



URGENCES Psychiatriques

Cours IMFSI Perpignan

Docteur Farid BOUSSOUIRA

Mardi 20/09/2022



LA NOTION D'URGENCE EN PSYCHIATRIE

- **Définition** :

Le 30 juillet 1992, parution de la circulaire définissant l'urgence psychiatrique

comme « une demande dont la réponse ne peut être différée » : « Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique ».

LA NOTION D'URGENCE EN PSYCHIATRIE

- Le décret du 9 mai 1995 établit de façon très précise l'organisation du plateau technique et des moyens en personnels médicaux et paramédicaux dans les SAU (service d'accueil et de traitement des urgences) et les UP (unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences):
 - SAU : présence d'un psychiatre 24 heures sur 24 et d'un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle dans un service de psychiatrie « *lorsque l'analyse de l'activité le nécessite* » ;
 - UP : l'équipe médicale doit pouvoir faire venir un psychiatre à tout moment .

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

- Chaque année, les services d'urgence des hôpitaux généraux accueillent près de 9 millions de personnes ; l'augmentation est de 4 % par an. Selon les sources, 4 à 40 % [7] ou 10 à 30 % [13] nécessitent un avis psychiatrique.
- Les motifs les plus fréquents de demande d'avis psychiatrique sont les conduites suicidaires (36 %), les états anxieux (19 %), les idées dépressives (11 %), les idées délirantes (10 %) et les états d'agitation (10 %).
- les catégories diagnostiques les plus fréquentes sont : Les troubles dépressifs (36 %), les troubles schizophréniques (14 %), les troubles de l'adaptation (13 %) et les dépendances à un produit (9 %).

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

De nombreuses recherches ont tenté toutefois de mieux spécifier les situations d'urgence psychiatrique pour les répartir en deux groupes :

- La psychiatrie en urgence (30 % de situations), c'est-à-dire des décompensations de pathologies psychiatriques telles que les psychoses, les troubles bipolaires, les troubles de la personnalité. Elles ont les caractéristiques de toute urgence de spécialité médicale.
- Les urgences psychiatriques ou situations de crise (70 % des appels) où la clinique ne correspond pas exactement (ou pas encore) à un diagnostic psychiatrique répertorié mais à un débordement d'apparence psychiatrique lié à un dysfonctionnement du contexte de vie du patient.

Organisation spécifique de l'urgence psychiatrique

- La première ligne est représentée par les médecins généralistes, qui selon la symptomatologie, orientera le patient:
 - Vers un spécialiste (en ville ou Cmp);
 - Vers les urgences avec ou sans intervention du SAMU.
- Le Samu intervient dans les situations bruyantes (tentatives de suicide, agitations, délire aigu) et donne accès facilement et rapidement aux soins.
- Dans Les hôpitaux généraux la demande de consultation peut émaner des urgentistes ou des médecins des services d'hospitalisation dans le cadre de la psychiatrie de liaison.

Organisation spécifique de l'urgence psychiatrique

- Le centre médico-psychologique est amené à gérer des situations d'urgence avec ou sans intervention du médecin généraliste et/ou le SAMU.

Cadre législatif: Le décret du 9 mai 1995 définit l'organisation du plateau technique et les moyens en personnels médicaux et paramédicaux des services accueillant toute urgence à l'hôpital général. La présence d'un dispositif psychiatrique est organisé de la manière suivante:

→ Pour les services d'accueil et de traitement de l'urgence ou SAU, la présence d'un psychiatre est requise 24h/24h, ainsi que celle d'un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle dans un service de psychiatrie;

Organisation spécifique de l'urgence psychiatrique

- Pour les autres structures comme les unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences ou UP, l'équipe médicale doit pouvoir faire venir un psychiatre à tout moment, La présence d'un infirmier ayant une expérience professionnelle dans un service de psychiatrie est requise.
- Certaines de ces unités disposent, au sein même de l'hôpital général, d'une unité d'hospitalisation de courte durée pouvant-être individualisée comme telle (CAC: Centre d'Accueil et de Crise) ou mêlée au service d'hospitalisation courte dit service porte médico-chirurgical; ces unités permettent une évaluation à distance de la crise et une orientation plus adaptée du patient dans le réseau de soins psychiatrique.

