

*Maladies chroniques  
et traumatismes*

# **Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour<sup>®</sup> 2007-2011**

## Sommaire

Abréviations	2	4.7 Taux de réadmission pour tentative de suicide après une hospitalisation index	30
<b>1. Introduction</b>	<b>3</b>	4.8 Risque de réadmission pour tentative de suicide	32
<b>2. Objectifs</b>	<b>4</b>	<b>5. Résultats sur l'estimation du nombre de passages aux urgences pour TS entre 2007 et 2011 (Oscour® et PMSI)</b>	<b>34</b>
<b>3. Matériels et méthodes</b>	<b>4</b>	<b>6. Discussion</b>	<b>36</b>
3.1 Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)	4	6.1 Hospitalisations pour tentative de suicide	36
3.1.1 Critères d'inclusion	5	6.2 Ré-hospitalisations pour tentative de suicide	38
3.1.2 Définition et codage de la tentative de suicide dans le PMSI	5	6.3 Passages aux urgences pour tentative de suicide	39
3.1.3 Les séjours hospitaliers pour tentative de suicide	6	6.4 Avantages et limites dans l'utilisation du PMSI	40
3.1.4 Les réadmissions pour tentative de suicide	6	<b>7. Conclusion</b>	<b>41</b>
3.2 Le réseau Oscour®	7	Références bibliographiques	42
3.2.1 Extraction des tentatives de suicide dans Oscour®	7	Annexes	47
3.2.2 Passages dans les services d'urgences du réseau Oscour® pour tentative de suicide	8		
<b>4. Résultats sur les données d'hospitalisation entre 2004 et 2011 (PMSI-MCO)</b>	<b>9</b>		
4.1 Les séjours hospitaliers pour tentative de suicide	9		
4.1.1 Description des séjours selon le sexe	10		
4.1.2 Description des séjours selon le sexe et l'âge	10		
4.1.3 Description des séjours selon les modes opératoires des tentatives de suicide	12		
4.2 Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide	16		
4.2.1 Taux d'hospitalisation selon le sexe et l'âge	16		
4.2.2 Taux d'hospitalisation selon la région	17		
4.3 Caractéristiques des séjours hospitaliers pour tentative de suicide	20		
4.3.1 Modalités de sortie	20		
4.3.2 Durée de séjour	20		
4.3.3 Mois de survenue des tentatives de suicide	21		
4.4 Diagnostics psychiatriques associés aux tentatives de suicide	22		
4.5 Décès lors d'une hospitalisation pour tentative de suicide	23		
4.6 Les ré-hospitalisations pour récurrence de tentative de suicide	26		
4.6.1 Ré-hospitalisations selon l'âge et le sexe	26		
4.6.2 Délai entre deux séjours hospitaliers pour tentative de suicide	28		

# **Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour<sup>®</sup> 2007-2011**

## **Ont participé à ce rapport :**

Christine Chan Chee, Delphine Jezewski-Serra, Département des maladies chroniques et traumatismes (DMCT), Institut de veille sanitaire (InVS).

## **Relecture du rapport**

Nadia Younès, service psychiatrie pour adultes, Centre hospitalier (CH) de Versailles et équipe d'accueil EA 40-47 université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines ;

Nathalie Beltzer, DMCT, InVS ;

Isabelle Grémy, DMCT, InVS.

## **Remerciements**

Javier Nicolau pour l'extraction des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)-médecine chirurgie obstétrique (MCO) ;

Nadège Caillère pour l'extraction des données de l'Organisation de la surveillance coordonnée des urgences (Oscour<sup>®</sup>).

# Abréviations

<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ATIH</b>	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
<b>CCAM</b>	Classification commune des actes médicaux
<b>CépiDc</b>	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
<b>CIM-10</b>	Classification internationale des maladies, dixième révision
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'organisation des soins
<b>Drees</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>Insee</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>Inserm</b>	Institut national de la santé et de la recherche médicale
<b>InVS</b>	Institut de veille sanitaire
<b>MCO</b>	Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
<b>Oscour<sup>®</sup></b>	Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
<b>PMSI</b>	Programme de médicalisation des systèmes d'information
<b>RIM-P</b>	Recueil d'information médicalisé pour la psychiatrie
<b>RPU</b>	Résumé de passage aux urgences
<b>RSA</b>	Résumé de sortie anonyme
<b>RSS</b>	Résumé de sortie standardisé
<b>RUM</b>	Résumé d'unité médicale
<b>SFMU</b>	Société française de médecine d'urgence
<b>SSR</b>	Soins de suite et de réadaptation
<b>SU</b>	Services d'urgences
<b>TS</b>	Tentative de suicide

# 1. Introduction

En France métropolitaine, chaque année, plus de 10 400 personnes décèdent par suicide, soit environ 16 personnes sur 100 000, ce qui fait de la France l'un des pays européens avec le plus fort taux de mortalité par suicide [1]. Le taux de suicide est trois fois plus élevé chez les hommes (25 pour 100 000) que chez les femmes (8 pour 100 000) et il augmente avec l'âge (7 pour 100 000 parmi les 15-24 ans, 40 pour 100 000 parmi les 85 ans et plus) [1]. Le suicide est la conséquence la plus dramatique de la crise suicidaire, sa prévention a été identifiée comme l'une des dix priorités nationales de santé publique dès la première Conférence nationale de santé en 1996.

Des programmes de prévention du suicide ont ainsi été mis en place depuis plus d'une dizaine d'années. Le ministère chargé de la santé avait défini les orientations selon quatre axes dans la stratégie nationale d'actions face au suicide pour la période 2000-2005 : favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires, diminuer l'accès aux moyens mis en œuvre lors d'un suicide, améliorer la prise en charge après une tentative de suicide et améliorer la connaissance épidémiologique. Un objectif de baisse du nombre de suicides de 20 % dans la population générale et de division par deux du taux de suicide des adolescents avait été annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Le plan « psychiatrie et santé mentale 2005-2008 »<sup>1</sup> avait placé la prévention du suicide dans le contexte d'ensemble concourant à la bonne prise en charge de la santé mentale des personnes avec un renforcement de la prévention et une amélioration de la prise en charge des déterminants du suicide, notamment des facteurs dépressifs. Le programme national d'actions contre le suicide (2011-2014)<sup>2</sup> a réaffirmé la nécessité d'améliorer la qualité des données et le suivi du phénomène suicidaire (suicides et tentatives de suicide) en population générale et au sein de populations spécifiques (personnes détenues, travail...). Plus récemment en septembre 2013, la ministre des Affaires sociales et de la Santé a mis en place un Observatoire national des suicides (ONS)<sup>3</sup> dont les missions sont d'améliorer le suivi des suicides et des tentatives de suicide, de développer la connaissance des facteurs de risque afin d'améliorer la prévention, d'évaluer l'effet des politiques publiques et de produire des recommandations. L'ONS s'appuie sur deux groupes de travail. Le premier sur la surveillance des suicides et des tentatives de suicide est piloté par l'Institut de veille sanitaire (InVS), et le second piloté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), est chargé de recenser les travaux d'étude et de recherche existants et d'initier de nouveaux travaux.

Si le nombre de décès par suicide est connu grâce à l'analyse des certificats de décès par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc-Inserm), avec toutefois une imprécision due à la sous-déclaration actuellement estimée à 9,4 % [2], les tentatives de suicide (TS) n'ont pas encore fait l'objet d'un système de surveillance et les estimations du nombre de cas sont rares. Les TS seraient entre 10 et 40 fois plus fréquentes que les suicides et représentent le facteur prédictif le plus important pour le suicide accompli [3]. En effet, les études de cohortes de patients ayant fait des TS ont montré qu'entre 5 % et 10 % décédaient de suicide dans les huit à dix ans suivant une TS [4-6]. Aussi, le risque de décéder par suicide dans les cinq années suivant une TS serait multiplié par 54 chez l'homme et par 77 chez la femme par rapport à la population générale [7].

En 2001, les premières estimations de la Drees faisaient état de 130 000 à 180 000 TS prises en charge chaque année par le système de soins, avec environ 116 000 TS hospitalisées [8]. Ces chiffres ont été revus pour l'année 2002 avec une nouvelle estimation faisant état d'environ 195 000 TS en contact avec le système de soin, parmi lesquelles 105 000 hospitalisations dans des établissements non spécialisés en soins psychiatriques et 64 000 en hôpital psychiatrique [9].

Quelques analyses locales ou régionales des TS ont été faites à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [10-12]. Nous avons publié les premières données nationales concernant les hospitalisations pour TS à partir du PMSI pour les années 2004 à 2007 [13]. La présente étude a pour but de compléter ces données d'hospitalisation avec celles des années suivantes jusqu'en 2011 et estimer le nombre de passages aux urgences pour TS à partir des données des résumés de passage aux urgences (RPU) issus du réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) pour les années 2007 à 2011.

<sup>1</sup> [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_2005-2008.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf)

<sup>2</sup> [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme\\_national\\_d\\_actions\\_contre\\_le\\_suicide\\_2011-2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf)

<sup>3</sup> <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-observatoire-national-du-suicide-ons,11209.html>

## 2. Objectifs

1. À partir des données du PMSI :
  - a. décrire les TS ayant entraîné une hospitalisation au cours des années 2004 à 2011 dans les établissements publics ou privés de médecine et de chirurgie non spécialisés en soins psychiatriques de France métropolitaine ;
  - b. estimer le risque de réadmission pour TS au cours de ces huit années (2004-2011).
2. Estimer le nombre de recours aux urgences pour TS à partir des données du PMSI et des données d'Oscour® pour les années 2007 à 2011.

## 3. Matériels et méthodes

### 3.1 Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le PMSI mis en place depuis une vingtaine d'années en France dans tous les établissements de soins de courte durée en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) a pour objectif principal de mettre en relation l'activité médicale (pathologies et modes de prise en charge) et les moyens de fonctionnement des établissements. Les informations ainsi recueillies sont utilisées essentiellement pour la tarification à l'activité et pour la planification de l'offre de soins. Néanmoins, malgré les limites inhérentes aux bases de données médico-administratives, elles sont de plus en plus utilisées pour améliorer la connaissance épidémiologique du recours à l'hospitalisation dans certaines pathologies et contribuer à la surveillance en santé publique [14]. Les TS sont repérables dans le PMSI-MCO à partir de 2001 [8] mais cette information n'a été exploitable qu'à partir de 2003 [9]. Depuis cette date, les suicides et les TS sont spécifiés comme faisant partie des priorités de santé publique pour le codage PMSI dans les guides méthodologiques annuels de production des résumés du PMSI-MCO<sup>4</sup>.

À la fin de tout séjour dans un établissement de santé, il y a production d'un résumé de sortie standardisé (RSS) constitué d'un ou de plusieurs résumés d'unité médicale (RUM). Dans chaque unité de soins où a été hospitalisé le patient, le médecin responsable de l'unité de soins produit un RUM qui contient des informations d'ordre administratif et médical. Les informations administratives comprennent les identifiants, sexe, date de naissance, lieu de résidence, numéro de l'établissement, dates et modes d'entrée et de sortie, provenance et destination. Les informations médicales sont les diagnostics (principal et associés) ainsi que les actes médicaux pratiqués. Les diagnostics sont codés en référence à la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les actes médicaux selon la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Ne doivent figurer dans le RUM que les problèmes de santé présents, actifs, diagnostiqués ou traités au moment de l'hospitalisation ou lors du passage par la structure d'accueil des urgences de l'établissement.

Le RSS est rendu anonyme et transformé en résumé de sortie anonyme (RSA) avant la transmission à l'Agence régionale de santé (ARS). Un séjour hospitalier donne lieu à un RSA unique. Dans les RSA, la date de naissance est remplacée par l'âge calculé à la date d'entrée, le code postal de résidence par le code géographique de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), les dates d'entrée et de sortie par la durée de séjour, le mois et l'année de sortie, la date de réalisation des actes par le délai en jours par rapport à la date d'entrée. Les bases régionales de RSA constituent la base nationale des RSA centralisée auprès de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Pour assurer ses missions de surveillance, l'InVS a accès à la base nationale PMSI.

---

<sup>4</sup> [http://www.atih.sante.fr/mco/documentation#Guides méthodologiques](http://www.atih.sante.fr/mco/documentation#Guides%20m%C3%A9thodologiques)

Depuis 2001, une procédure de chaînage des résumés de séjours permet de relier les différentes hospitalisations d'un même patient grâce à la génération automatique d'un numéro anonyme à partir du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du sexe du patient. L'objectif de ce chaînage est de créer un numéro anonyme commun à toutes les hospitalisations d'un même patient, quel que soit le secteur public ou privé, en MCO, en soins de suite et de réadaptation (SSR), ou en psychiatrie (RIM-P). Les différents épisodes d'hospitalisation d'un même patient peuvent ainsi être identifiés et reliés entre eux. Le RIM-P n'a été mis en place qu'en 2008 avec une montée en charge progressive, les TS n'y sont pas renseignées de façon suffisamment exhaustive. Ainsi, ces données encore parcellaires n'ont pas été exploitées dans le cadre de ce travail.

### 3.1.1 Critères d'inclusion

Tous les séjours concernant des personnes de 10 ans et plus domiciliées en France métropolitaine et hospitalisées pour TS entre le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et le 31 décembre 2011 dans les établissements MCO publics et privés de France métropolitaine ont été sélectionnés.

Les séjours mal chaînés dont le numéro de sécurité sociale, la date de naissance, le sexe, le numéro administratif de séjour et/ou le numéro d'anonymisation étaient mal ou pas renseignés n'ont pas été inclus dans l'analyse [15]. Il est à noter que la qualité du chaînage s'est sensiblement améliorée au cours du temps. À partir de 2007, les séjours incorrectement chaînés n'y représentaient qu'entre 1,1 % et 1,6 % du total des séjours contre 7,1 % en 2004, 8,7 % en 2005 et 10,5 % en 2006.

Ainsi, les procédures de vérification appliquées aux 797 570 séjours initialement sélectionnés ont permis d'identifier 765 616 séjours correctement chaînés (96 %) qui ont été inclus dans l'analyse.

### 3.1.2 Définition et codage de la tentative de suicide dans le PMSI

Les TS sont définies par la CIM-10 comme une intoxication ou une lésion traumatique que s'inflige délibérément un individu. Elles sont regroupées sous les codes X60 à X84 dans le sous-chapitre « lésions auto-infligées » du chapitre XX de la CIM-10 comprenant les causes externes de mortalité et de morbidité<sup>5</sup>.

Les codes utilisés correspondent aux auto-intoxications et aux lésions auto-infligées en diagnostic relié ou diagnostic associé, le diagnostic principal étant la conséquence de l'acte suicidaire (lésions traumatiques, intoxications...)<sup>6</sup>.

Le regroupement de certains codes a été effectué :

- X60 à X64 : auto-intoxication médicamenteuse ;
- X65 à X69 : auto-intoxication par d'autres produits (alcool, solvants, gaz, pesticides, produits chimiques) ;
- X70 : lésion auto-infligée par pendaison, strangulation, suffocation ;
- X71 : lésion auto-infligée par noyade, submersion ;
- X72 à X74 : lésion auto-infligée par arme à feu ;
- X75 à X77 : lésion auto-infligée par exposition à la fumée, aux flammes et au gaz ;
- X78 et X79 : lésion auto-infligée par objet tranchant ;
- X80 : lésion auto-infligée par saut dans le vide ;
- X81 à X 82 : lésion auto-infligée par collision intentionnelle ;
- X83 à X84 : lésion auto-infligée par un moyen non précisé.

---

<sup>5</sup> Cf. annexe 1.

<sup>6</sup> D'après le guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI-MCO, les séjours pour suicide et TS doivent mentionner en diagnostic principal la conséquence de l'acte suicidaire (lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe...) codée avec le chapitre XIX de la CIM-10 et en diagnostic associé les codes X60 à X84 (lésions auto-infligées) décrivant les moyens utilisés.

### 3.1.3 Les séjours hospitaliers pour tentative de suicide

Dans un premier temps, nous avons décrit les séjours hospitaliers pour TS par année. Cette analyse correspondait à l'ensemble des TS hospitalisées sans différencier les TS isolées des récidives. L'unité statistique était le séjour hospitalier.

Les principales caractéristiques des séjours ont été étudiées : données démographiques (âge et sexe), modalités opératoires des TS, durée du séjour, variations mensuelles et diagnostics psychiatriques associés.

Les taux spécifiques annuels d'hospitalisation par classe d'âge et par sexe pour 10 000 habitants ont été calculés en rapportant le nombre d'hospitalisations dans une année donnée à la population moyenne par classe d'âge et par sexe de cette même année. Les populations moyennes ont été calculées pour chaque année à partir des données de population au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année fournies par l'Insee.

Des taux annuels d'hospitalisation standardisés sur l'âge et le sexe ont été calculés par la méthode de standardisation directe, la structure de la population française métropolitaine de l'année 1999 constituant la référence. Ces taux annuels standardisés ont été calculés pour l'ensemble de la France métropolitaine et par région de résidence.

Afin de quantifier les tendances des taux d'hospitalisation au cours du temps, la variation annuelle des taux d'hospitalisation standardisés a été estimée par un modèle de régression négative binomiale (qui est une extension de la régression de Poisson visant à corriger la surdispersion). Ce modèle était ajusté sur l'âge et le sexe.

### 3.1.4 Les réadmissions pour tentative de suicide

Dans un deuxième temps, nous avons chaîné le séjour des patients qui ont eu plusieurs hospitalisations pour TS au cours des huit années d'observation (2004-2011). Nous avons décrit les caractéristiques de ces patients et avons analysé le risque de réadmission sur les huit années d'observation. Dans ce cas, l'unité statistique était le patient.

L'événement initial a été défini comme la première hospitalisation pour TS durant les huit années d'observation, que nous avons appelé hospitalisation index. L'événement terminal était la première réadmission pour TS. La durée de suivi correspondait à l'intervalle entre la date de sortie de l'hospitalisation index et la date d'entrée de la première réadmission pour TS. S'il n'y avait pas eu de réadmission pour TS pour un individu donné, la durée de suivi correspondait à l'intervalle entre la date de sortie de l'hospitalisation index et la fin de l'inclusion des données, soit le 31 décembre 2011. Si le mode de sortie de l'hospitalisation index était le décès pour un individu donné, ce décès était pris en compte dans le dénominateur lors de l'analyse. Il est à noter que les décès hors hospitalisation ne sont pas disponibles dans le PMSI, en particulier les suicides accomplis avec décès immédiat sans hospitalisation ne sont pas identifiables dans cette base de données.

Le taux de réadmission au cours des huit années a été calculé par la méthode de Kaplan-Meier.

La comparaison du risque de réadmission selon les caractéristiques des patients a été effectuée en utilisant le modèle de Cox. Trois variables ont été introduites dans le modèle : le sexe, l'âge en quatre classes (10-29 ans, 30-49 ans, 50-69 ans et  $\geq 70$  ans) et l'existence ou non d'une pathologie psychiatrique codée lors de l'hospitalisation.

Les dates d'entrée ne sont pas transmises dans le PMSI national. Seuls le mois et l'année des dates de sortie ainsi que la durée de séjour sont connus. Une variable appelée « numsej » correspondant à une date fictive d'entrée avec une composante aléatoire unique pour chaque individu permet de calculer le délai entre deux séjours hospitaliers.

