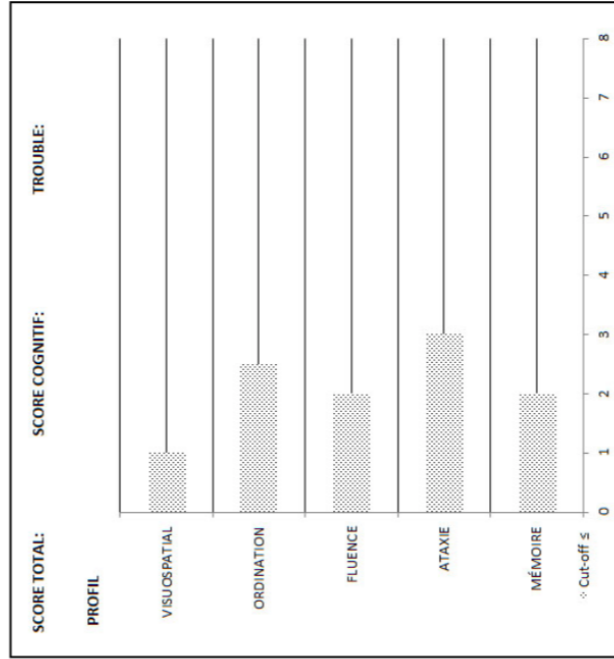
Figure 5



SCORES TOTAUX

Additionnez les points de chacun des subtests. Le score total est de 30 points.
Il est possible de calculer un score cognitif, ne comprenant pas la cotation du subtest d'ataxie, lorsque les patients ne peuvent pas réaliser la tâche.
Ce score total est de 22 points.

Subtests	Scores patient	Note maximum	Cut-off score
Mémoire :			
► Mémoire verbale		Pas de points	
► Mémoire verbale différée		6	≤ 2
Ataxie en équilibre		8	≤ 3
Fluence alternée		6	≤ 2
Ordination alphabétique		5	≤ 2,5
Capacités visuospatiales		5	≤ 1
SCORE TOTAL		30	
SCORE COGNITIF		22	



Cut-off scores des scores totaux

Étant donné que les scores totaux du BEARNI sont influencés par le nombre d'années de scolarité, les cut-offs ont été adaptés.
Le baccalauréat correspond à 12 années d'études (ne pas compter les redoublements ni la maternelle).

	SCORE TOTAL	SCORE COGNITIF
≤ BAC	≤ 19	≤ 15
	≤ 16	≤ 11,5
> BAC	≤ 21	≤ 16
	≤ 17	≤ 12,5

Annexe C : Echelle HAD

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Références

- Zigmond A.S., Snaith R.P. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370. Traduction française : J.F. Lépine.
- « L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie » sous la direction de J.D. Guelfi, éditions Pierre Fabre. Présentée également dans : *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2000, 2, 31.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Directeur de Thèse

(Qui atteste du respect des procédures éthiques et réglementaires)

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen

ANNEE DE SOUTENANCE : 2022/2023

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : SAGOLS Quentin

TITRE DE LA THESE :

EVALUATION DU TROUBLE DU DEUIL PROLONGE DANS UN SERVICE D'ADDICTOLOGIE CHEZ DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR UN TROUBLE DE L'USAGE DE SUBSTANCES

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS :

La prise en charge du trouble du deuil prolongé (TDP) chez les patients souffrant de trouble de l'usage de substance (SUD) est rendu difficile par la persistance de consommations de substances psychoactives. Pourtant les symptômes de PGD peuvent aggraver le SUD et réciproquement. L'hospitalisation pourrait être une période propice pour évaluer et traiter le PGD chez des patients souffrant de TUS.

L'objectif de ce travail était 1) d'évaluer la présence du PGD chez des patients TUS sévère hospitalisés en addictologie, 2) d'identifier le profil des patients présentant un TDP en explorant des variables démographiques, psychopathologique, et addictologiques, 3) de vérifier la faisabilité et l'intérêt de la passation d'une échelle de dépistage du TDP.

Une étude observationnelle a été menée au sein du service d'addictologie du CHU de Caen en incluant quinze patients TUS hospitalisé. Un dépistage du TDP par l'Inventory of Complicated Grief (ICG) a été réalisé

L'ICG présentait une bonne acceptabilité. L'ICG diminuait significativement entre la fin du sevrage et la sortie d'hospitalisation mais 30,8% des patients restaient positifs. Les patients ICG+ et ICG- ne présentaient pas de différence significative de profil clinique, addictologique et psychopathologique.

Cette étude souligne l'intérêt de dépister le PGD chez les patients TUS même si les variations du score ICG questionnent sur les modalités et la temporalité d'utilisation de l'ICG. L'hospitalisation confirme sa place cruciale dans l'évaluation et la prise en charge du PGD dans le TUS, en psychiatrie ou en addictologie, à la condition d'un travail coordonné entre les 2 disciplines pour une prise en charge intégrée.

MOTS CLES : Pathologie Duelle – Trouble de l'usage de substance – Trouble du deuil prolongé – Addictologie – Psychiatrie – Deuil

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS :

PROLONGED GRIEF DISORDER AMONG SUBSTANCE USE DISORDER INPATIENTS IN AN ADDICTION MEDICINE SERVICE

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS :

The care of Prolonged Grief Disorder (PGD) in patients suffering from Substance Use Disorder (SUD) is rendered challenging by the persistence of psychoactive substance use. Nevertheless, PGD symptoms can exacerbate SUD, and vice versa. Hospitalization could offer an opportune period for the assessment and treatment of PGD in patients with SUD.

The objective of this study was threefold: 1) to evaluate the presence of PGD in severely hospitalized SUD patients in an addiction medicine setting, 2) to identify the profile of patients presenting with PGD by exploring demographic, psychopathological, and addiction-related variables, and 3) to assess the feasibility and utility of administering a PGD screening tool

An observational study was conducted within the addiction medicine department of Caen University Hospital, involving fifteen hospitalized SUD patients. Screening for PGD was performed using the Inventory of Complicated Grief (ICG).

The ICG demonstrated good acceptability. The ICG scores significantly decreased between the end of withdrawal and hospital discharge, but 30.8% of patients remained positive. Patients categorized as ICG+ and ICG- did not exhibit significant differences in clinical, addiction-related, or psychopathological profiles.

This study underscores the importance of screening for PGD in SUD patients, even though fluctuations in ICG scores raise questions regarding the timing and modalities of ICG utilization. Hospitalization reaffirms its pivotal role in the assessment and management of PGD in the context of SUD, whether in psychiatry or addiction medicine, provided there is coordinated collaboration between the two disciplines for integrated care

KEY WORDS : Dual Disorder – Substance use disorder – Prolonged grief disorder – Addiction – Psychiatry – Bereavement