SITUATIONS cliniques d'URGENCE psychiatrique

1/- : crise suicidaire:

→ elle se définit comme une crise psychique dont le risque majeur est le suicide du patient. Cette crise correspond à un moment d'échappement au cours duquel les moyens de défenses de l'individu sont insuffisants, le rendant ainsi vulnérable, en situation de souffrance et de rupture, ce qui peut mener au geste suicidaire;

→ En France, on recense environ 12000 suicides par an (20 pour 100000), 150000 passages à l'acte suicidaire; les gestes suicidaires sont dans 30 à 50% des cas des récurrences et ils donneront lieu dans 1 à 3% des cas à un suicide dans l'année qui suit. La conduite suicidaire correspond à 36% des demandes d'avis psychiatrique dans les services d'urgences; ce qui la place en première ligne des demandes de consultations psychiatriques.

SITUATIONS cliniques d'URGENCE psychiatrique

1/- : crise suicidaire:

→ elle se définit comme une crise psychique dont le risque majeur est le suicide du patient. Cette crise correspond à un moment d'échappement au cours duquel les moyens de défenses de l'individu sont insuffisants, le rendant ainsi vulnérable, en situation de souffrance et de rupture, ce qui peut mener au geste suicidaire;

→ En France, on recense environ 12000 suicides par an (20 pour 100000), 150000 passages à l'acte suicidaire; les gestes suicidaires sont dans 30 à 50% des cas des récurrences et ils donneront lieu dans 1 à 3% des cas à un suicide dans l'année qui suit. La conduite suicidaire correspond à 36% des demandes d'avis psychiatrique dans les services d'urgences; ce qui la place en première ligne des demandes de consultations psychiatriques.

SITUATIONS cliniques d'URGENCE psychiatrique

crise suicidaire (suite)

L'évaluation du risque suicidaire s'appuie sur l'outil « **rud** » : risque-urgence-dangerosité, qui recherche les facteurs de risque, les évènements de vie et les facteurs de protection:

a/-Facteurs de risque:

- Facteurs de risque primaires: interagissent entre eux, ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel et sont influencés par les traitements: troubles psychiatriques, antécédents personnels et familiaux de suicide, communication d'une intention suicidaire et impulsivité;

SITUATIONS cliniques d'URGENCE psychiatrique

crise suicidaire (suite)

- Facteurs de risque secondaire : peuvent-être observés dans l'ensemble de la population et n'ont qu'une faible valeur prédictive en l'absence des Facteurs de risque primaires: pertes parentales précoces, isolement social, chômage, difficultés financières et professionnelles, évènements de vie négatifs.
- Facteurs de risque tertiaires : n'ont de valeur qu'associés aux facteurs de risque primaires et secondaires: sexe masculin, grand ou jeune âge et période de vulnérabilité.

Les suicidants ont 4 fois plus de d'événements de vie dans les 6 derniers mois que la population générale et 1,5 fois plus que les déprimés ne faisant pas de tentative de suicide. Un pic de fréquence est retrouvé le dernier mois précédant le passage à l'acte qui concentre un 1/3 des événements de vie.

SITUATIONS cliniques d'URGENCE psychiatrique

crise suicidaire (suite)

A l'inverse des facteurs de risque, il existe des facteurs protecteurs : support social et prise en charge thérapeutique.

Dans la crise suicidaire, on distingue deux catégories d'évènements:

- évènements prédisposants: pertes précoces, maltraitance dans l'enfance, abus sexuels et physiques;
- évènements précipitants: conflits interpersonnels (violence, hostilité, deception), problèmes sentimentaux et disciplinaires.

SITUATIONS cliniques d'URGENCE psychiatrique

crise suicidaire (suite)

b/- **l'urgence** : elle est classée en 3 niveaux:

→ Urgence faible: le sujet:

- Désire parler;
- Cherche des solutions à ses problèmes;
- **Pense au suicide sans scénario précis;**
- Pense à des moyens et des stratégies pour faire face à la crise;
- Est psychologiquement en souffrance sans être anormalement troublé;
- A Établi un lien de confiance avec un praticien.