L'intervalle entre deux TS a été défini comme le délai entre la date de sortie du séjour S et la date d'entrée du séjour S+1 et calculé à partir de la variable « numsej », soit :

$$\text{« numsej » du séjour S+1} - (\text{« numsej » du séjour S} + \text{durée de séjour S}).$$

Toutefois, la méthode de calcul de la date de référence pour la variable « numsej » a été modifiée en 2006 et ne permet pas un passage direct de cette information entre 2005 et 2006. Pour calculer l'intervalle entre deux séjours pour TS lorsqu'il y avait des valeurs aberrantes, nous avons utilisé une



deuxième méthode. La date exacte de sortie d'hospitalisation n'étant pas renseignée (seulement mois et année), la date a été fixée arbitrairement à la date du milieu du mois, soit le 15 du mois. Les dates d'entrée ont été estimées en soustrayant la durée de séjour à la date de sortie. Dans ce cas :

Intervalle entre deux séjours = date d'entrée du séjour S+1 – date de sortie du séjour S.

Par ailleurs, lorsque pour un même individu, le « numsej » était identique pour deux séjours ou lorsque la durée entre deux séjours était égale à zéro, il a été considéré que ces séjours correspondaient à un même épisode de soins et non à une réadmission pour TS.

## 3.2 Le réseau Oscour<sup>®</sup>

L'InVS coordonne la surveillance des recours aux urgences grâce à un système de collecte d'informations sur tous les passages dans les Services des urgences (SU) hospitalières participant au réseau Oscour<sup>®</sup>. Ce réseau a été mis en place en juillet 2004 grâce au soutien de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), à une collaboration avec la Société française de médecine d'urgence (SFMU), et à l'implication des ARS et des établissements hospitaliers. En juillet 2004, 23 établissements adhéraient au réseau. Ce dernier s'est développé progressivement et comprenait, en mars 2012, 378 SU hospitalières représentant 60 % des passages aux urgences en France [16].

Les SU accueillent les patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge immédiate. Les données des SU participant au réseau Oscour<sup>®</sup> sont enregistrées en routine à partir du RPU du patient. Elles comprennent les diagnostics médicaux (principal et associé) inscrits en champ libre et codés selon la CIM-10, le degré de gravité ainsi que des données démographiques (sexe, âge) et administratives (numéro Finess de l'établissement, code postal de résidence, orientation à la sortie des SU). Aucune donnée ne permet de chaîner les différents passages aux urgences pour une même personne ni de chaîner les passages aux urgences aux hospitalisations le cas échéant.

Une extraction automatique des données individuelles des passages dans les SU et leur transfert à l'InVS sont effectués quotidiennement, soit directement, soit par le biais de serveurs régionaux [17].

### 3.2.1 Extraction des tentatives de suicide dans Oscour<sup>®</sup>

Les codes X60 à X84 de la CIM-10 pour les TS ne sont pas souvent utilisés dans les RPU. Ces codes n'apparaissaient pas dans le thésaurus de la SFMU de 2009<sup>7</sup>.

La notion volontaire ou accidentelle des intoxications étant parfois inconnue ou difficile à apprécier au moment du passage aux urgences, un regroupement syndromique a été créé. L'extraction des données pour TS dans Oscour<sup>®</sup> a inclus les intoxications aux psychotropes en plus des codes X60 à X84. De plus, nous avons extrait la notion de tentative de suicide en texte libre dans la variable « motif de recours ».

Le regroupement syndromique pour les TS dans Oscour<sup>®</sup> a inclus les codes X60 à X84 et les codes spécifiques aux intoxications aux psychotropes. Pour ces dernières, les codes suivants ont été extraits :

- T423 : barbituriques ;
- T424 : benzodiazépines ;
- T426 : autres anti-épileptiques, sédatifs et hypnotiques ;
- T427 : anti-épileptiques, sédatifs et hypnotiques, sans précision ;
- T428 : anti-parkinsoniens et autres dépresseurs centraux du tonus musculaire ;
- T43 : intoxication par médicaments psychotropes, non classés ailleurs ;
- T430 : antidépresseurs tricycliques et tétracycliques ;
- T431 : antidépresseurs inhibiteurs de la mono-amine-oxydase ;
- T432 : antidépresseurs, autres et non précisés ;
- T433 : psycholeptiques et neuroleptiques dérivés de la phénothiazine ;

<sup>7</sup> [http://www.sfmou.org/documents/ressources/referentiels/Thesaurus\\_SFMU\\_2009.pdf](http://www.sfmou.org/documents/ressources/referentiels/Thesaurus_SFMU_2009.pdf)

- T434 : neuroleptiques de type butyrophénone et thioxanthène ;
- T435 : psycholeptiques et neuroleptiques, autres et non précisés ;
- T436 : psychostimulants présentant un risque d'abus ;
- T438 : autres médicaments psychotropes, non classés ailleurs ;
- T439 : médicament psychotrope, sans précision.

Dans le motif de recours, les textes libres extraits étaient :

- tentative de suicide ;
- autolyse ;
- lésion auto-infligée ;
- intoxication médicamenteuse volontaire ;
- IMV<sup>8</sup> ;
- intoxication volontaire ;
- phlébotomie ;
- auto-intoxication ;
- inhalations toxiques.

### 3.2.2 Passages dans les services d'urgences du réseau Oscour<sup>®</sup> pour tentative de suicide

Pour les années 2007 à 2011, nous avons complété les données d'hospitalisation pour TS du PMSI-MCO par celles du réseau Oscour<sup>®</sup> afin d'estimer le nombre de TS qui ont eu recours aux SU avec ou sans hospitalisation consécutive à ce recours.

Pour chacune des années 2007 à 2011, à partir de la variable concernant l'orientation à la sortie des SU, nous avons estimé le pourcentage d'hospitalisations en MCO par sexe et classe d'âge parmi les passages aux urgences pour TS. Ensuite, nous avons rapporté l'inverse de ces pourcentages d'hospitalisation par sexe et classe d'âge aux nombres d'hospitalisations pour TS issus des données du PMSI-MCO afin d'estimer le nombre total de TS ayant eu recours aux urgences par an.

---

<sup>8</sup> Intoxication médicamenteuse volontaire.

## 4. Résultats sur les données d'hospitalisation entre 2004 et 2011 (PMSI-MCO)

### 4.1 Les séjours hospitaliers pour tentative de suicide

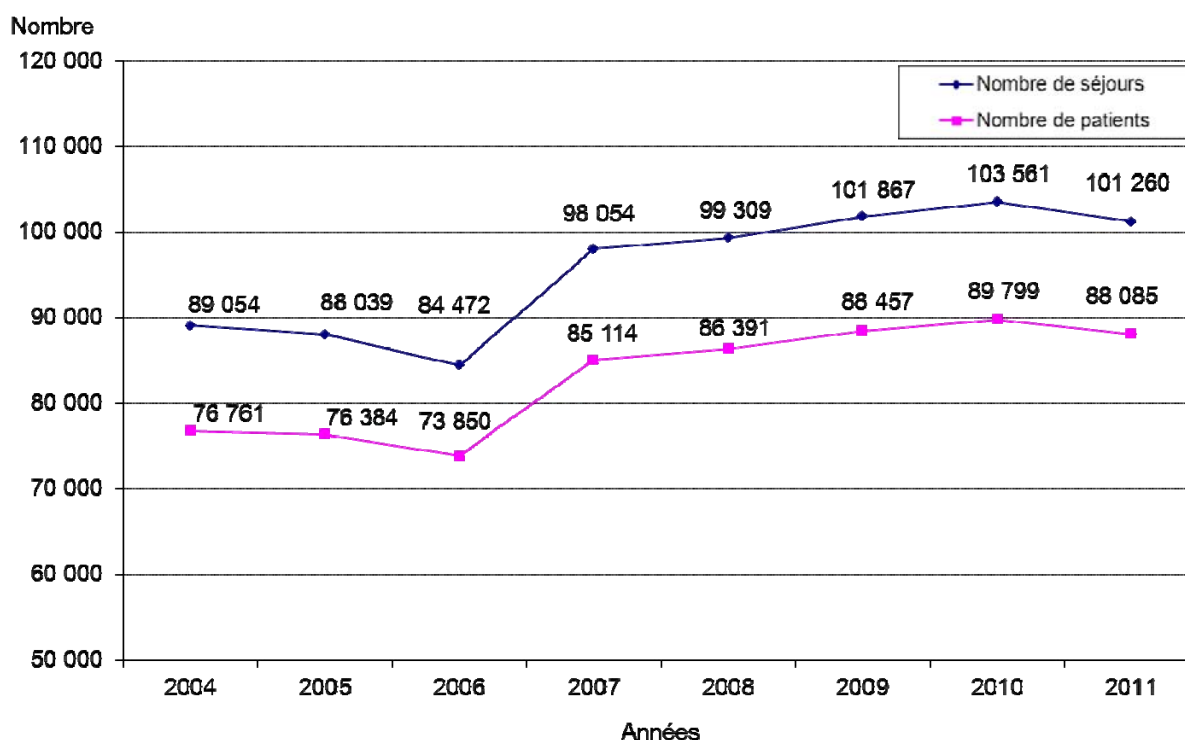
Entre 2004 et 2011, le nombre total de séjours hospitaliers pour TS s'élevait à 765 616. Environ 98,5 % des hospitalisations ont eu lieu dans des établissements publics.

Le nombre de séjours et le nombre de patients<sup>9</sup> âgés de 10 ans et plus hospitalisés pour TS dans les établissements publics et privés MCO en France métropolitaine sont présentés par année de 2004 à 2011 dans la figure 1.

Durant cette période, entre 84 000 et 104 000 hospitalisations annuelles pour TS ont eu lieu en France métropolitaine. Ces hospitalisations concernaient entre 73 000 et 90 000 patients par an.

L'évolution du nombre de patients et du nombre de séjours a suivi des courbes parallèles avec une diminution du nombre de séjours et de patients hospitalisés entre 2004 et 2006 puis une augmentation à partir de 2007.

Figure 1 | Nombre de séjours et nombre de patients âgés de 10 ans et plus hospitalisés pour tentative de suicide en France métropolitaine par année, PMSI-MCO 2004-2011.



Source ATIH, analyses InVS.

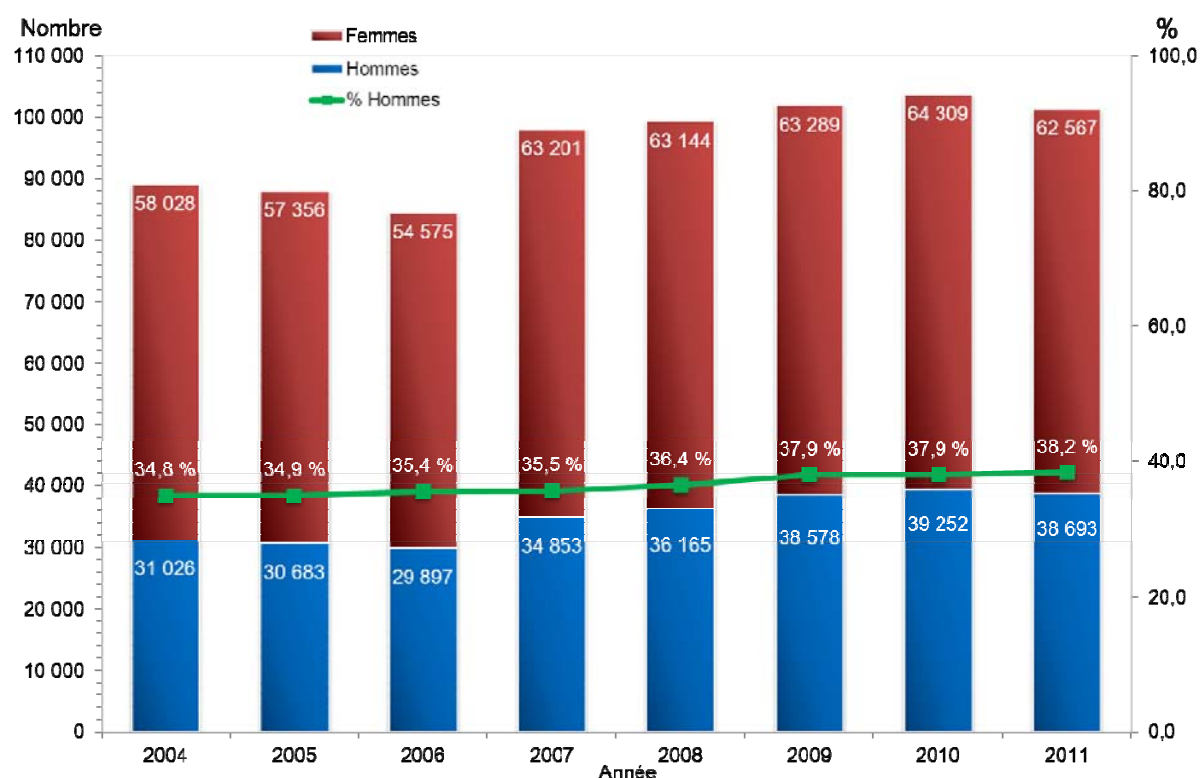
<sup>9</sup> Le nombre de patients hospitalisés pour TS par année a été estimé en chainant le séjour des patients par année calendaire.

### 4.1.1 Description des séjours selon le sexe

La figure 2 montre la répartition par année du nombre d'hospitalisations pour TS selon le sexe et la part de séjours masculins selon les années. Entre 2004 et 2011, le nombre total d'hospitalisations masculines pour TS était de 279 147 tandis que celles concernant les femmes était de 486 469.

La répartition selon le sexe était globalement de 1,7 femmes pour 1 homme. Toutefois, au cours des années, la part des séjours concernant les hommes était en augmentation : en 2004, les séjours masculins représentaient 34,8 % de l'ensemble des séjours pour TS tandis qu'en 2011, ce pourcentage était passé à 38,2 %.

Figure 2 | Nombre des séjours hospitaliers annuels pour tentative de suicide en France métropolitaine par sexe et pourcentage de séjours masculins, PMSI-MCO 2004-2011.



Source ATIH, analyses InVS.

### 4.1.2 Description des séjours selon le sexe et l'âge

Si, tous âges confondus, les séjours des femmes représentaient environ les deux-tiers de la totalité des hospitalisations pour TS, la répartition par genre était différente selon les classes d'âge.

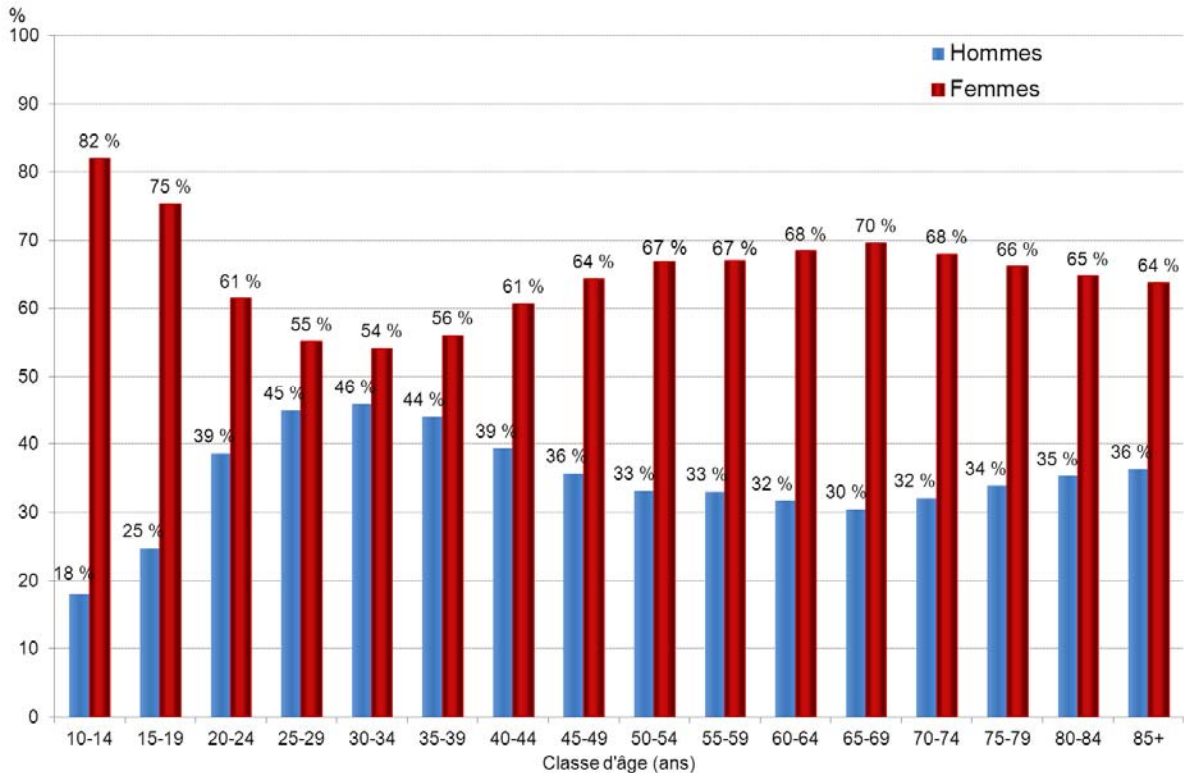
Dans la classe d'âge des 10-14 et des 15-19 ans, les hospitalisations pour TS concernaient les filles dans respectivement 82 % et 75 % des cas ; autrement dit, chez les 10-14 ans et les 15-19 ans, les hospitalisations pour TS concernaient respectivement 4,5 et 3 fois plus souvent les filles que les garçons.

La différence dans la répartition selon le sexe tendait ensuite à diminuer pour atteindre 55 % de femmes et 45 % d'hommes dans les classes d'âge des 25-39 ans (figure 3). À partir de 50 ans, les séjours hospitaliers pour TS concernaient deux femmes pour un homme.

Selon les années, ces répartitions par sexe n'étaient pas différentes pour les très jeunes (10-14 ans) et les plus âgés (65-79 ans). Par contre, pour les classes d'âge entre 15 et 64 ans, de 2004 à 2011, la part relative des hospitalisations masculines pour TS a augmenté de 3 à 7 points par classe d'âge.

Par exemple, en 2004, les séjours des hommes de 15-19 ans représentaient 22 % de l'ensemble des séjours pour TS de cette classe d'âge et en 2011, ils en représentaient 28 % (*versus* respectivement 78 % et 72 % pour les séjours féminins). De même, parmi les 60-64 ans, en 2004, les séjours masculins représentaient 27 % des séjours pour TS dans cette classe d'âge contre 34 % en 2011.

