

# LE SUICIDE DES JEUNES ADULTES

## Comorbidité psychiatrique et psychosociale

L. HOUBART (1), X. GERNAY (2), P. GERNAY (3), N. BERGER (4), F. M. FOATELLI (5)

**RÉSUMÉ :** Les auteurs analysent une population spécifique de jeunes adultes hospitalisés au Centre Patrick Dewaere, unité de crise qui s'adresse à des jeunes adultes suicidaires ou suicidants, âgés entre 15 et 35 ans. Cette analyse s'est faite sur une cohorte de 885 patients hospitalisés entre juillet 1996 et novembre 2003.

Ils tentent de dresser un profil de comorbidité psychiatrique et psychosociale de la pathologie suicidaire du jeune adulte par le biais des renseignements donnés par le Résumé Psychiatrique Minimum (R.P.M.). Accessoirement, les auteurs posent la question de la valeur de l'outil R.P.M. en terme d'épidémiologie.

Ils relèvent dans cet échantillon :

- la prévalence très importante des troubles de l'adaptation (67,3 %), en contraste avec une relativement faible proportion de troubles dépressifs majeurs,
- l'importance des troubles de personnalité (80 %) et notamment les troubles de personnalité de nature histrionique et borderline,
- la prévalence importante des plaintes somatiques diffuses atypiques qui ne débouchent que peu sur un diagnostic médical et qui concernent en premier lieu le sommeil et l'alimentation,
- la relation étroite entre tentative de suicide et problématique psychosociale. L'analyse met également l'accent sur l'importance de la qualité du lien social.
- L'intérêt d'une prise en charge brève dans une population à grande majorité active.

**MOTS-CLÉS :** *Suicide - Troubles d'adaptation - Troubles de personnalité - Personnalité histrionique - Personnalité limitée*

### INTRODUCTION

Le Centre Patrick Dewaere est un service de prise en charge spécifique des jeunes adultes suicidaires. Il a été créé en 1995 à l'initiative de la Province de Liège et constitue en Belgique une expérience originale et encore unique à ce jour. Il s'adresse à de jeunes adultes, suicidaires ou suicidants, âgés entre 15 et 35 ans, accueillis au sein du service pour de courtes hospitalisations.

Le Résumé Psychiatrique Minimum (R.P.M.) (1) a été instauré en Belgique depuis avril 1996. Les hôpitaux psychiatriques et services psychiatriques des hôpitaux généraux sont tenus d'enregistrer des données statistiques minimales reprenant entre autres :

(1) Médecin, Assistant au Service de Psychiatrie, ULg (Professeur Ansseau)

(2) Médecin, Neuropsychiatre responsable médical du Centre Patrick Dewaere

(3) Médecin, Neuropsychiatre à la Clinique Notre-Dame des Anges à Glain

(4) Médecin, Psychiatre à la Clinique Notre-Dame des Anges à Glain

(5) Médecin, Assistant au Service de Psychiatrie, ULg (Professeur Ansseau)

### SUICIDE OF YOUNG ADULTS

#### PSYCHIATRIC AND PSYCHOSOCIAL COMORBIDITY

**SUMMARY :** This paper is concerned with a specific population of young adults who were admitted to the Patrick Dewaere Center, a crisis unit dedicated to suicidal young adults aged 15 to 35. We analysed data from a group of 885 patients hospitalized from July 1996 to November 2003. The psychiatric and psychosocial comorbidity of these young suicidal adults was outlined from data contained in the "Minimum Psychiatric Summary" (MPS).

Several observations were made:

- There was a high prevalence of adaptation disorders (67,3%) contrasting with a rather low proportion of major depressive disorders.
- There was also a very high prevalence of personality disorders (80%), particularly, histrionic or borderline personality disorders.
- Diffuse, atypical somatic complaints, mainly related to sleep and appetite, that often failed to yield a precise medical diagnosis, were most frequent.
- A close relationship between suicide and psychosocial problems was apparent and attested the importance of the quality of social links.
- The value of short hospitalization among this generally active population was evidenced.

**KEYWORDS :** *Suicide - General adaptation disorders - Personality disorders - Borderline personality disorders - Histrionic personality disorders*

- les données socio-démographiques du patient,
- le diagnostic et les problèmes socio-économiques à l'admission,
- les données du traitement,
- le diagnostic à la sortie.

Le relevé et l'analyse de ces données permettront d'établir un profil de comorbidité psychiatrique et psychosociale du jeune adulte suicidaire ou suicidant. Ils seront l'occasion de pointer les avantages et les inconvénients du R.P.M. et de tester sa validité en tant qu'outil épidémiologique (2).

### MÉTHODOLOGIE

Les auteurs ont recueilli les données R.P.M. enregistrées dans une cohorte de 885 patients, admis au Centre Patrick Dewaere entre juillet 1996 et novembre 2003.