SITUATIONS cliniques d'URGENCE psychiatrique

crise suicidaire (suite)

→ Urgences moyenne : le sujet qui :

- A un équilibre émotionnel fragile;
- Envisage le suicide avec une intention claire;
- **A envisagé le scénario dont l'exécution est reportée;**
- Ne voit que le suicide pour arrêter de souffrir;
- A besoin d'aide et exprime son désarroi.

SITUATIONS cliniques d'URGENCE psychiatrique

crise suicidaire (suite)

→ Urgence élevée : personne qui :

- **Est décidée, a une planification claire et un passage à l'acte programmée;**
- Est coupée de ses émotions, soit en rationalisant sa décision, soit est émotive, agitée ou troublée;
- Est immobilisée par la dépression ou grandement agitée;
- Dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues;
- **A un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider;**
- A le sentiment d'avoir tout essayé;
- Est très isolée.

SITUATIONS cliniques d'URGENCE psychiatrique

crise suicidaire (suite)

c/- **dangerosité** :

→ Létalité et accessibilité des moyens pour un scénario suicidaire déterminé.

d/- **prise en charge de la crise suicidaire** : a l'issue de l'évaluation psychiatrique, le patient sera :

- Hospitalisé en psychiatrie;
- Hospitalisé au SPP (Service de Psychiatrie de Proximité);
- Orienté en consultation psychiatrique privée ou au cmp (centre médico-psychologique).

SITUATIONS DE CRISES ACCEUILLIES SUR LES URGENCES

2/- **addictions** : les addictions regroupent les troubles et les demandes en lien avec la consommation aigue ou chronique d'une substance toxique telle que l'alcool, les drogues dures ou des substances médicamenteuses prises abusivement (tranquillisants et algésiques le plus souvent); 3 situations peuvent-être rencontrées aux urgences:

→ **Intoxication aigue** : situations fréquentes et variées:

- Intoxication aigue isolée;
- Intoxication aigue dans le cadre d'une intoxication chronique;
- Existence d'une pathologie psychiatrique associée.

SITUATIONS DE CRISES ACCEUILLIES SUR LES URGENCES

La prise en charge consiste :

- A débiter le traitement d'un délirium tremens;
- Traitement d'une agitation ;
- Faire Un bilan somatique et si besoin des examens complémentaires;

Une fois les toxiques ou les médicaments éliminés , un bilan psychiatrique permettra une décision avec, soit :

- Une Hospitalisation en psychiatrie;
- Une Hospitalisation au SPP (Service de Psychiatrie de Proximité);
- Une Orientation en consultation psychiatrique privée ou au cmp (centre médico-psychologique);
- Orientation en addictologie.

SITUATIONS DE CRISES ACCEUILLIES SUR LES URGENCES

- Sevrage aigu : initié accidentellement ou à l'initiative du patient lui-même sans accompagnement; il faut prévenir, rechercher et traiter dès que possible le sevrage afin d'éviter l'engagement du pronostic vital.
- À l'issu de la prise en charge somatique, une évaluation psychiatrique va permettre, selon le contexte clinique, de :
 - Hospitalisation en psychiatrie ou en médecine pour une cure de sevrage avec l'accord du patient;
 - Hospitalisation au SPP (Service de Psychiatrie de Proximité);
 - Une Orientation en consultation psychiatrique privée ou au cmp (centre médico-psychologique);
 - Orientation en addictologie.

SITUATIONS DE CRISES ACCEUILLIES SUR LES URGENCES

→ Demande de sevrage :

- un examen somatique et des examens complémentaires si nécessaires sont à réaliser dans un premier temps;
- L'examen psychiatrique permettra de dépister une pathologie psychiatrique concomitante, et de gérer la crise ; mais le plus souvent le sevrage sera organisé dans un second temps.