**I Figure 3 | Répartition des séjours hospitaliers pour tentative de suicide en France métropolitaine par sexe et classe d'âge, PMSI-MCO 2004-2011.**

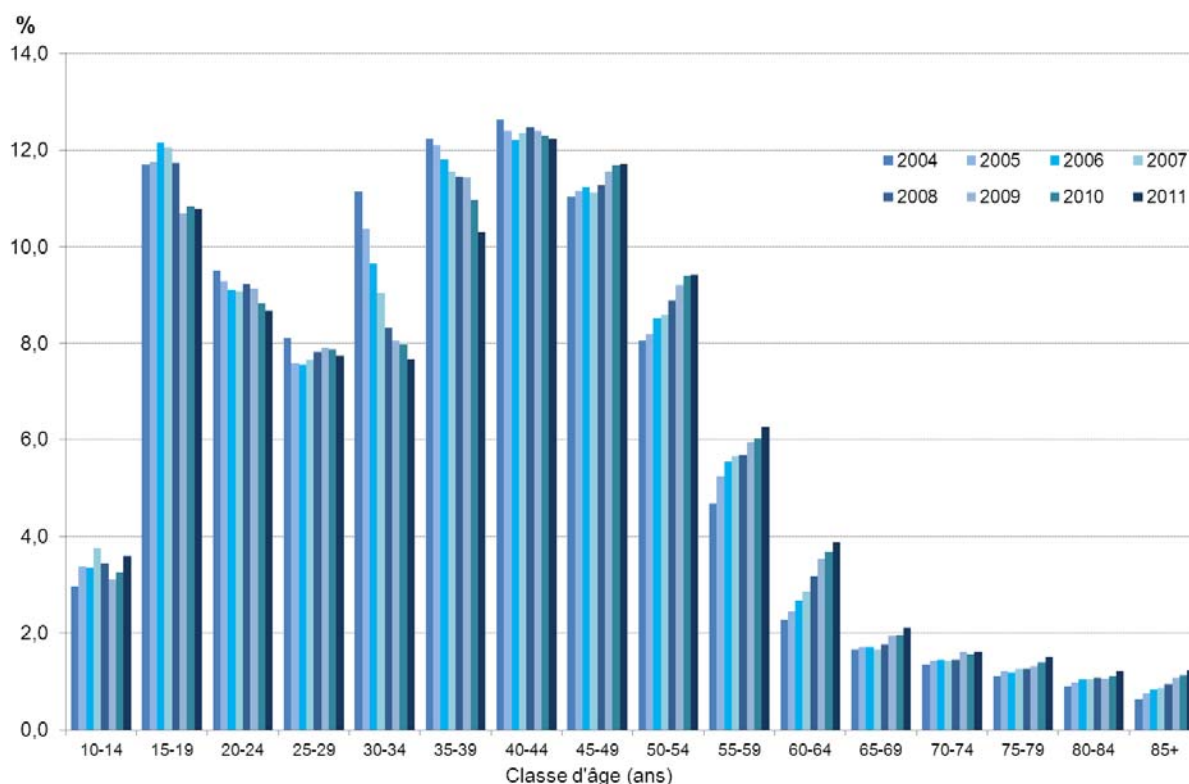


Source ATIH, analyses InVS.

La figure 4 montre la répartition des séjours pour TS selon les classes d'âge. Quelle que soit l'année, les séjours pour TS ont été les plus nombreux dans les classes des 15-19 et 35-49 ans avec environ 12 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS dans chacune de ces classes d'âge.

Entre 2004 et 2011, les changements les plus notables dans la répartition des séjours pour TS concernaient surtout les 30-34 ans chez lesquels une diminution a été observée : cette classe d'âge représentait 11,0 % de l'ensemble des séjours pour TS en 2004 et 8,0 % en 2011. En revanche, les séjours pour TS des sujets plus âgés (45 ans et plus) ont augmenté de façon régulière chaque année.

I Figure 4 | Répartition des séjours hospitaliers pour tentative de suicide en France métropolitaine par classe d'âge, PMSI-MCO 2004-2011.



Source ATIH, analyses InVS.

#### 4.1.3 Description des séjours selon les modes opératoires des tentatives de suicide

Quelle que soit l'année considérée, la fréquence relative des modes opératoires de TS hospitalisées n'était pas très différente. L'auto-intoxication médicamenteuse était le mode opératoire de loin le plus fréquent et concernait 82 % des TS hospitalisées, soit entre 72 000 et 87 000 séjours hospitaliers par an entre 2004 et 2011 (74 % des séjours masculins et 89 % des séjours féminins). Les médicaments les plus utilisés dans les intoxications volontaires étaient les psychotropes. Ces derniers étaient utilisés dans environ trois-quarts des cas comprenant les sédatifs et hypnotiques (60 %), les antidépresseurs (8 %) et les psychotropes sans autre indication sur leur classe pharmacologique (7 %). Les antalgiques antipyrétiques étaient utilisés dans environ 10 % des hospitalisations pour intoxication médicamenteuse volontaire dont le paracétamol dans 6 % des cas. Les médicaments à visée cardiovasculaire étaient utilisés dans 2,6 % des hospitalisations pour TS.

L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides) était le deuxième mode opératoire, mais ne représentait que 8 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS (11 % des séjours masculins et 6 % des séjours féminins). Une intoxication alcoolique aiguë était notée dans environ 40 % des cas.

La phlébotomie et la pendaison représentaient respectivement 5 % et 1,6 % des séjours hospitaliers pour TS tandis que les modes opératoires tels que le saut dans le vide, l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication aux émanations de gaz et la collision intentionnelle étaient plus rares représentant chacun moins de 1 % des cas par an. Environ 3 % des modes opératoires n'étaient pas précisés.

Dans 4,6 % des TS hospitalisées, plusieurs modes opératoires ont été mis en œuvre : dans 95 % des cas, il s'agissait de l'association d'une auto-intoxication médicamenteuse et d'un autre mode opératoire, tel que l'absorption d'autres produits (70 %), la phlébotomie (24 %) ou la pendaison (4 %).

Le tableau 1 présente la part relative des modalités de TS ainsi que la répartition de chacun des modes opératoires selon le sexe.

**I Tableau 1 | Distribution des hospitalisations pour tentative de suicide en France métropolitaine selon le mode opératoire et répartition du mode opératoire par sexe, PMSI-MCO 2004-2011.**

	Nombre d'hospitalisations pour TS par an (%)		Répartition de la modalité de TS par sexe (%)	
			Hommes	Femmes
<b>Auto-intoxication par médicaments</b>	72 000 à 87 000	(81,7)	33,4	66,6
<b>Auto-intoxication par autres produits</b>	6 000 à 9 000	(7,9)	52,8	47,2
<b>Phlébotomie</b>	4 000 à 6 000	(5,0)	45,4	54,6
<b>Pendaison</b>	1 000 à 2 000	(1,6)	74,5	25,5
<b>Saut dans le vide</b>	780 à 1 000	(0,9)	45,5	54,5
<b>Arme à feu</b>	470 à 600	(0,6)	86,1	13,9
<b>Noyade</b>	270 à 300	(0,3)	42,1	57,9
<b>Lésion par fumée, gaz, flammes</b>	170 à 300	(0,2)	60,8	39,2
<b>Collision intentionnelle</b>	150 à 170	(0,2)	56,0	44,0
<b>Non précisé</b>	2 000 à 3 500	(2,6)	47,7	52,3

Source ATIH, analyses InVS.

#### 4.1.3.1 Modes opératoires selon le sexe et l'âge

L'analyse des modes opératoires des TS selon le sexe a montré certaines différences. Une légère prédominance féminine a été observée pour les TS médicamenteuses hospitalisées : 66,6 % de ces hospitalisations concernaient des femmes (alors que les hospitalisations féminines pour TS tous modes opératoires confondus représentaient 63,5 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS). Par contre, une prédominance masculine a été observée pour les hospitalisations pour TS par pendaison et par arme à feu. En effet, les trois-quarts des hospitalisations pour TS par pendaison et 86 % des hospitalisations pour TS par arme à feu concernaient des hommes. Pour les autres modes opératoires des TS hospitalisées, entre 45 % et 58 % étaient des séjours féminins (tableau 1).

En fonction de l'âge, la fréquence de recours aux différents modes opératoires n'était pas la même (figure 5). La part relative des hospitalisations pour TS par auto-intoxication médicamenteuse diminuait avec l'âge mais cette baisse était plus marquée chez les hommes que chez les femmes.

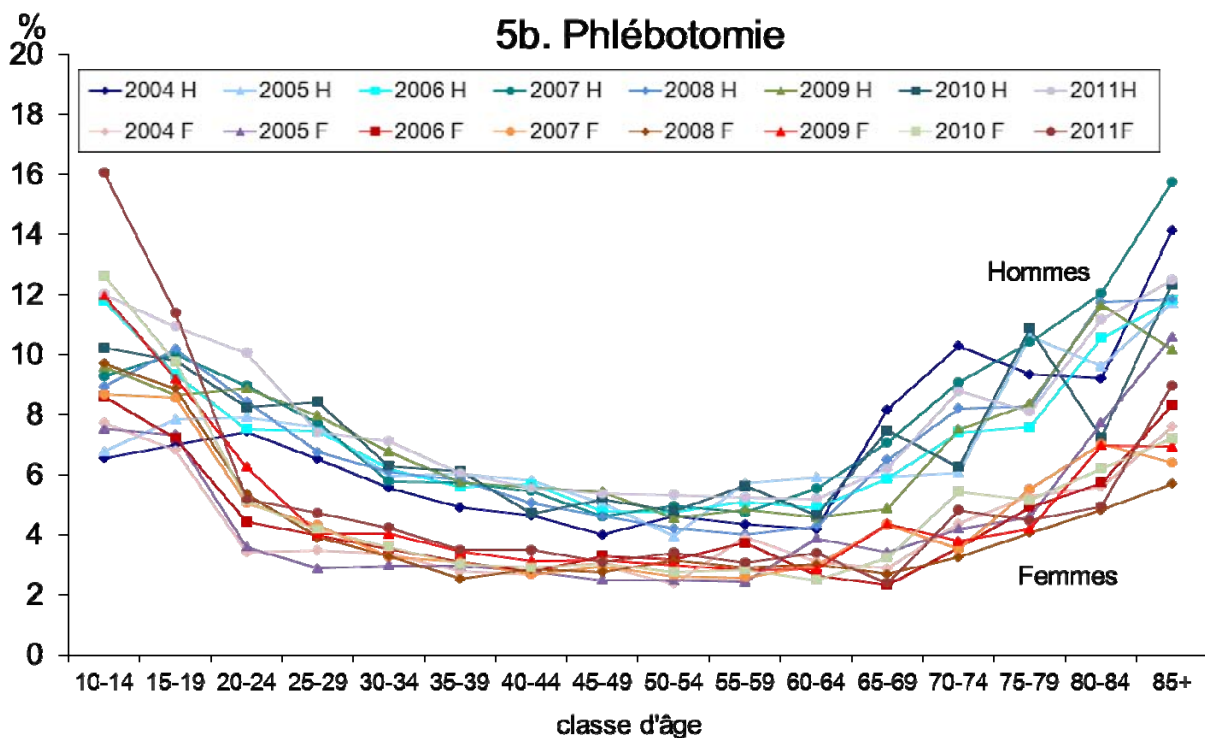
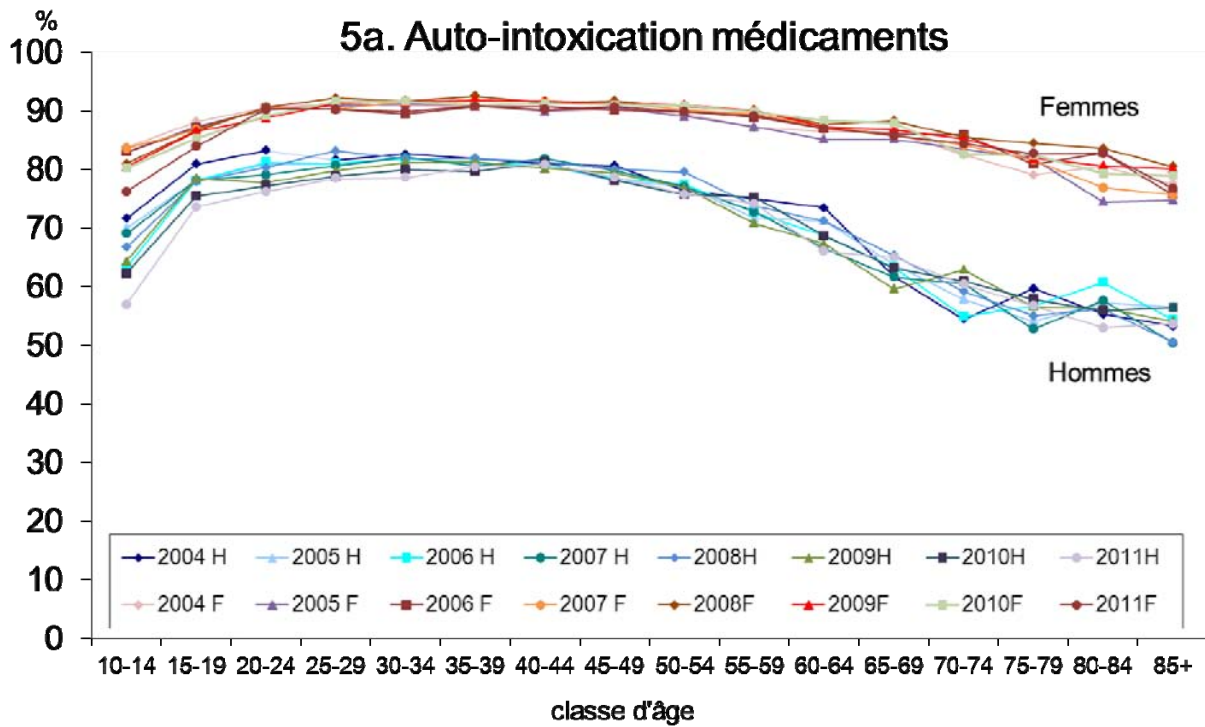
La phlébotomie représentait environ 9 % des hospitalisations pour TS chez les adolescents entre 10 et 19 ans, puis diminuait avec l'âge pour remonter jusqu'à respectivement 11 % et 7 % chez les hommes et les femmes de 85 ans et plus, résultant ainsi une courbe en U. Par ailleurs, entre 2004 et 2011, la part des hospitalisations pour TS par phlébotomie a augmenté chez les jeunes des deux sexes de 10 à 19 ans. En 2004, ces hospitalisations représentaient environ 7 % des séjours pour TS parmi les garçons de ces classes d'âge alors qu'en 2011, elles représentaient environ 11 %. Chez les filles, les proportions étaient respectivement de 7 % en 2004 et 14 % en 2011.

L'utilisation d'une arme à feu augmentait avec l'âge uniquement chez les hommes alors que cette modalité de TS était peu fréquente chez les femmes quel que soit l'âge.

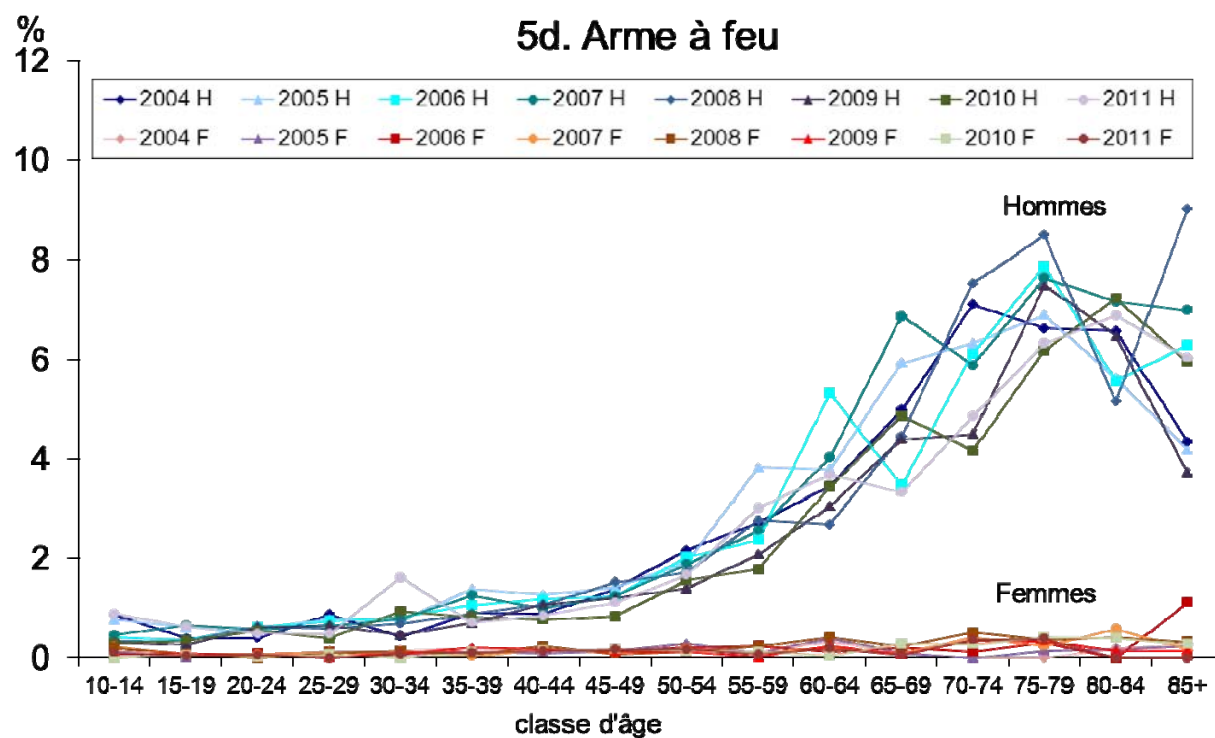
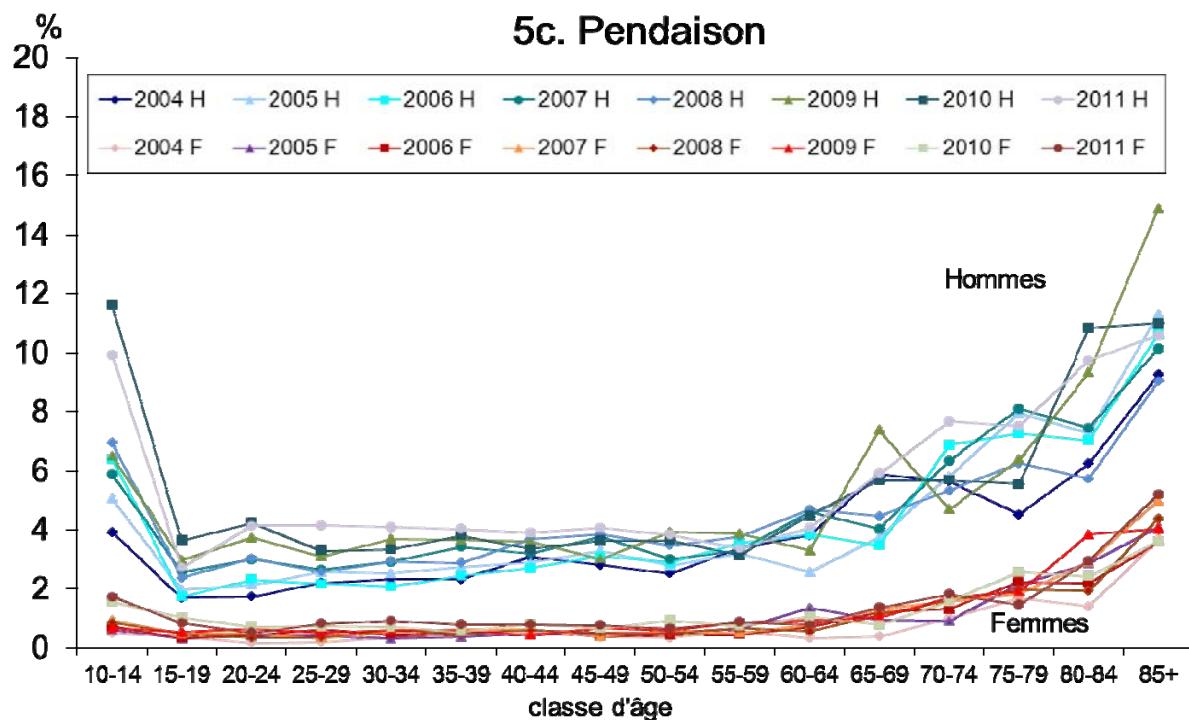
La part relative des recours à la pendaison, à la noyade et au saut dans le vide augmentait à partir de 65 ans pour les deux sexes.