Les critères d'admission dans ce service sont :

- un âge entre 15 et 35 ans,
- l'absence de comorbidité de type assuétude (alcool, amphétamine, cannabis, cocaïne, hallucinogènes, solvants, opiacé, phencyclidine, sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques)

- un passage à l'acte suicidaire ou une idéation suicidaire.

Ces critères sont vérifiés à l'occasion d'un entretien de pré-admission (réalisé par deux infirmier(e)s psychiatriques membres de l'équipe thérapeutique), puis par le psychiatre du service.

L'étape de l'entretien de pré-admission se termine par la concertation entre le psychiatre et les deux infirmiers au terme de laquelle se pose l'indication ou la non-indication de l'hospitalisation.

Cet entretien de pré-admission permet en outre de mettre en place, en accord avec le patient, le contrat et les objectifs thérapeutiques.

Un premier contrat de 48 heures avec isolement thérapeutique au sein du service permet de faire un premier bilan et de voir si l'hospitalisation peut se poursuivre.

Un contrat d'hospitalisation est mis en place pour une durée de 3 semaines avec la possibilité de prolonger le séjour d'une semaine à titre exceptionnel.

En outre, aucun cas de mise en observation ne sera repris dans cette analyse, le Centre Patrick Dewaere n'acceptant pas ce type d'hospitalisation.

L'enregistrement des données R.P.M. est subdivisé en 8 différents sous-chapitres appelés «blocs» et destinés à être remplis par divers intervenants. Les données diagnostiques sont établies selon les 5 axes du DSM IV(3).

- Axe I : troubles cliniques,

-Axe II : troubles de la personnalité/retard mental,

-Axe III : Affections somatiques,

-Axe IV : Problèmes psychosociaux et liés à l'environnement,

-Axe V : Evaluation globale du fonctionnement.

Les données concernant la comorbidité psychiatrique seront extraites du bloc 7. Il s'agit d'un bloc rempli par le psychiatre du service en fin de période de traitement.

En ce qui concerne la comorbidité psychosociale, les auteurs ont retenu les données du «bloc 7» pour les problèmes psychosociaux et liés à l'environnement et du «bloc 2» pour le milieu de vie avant l'admission, le statut professionnel avant l'admission et le niveau du dernier enseignement réussi. Ces données sont recueillies par les membres de l'équipe de nursing au cours des premiers entretiens.

## RÉSULTATS

### I. CO-MORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE

#### A. Relevé des pathologies sur l'axe 1 (Diagnostic principal) (Fig. 1)

Pour la lisibilité, les différentes pathologies de l'axe 1 seront regroupées en syndromes cliniques décrits par le DSM IV.

Les troubles liés à une substance regroupent les quelques cas de dépendance à l'alcool (26 cas)