SITUATIONS DE CRISES ACCEUILLIES SUR LES URGENCES

3/- **agitations aiguës** : représente 10 à 15% des consultations psychiatriques aux urgences, ce sont des situations complexes à gérer car le praticien doit l'apaiser tout en laissant un abord possible pour préciser le cadre diagnostique de ce symptôme et la crise éventuelle qui le sous-tend. Elle confronte les équipes à la notion de dangerosité qui doit-être appréciée et traitée sans prise de risque. Il est indiqué de différer un éventuel traitement sédatif en intra-musculaire et de réaliser une évaluation clinique somatique et psychiatrique; il faut maintenir dans un premier temps la contention physique quand elle existe ou la mettre en place si nécessaire.

- Il faut préciser auprès de la famille ou de l'entourage comment a débuté l'agitation, quel comportement avait le patient, l'existence d'une prise de toxiques ou d'un traitement médicamenteux.

SITUATIONS DE CRISES ACCEUILLIES SUR LES URGENCES

agitations aiguës (suite)

Un examen somatique est nécessaire et des examens complémentaires si besoin pour éliminer un tableau clinique somatique.

D'un point de vue psychiatrique, les agitations sont de deux ordres :

- l'agitation incohérente, décrite dans les intoxications, les états délirants, les états maniaques, les formes anxieuses de mélancolie et les états démentiels du sujet âgés;
- l'agitation réactionnelle à un évènement , mettant en scène des comportements exagérés, sont décrites dans le cadre de la crise d'angoisse, la « spasmophilie » ou « crise de tétanie », la crise de couple ou familiale.

SITUATIONS DE CRISES ACCEUILLIES SUR LES URGENCES

agitations aiguës (suite)

A l'issu de l'examen psychiatrique :

- Les troubles liés à la décompensation d'une pathologie psychiatrique doivent pouvoir bénéficier rapidement d'un traitement psychotrope et d'une orientation en service d'hospitalisation;
- Les états démentiels du sujet âgé font l'objet d'une prise en charge multidisciplinaire et d'une orientation spécialisée gériatrique;
- gestion de crise;
- parfois, nécessité d'une sédation et d'une mise à l'écart de l'entourage.

SITUATIONS DE CRISES ACCEUILLIES SUR LES URGENCES

4/- **plaintes somatiques fonctionnelles** : le patient se présente aux urgences avec une plainte somatique qui se révèle fonctionnelle après anamnèse et examen clinique. Ces plaintes somatiques sont le plus souvent des hypertensions artérielles aiguës après un stress, des colites spasmodiques, des migraines atypiques, des palpitations aiguës, des dyspepsies aiguës, des lombalgies, des crises dites de spasmophilie et des polyalgies polymorphes.

Le patient doit bénéficier d'un examen somatique avec des examens complémentaires, il lui sera expliqué par l'urgentiste en présence du psychiatre le pourquoi de la consultation psychiatrique.

L'examen psychiatrique permettra la prise en charge de la crise et de dépister un trouble psychiatrique avéré.

SITUATIONS DE CRISES ACCEUILLIES SUR LES URGENCES

5/- **pathologie post-traumatique** : la création des cump (cellules d'urgence médico-psychologique) fait suite au besoin de la prise en charge des victimes ayant été exposé à un traumatisme psychique; ces cellules sont articulées au SAMU et aux services d'urgence des hôpitaux généraux lors des catastrophes naturelles (tempête, inondation, etc...), accidentelles (incendie, accident ferroviaire ou aérien ou de la route, etc.) ou intentionnellement créées par l'homme (attentats, agression, viol, etc...).

Ces prises en charge sont assurées par des psychiatres ou psychologues formés aux techniques de « debriefing », et ceci dans les heures suivant le traumatisme afin d'éviter la survenue des symptômes post-traumatiques.

SITUATIONS DE CRISES ACCEUILLIES SUR LES URGENCES

6/- épisodes délirants :

- Décompensation Au cours de psychoses dissociatives (schizophrénie), de psychoses hallucinatoires chroniques (phc, paraphrénie), de délires chroniques (ex: paranoïa), troubles thymiques;
- Premier épisode (entrée en psychose, pharmaco-psychose, trouble thymique);
- Sentiment fréquent de persécution, avec hostilité envers l'entourage
- Angoisse "psychotique", incommunicable, avec impressions de déréalisation-dépersonnalisation
- Possibilité d'hallucinations auditives ou visuelles, avec parfois syndrome d'influence et des attitudes d'écoute (barrages), répond aux voix, leur obéit (risque auto et hétéro-agressif);

SITUATIONS DE CRISES ACCEUILLIES SUR LES URGENCES

épisodes délirants (suite)

- Peut-être calme ou agité;
- Risque de fugue;
- Entretien en box ou dans un bureau selon l'état du patient.