Par ailleurs, il est à noter la fréquence relative du recours à la pendaison et au saut dans le vide comme modalité de TS chez les jeunes garçons de 10 à 14 ans (respectivement 7 % et 3,4 % contre 1 % et 1,3 % chez les filles de la même classe d'âge).

I Figure 5 I Part relative des modes opératoires des tentatives de suicide en France métropolitaine par sexe et classe d'âge, PMSI-MCO 2004-2011.







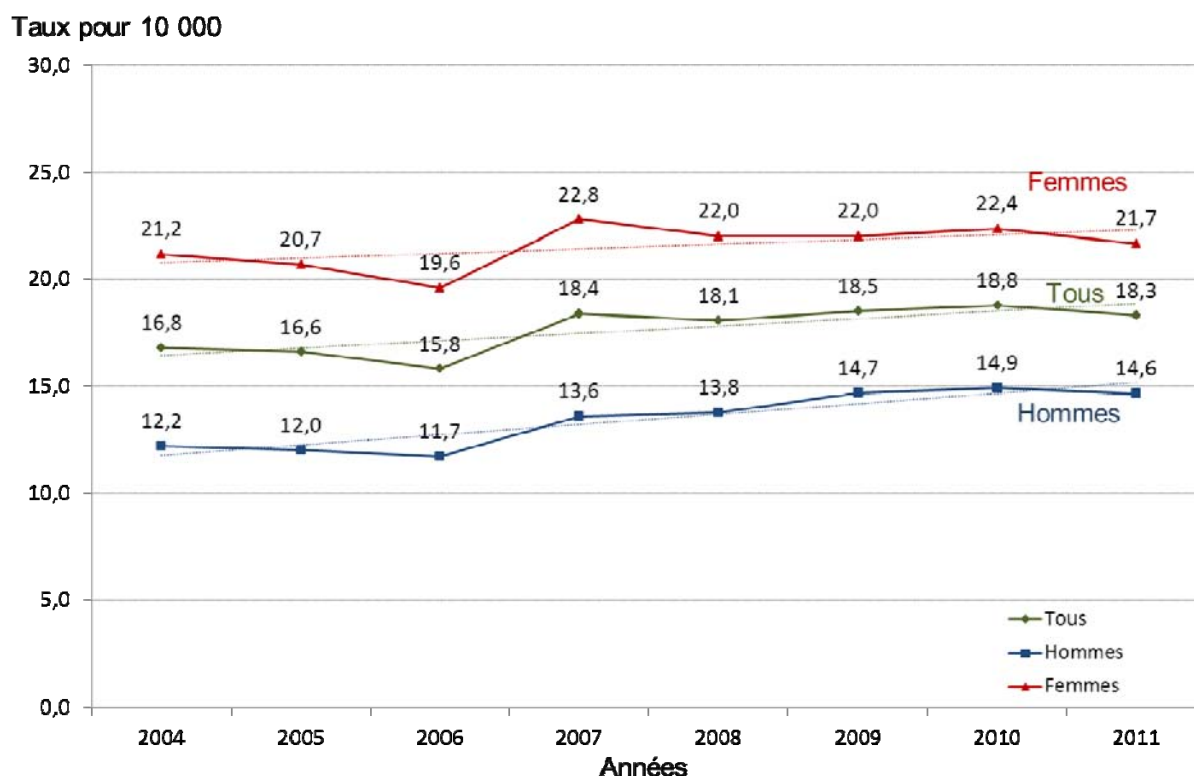
Source ATIH, analyses InVS.

## 4.2 Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide

Le taux de séjours hospitaliers pour TS était en moyenne de 17,7 pour 10 000 habitants par an sur l'ensemble de la période d'étude. La figure 6 présente les taux standardisés pour l'ensemble de la population, ainsi que chez les hommes et chez les femmes.

Ces taux d'hospitalisation pour TS étaient différents selon le sexe, les taux annuels moyens étaient de 13,4 pour 10 000 hommes et 21,5 pour 10 000 femmes. L'évolution entre 2004 et 2011 montre une augmentation régulière des taux masculins passant de 12,2 pour 10 000 à 14,6 pour 10 000 tandis que les taux féminins sont passés de 21,2 pour 10 000 en 2004 à moins de 20 pour 10 000 en 2006, sont ensuite remontés puis stabilisés à environ 22 pour 10 000. L'évolution annuelle des taux standardisés était significative chez les hommes et chez les femmes, le pourcentage d'évolution annuelle était estimé à respectivement 4,8 % chez les hommes et 2,9 % chez les femmes.

Figure 6 | Taux standardisés\* des hospitalisations pour tentative de suicide (pour 10 000 habitants) en France métropolitaine, PMSI-MCO 2004-2011.



Source ATIH, analyses InVS.

\*Taux standardisés sur la structure d'âge de la population France métropolitaine 1999.

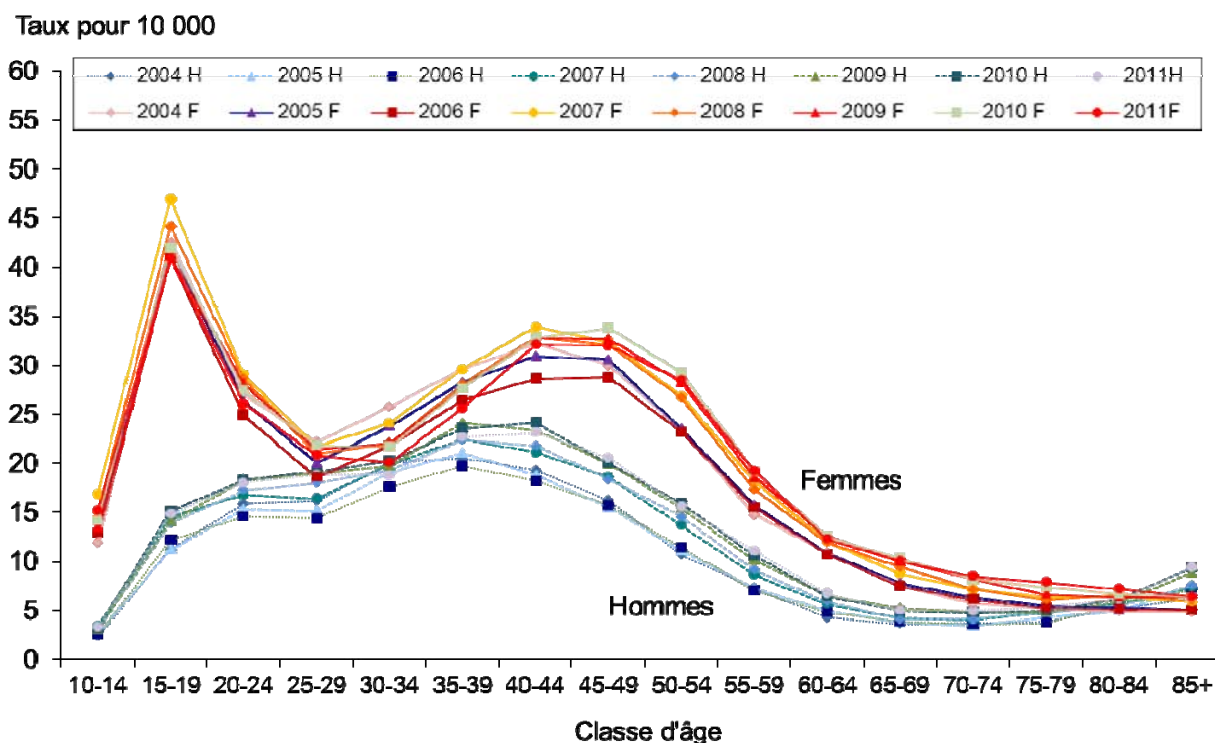
### 4.2.1 Taux d'hospitalisation selon le sexe et l'âge

Lorsque l'âge était pris en compte, les taux d'hospitalisation pour TS montraient des courbes avec des allures différentes selon le sexe (figure 7). Les taux féminins étaient systématiquement supérieurs aux taux masculins sauf dans les âges les plus élevés.

Les séjours hospitaliers pour TS concernant les adolescentes de 15 à 19 ans présentaient les taux les plus élevés avoisinant en moyenne 43 pour 10 000. Chez les 10-14 ans, ces taux étaient autour de 14 pour 10 000. Après le pic chez les 15-19 ans, les taux diminuaient jusqu'à la classe des 25-29 ans avant de remonter jusqu'à environ 32 pour 10 000 chez les femmes de 40 à 49 ans. Ensuite, les taux d'hospitalisation pour TS diminuaient progressivement avec l'âge.

Chez les hommes, les taux de séjours hospitaliers pour TS augmentaient avec l'âge pour atteindre un maximum de 21 pour 10 000 dans la classe d'âge des 35-39 ans, puis baissaient avec l'âge. À partir de 80 ans, les taux remontaient et dépassaient légèrement les taux d'hospitalisation pour TS des femmes.

I Figure 7 I Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en France métropolitaine par sexe et classe d'âge pour 10 000 habitants, PMSI-MCO 2004-2011.



Source ATIH, analyses InVS.

#### 4.2.2 Taux d'hospitalisation selon la région

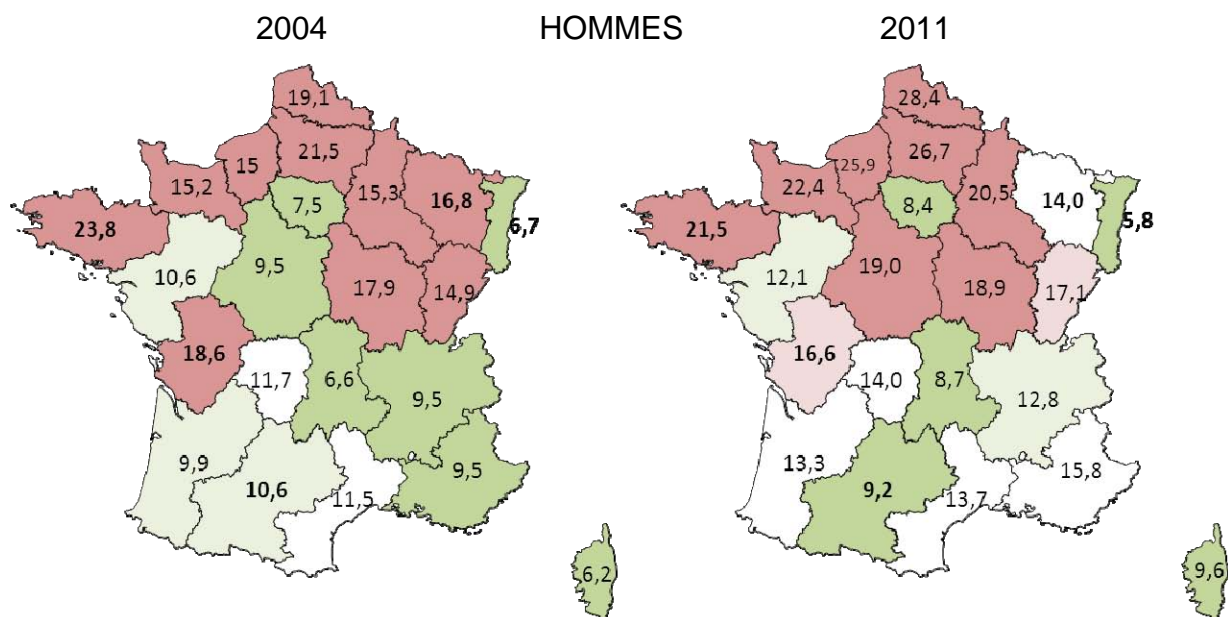
La figure 8 et l'annexe 2 montrent les taux standardisés d'hospitalisation pour TS chez les hommes dans chaque région en 2004 et 2011, ainsi qu'une représentation des variations régionales par rapport au taux national de l'année considérée. En 2004 et 2011, les taux standardisés nationaux étaient respectivement de 12,2 et 14,6 pour 10 000 hommes. En 2004, les taux régionaux variaient de 6,2 pour 10 000 en Corse à 23,8 pour 10 000 en Bretagne. En 2011, ces taux allaient de 5,8 pour 10 000 en Alsace à 28,4 pour 10 000 en Nord-Pas-de-Calais<sup>10</sup>.

Quelle que soit l'année considérée, les régions du Nord et de l'Ouest à l'exception de l'Île-de-France et des Pays de la Loire présentaient des taux supérieurs de plus de 20 % au taux national. De plus, dans certaines régions, le pourcentage d'évolution annuelle des taux entre 2004 et 2011 était très significatif. Par exemple, en région Centre, il y a eu une augmentation continue du taux d'hospitalisation pour TS parmi les hommes au cours des années étudiées résultant en son doublement entre 2004 et 2011 (+10 % d'évolution annuelle), passant de 9,5 pour 10 000 en 2004 à 19,0 pour 10 000 en 2011. Par conséquent, en région Centre, le taux qui était inférieur de 20 % au taux national en 2004 était supérieur de 30 % au taux national en 2011. D'importants pourcentages d'évolution annuelle des taux entre 2004 et 2011 ont aussi été observés en Corse (+11,6 % d'évolution annuelle), Haute-Normandie (+11,2 % d'évolution annuelle) et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Paca) (+10,7 % d'évolution annuelle). Toutefois, en Corse, les taux étaient encore restés en deçà des taux nationaux.

<sup>10</sup> Cf. annexe 2.

Des diminutions des taux de séjours hospitaliers pour TS parmi les hommes au cours des mêmes années ont aussi été constatées. Toutefois, aucune de ces baisses n'était significative<sup>11</sup>. En Lorraine, le taux qui était supérieur de 37 % au taux national en 2004 est passé à un taux équivalent au taux national en 2011 (-0,7 % d'évolution annuelle). Des baisses dans les taux ont aussi été observées en Alsace (-0,6 % d'évolution annuelle), en Midi-Pyrénées (-0,2 % d'évolution annuelle) et Poitou-Charentes (-0,1 % d'évolution annuelle).

I Figure 8 | Taux standardisés\* d'hospitalisation pour tentative de suicide en France métropolitaine pour 10 000 hommes par région en 2004 et 2011 avec représentation des variations régionales, PMSI-MCO 2004-2011.



	Variation par rapport au taux national	Taux standardisé en 2004 pour 10 000 hommes	Taux standardisé en 2011 pour 10 000 hommes
	<-20 %	<9,7	<11,7
	-20 % à -10 %	9,7-10,9	11,7-13,1
	-10 % à +10 %	11,0-13,4	13,2-16,0
	+10 % à +20 %	13,5-14,6	16,1-17,6
	>+20 %	>14,6	>17,6

Sources ATIH, analyses InVS.

\*Taux standardisés sur la structure d'âge de la population France métropolitaine 1999.

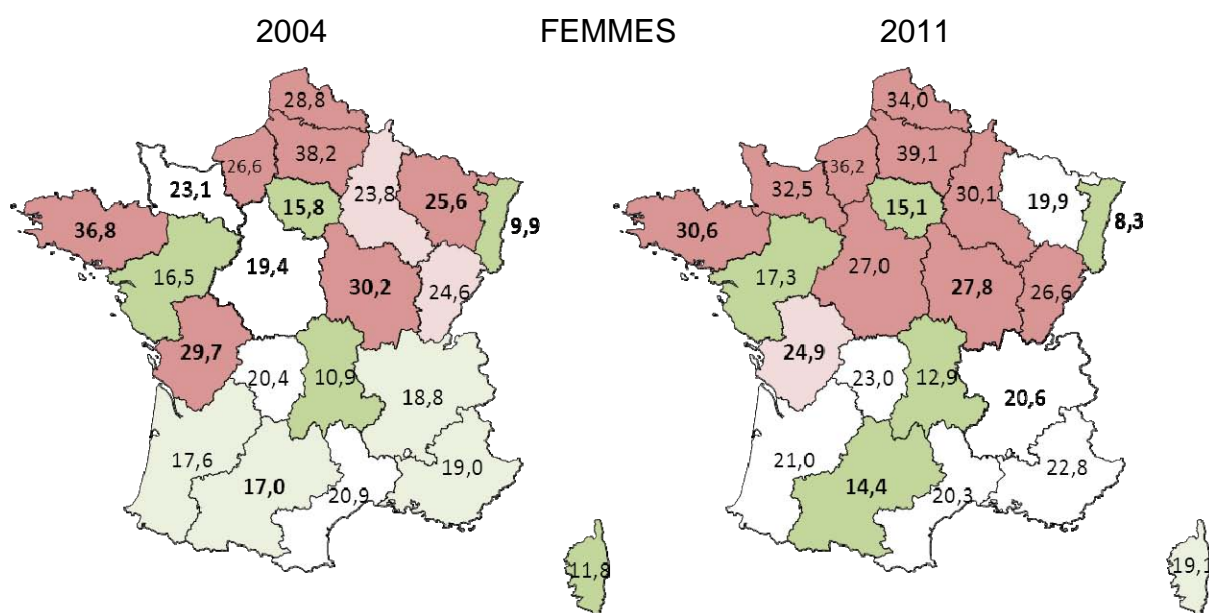
Chez les femmes, en 2004 et 2011, les taux standardisés d'hospitalisation pour TS étaient respectivement de 21,2 et 21,7 pour 10 000 femmes en France métropolitaine. La figure 9 et l'annexe 3 montrent les variations régionales en 2004 et 2011. Ces taux s'échelonnaient de 9,9 pour 10 000 femmes en Alsace à 38,2 pour 10 000 femmes en Picardie en 2004 et respectivement de 8,3 à 39,1 pour 10 000 femmes dans les mêmes régions en 2011. Chez les femmes comme chez les hommes, les régions du Nord et de l'Ouest à l'exception de l'Île-de-France et des Pays de la Loire présentaient des taux supérieurs de plus de 20 % au taux national en 2011, alors qu'en 2004, cette répartition était moins nette.

<sup>11</sup> Cf. annexe 2.