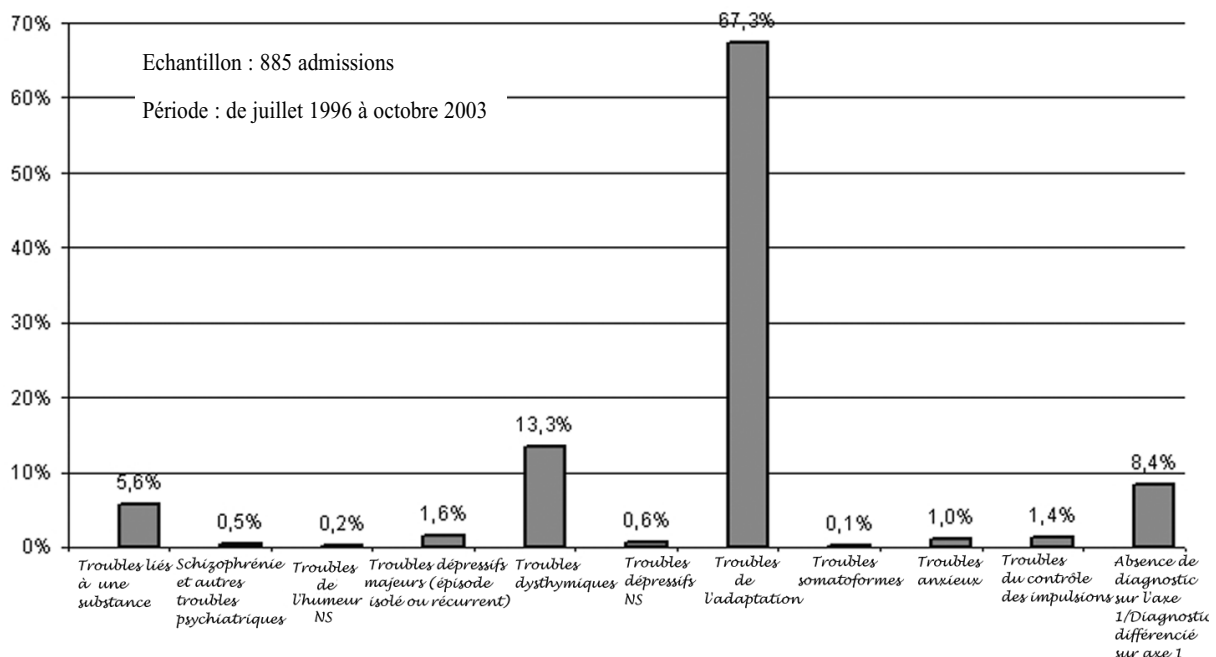


Fig. 1 : Relevé des pathologies sur l'axe I

aux anxiolytiques (2 cas), aux opiacés (2 cas) ou de dépendance à plusieurs substances (19 cas).

L'intitulé «Schizophrénie et autres troubles psychotiques» regroupe les troubles schizophréniformes (2 cas), les troubles délirants (1 cas) et les troubles psychotiques non spécifiés (NS) (1 cas).

Les troubles somatoformes représentent les troubles de la somatisation (1 cas).

Les troubles anxieux regroupent quant à eux les troubles obsessionnels compulsifs (7 cas) et les troubles anxieux NS (2 cas).

Les troubles du contrôle des impulsions désignent les troubles explosifs intermittents (5 cas) et les troubles du contrôle des impulsions NS (7 cas).

Enfin, les troubles de l'adaptation englobent les troubles de l'adaptation :

- avec humeur dépressive (123 cas),
- avec anxiété (28 cas),
- avec anxiété + humeur dépressive (221 cas),
- avec perturbation des conduites (42 cas),
- avec perturbation des émotions et des conduites (182 cas).

Les troubles dépressifs majeurs (épisode isolé) et les troubles dépressifs majeurs (épisode récurrent) seront regroupés tout en conservant la distinction entre les troubles dépressifs majeurs (épisode isolé ou épisode récurrent) (14 cas), les troubles dysthymiques (118 cas) et les troubles dépressifs NS (5 cas).

De même, les troubles de l'humeur NS (2 cas) n'ont pas été regroupés dans les troubles bipolaires.

Enfin, on a rassemblé également dans un même groupe les deux codes «Absence de diagnostic sur l'axe 1» et «Diagnostic différé sur l'axe 1».

Le graphique nous montre que, sur un échantillon de 885 patients hospitalisés au sein du Centre Patrick Dewaere avec les critères d'admission exposés dans l'introduction, ce sont essentiellement les troubles de l'adaptation qui émergent à 67,3 %.

L'ensemble des troubles de l'humeur (troubles de l'humeur NS – troubles dépressifs majeurs – troubles dysthymiques – troubles dépressifs NS) constitue 15,6 % des pathologies relevées sur l'axe 1. Les troubles liés à une substance représentent quant à eux 5,6 % des pathologies; ceci semble correspondre aux quelques cas de dépendance à l'alcool, aux anxiolytiques, aux opiacés ou de dépendance à plusieurs substances qui n'ont pu être filtrées par l'entretien de pré-

admission, n'étant objectivables qu'en cours d'hospitalisation par un syndrome de sevrage.

Les 0,4 % que constitue le groupe schizophrène et autres troubles psychotiques semblent traduire les quelques cas d'entrée en psychose diagnostiqués au Centre Patrick Dewaere et qui apparaissent par une symptomatologie de passage à l'acte suicidaire ou d'idéalisation suicidaire.

Les troubles somatoformes associés aux troubles anxieux et aux troubles du contrôle des impulsions ne constituent que 2,5 % des pathologies. Enfin, 9,1 % des patients n'ont pas de diagnostic sur l'axe 1 ou l'information est insuffisante pour juger de l'existence ou non d'un diagnostic sur l'axe 1 (diagnostic différé sur l'axe 1).

Le relevé de l'axe I démontre la très importante prévalence des troubles de l'adaptation surtout par rapport aux troubles de l'humeur qui ne constituent que 15,6 % des pathologies relevées. Ceci semble constituer une différence majeure par rapport à une population d'adultes suicidants ou suicidaires. Les études «par autopsie psychologique» réalisées aux Etats-Unis et en Europe du Nord (Angleterre – Suède – Finlande) montrent l'existence d'une trouble psychologique chez plus de 90 % des suicidés. Les diagnostics les plus fréquemment portés sont ceux de dépression (50 %), alcoolisme (30 %), trouble de la personnalité (35 %), schizophrénie (6 %) (4).