Traitement psychotrope et urgences psychiatriques

1 /- **règles de prescription** : avant toute prescription d'un traitement psychotrope, il faut faire une anamnèse aussi détaillée que possible des troubles, rechercher les antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques du patient, rechercher une notion d'allergie ou d'intolérance médicamenteuse, éliminer une pathologie somatique concomitante ou secondaire à la pathologie psychiatrique, ou à l'origine du trouble faisant interpeller le psychiatre.

Certaines règles de prescription sont nécessaires :

- Favoriser la monothérapie, en peros et si refus injectable;
- attendre ½ heure après l'administration d'un psychotrope qui s'avère inefficace;
- Adapte la posologie en fonction de l'intensité du tableau clinique, du poids du patient, de son âge, de sa fonction hépatique et rénale.

Traitement psychotrope et urgences psychiatriques

2/- prescriptions médicamenteuses :

→ agitation : Il faut une fois encore rappeler l'importance de la connaissance d'une pathologie somatique évolutive et associée à l'agitation. S'il existe une notion de prise d'alcool ou de toxique ou toute situation clinique faisant craindre une dépression respiratoire, il faut proscrire les benzodiazépines et leur préférer un neuroleptique sédatif sous surveillance de la tension artérielle, du pouls, de la température et de la fréquence respiratoire.

- En l'absence des trois éléments restrictifs cités précédemment, le diazépam est utilisé à une dose de 5 à 10 mg et ce pour son action sédatrice, puissante et rapide. La forme i.m. est de mise même si le traitement per os doit être proposé en première intention.
- Certaines équipes utilisent une contention physique, dans certains cas associant agitation clastique et dangerosité pour le patient et les soignants. Cette contention ne se substitue pas obligatoirement au traitement psychotrope et elle est régie par des règles de prescription et de surveillance répondant à des protocoles précis et des recommandations consensuelles. Il en est de même pour l'utilisation de chambres d'isolement dont certaines unités d'urgence psychiatrique disposent.

Traitement psychotrope et urgences psychiatriques

prescriptions médicamenteuses (suite)

- Manie : le traitement en urgence est tout d'abord sédatif, selon le contexte clinique :
 - En peros, soit une benzodiazépine (diazépam (valium) 5 à 10 mg), soit un neuroleptique : olanzapine (Zyprexa) 10 à 20 mg, loxapine (loxapac) 25 à 100 mg;
 - En intra-musculaire si refus du patient de prendre le traitement peros, soit une benzodiazépine (diazépam (valium) 10 mg), soit un neuroleptique : olanzapine (Zyprexa) 10 à 20 mg, loxapine (loxapac) 50 à 100 mg;
 - On peut associer un neuroleptique sédatif et une benzodiazépine pour réduire le délai d'action et les posologies.

Traitement psychotrope et urgences psychiatriques

prescriptions médicamenteuses (suite)

→ Délire : selon l'état du patient:

- En peros, soit une benzodiazépine (diazépam (valium) 5 à 10 mg), soit un neuroleptique : olanzapine (Zyprexa) 10 à 20 mg, loxapine (loxapac) 25 à 100 mg;
- En intra-musculaire si refus du patient de prendre le traitement peros, soit une benzodiazépine (diazépam (valium) 10 mg), soit un neuroleptique : olanzapine (Zyprexa) 10 à 20 mg, loxapine (loxapac) 50 à 100 mg;
- On peut associer un neuroleptique sédatif et une benzodiazépine pour réduire le délai d'action et les posologies.