Chez les femmes, les évolutions des taux standardisés de séjours hospitaliers pour TS entre 2004 et 2011 étaient un peu moins marquées que chez les hommes sauf en Corse (+13 % d'évolution annuelle)<sup>12</sup>. Des augmentations relativement importantes dans les taux d'hospitalisation étaient aussi observées en Haute-Normandie (+7,0 % d'évolution annuelle), Basse-Normandie (+7,9 % d'évolution annuelle) et Centre (+6,2 % d'évolution annuelle). Dans ces deux dernières régions, les taux d'hospitalisation pour TS qui étaient proches du taux national en 2004 (respectivement 23,1 et 19,4 pour 10 000 femmes) sont ainsi passés respectivement à 32,5 et 27,0 pour 10 000 en 2011, soit à des taux de 50 % et de 25 % supérieurs au taux national en 2011.

Par ailleurs, dans le même temps, des diminutions dans les taux d'hospitalisation pour TS ont été observées dans d'autres régions. Ainsi, le taux de séjours féminins pour TS a baissé significativement de 25,6 pour 10 000 à 19,9 pour 10 000 en Lorraine (-2 % d'évolution annuelle), passant d'un taux supérieur de 20 % au taux national en 2004 à un taux de 8 % inférieur au taux national en 2011 (figure 9). Une diminution significative des taux d'hospitalisation a aussi été observée en Alsace (-2,4 % d'évolution annuelle), Poitou-Charentes (-1,5 % d'évolution annuelle) et Bretagne (-0,9 % d'évolution annuelle).

**Figure 9 | Taux standardisés\* d'hospitalisation pour tentative de suicide en France métropolitaine pour 10 000 femmes par région en 2004 et 2011 avec représentation des variations régionales, PMSI-MCO 2004-2011.**



	Variation par rapport au taux national	Taux standardisé en 2004 pour 10 000 femmes	Taux standardisé en 2011 pour 10 000 femmes
	<-20 %	<16,9	<17,4
	-20 % à -10 %	16,9-19,0	17,4-19,5
	-10 % à +10 %	19,1-23,2	19,6-23,8
	+10 % à +20 %	23,3-25,4	23,9-26,0
	>+20 %	>25,4	>26,0

Sources ATIH, analyses InVS.

\*Taux standardisés sur la structure d'âge de la population France métropolitaine 1999.

<sup>12</sup> Cf. annexe 3.



## 4.3 Caractéristiques des séjours hospitaliers pour tentative de suicide

### 4.3.1 Modalités de sortie

Après hospitalisation, un retour à domicile était observé dans 70 % des cas et un transfert vers une autre structure de soins dans 29 % des cas. Il s'agissait alors d'un transfert vers un service de psychiatrie dans 70 % des cas, soit 20 % des TS dirigées initialement en médecine ou chirurgie ont ensuite été transférées en psychiatrie. Dans 0,9 % des cas, les patients sont décédés.

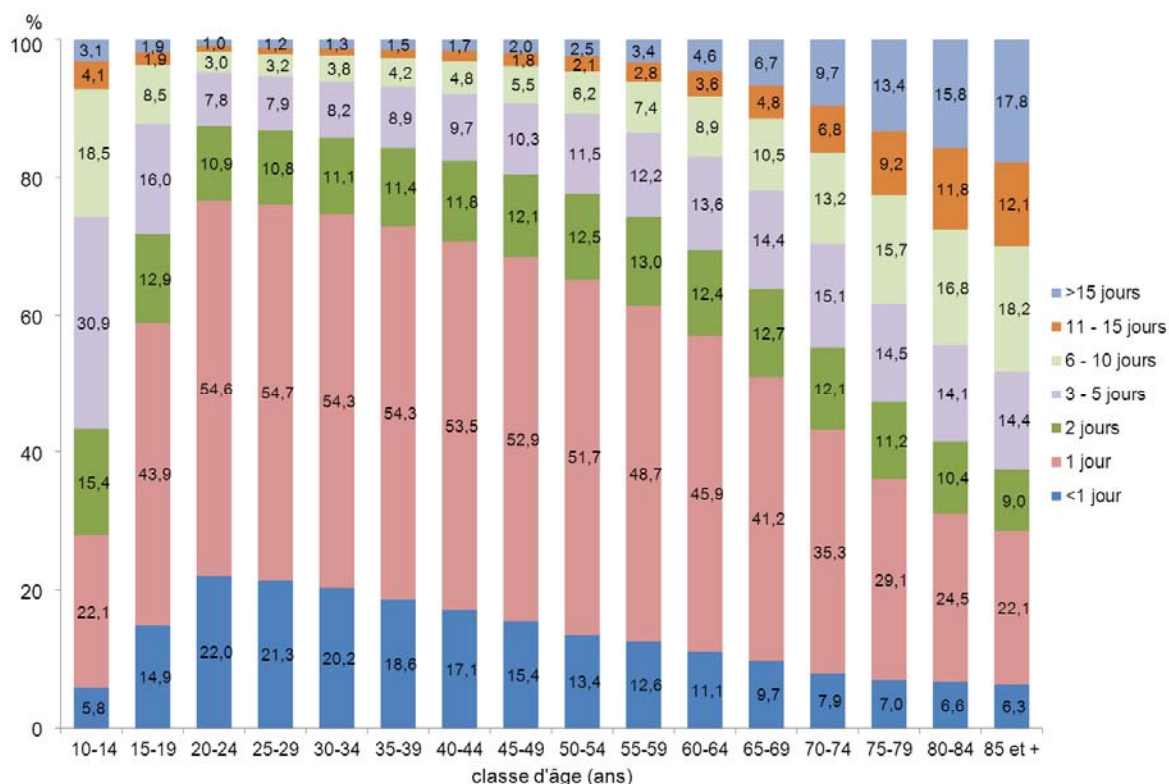
Les caractéristiques de ces patients décédés ont été analysées plus loin.

Ces modalités de sortie n'étaient pas différentes selon les années.

### 4.3.2 Durée de séjour

La grande majorité des hospitalisations pour TS (89 %) a duré 5 jours ou moins. Un séjour sur six (16 %) a duré moins d'une journée, la moitié des séjours n'a duré qu'un jour tandis que les séjours de 2 jours et ceux de 3 à 5 jours ont concerné respectivement 12 % et 11 % des hospitalisations pour TS. Les séjours de plus de 15 jours n'ont concerné que 2,5 % de l'ensemble des hospitalisations. Lorsque le mode opératoire de la TS nécessitait une intervention chirurgicale et des soins intensifs, par exemple dans le cas de TS par exposition à la fumée, aux flammes ou au gaz ; par arme à feu ou par saut dans le vide, les durées de séjours étaient plus importantes : entre un cinquième à un quart de ces hospitalisations excédaient 15 jours. Les durées d'hospitalisation pour TS n'ont pas varié entre 2004 et 2011.

I Figure 10 I Répartition de la durée de séjour hospitalier pour tentative de suicide en France métropolitaine par classe d'âge, PMSI-MCO 2004-2011.



Source ATIH, analyses InVS.

La proportion d'hospitalisations masculines pour moins d'une journée était plus importante que celle des hospitalisations féminines, respectivement 18 % et 15 %. Les séjours de durée supérieure à 5 jours n'étaient en revanche pas différents selon le sexe (11 %).

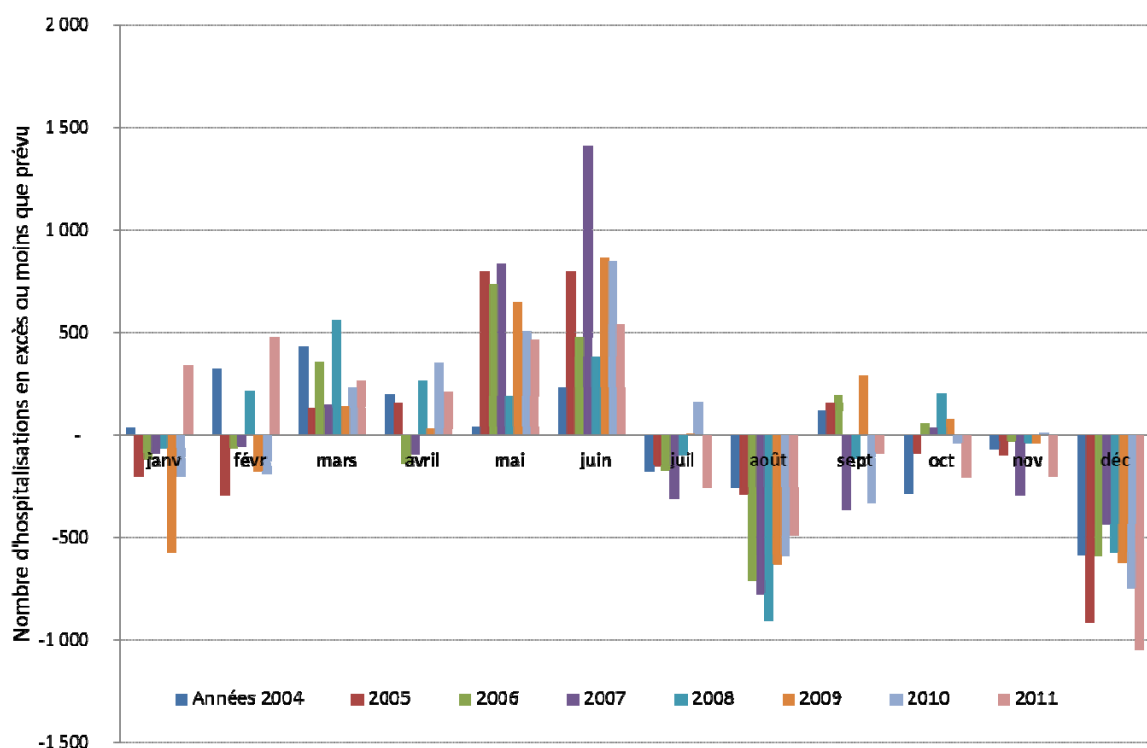
La durée des séjours pour TS était différente selon l'âge des patients. Les séjours des adolescents et des personnes âgées étaient plus longs que ceux des patients d'âge moyen. Les durées moyennes de séjour étaient de 4,4 jours chez les 10-14 ans, de 7,9 jours chez les 75 ans et plus contre 2,2 jours chez les 20-54 ans. La figure 10 montre qu'entre 20 et 54 ans, la durée de séjour était inférieure ou égale à une journée pour plus de 70 % des hospitalisations. Pour les adolescents de 10-14 ans et de 15-19 ans, respectivement 26 % et 12 % des séjours pour TS avaient une durée supérieure à 5 jours. Pour les 75 ans et plus, moins de 35 % des durées de séjours étaient inférieures ou égales à une journée et plus de 38 % supérieures à 5 jours.

### 4.3.3 Mois de survenue des tentatives de suicide

La survenue des hospitalisations pour TS était fluctuante selon les mois et les années. Pour chaque année, nous avons estimé une moyenne mensuelle pondérée par le nombre de jours par mois. La figure 11 montre que le nombre de séjours hospitaliers pour TS était constamment moins élevé en juillet (sauf en 2010), août, novembre et décembre. Par contre, les mois de mars, mai et juin ont présenté un plus grand nombre d'hospitalisations pour TS, quelle que soit l'année. L'analyse par sexe donne des résultats identiques à ceux présentés dans la figure 11.

Ces données sont cependant à considérer avec précaution car les dates d'entrée des patients ne sont pas transmises et ont été estimées à partir de la durée de séjour et du mois de sortie.

**Figure 11 | Nombre de séjours pour tentative de suicide en excès ou déficit par rapport à la moyenne mensuelle prévue en France métropolitaine, PMSI-MCO 2004-2011.**



Source ATIH, analyses InVS.

## 4.4 Diagnostics psychiatriques associés aux tentatives de suicide

Un ou plusieurs diagnostics psychiatriques ont été codés dans 58,9 % des séjours hospitaliers pour TS entre 2004 et 2011 (tableau 2). La présence d'un codage de diagnostic psychiatrique lors des séjours pour TS ainsi que la répartition du type de trouble n'étaient pas différentes selon les années. Si l'on considère que les diagnostics psychiatriques n'étaient codés que lorsque ces derniers ont été portés et que, probablement, le diagnostic n'a pas pu être fait pour certains patients dont la durée de séjour était très courte, on peut déduire que ces pourcentages sont probablement des estimations basses.

Quel que soit le sexe, les diagnostics le plus souvent retrouvés étaient les troubles dépressifs, les troubles liés à la consommation d'alcool et les troubles anxieux. Les troubles bipolaires, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques étaient présents dans respectivement 2,5 %, 1,6 % et 2,7 % des séjours hospitaliers pour TS.

Considérant les séjours masculins pour TS, lorsqu'un diagnostic psychiatrique a été codé, les troubles dépressifs étaient présents dans 51,9 % des cas et les troubles liés à l'alcool dans 48,8 % des cas. Des troubles dépressifs et ceux liés à la consommation d'alcool étaient ainsi notés respectivement dans 31,6 % et 29,7 % de l'ensemble des séjours masculins pour TS. De même, des troubles dépressifs étaient notés dans 37,2 % de l'ensemble des séjours féminins pour TS.

Par ailleurs, des troubles dépressifs étaient aussi notés dans 34,6 % des séjours pour TS où des troubles liés à l'utilisation de l'alcool étaient codés, soit une comorbidité associant des troubles dépressifs et des troubles liés à l'utilisation de l'alcool était retrouvée dans 7 % de l'ensemble des séjours.

I Tableau 2 | Répartition des diagnostics psychiatriques dans les hospitalisations pour tentative de suicide en France métropolitaine selon le sexe, PMSI-MCO 2004-2011.

	Total		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%
<b>Nombre de séjours hospitaliers pour TS</b>	<b>765 616</b>		<b>279 147</b>		<b>486 469</b>	
<b>Nombre de séjours avec un diagnostic psychiatrique</b>	450 726	58,9	170 071	60,9	280 655	57,7
<b>Troubles dépressifs</b>	269 641	59,8	88 225	51,9	181 416	64,6
<b>Troubles liés à la consommation d'alcool</b>	162 450	36,0	82 925	48,8	79 525	28,3
<b>Troubles anxieux</b>	67 912	15,1	21 353	12,6	46 559	16,6
<b>Trouble bipolaire</b>	11 484	2,5	3 439	2,0	8 045	2,9
<b>Schizophrénie</b>	7 146	1,6	4 522	2,7	2 624	0,9
<b>Autres troubles psychotiques</b>	12 285	2,7	6 264	3,7	6 021	2,1
<b>Trouble de la personnalité et du comportement</b>	24 266	5,4	9 074	5,3	15 192	5,4
<b>Trouble de l'alimentation</b>	3 731	0,8	206	0,1	3 525	1,3

Source ATIH, analyses InVS.



## 4.5 Décès lors d'une hospitalisation pour tentative de suicide

Au cours des années 2004 à 2011, 0,8 % (n=6 559) des patients hospitalisés pour TS sont décédés avec un taux de létalité variant entre 80 et 95 pour 10 000 séjours hospitaliers pour TS par an. Ainsi, chaque année, entre 700 et 960 personnes admises pour TS sont décédées au cours de leur séjour à l'hôpital (tableau 3). Quelle que soit l'année considérée, environ 39 % des décès sont survenus au cours du premier jour d'hospitalisation et 26 % dans un délai de deux à cinq jours.

Le taux de létalité était plus important chez les hommes (entre 142 et 157 pour 10 000 hospitalisations) que chez les femmes (entre 47 et 57 pour 10 000 hospitalisations). Il augmentait de façon exponentielle avec l'âge (figure 12) atteignant des taux au-delà de 800 pour 10 000 TS hospitalisées dans les groupes d'âge élevé (1 400 pour 10 000 TS masculines hospitalisées et 600 pour 10 000 TS hospitalisées parmi les femmes). Avant 20 ans, la létalité était cinq fois plus élevée chez les garçons que chez les filles, en moyenne respectivement 56 et 10 pour 10 000 TS hospitalisées chez les 10-14 ans ; chez les 15-19 ans, les taux de létalité étaient respectivement 44 et 7 pour 10 000 TS hospitalisées. Au-delà de 20 ans jusqu'aux âges élevés, la létalité chez les hommes était environ trois fois celle des femmes.

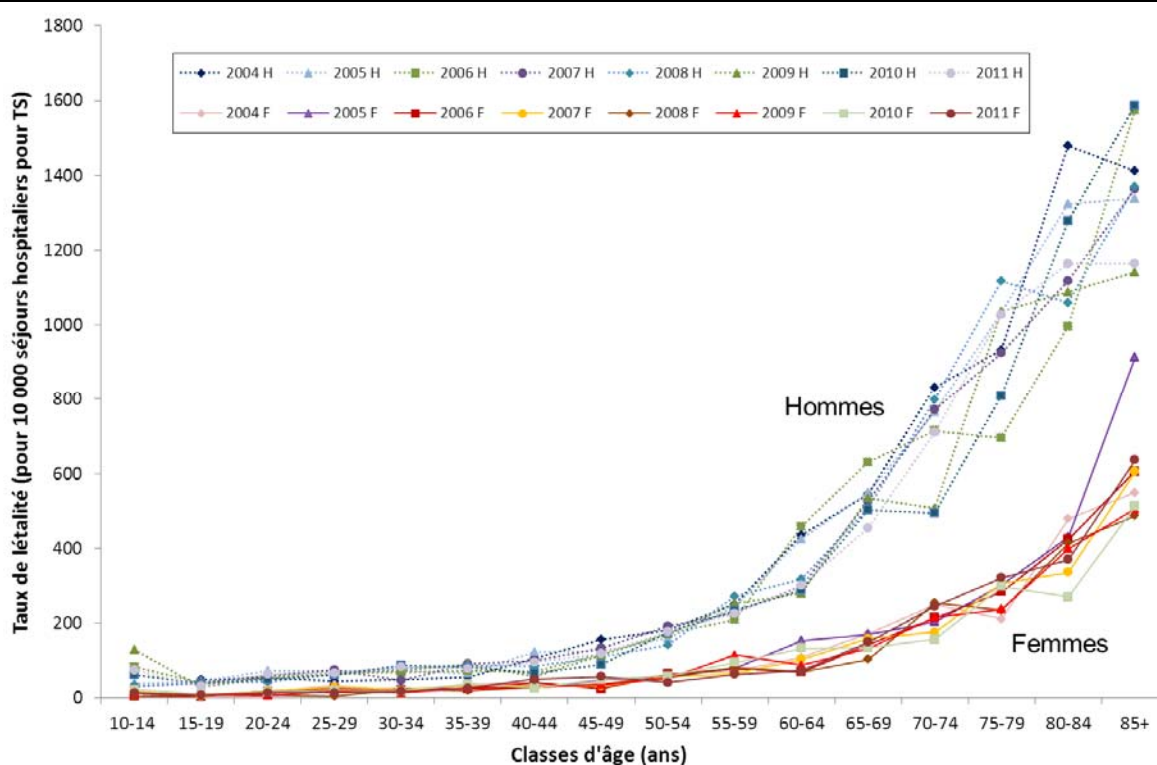
Les différences dans les taux de létalité étaient fortement associées au mode opératoire de la TS. Le tableau 4 montre que, quelle que soit l'année considérée, les taux de létalité les plus élevés concernaient des TS par arme à feu, par pendaison et par lésions dues à une exposition aux flammes, à la fumée et au gaz. Pour les TS par arme à feu, environ une TS hospitalisée sur six a été suivie du décès du patient. Environ une hospitalisation pour TS sur dix par pendaison ou par exposition aux flammes, à la fumée et au gaz s'est terminée par un décès. Lorsque la TS était par auto-intoxication médicamenteuse, il s'agissait d'environ un séjour sur 300 qui s'est terminé par un décès.