Il paraît important de relever que la pathologie suicidaire ne s'inscrit dans un contexte de trouble thymique que dans 15,6 % des cas. Parmi ceux-ci, le trouble dysthymique est 8,5 fois plus présent que l'épisode dépressif majeur qui ne constitue que 1,6 % des pathologies relevées sur l'axe 1.

Quoi qu'il en soit, ces données brutes semblent confirmer que, dans une population jeune, la problématique suicidaire s'inscrit dans un contexte beaucoup plus vaste que la complication d'un état dépressif. La prescription d'antidépresseurs pourrait dès lors s'avérer inutile dans bon nombre de cas, voire dangereuse (de par le sentiment de sécurité qu'elle peut donner).

#### *B. Relevé des pathologies sur l'axe 2 (personnalité) (Fig. 2)*

Il est étonnant de constater qu'un diagnostic de troubles de personnalité est posé chez près de 80 % de nos patients

Les troubles de personnalité les plus fréquemment pointés sont les troubles de personnalité histrionique représentant 25 % des patients. On note également les troubles de personnalité borderline représentant 12,6 % des patients et les troubles de personnalité dépendante représentant quant à eux 7,8 % des patients. Ces 3 troubles de

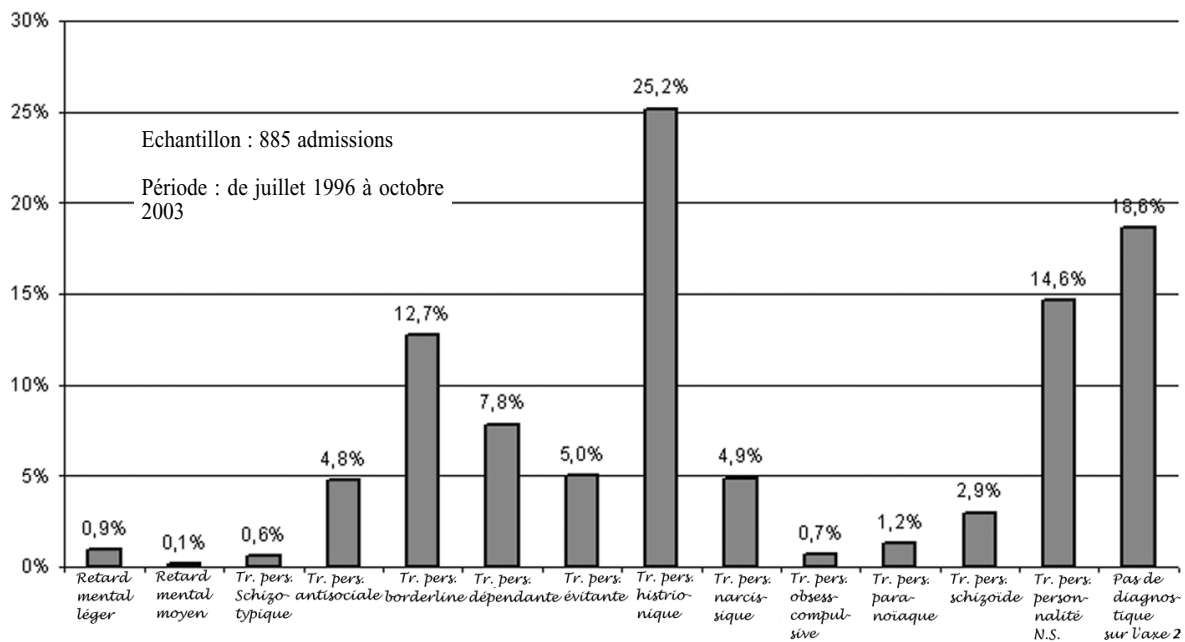


Fig. 2 : Relevé des pathologie sur l'axe II (personnalité)

personnalité représentent à eux seuls 45,4 % de la cohorte. On remarque une forte prévalence des troubles de personnalité non spécifiés qui représentent 14,5 % des patients.

On peut noter les troubles de personnalité antisociale qui représentent 4,7 % de nos patients ainsi que les troubles de personnalité narcissique qui représentent 4,8 %.

Il s'agit évidemment d'adolescents et de jeunes adultes dont la personnalité est en formation, polymorphe, parfois multiple. La question mériterait d'être approfondie.

Au niveau qualitatif, ce sont essentiellement des troubles de personnalité histriionique et borderline qui émergent. La description clinique de ces troubles semble se superposer à la clinique de ces jeunes adultes suicidaires où le théâtralisme et le passage à l'acte impulsif constituent une partie prédominante de la symptomatologie.

### C. Problèmes somatiques (fig. 3)

-Relevé des pathologies sur l'axe 3.

Seulement 4 % des patients présentent une pathologie diagnostiquée sur l'axe III.