L'entretien infirmier aux urgences

Il vise à comprendre les situations et à trouver des solutions :

- Seul ou avec Le médecin psychiatre;
- Le patient seul ou avec sa famille/entourage
- L'entretien se fait Dans un bureau quand l'état du patient le permet ou Dans un box d'urgence si agitation ou contention;
- Quand l'état du patient le permet : un patient sédaté ou trop endormi par une absorption médicamenteuse : entretien non fiable.
- Quand on sait que l'entretien se déroulera dans de bonnes conditions (de temps, d'ambiance...)

L'entretien infirmier aux urgences

- L'entretien infirmier vise à prendre connaissance de l'histoire du patient et de la crise qui l'a mené aux urgences, de faire un recueil d'information complet qui va permettre de saisir : qui est à l'origine de la demande de soins, quel est le symptôme ou la situation d'appel, quels sont les résultats de l'examen du médecin adresseur ou de l'urgentiste, quelles sont les premières observations à l'arrivée du patient aux urgences et de savoir les antécédents psychiatriques du patient.
- Il vise à établir une relation de confiance empathique, une écoute et une réassurance qui permettra aux patients une libération de la parole et des émotions;
- l'entretien est un échange : le patient peut se raconter librement, l'infirmier aide à cette expression en posant des questions et orientant le discours afin de collecter des informations qui lui permettront de comprendre et de proposer une réponse à la crise.

Procédures d'hospitalisation sous-contrainte (loi du 5 juillet 2011)

- L'hospitalisation peut être demandée par un membre de la famille du malade ou une personne ayant un intérêt à agir (tuteur ou curateur) si les troubles mentaux rendent impossible le consentement du malade, si son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante : il s'agit des soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), ou en urgence (SPDTU) ; un certificat sera fait par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil en cas de SPDT ou n'importe quel médecin si spdtu;
- L'hospitalisation peut également être demandée par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil (médecin généraliste ou aux urgences) sans tiers en présence d'un péril imminent, c'est-à-dire en cas de danger immédiat pour la santé ou la vie du malade, et s'il est impossible de recueillir une demande d'admission d'un tiers (tiers inconnu ou en cas de refus d'un membre de la famille de demander l'hospitalisation) : il s'agit des soins psychiatriques en péril imminent (SPPI);
- L'hospitalisation peut-être demandée par le préfet : il s'agit des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE) si le patient représente un danger ou une menace pour autrui, un certificat sera fait par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil

Cas cliniques 1

- On amène aux urgences une jeune femme de 30ans pour un « état d'énervement » (dixit le pompier sur place) survenu brutalement. Lorsque vous l'abordez, la patiente hurle qu'elle va mourir en se tenant la poitrine, dit qu'elle a « un infarctus comme son père », « sent son cœur prêt à exploser », entourée par l'équipe médusée. Elle a l'impression que l'ambiance autour d'elle est comme « dans un mauvais rêve ». Elle s'est énervée avec sa mère lorsque cette dernière a essayé de l'aider, et se montre peu coopérante initialement. Toutefois, elle paraît accepter votre aide. Vous observez des sueurs profuses, une tension psychique très intense, une tachycardie régulière à 130 et une tachypnée.

Cas cliniques 2

- Patiente de 19 ans, amenée aux urgences par ses parents. Une dispute a éclaté entre cette dernière et son père, au cours de laquelle elle l'a menacé avec un couteau. Vous la trouvez dans un état important d'excitation et elle menace son père de le tuer. La querelle a éclaté quand le père est rentré à la maison alcoolisé, et qu'une énième dispute a éclaté entre les parents. Elle verbalise de temps en temps qu'elle ne supporte plus cette situation et qu'elle voudrait parfois en finir.

Cas cliniques 3

- Une femme veuve de 75 ans, vivant seule, est admise après avoir réalisé trois heures auparavant une intoxication médicamenteuse volontaire par une douzaine de comprimés d'Urbanyl^o 10 (clobazam) associée à une absorption de quelques verres de porto. L'état neurologique est normal, hormis une légère somnolence. La patiente met spontanément son geste sur le compte de difficultés pour trouver le sommeil. Elle souhaite rentrer chez elle, assurant qu'elle fera venir son médecin traitant si elle ne se sent pas bien.
- On note dans ses antécédents un état dépressif spontanément résolutif à la mort de son mari, il y a deux ans.