**I Tableau 3 | Nombre de décès et taux de létalité pour 10 000 hospitalisations pour tentative de suicide en France métropolitaine par sexe, PMSI-MCO 2004-2011.**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Nombre de décès Hommes</b>	443	468	426	517	529	554	572	607
<b>Taux létalité pour 10 000 séjours</b>	142,8	152,5	142,5	148,3	146,3	143,6	145,7	156,9
<b>Nombre de décès Femmes</b>	280	296	255	306	281	317	353	355
<b>Taux létalité pour 10 000 séjours</b>	48,3	51,6	46,7	48,4	44,5	50,1	54,9	56,7
<b>Nombre de décès totaux</b>	723	764	681	823	810	871	925	962
<b>Taux létalité pour 10 000 séjours</b>	81,2	86,8	80,6	83,9	81,6	85,5	89,3	95,0

Source ATIH, analyses InVS.

I Figure 12 | Taux de létalité pour 10 000 hospitalisations pour tentative de suicide en France métropolitaine par sexe et classe d'âge, PMSI-MCO 2004-2011.



Source ATIH, analyses InVS.

I Tableau 4 | Taux de létalité pour 10 000 hospitalisations pour tentative de suicide en France métropolitaine selon le mode opératoire, PMSI-MCO 2004-2011.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Auto-intoxication par médicaments</b>	27,3	30,0	31,6	33,1	30,4	31,2	34,5	33,6
<b>Auto-intoxication par autres produits</b>	80,3	81,3	74,0	105,8	101,5	70,1	73,6	76,2
<b>Lésion par fumée, gaz, flammes</b>	909,1	1 015,6	921,1	566,0	769,2	867,1	718,2	1 088,4
<b>Phlébotomie</b>	59,0	68,3	44,4	48,3	37,8	55,9	35,8	60,8
<b>Pendaison</b>	1 186,8	1 257,1	1 144,8	1 148,4	938,5	1 038,6	995,3	1 210,9
<b>Saut dans le vide</b>	980,6	754,1	700,0	605,2	707,8	690,7	759,7	673,5
<b>Arme à feu</b>	1 758,5	1 350,4	1 624,3	1 572,8	1 749,2	2 036,4	2 167,6	1 847,1
<b>Noyade</b>	588,2	273,0	397,1	258,3	625,0	481,6	219,4	521,2
<b>Collision intentionnelle</b>	65,8	65,8	-	264,6	100,0	95,7	155,4	176,5
<b>Moyens non précisés</b>	402,1	521,1	430,6	415,8	513,3	574,0	514,4	461,3
<b>Taux moyen de létalité</b>	<b>81,2</b>	<b>86,8</b>	<b>80,6</b>	<b>83,9</b>	<b>81,6</b>	<b>85,5</b>	<b>89,3</b>	<b>95,0</b>

Source ATIH, analyses InVS.

Dans 84 % des cas (n=5 521), le décès a eu lieu lors de l'hospitalisation index pour TS (la première hospitalisation pour TS entre 2004 et 2011) et 10 % des décès lors de la deuxième hospitalisation. Cette distribution était différente selon le sexe. Chez les hommes, 87 % des décès sont survenus lors de l'hospitalisation index et 9 % au cours de la deuxième hospitalisation pour TS. Chez les femmes, 78 % des décès sont survenus lors de l'hospitalisation index et 13 % lors de la deuxième hospitalisation.

Le tableau 5 montre cette distribution selon l'année d'hospitalisation pour TS. On constate des répartitions différentes entre les trois premières années étudiées (2004 à 2006) et les cinq dernières années (2007 à 2011). À partir de 2007, l'hospitalisation index pourrait s'apparenter à une première hospitalisation pour TS.

**I Tableau 5 | Répartition des décès selon le numéro de séjour d'hospitalisation pour tentative de suicide en France métropolitaine, PMSI-MCO 2004-2011.**

	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Numéro de séjour du patient au décès</b>	<b>(n=723)</b>	<b>(n=764)</b>	<b>(n=681)</b>	<b>(n=823)</b>	<b>(n=810)</b>	<b>(n=871)</b>	<b>(n=925)</b>	<b>(n=962)</b>
<b>1</b>	91,6	88,7	88,3	83,7	84,1	80,0	78,9	81,4
<b>2</b>	7,2	8,1	7,9	10,2	10,5	13,0	13,6	11,4
<b>3</b>	0,8	2,0	2,8	3,9	3,1	3,1	3,8	4,1
<b>≥4</b>	0,4	1,2	1,0	2,2	2,3	3,9	3,7	3,1
<b>Nombre moyen de séjours pour TS au décès</b>	<b>1,1</b>	<b>1,2</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>

Source ATIH, analyses InVS.

## 4.6 Les ré-hospitalisations pour récurrence de tentative de suicide

Le chaînage des séjours permet d'identifier les séjours multiples pour un même patient. Au cours des huit années étudiées, 556 708 patients ont été hospitalisés pour TS cumulant 765 616 séjours hospitaliers.

Parmi ces patients, 80,3 % (n=447 011) ont été hospitalisés une seule fois pour TS et pour 19,7 % d'entre eux (n=109 697), il y a eu plusieurs séjours (tableau 6). Dans les séjours pour récurrence de TS entre 2004 et 2011, les femmes (n=70 885, 64,6 %) étaient aussi plus nombreuses que les hommes (n=38 812, 35,4 %). Parmi l'ensemble des femmes hospitalisées pour TS, 20,2 % ont eu plusieurs séjours pour TS. Ce pourcentage était de 18,9 % parmi les hommes.

**I Tableau 6 | Répartition du nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide en France métropolitaine selon le sexe, PMSI-MCO 2004-2011.**

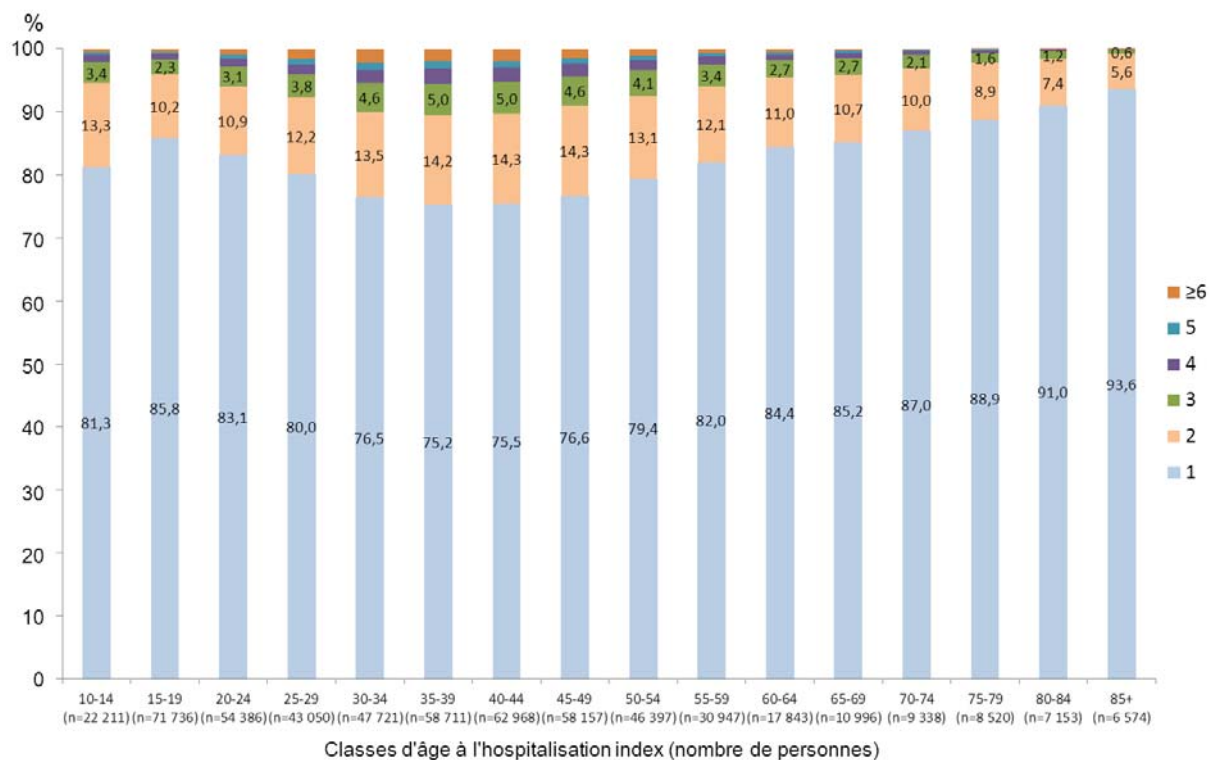
Nombre d'hospitalisations pour TS	Hommes		Femmes		Tous	
		%		%		%
1	166 219	81,1	280 792	79,8	447 011	80,3
2	24 671	12,0	44 437	12,6	69 108	12,4
3	7 250	3,5	13 607	3,9	20 857	3,8
4	2 968	1,5	5 681	1,6	8 649	1,6
5	1 464	0,7	2 790	0,8	4 254	0,8
≥6	2 459	1,2	4 370	1,2	6 829	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>205 031</b>	<b>100,0</b>	<b>351 677</b>	<b>100,0</b>	<b>556 708</b>	<b>100,0</b>

Source ATIH, analyses InVS.

### 4.6.1 Ré-hospitalisations selon l'âge et le sexe

Le pourcentage de patients ré-hospitalisés pour TS variait aussi selon la classe d'âge à l'hospitalisation index. C'est lorsque le patient était d'âge moyen à l'hospitalisation index que les ré-hospitalisations étaient les plus fréquentes : environ un quart des patients âgés entre 30 et 49 ans ont séjourné plusieurs fois à l'hôpital pour TS, tandis que parmi les 75 ans et plus, seulement environ 9 % ont eu plusieurs hospitalisations pour TS (figure 13).

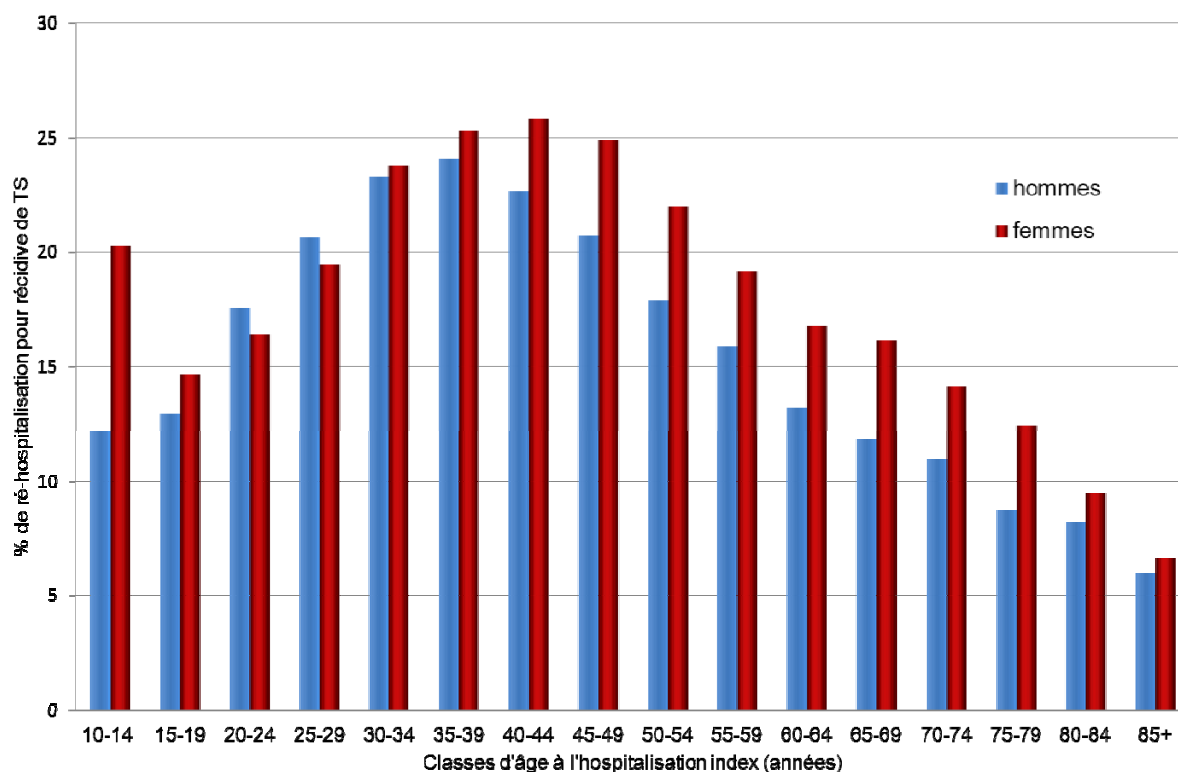
I Figure 13 I Répartition du nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide en France métropolitaine selon la classe d'âge à l'hospitalisation index, PMSI-MCO 2004-2011.



Source ATIH, analyses InVS.

Le pourcentage de ré-hospitalisation pour TS était plus important chez les femmes sauf lorsque le patient avait entre 20 et 29 ans à l'hospitalisation index (figure 14). La différence entre les pourcentages de ré-hospitalisation pour TS selon le sexe était la plus importante chez les jeunes patients. En effet, lorsque le patient avait entre 10 et 14 ans à la première hospitalisation pour TS, le pourcentage de patients ré-hospitalisés pour récurrence de TS était de 20 % chez les filles alors qu'il était de 12 % chez les garçons.

I Figure 14 I Distribution du pourcentage de ré-hospitalisations pour tentative de suicide en France métropolitaine selon le sexe et la classe d'âge à l'hospitalisation index, PMSI-MCO 2004-2011.



Source ATIH, analyses InVS.

#### 4.6.2 Délai entre deux séjours hospitaliers pour tentative de suicide

Lorsqu'il y a eu réadmission pour TS, le nombre moyen de séjours hospitaliers entre 2004 et 2011 était de 2,89 [IC à 95 % : 2,87-2,90] sans différence significative ( $p=0,8$ ) entre les hommes et les femmes. Les 70 885 femmes et les 38 812 hommes qui ont séjourné plusieurs fois à l'hôpital pour TS entre 2004 et 2011 ont eu un total de 317 005 séjours (204 770 pour les femmes et 112 235 pour les hommes).

Le délai moyen entre deux séjours pour TS était estimé à 368 jours [IC à 95 % : 366-370]. Le délai médian était de 179 jours, c'est-à-dire lorsqu'il y a eu ré-hospitalisation pour récurrence de TS, une personne sur deux l'a été dans les six mois.

Le délai de ré-hospitalisation était significativement différent selon le sexe. Lorsqu'il y avait récurrence de TS avec ré-hospitalisation, celle-ci survenait en moyenne environ trois semaines plus tôt chez les hommes par rapport aux femmes. Le délai moyen de ré-hospitalisation était de 353 [350-357] jours chez les hommes contre 376 [374-379] jours chez les femmes et le délai médian respectivement de 158 jours (5,3 mois) et 189 jours (6,3 mois).

Le tableau 7 montre la distribution du délai entre deux séjours pour TS pour un patient. Pour certains patients dont l'hospitalisation index se situait en janvier 2004, le suivi a pu se faire durant presque huit ans. Lorsqu'il y a eu ré-hospitalisation pour récurrence de TS, celle-ci a eu lieu dans le mois qui a suivi la précédente hospitalisation pour TS dans presque un cas sur cinq (22,6 % parmi les hommes vs 18,3 % parmi les femmes). De même, la réadmission a eu lieu dans les 12 mois dans 67,3 % des cas (68,8 % parmi les hommes vs 66,5 % parmi les femmes).

**I Tableau 7 | Distribution du délai entre deux séjours hospitaliers pour tentative de suicide en France métropolitaine selon le sexe, PMSI-MCO 2004-2011.**

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
<1 mois	16 567	22,6	24 439	18,3	41 006	19,8
[1 - 2[ mois	6 993	9,5	11 797	8,8	18 790	9,1
[2 - 3[ mois	4 945	6,7	8 966	6,7	13 911	6,7
[3 - 4[ mois	4 041	5,5	7 877	5,9	11 918	5,7
[4 - 5[ mois	3 365	4,6	6 566	4,9	9 931	4,8
[5 - 6[ mois	2 966	4,0	5 830	4,4	8 796	4,2
[6 - 12[ mois	11 657	15,9	23 584	17,6	35 241	17,0
[1 - 1,5[ an	6 759	9,2	13 362	10,0	20 121	9,7
[1,5 - 2[ ans	4 408	6,0	8 731	6,5	13 139	6,3
[2 - 2,5[ ans	3 098	4,2	6 017	4,5	9 115	4,4
[2,5 - 3[ ans	2 320	3,2	4 568	3,4	6 888	3,3
[3 - 3,5[ ans	1 670	2,3	3 291	2,5	4 961	2,4
[3,5 - 4[ ans	1 252	1,7	2 510	1,9	3 762	1,8
[4 - 5[ ans	1 748	2,4	3 263	2,4	5 011	2,4
[5 - 6[ ans	969	1,3	1 846	1,4	2 815	1,4
[6 - 7[ ans	507	0,7	973	0,7	1 480	0,7
[7 - 8[ ans	158	0,2	265	0,2	423	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>73 423</b>	<b>100,0</b>	<b>133 885</b>	<b>100,0</b>	<b>207 308</b>	<b>100,0</b>

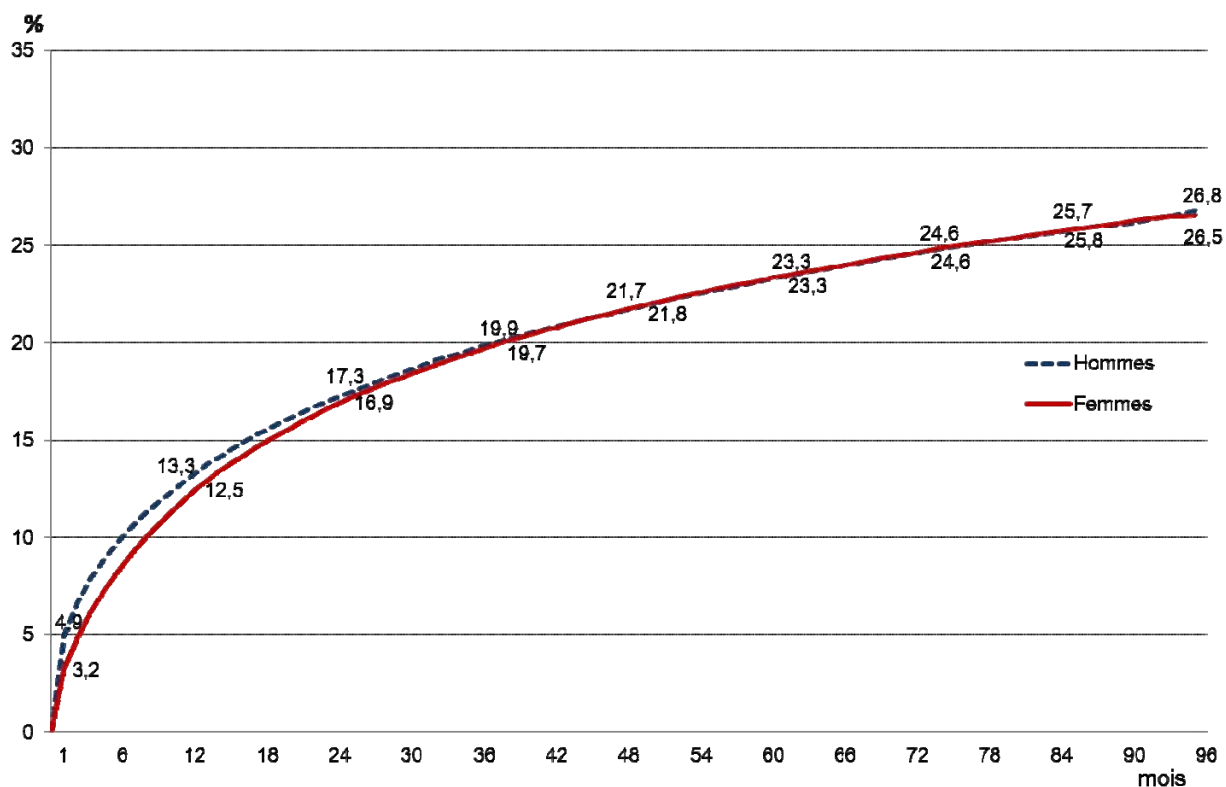
Source ATIH, analyses InVS.