-Problèmes liés aux fonctions physiques

On va retenir pour cette analyse uniquement les problèmes liés aux fonctions physiques observés par l'équipe infirmière ou exprimés par le patient au cours du séjour et repris dans le « bloc 4 » du R.P.M.

Il est étonnant de constater la discordance entre l'importance des plaintes physiques et le faible taux d'affection médicale générale diagnostiqué.

Ce graphique permet de mettre en évidence l'importance des plaintes somatiques exprimées

par les patients ou observées par le personnel infirmier au cours du séjour. 26,4 % des patients se plaignent de fatigue, 23,4 % se plaignent de problèmes liés au sommeil et 21 % de problème liés à l'alimentation.

Les plaintes de loin les plus fréquentes concernent le rythme veille-sommeil. Elles vont de pair avec les plaintes de fatigue. Les problématiques liées à l'alimentation, qu'elles soient avouées par le patient ou observées par le personnel sont également très fréquentes.

Beaucoup de nos patients sont déjà traités par hypnotiques ou anxiolytiques avant l'admission. Il serait opportun de comparer ces chiffres à une enquête dans une population témoin.

On sait que les jeunes suicidaires ont souvent consulté leur médecin généraliste pour une plainte somatique atypique dans les jours qui précède le passage à l'acte. 60 à 70 % des suicidants ont consulté un généraliste dans le mois précédent une tentative de suicide (5).

Ces données attirent l'attention sur l'importance de la formation des intervenants de première ligne (médecins traitants, infirmières scolaires, intervenants PMS ...) au dépistage et à la prévention des comportements suicidaires de l'adolescent et de l'adulte jeune.

## 2. COMORBIDITÉ PSYCHOSOCIALE

### PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX ET LIÉS À L'ENVIRONNEMENT (FIG. 4)

Chez 20 % des patients aucun problème psychosocial n'est relevé. Les problématiques inscrites au sein du groupe de soutien primaire

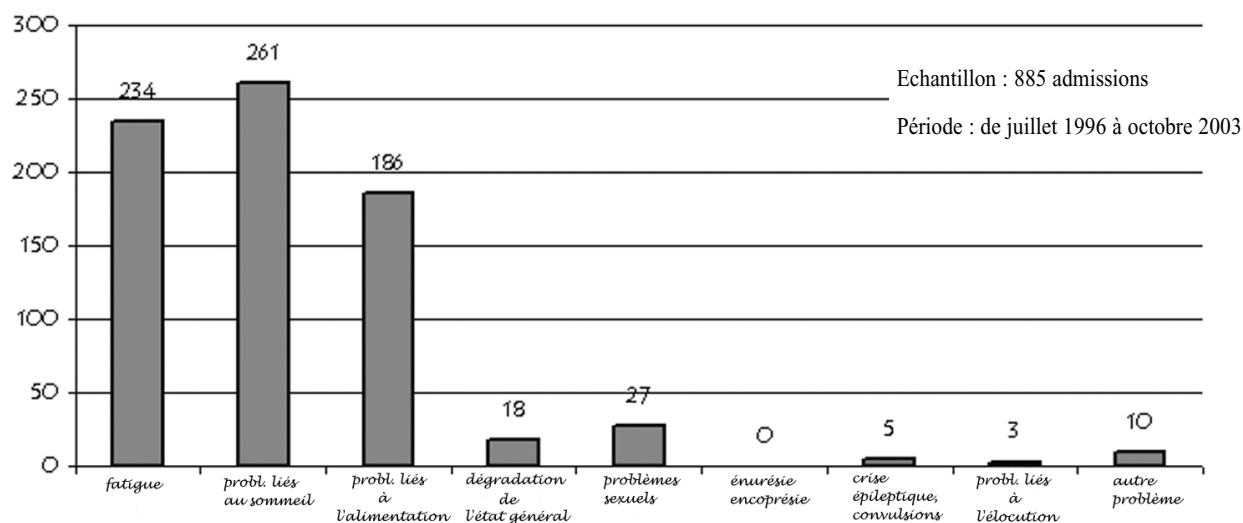


Fig. 3 : Problèmes liés aux fonctions physiques

arrivent en premier plan chez un tiers de nos patients, cumulées au problème éducationnel, elles atteignent 45 %. Ce taux important (80 %) de problématique psychosociale confirme l'impression qui ressort de notre premier graphique, insistant sur l'existence de tentatives de suicides déterminées par des facteurs relationnels et sociaux plus que par une pathologie dépressive ou psychiatrique sensu stricto.

Ceci semble également confirmer l'importance d'une prise en charge de type systémique.

#### *Milieu de vie avant l'admission (Fig. 5)*

Le bloc RPM qui appréhende le milieu de vie avant l'admission nous apprend qu'un quart de nos patients sont isolés (23,8 %) tandis que plus de la moitié vivent en famille (famille parentale 49,4 % ou famille fondée 7,5 %) et que 14,5 % sont résidents ou cohabitants.

Ce graphique complète donc les précédents et nous amène à mettre en avant la question de la qualité du lien social.

#### *Statut professionnel avant l'admission (Fig. 6)*

56 % de nos patients sont encore étudiants tandis que 15,1 % travaillent soit à temps plein (13,8 %), soit à temps partiel (1 %) ou en intermittence (0,3 %). 15,9 % sont au chômage indemnisé (13 %) ou non (2,9 %) et seulement 2 % souffrent d'un handicap ou d'une invalidité.

Ces chiffres nous montrent que seul un quart de notre population est non-active, chiffre qui paraît stable au fil des années et confirme l'utilité d'une prise en charge brève qui n'aggrave pas un éventuel problème de désinsertion sociale ou scolaire.

Néanmoins, pour compléter cette observation, il serait utile de pouvoir bénéficier de données concernant le décrochage scolaire. Malheureusement le R.P.M. nous offre peu de possibilité à ce niveau.

## DISCUSSION

Au travers de cette analyse d'une population cible de jeunes adultes suicidaires ou suicidants, admis au sein du Centre Patrick Dewaere avec des critères précis d'admission (cfr introduction), on a pu établir sur une cohorte de 885 patients admis entre juillet 1996 et octobre 2003, par le biais des informations recueillies par le R.P.M. et selon un protocole précis, un profil de comorbidité psychiatrique et psychosociale du jeune adulte suicidaire ou suicidant.

-L'analyse de la comorbidité psychiatrique sur l'axe 1 nous a permis de souligner la prévalence très importante des troubles de l'adaptation par rapport aux troubles dépressifs. On peut remarquer également au sein des troubles dépressifs que les troubles dysthymiques sont 8,5 fois plus présents que l'épisode dépressif majeur. Ceci semble confirmer que dans une population adolescente, la problématique suicidaire s'inscrit dans un contexte beaucoup plus vaste que la complication d'un état dépressif majeur.

-L'étude de l'axe 2 met en évidence l'importance des troubles de la personnalité dans la pathologie suicidaire du jeune adulte. Ces chiffres rendent compte de certaines particularités du suicide de l'adolescent (théâtralisme, impulsivité, automutilation, prise de risques, ...)

-La mise en relation des données de l'axe 3 et du «bloc R.P.M. 4» nous montre une prévalence importante de plaintes somatiques diffuses qui