## 4.7 Taux de réadmission pour tentative de suicide après une hospitalisation index

Après une hospitalisation index, le taux d'une première ré-hospitalisation pour TS était globalement de 3,8 % à un mois ; 12,8 % à 12 mois ; 17,1 % à 2 ans ; 19,8 % à 3 ans ; 21,7 % à 4 ans ; 23,3 % à 5 ans ; 24,6 % à 6 ans ; 25,7 % à 7 ans et 26,6 % à 8 ans.

Ces taux étaient plus élevés chez les hommes jusqu'à 24 mois (13,3 % à un an et 17,3 % à deux ans contre respectivement 12,5 % et 16,9 % chez les femmes). Au-delà de deux ans, les courbes selon le sexe étaient superposables (figure 15).

Figure 15 | Taux de réadmission pour tentative de suicide en France métropolitaine selon le nombre de mois écoulé après une hospitalisation index, par sexe, PMSI-MCO 2004-2011.



Source ATIH, analyses InVS.

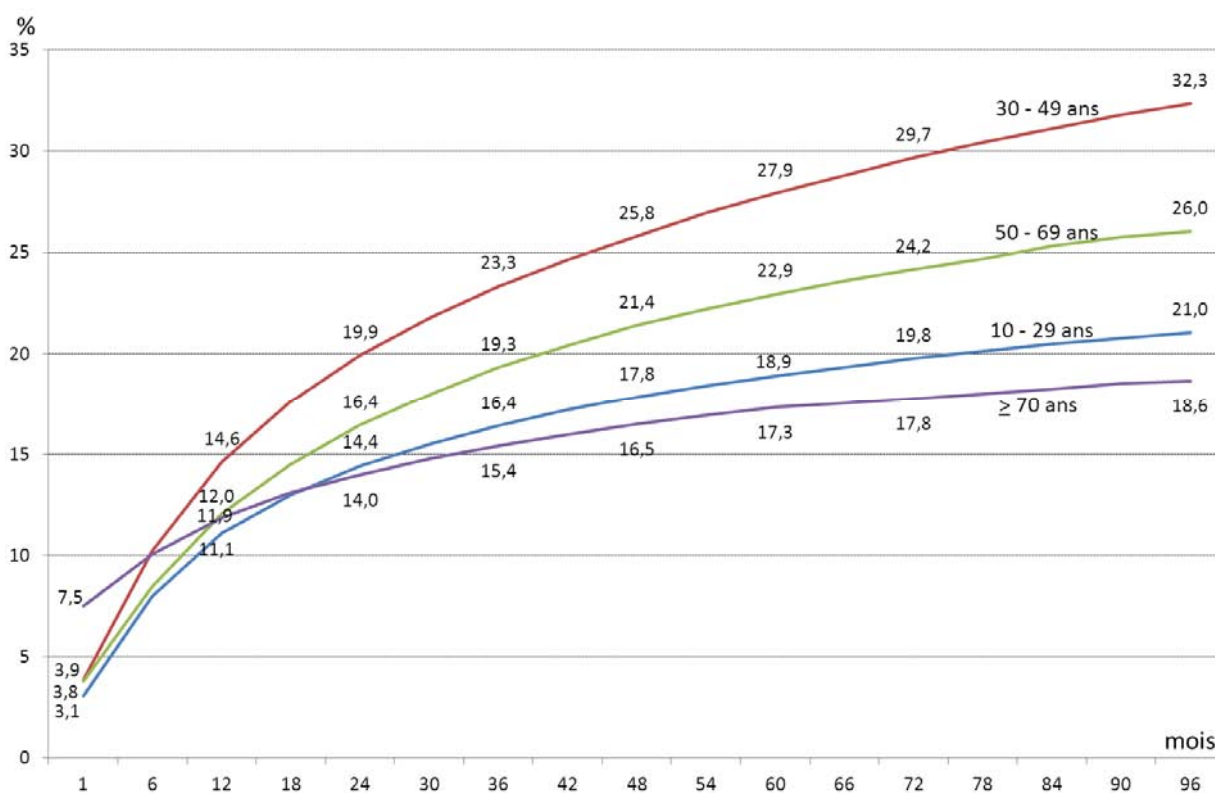


Le taux de réadmission pour TS était différent selon les classes d'âge (figure 16). À un mois, la réadmission a concerné 7,5 % des patients âgés de 70 ans et plus contre environ 3,7 % des patients des autres classes d'âge.

Au-delà de 24 mois et tout au long de la période d'observation de huit ans, le taux de réadmission était le plus bas pour les patients âgés de 70 ans et plus. À huit ans, la réadmission pour TS après une hospitalisation index concernait moins de 19 % des patients de 70 ans et plus alors que la ré-hospitalisation pour TS concernait 21 % des 10-29 ans, 26 % des 50-69 ans et 32 % des 30-49 ans.

Dans les tranches d'âge inférieures à 70 ans, le taux de ré-hospitalisation pour TS était systématiquement plus élevé chez les 30-49 ans concernant presque 15 % des patients à un an et plus du quart des patients à quatre ans. Chez les 50-69 ans, environ 12 % des patients étaient réadmis pour TS à un an et plus d'un patient sur cinq à quatre ans. Chez les 10-29 ans, environ un patient sur dix était réadmis pour TS à un an et 18 % à quatre ans.

I Figure 16 I Taux de réadmission pour tentative de suicide en France métropolitaine selon le nombre de mois écoulé après une hospitalisation index, par classe d'âge, PMSI-MCO 2004-2011.



Source ATIH, analyses InVS.

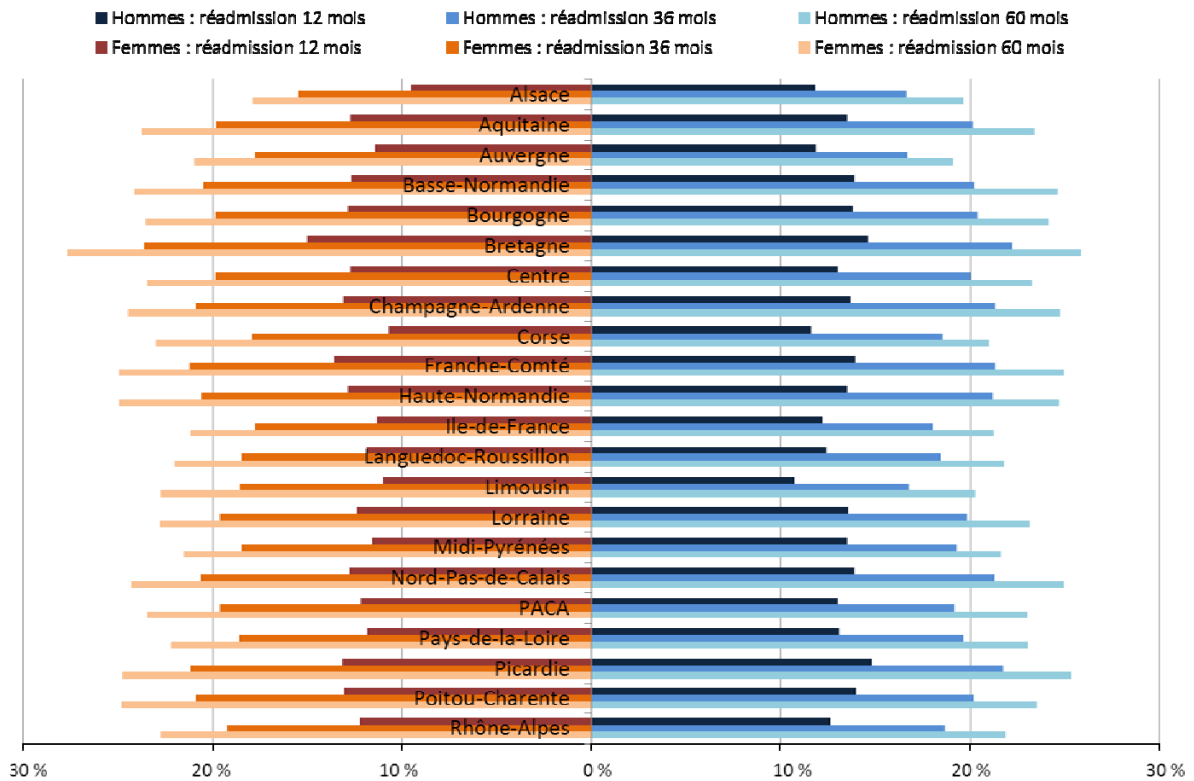
L'analyse des taux de réadmission pour TS selon les régions montre de fortes disparités (figure 17).

Chez les hommes, après une hospitalisation index pour TS, les taux de réadmission des patients résidant en Auvergne, Alsace, Limousin et Corse étaient les plus bas, tandis que ceux résidant en Bretagne, Picardie et Franche-Comté avaient les taux de ré-hospitalisation pour TS les plus élevés.

Chez les femmes, ce sont les patientes domiciliées en Alsace, Auvergne et Ile-de-France qui présentaient les taux de réadmission les plus bas et celles de Bretagne, Franche-Comté et Picardie qui avaient des taux de réadmission les plus élevés.

Les annexes 4 et 5 détaillent le pourcentage de ré-hospitalisation par année écoulée depuis l'hospitalisation index par région chez les hommes et chez les femmes.

I Figure 17 | Taux de réadmission pour tentative de suicide à 12 mois, à 36 mois et à 60 mois après une hospitalisation index chez les hommes et chez les femmes, par région, PMSI-MCO 2004-2011.



Source ATIH, analyses InVS.

## 4.8 Risque de réadmission pour tentative de suicide

Le risque de réadmission pour TS a été calculé en prenant en compte le sexe, la classe d'âge et la région.

En prenant pour référence la classe des 10-29 ans, le risque de réadmission était plus élevé chez les 30-49 ans et moins élevé chez les patients de 70 ans et plus mais n'était pas différent chez les 50-69 ans.

Par ailleurs, lorsqu'un patient avait un diagnostic psychiatrique codé lors de l'hospitalisation index, le risque de réadmission ajusté sur le sexe et la classe d'âge était plus de deux fois et demi plus élevé que lorsqu'il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique noté.

**I Tableau 8 I** Risque de ré-hospitalisation pour tentative de suicide en France métropolitaine selon le sexe, la classe d'âge et la présence d'un diagnostic psychiatrique, PMSI-MCO 2004-2011.

	<b>Hazard ratio</b>	<b>IC à 95 %</b>	<b>p</b>
<b>Sexe</b>			
Homme	1		
Femme	1,01	[0,99-1,03]	0,3
<b>Classe d'âge</b>			
10-29 ans	1		
30-49 ans	<b>1,27</b>	<b>[1,24-1,29]</b>	10 <sup>-3</sup>
50-69 ans	1,00	[0,97-1,03]	0,9
≥70 ans	<b>0,87</b>	<b>[0,83-0,91]</b>	10 <sup>-3</sup>
<b>Présence d'un diagnostic psychiatrique</b>	<b>2,66</b>	<b>[2,60-2,72]</b>	10 <sup>-3</sup>

Source ATIH, analyses InVS.

## 5. Résultats sur l'estimation du nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide entre 2007 et 2011 (Oscour<sup>®</sup> et PMSI)

Dans la base de données Oscour<sup>®</sup> sur les passages dans les services d'urgences hospitalières, le mode de sortie était renseigné dans 90 % des cas. Globalement, 63 % des passages aux urgences pour TS entre 2007 et 2011 ont été suivis d'une hospitalisation : 9 % en psychiatrie et 54 % dans des unités médicales ou chirurgicales. Toutefois, ces pourcentages ont évolué entre 2007 et 2011 avec une légère augmentation du pourcentage d'hospitalisation suite à un recours aux urgences pour TS passant de 59 % d'hospitalisation en 2007 à 61,7 % en 2011 chez les hommes et de 64,1 % en 2007 à 66,8 % en 2011 chez les femmes (tableau 9).

Considérant la destination finale, le transfert en médecine ou chirurgie (MCO) a diminué d'environ 3 points chez les hommes comme chez les femmes alors que le transfert en psychiatrie a doublé passant d'environ 6 % en 2007 à environ 12 % en 2011.

I Tableau 9 | Pourcentages de transfert en hospitalisation après passage aux urgences pour tentative de suicide selon le sexe, Oscour<sup>®</sup> 2007-2011.

Transfert (%)	2007			2008			2009			2010			2011		
	H*	F*	T*	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T
<b>MCO</b>	53,4	57,8	56,3	54,5	58,6	57,2	51,4	58,0	55,4	50,3	53,1	52,0	50,9	54,0	52,8
<b>Psychiatrie</b>	5,6	6,3	6,1	7,6	7,0	7,2	8,2	7,6	7,8	10,8	12,4	11,8	10,8	12,8	12,0
<b>Total</b>	<b>59,0</b>	<b>64,1</b>	<b>62,4</b>	<b>62,1</b>	<b>65,6</b>	<b>64,4</b>	<b>59,6</b>	<b>65,6</b>	<b>63,2</b>	<b>61,1</b>	<b>65,5</b>	<b>63,8</b>	<b>61,7</b>	<b>66,8</b>	<b>64,8</b>

Source Oscour<sup>®</sup>.

\*H = Hommes, F = Femmes, T = Total.

Le transfert en unités médicales ou chirurgicales a concerné environ 52 % des passages aux urgences pour TS chez les hommes et 56 % chez les femmes. Ces pourcentages étaient aussi différents selon l'âge (tableau 10).

Ainsi, dans les âges extrêmes, les hospitalisations étaient plus fréquentes. Chez les 10-14 ans, plus de sept adolescents sur dix étaient hospitalisés après un passage aux urgences pour TS mais dès l'âge de 15-19 ans, ce pourcentage chutait jusqu'à environ 50 % dans les deux sexes. Chez les adultes d'âge moyen, le transfert en MCO fluctuait entre 45 % et 55 %. À partir de 70 ans, le pourcentage de transfert remontait jusqu'à environ 60 % des passages aux urgences pour TS.

I Tableau 10 | Pourcentages de transfert en MCO après passage aux urgences pour tentative de suicide selon le sexe et la classe d'âge, Oscour® 2007-2011.

	2007		2008		2009		2010		2011	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
<b>10-14 ans</b>	72,1 %	77,8 %	63,0 %	77,0 %	71,4 %	76,1 %	71,9 %	79,6 %	65,9 %	84,6 %
<b>15-19 ans</b>	46,6 %	60,0 %	48,9 %	58,3 %	47,8 %	58,7 %	47,3 %	54,9 %	50,7 %	52,4 %
<b>20-24 ans</b>	49,6 %	50,9 %	51,1 %	51,1 %	43,9 %	50,1 %	43,2 %	44,5 %	43,9 %	46,0 %
<b>25-29 ans</b>	48,0 %	50,8 %	53,0 %	53,3 %	47,9 %	49,3 %	44,0 %	45,8 %	46,3 %	46,7 %
<b>30-34 ans</b>	54,3 %	53,0 %	54,1 %	56,2 %	50,5 %	54,8 %	48,7 %	48,7 %	47,4 %	52,0 %
<b>35-39 ans</b>	48,5 %	56,9 %	55,2 %	56,4 %	50,9 %	56,9 %	51,4 %	51,1 %	50,7 %	52,3 %
<b>40-44 ans</b>	53,7 %	57,1 %	51,9 %	57,4 %	52,3 %	56,7 %	51,8 %	54,5 %	51,3 %	54,0 %
<b>45-49 ans</b>	55,1 %	55,4 %	53,6 %	59,8 %	55,0 %	59,1 %	52,3 %	53,4 %	53,3 %	54,7 %
<b>50-54 ans</b>	61,0 %	63,0 %	55,4 %	63,2 %	49,2 %	61,7 %	51,6 %	52,8 %	53,2 %	52,8 %
<b>55-59 ans</b>	48,0 %	58,5 %	58,5 %	56,6 %	57,9 %	61,9 %	51,9 %	53,1 %	53,7 %	59,0 %
<b>60-64 ans</b>	65,3 %	66,5 %	56,6 %	65,8 %	53,2 %	63,4 %	51,3 %	55,7 %	53,9 %	58,6 %
<b>65-69 ans</b>	71,1 %	67,9 %	76,8 %	63,4 %	46,0 %	62,3 %	59,7 %	59,6 %	58,2 %	55,1 %
<b>70-74 ans</b>	68,1 %	73,9 %	73,0 %	76,9 %	70,5 %	68,4 %	60,8 %	60,5 %	61,1 %	58,4 %
<b>75-79 ans</b>	62,4 %	63,2 %	74,3 %	70,0 %	66,7 %	65,2 %	64,5 %	68,4 %	62,2 %	61,8 %
<b>80-84 ans</b>	76,9 %	78,5 %	65,7 %	77,9 %	74,2 %	75,2 %	61,3 %	73,1 %	67,1 %	70,5 %
<b>≥85 ans</b>	75,4 %	76,5 %	63,9 %	74,4 %	70,0 %	72,8 %	74,3 %	72,1 %	68,0 %	68,3 %
<b>TOTAL</b>	<b>53,4 %</b>	<b>57,8 %</b>	<b>54,5 %</b>	<b>58,6 %</b>	<b>51,4 %</b>	<b>58,0 %</b>	<b>50,3 %</b>	<b>53,1 %</b>	<b>50,9 %</b>	<b>54,0 %</b>

Source Oscour®.

Le nombre de passages aux urgences pour TS a été estimé à partir du pourcentage de transfert en MCO et du nombre de patients hospitalisés en MCO pour TS par classe d'âge et par sexe. L'estimation du nombre de passages aux urgences pour TS entre 2007 et 2011 est présentée dans le tableau 11. Le nombre total de recours aux urgences hospitalières pour TS qu'il y ait eu ou non hospitalisation suite à ce recours était estimé entre 176 000 et 200 000 selon les années réparties entre 66 000 et 78 000 recours masculins et entre 108 000 et 120 000 recours féminins.