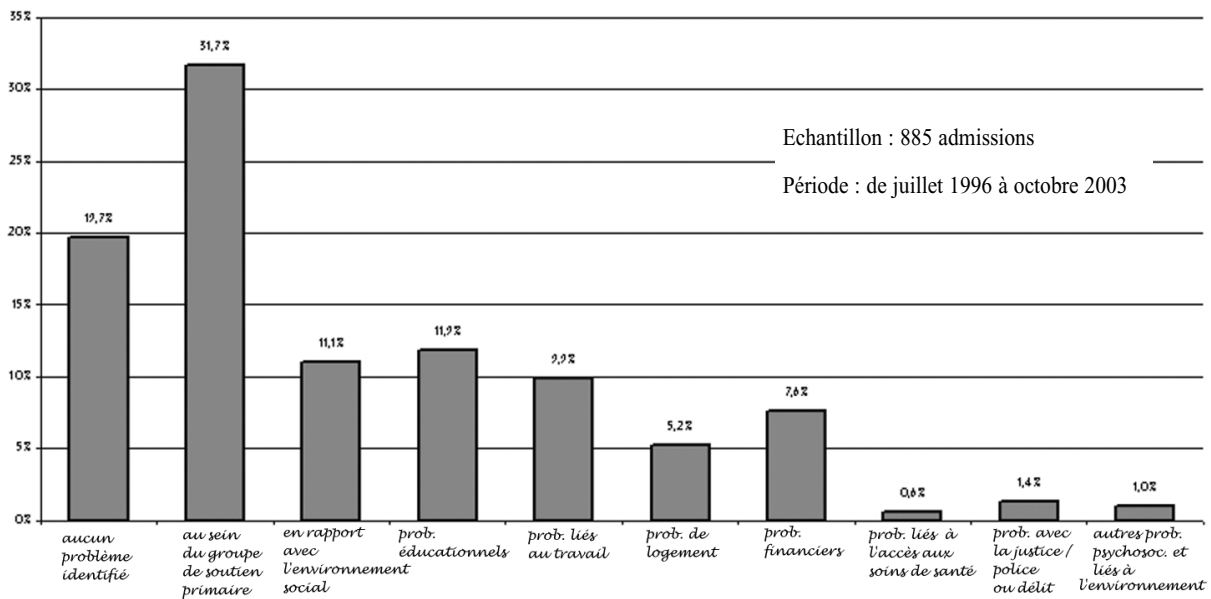


Fig. 4 : Problèmes psychosociaux et liés à l'environnement

ne débouchent que rarement sur un diagnostic médical et qui concernent en premier lieu le sommeil et l'alimentation. Cette abondance de plaintes atypiques pourrait expliquer que les passages à l'acte suicidaire soient souvent précédés par un contact avec le médecin traitant. Elle met l'accent sur la nécessité de poursuivre une sensibilisation et une formation des intervenants de santé de première ligne au dépistage et à la prévention des conduites suicidaires.

-L'analyse de la comorbidité psychosociale met en avant une relation vraisemblablement étroite entre tentative de suicide et problématique psychosociale

Ce taux important de problématique psychosociale (80 %) semble confirmer l'existence de tentatives de suicide déterminées par des facteurs relationnels et sociaux plus que par une pathologie psychiatrique dépressive.

-La question de la pertinence de la prescription d'antidépresseurs devrait être systématiquement réexaminée à la lumière de ces constatations.

Ces chiffres constituent autant d'arguments en faveur d'une prise en charge de type systémique dans le cadre de la pathologie suicidaire du jeune adulte et attirent l'attention sur le rôle des intervenants de première ligne.

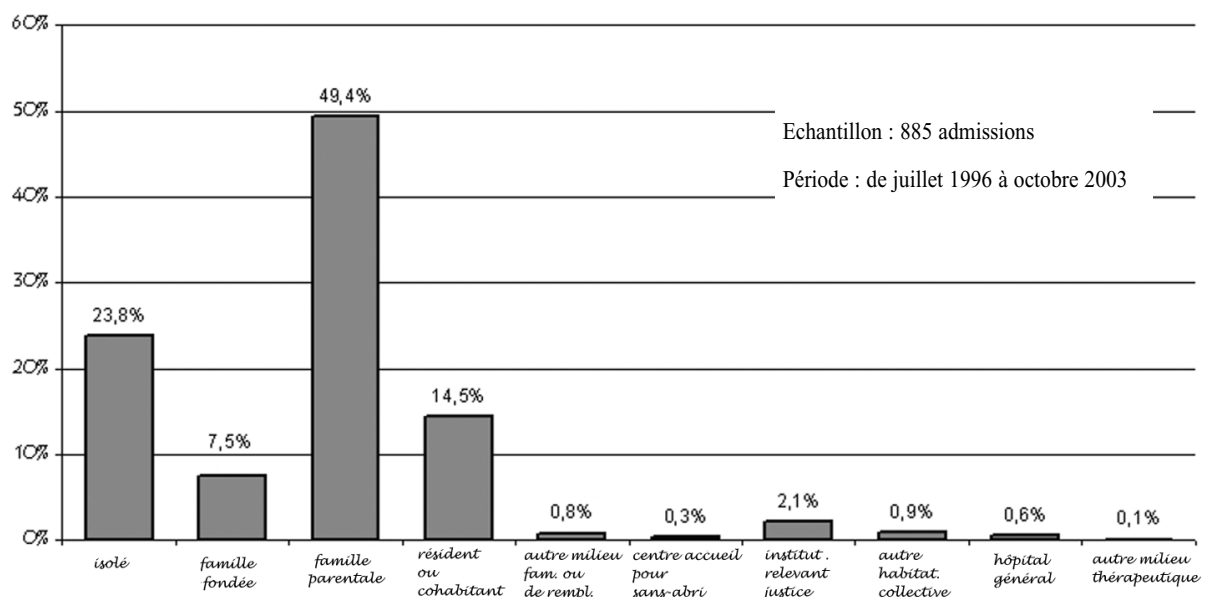


Fig. 5 : Milieu de vie avant l'admission

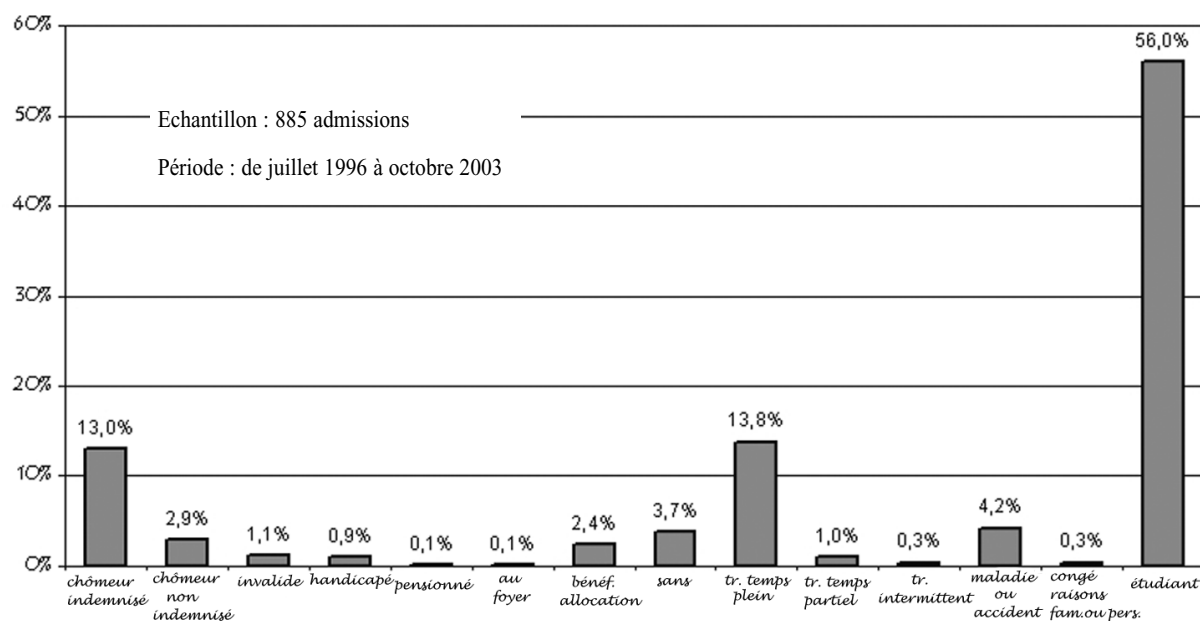


Fig. 6 : Statut professionnel avant l'admission

-Quant à l'étude des données concernant le statut professionnel, elle nous démontre l'intérêt d'une prise en charge brève dans une population à grande majorité active afin de ne pas favoriser une désinsertion professionnelle ou scolaire.

## CONCLUSIONS

En conclusion, les auteurs sont frappés par le polymorphisme de la population examinée en terme de diagnostic. Ils insistent sur le fait qu'à l'adolescence, la problématique suicidaire s'inscrit dans un cadre plus large que la complication d'un épisode dépressif majeur.

Dès lors, on relève :

- La nécessité d'évaluer spécifiquement l'utilité de la prescription d'antidépresseurs qui peuvent introduire une fausse impression de sécurité.

- L'importance des plaintes somatiques diffuses atypiques qui ne débouchent que rarement sur un diagnostic médical et qui concernent en premier le sommeil et l'alimentation. Ce cortège de plaintes vagues devrait systématiquement poser la question chez l'intervenant de première ligne sur l'existence possible d'un risque suicidaire.

- La relation étroite entre tentative de suicide et problématique psychosociale. Les auteurs recommandent au vu de ces données, d'envisager, au-delà de la prescription médicamenteuse, l'importance de la thérapie relationnelle dans laquelle l'intervenant de première ligne est appelé à jouer un rôle central de par sa connaissance du milieu (qu'il soit à même de consacrer du temps à des entretiens individuels et de famille ou qu'il détermine l'orientation la plus adéquate).

## BIBLIOGRAPHIE

1. Site internet R.P.M., consulté le 15/08/2004 : <http://www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/com/index.htm>. Menu enregistrement, lien sur RPM
2. Allard AM, Bastin P.— *Résumé Psychiatrique Minimum : le temps d'un bilan* – Note de synthèse exposée et présentée à la Société Royale de Médecine Mentale de Belgique ; 1 septembre 1999.
3. Guelfi D, et al.— *DSM IV- Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux*, 4e édition, Masson, Paris, 1996.
4. Kahn J-P.— *Risque suicidaire de l'adulte : identification et prise en charge*. Cours de psychiatrie du CNUP, Module 3, question 44, page 21, consulté le 30/09/2004, <http://www.med.univ-angers.fr>.
5. Conférence de consensus.— *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, 19 & 20 octobre 2000, Amphithéâtre Charcot, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris. Texte des recommandations, page 20.
6. Pommereau X.— *L'adolescent suicidaire*, Série «Enfant clinique», Edition Dunod, Paris, 1996.
7. Perret- Catipovics M.— *Le suicide des jeunes, comprendre, accompagner, prévenir*. Collection «L'aire de famille» Edition Saint-Augustin, 2004.
8. Dossier «Suicide, adolescents et milieu scolaire».— Revue «L'observatoire», Trimestriel n° 30, 2001.
9. Thys P, Thys D, Korn M et al.— *Le risque suicidaire et l'adolescent*. Brochure éditée par la Maison du Social de la province de Liège.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr. L. Houbart, Service de Psychiatrie, CHU de Liège