I Tableau 11 | Répartition du nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide selon le sexe, PMSI-MCO et Oscour® 2007-2011.

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Hommes</b>	<b>65 986</b>	<b>66 634</b>	<b>75 393</b>	<b>78 337</b>	<b>76 075</b>
IC 95 %	57 925-77 339	59 194-76 745	68 509-84 191	72 657-85 175	70 868-82 274
<b>Femmes</b>	<b>108 715</b>	<b>107 377</b>	<b>108 878</b>	<b>121 112</b>	<b>115 783</b>
IC 95 %	98 964-120 949	98 434-118 374	101 060-118 205	114 026-129 238	109 447-122 985
<b>Total</b>	<b>176 708</b>	<b>176 018</b>	<b>186 280</b>	<b>201 459</b>	<b>193 869</b>
IC 95 %	156 889-198 288	157 628-195 119	169 569-202 396	186 682-214 413	180 315-205 260

Sources ATIH et Oscour®, analyses InVS.

## 6. Discussion

Il s'agit d'un rapport qui, pour la première fois à partir de données de bases médico-administratives (PMSI-MCO) et d'un système de surveillance non spécifique (Oscour<sup>®</sup>), analyse les prises en charge hospitalières pour tentatives de suicide. Nous avons étudié les hospitalisations pour TS en médecine et chirurgie, ainsi que les réadmissions entre 2004 et 2011. À partir du PMSI-MCO et d'Oscour<sup>®</sup>, nous avons estimé le nombre de recours aux urgences pour TS. Ce rapport montre le poids de ces hospitalisations avec une tendance à la hausse au cours du temps.

### 6.1 Hospitalisations pour tentative de suicide

Dans de nombreux pays, les données administratives hospitalières sont utilisées en routine pour la surveillance des tentatives de suicide [5;18]. En Grande Bretagne, le « Hospital Episode Statistics » a permis d'estimer le taux d'hospitalisations pour TS entre 14 et 15 pour 10 000 habitants dans les années 1995 à 2000 [19] et aux États-Unis, grâce au « E-coding (external cause of injury coding) hospital discharge data », le taux d'hospitalisations pour TS en 1990-1997 a été évalué à 6,1 pour 10 000 habitants [20] tandis qu'en Irlande existe un registre national des TS à partir des recours aux urgences [21]. Bien que ces taux soient cohérents avec nos résultats (18 pour 10 000), les systèmes de santé et de recours aux soins, les pratiques de codage ainsi que les années étudiées sont trop différents pour permettre une comparaison aisée entre les taux rapportés par ces pays et par les données hospitalières françaises.

Cette étude a montré qu'en France métropolitaine, entre 2004 et 2011, 70 000 personnes étaient hospitalisées pour TS en moyenne par an dans les services de médecine et de chirurgie totalisant environ 95 000 hospitalisations par an. L'estimation antérieure de 105 000 hospitalisations en MCO pour TS faite par la Drees [9] à partir de l'extrapolation des données d'un échantillon d'établissements en 2002 était à la limite supérieure du nombre d'enregistrements annuels que nous avons observés dans la même base exhaustive (PMSI-MCO) dont les données sur les TS n'ont été exploitables qu'à partir de 2003 et dont la qualité des enregistrements s'est améliorée au cours du temps. Selon les années, entre 84 000 et 104 000 hospitalisations pour TS ont été rapportées dans la base PMSI-MCO. La fluctuation de ces nombres ne pouvait pas être expliquée par le moins bon chaînage des enregistrements dans les premières années étudiées (2004 à 2006). En effet, l'inclusion des séjours mal chaînés ne comblait que partiellement le creux de la courbe constaté en 2006. Dans les dernières années étudiées (2009 à 2011), le nombre d'hospitalisations annuelles pour TS était systématiquement supérieur à 100 000. Par ailleurs, nous avons fait le choix de circonscrire cette analyse aux séjours bien chaînés afin d'inclure correctement la population cible dans la population d'étude car, dans le cas des séjours mal chaînés, les caractéristiques sociodémographiques des patients n'étaient pas bien renseignées.

L'évolution annuelle des taux d'hospitalisation pour TS entre 2004 et 2011 était globalement en hausse. Elle était plus importante chez les hommes que chez les femmes, le pourcentage estimé de la variation annuelle du taux d'hospitalisation était de 4,8 % chez les hommes et de 2,9 % chez les femmes. Dans le même temps, d'après l'ATIH<sup>13</sup>, le nombre total de séjours hospitaliers en MCO est passé de 16,3 millions en 2004 à 17,4 millions en 2011, les séjours pour TS représentant ainsi 0,52 % des séjours totaux en 2004-2006 et 0,60 % en 2009-2011. L'augmentation observée des hospitalisations pour TS ne semble pas être due à un meilleur transfert des urgences vers les services MCO d'hospitalisation. Elle serait plutôt le reflet soit d'un plus grand recours aux soins après TS, soit d'une augmentation du nombre de TS dans la population, ou encore d'un meilleur codage des TS par les cliniciens au cours du temps. En l'état actuel des choses, nos données ne nous permettent pas de conclure. La seule indication d'une augmentation possible des TS est apportée par l'enquête Baromètre santé en population générale. Entre 2005 et 2010, la prévalence des TS déclarées au cours des 12 derniers mois par les individus de 15 à 75 ans a augmenté de 0,3 % à 0,5 % sans que cette augmentation ne soit statistiquement significative [22]. Par ailleurs, nous ne pouvons exclure le fait que les suicidants aient de plus en plus souvent recours aux soins grâce aux campagnes

<sup>13</sup> <http://www.atih.sante.fr/statistiques-utilisation-des-codes-diagnostic-principaux-ou-actes-classants-dans-les-bases>

d'informations et de sensibilisation, ou grâce à une évolution socio-culturelle vis-à-vis de la prise en charge des TS ou encore grâce à une meilleure diffusion des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) qui sont publiées depuis 1998 [23] et 2000 [24].

Malgré cette augmentation du nombre d'hospitalisations pour TS, leurs caractéristiques étaient relativement stables au cours du temps. Les séjours féminins étaient environ deux fois plus fréquents que les séjours masculins, avec cependant des différences selon la classe d'âge et au-delà de 75 ans, le taux d'hospitalisation des hommes dépassait même légèrement celui des femmes. La prépondérance des taux féminins dans les TS est constamment retrouvée dans la littérature internationale, tant dans les données d'hospitalisation [19;25;26] que dans celles d'enquêtes déclaratives [22;27-30]. Parmi les facteurs environnementaux et psychopathologiques mis en cause dans l'acte suicidaire, la dépression est retrouvée de façon systématique et la fraction attribuable aux troubles dépressifs majeurs pour le risque suicidaire est estimée à 28 % [31]. Les études montrent par ailleurs que la prévalence de la dépression est, de façon universelle, deux à trois fois plus importante chez la femme que chez l'homme, cette différence apparaissant dès l'adolescence [32]. De plus, les enquêtes en population montrent que les femmes ont plus souvent recours aux soins que les hommes [33;34]. Ces deux facteurs vont ainsi dans le même sens pour expliquer en partie la surreprésentation des femmes dans les taux d'hospitalisation pour TS. Ce n'est qu'uniquement aux âges avancés que le taux masculin dépassait le taux féminin et ce phénomène a aussi été observé dans les données hospitalières sur les TS dans d'autres pays [21;35;36]. Une des raisons avancées pour expliquer l'augmentation des actes suicidaires chez les hommes âgés est l'évolution socio-professionnelle avec la retraite qui entraînerait une perte d'interactions personnelles et sociales, un isolement particulièrement marqué en cas de veuvage, et une diminution de l'estime de soi. Ces blessures auraient plus d'impact sur les hommes que sur les femmes [37].

À l'adolescence, nous avons vu que l'hospitalisation pour TS concernait quatre fois plus de filles que de garçons avec un taux d'hospitalisation supérieur à 40 pour 10 000 jeunes filles entre 15 et 19 ans. Ce phénomène avait été décrit dès 1973 dans une étude française portant sur toutes les TS ayant entraîné une hospitalisation dans trois régions [38]. De toutes les tranches d'âge, le taux le plus élevé a été retrouvé chez les jeunes filles dans sept des huit études médico-administratives rapportées dans une revue de la littérature [25]. En Irlande et au Canada, les données hospitalières des TS ont aussi montré un pic important à 15-19 ans chez les femmes [21;35;36]. Le pic observé dans les taux d'hospitalisation chez les adolescentes serait le reflet de l'importance du phénomène suicidaire dans cette population et pas seulement celui d'un recours plus important à l'hospitalisation des jeunes filles après une TS. En effet, les données des enquêtes déclaratives ont aussi montré que les prévalences des idées suicidaires et des antécédents de TS au cours des 12 derniers mois chez les jeunes filles de cette classe d'âge étaient les plus élevées au sein de la population générale [30] et la prévalence des antécédents de TS était trois fois plus élevée chez les jeunes filles que chez les jeunes gens de même âge [39;40].

Dans notre étude, la comparaison des taux d'hospitalisation pour TS (17,7 pour 10 000 habitants) avec ceux des suicides (1,6 pour 10 000 habitants) a montré que les TS hospitalisées étaient environ dix fois plus fréquentes que les suicides pour la même période. Toutefois, si les TS concernaient principalement les femmes, les suicides étaient aux trois quarts masculins tous âges confondus [1], par conséquent le ratio du nombre de TS hospitalisées rapporté au nombre de suicides était de 5 chez les hommes et de 27 chez les femmes. Une surreprésentation des TS chez les femmes parallèle à une surmortalité par suicide chez les hommes a été retrouvée de façon systématique dans les pays industrialisés. Appelée « gender paradox » par Canetto et Sakinofsky en 1998, cette différence est décrite comme un phénomène réel et non un artefact dans la collecte de données. Elle serait expliquée par des déterminants socioculturels tels qu'une connotation sexuée des méthodes utilisées conduisant à une utilisation différentielle de ces méthodes selon le genre (arme à feu associée à l'homme *versus* intoxication médicamenteuse associée à la femme), et une image sociale de la TS associée à la femme tandis que le suicide serait perçu comme un acte masculin [41]. Aux États-Unis, Spicer et coll. ont déduit que les actes suicidaires avaient un risque fatal cinq fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes en raison de l'utilisation plus fréquente de méthodes hautement létales tels que les armes à feu, la noyade et la pendaison [20].

Nous avons montré dans cette étude que la létalité suite à une TS hospitalisée était globalement peu élevée (83 décès pour 10 000 TS hospitalisées) mais qu'elle était fortement dépendante des moyens utilisés. En effet, la létalité hospitalière était entre 40 et 50 fois plus importante lorsque le moyen mis

en œuvre pour la TS était la pendaison ou l'arme à feu par rapport à une TS par intoxication médicamenteuse, qui constituait par ailleurs la grande majorité des TS hospitalisées. Quelle que soit l'année, en accord avec la littérature [42-44], l'intoxication médicamenteuse constituait plus de huit hospitalisations pour TS sur dix avec les psychotropes arrivant en tête de liste, alors que les moyens plus létaux tels que la pendaison et l'utilisation d'une arme à feu ne représentaient qu'environ 2 % des hospitalisations. À titre de comparaison, en France, la pendaison constitue le mode de suicide le plus fréquent suivi par l'utilisation des armes à feu chez les hommes tandis que la prise de médicament et la pendaison sont les deux modes de suicide les plus fréquents chez les femmes [1]. Ces différences dans les modes opératoires entre les suicides et les TS ont été relevées dans la littérature [45-47]. Le choix des moyens utilisés pour un passage à l'acte suicidaire dépendant de leur disponibilité et de leur acceptabilité socioculturelle, une restriction de l'accès aux moyens hautement létaux contribuerait à prévenir l'acte suicidaire. En effet dans un grand nombre de cas, la période de haut risque suicidaire serait relativement courte et la restriction à l'accès des moyens pourrait retarder le passage à l'acte jusqu'à ce que la période de haut risque soit passée permettant ainsi une prise en charge du sujet suicidaire [48]. Par ailleurs, la restriction de la disponibilité de certains médicaments comme le paracétamol fréquemment utilisés dans les intoxications volontaires a montré son efficacité dans la réduction des risques en Grande-Bretagne [49;50]. Toutefois, la transposition de ces mesures à la France n'est pas évidente. Dans notre pays, ce sont principalement les psychotropes qui sont utilisés dans les TS bien qu'il existe depuis plusieurs années des politiques de restriction de durée de prescription des hypnotiques et des anxiolytiques. La limitation de la quantité de psychotropes à chaque délivrance est une proposition de certains auteurs pour diminuer la récurrence des intoxications volontaires [51], mais à notre connaissance, aucune étude n'en a évalué les effets. Enfin, la limitation à l'accès des moyens ne peut pas constituer la seule modalité de prévention du suicide mais doit être intégrée dans une stratégie plus globale qui inclurait des actions d'information, de prévention et de prise en charge ciblées selon les caractéristiques sociodémographiques et les facteurs de risque des sous-groupes de population.

Pour près de 90 % des hospitalisations pour TS, la durée de séjour était de 5 jours ou moins et pour la moitié des séjours, ceux-ci n'ont duré qu'un jour. Nous n'avons trouvé que peu de données dans la littérature concernant la durée d'hospitalisation pour TS, la durée médiane rapportée par Gunnell dans une étude relativement ancienne dans le sud-ouest de l'Angleterre était aussi d'un jour [52]. Dans la conférence de consensus sur la crise suicidaire, aucune durée d'hospitalisation optimale n'est recommandée [24] sauf dans le cas particulier de la prise en charge des adolescents suicidants. Dans ce cas, l'HAS recommande une durée d'hospitalisation d'au moins 3 jours mais précise qu'il n'y a pas de règle standardisée pour la durée totale optimale de séjour, celle-ci dépend de l'amélioration de l'état psychologique et de la résolution des problèmes avec l'environnement socio-familial [23]. Dans nos données, la durée moyenne des séjours est effectivement d'environ 4 jours chez les jeunes adolescents de 10 à 14 ans, mais dès l'âge de 15 ans, la durée moyenne de séjour se rapproche de celle des adultes, soit environ 2 jours.

Enfin, nous avons vu qu'au cours des huit années étudiées, les hospitalisations pour TS étaient systématiquement plus fréquentes entre mars et juin tandis qu'elles étaient moins fréquentes pendant les deux mois d'été et entre novembre et janvier. Peu d'études ont rapporté les mois de survenue des TS. Une étude finlandaise a trouvé que l'incidence des TS était la plus basse en décembre et la plus élevée en avril [5]. Bien que ces données doivent être considérées avec précaution car la date exacte d'entrée des patients n'est pas transmise dans le PMSI, le fait que la survenue des TS semble systématiquement plus fréquente aux mois de mars à juin pourrait constituer une aide à l'organisation des soins.

## 6.2 Ré-hospitalisations pour tentative de suicide

Le processus suicidaire commence avec les pensées suicidaires, l'idéation suicidaire et peut progresser jusqu'au passage à l'acte avec un désir de mort qui augmente souvent avec les récurrences de TS [37]. Notre étude a montré que la ré-hospitalisation pour TS a concerné une part importante de patients. Après la première hospitalisation incluse dans notre étude, sur un suivi pouvant aller jusqu'à huit années, une ré-hospitalisation pour TS a été observée pour 4 % des patients à un mois, 13 % des patients à douze mois, 23 % à cinq ans et nous avons montré qu'une réadmission pour TS pouvait encore survenir au-delà de 7 ans. Toutefois, parmi ceux qui ont été réadmis pour une nouvelle TS,



celle-ci a eu lieu dans les cinq mois pour un homme sur deux et dans les six mois pour une femme sur deux. Dans deux revues de la littérature comprenant respectivement 90 et 177 études de suivi de cohortes de patients après une TS, le taux de récurrence de TS était de 16 % à un an [4;53] et de 22,4 % à cinq ans [53]. Plus spécifiquement, le taux de réhospitalisation pour TS était de 13,7 % à un an [53], semblable à ce qui a été retrouvé dans notre étude.

Nous avons aussi mis en évidence que les ré-hospitalisations étaient plus fréquentes chez les 30-40 ans et en présence de troubles mentaux et de troubles liés à la consommation problématique d'alcool, bien qu'un diagnostic psychiatrique n'ait probablement pas pu être posé pour certains patients dont la durée de séjour était très courte. Ces résultats sont corroborés par ceux retrouvés dans la littérature [5;6;54]. De plus, la ré-hospitalisation serait aussi plus fréquente en cas de précarité importante [55], et du fait de vivre seul [56] mais dans les données médico-administratives telles que le PMSI, ces variables ne sont pas collectées.

La récurrence de TS reflète la persistance de la détresse de l'individu. C'est une situation qui doit faire l'objet d'actions de prévention. En effet, la relation étroite qui existe entre la TS, sa récurrence et le décès par suicide est bien établie. Par exemple, dans les revues de littérature de suivi de cohortes de patients après TS, la mortalité par suicide était estimée à 1,6 % à un an et 3,9 % après un suivi de cinq ans [53].

Toutefois, ces actions de prévention secondaire qui sont encore au stade de la recherche demandent à être évaluées avant de pouvoir être mises en place de façon pérenne sur l'ensemble du territoire [57-59]. Le Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 a ainsi inscrit, dans un de ses axes de travail, la mise en œuvre de programmes hospitaliers de recherche clinique pour l'évaluation des modalités spécifiques de suivi des patients afin de prévenir les récurrences de TS<sup>14</sup>.

### 6.3 Passages aux urgences pour tentative de suicide

En restreignant l'étude aux TS hospitalisées en MCO, nous avons comptabilisé moins de la moitié des TS adressées aux urgences. L'utilisation des données de recours aux urgences a ainsi permis d'estimer le nombre de passages aux urgences pour TS entre 2007 à 2011 à environ 176 000 à 220 000 en France métropolitaine. La précédente estimation faite par la Drees faisait état de 162 000 passages aux urgences pour TS en 2002 [9] tandis qu'une estimation plus récente faite à partir de l'extrapolation des données du Samu du département du Nord entre 2006 et 2008 évaluait à 290 000 les TS prises en charge annuellement dans les services d'urgence en France métropolitaine, cette dernière évaluation plus élevée était toutefois basée sur l'hypothèse forte que le département du Nord était représentatif de l'ensemble de la France métropolitaine en termes de prises en charge des TS [60,61]. Ces différentes données montrent bien la difficulté de faire des estimations des passages aux urgences pour la prise en charge des TS.

Dans notre étude, en plus des codes X60-X84 classiquement utilisés pour la TS, nous avons inclus des codes correspondant aux intoxications par psychotropes (certains codes T) sans que l'intentionnalité de l'acte ne soit clairement indiquée. La prise en compte de ces codes était motivée par plusieurs raisons : premièrement, les codes X60-X84 ne figuraient pas explicitement dans le thésaurus de la SFMU de 2009<sup>15</sup>, deuxièmement, la notion volontaire ou accidentelle des intoxications était parfois difficile à apprécier lors de l'interrogatoire médical aux urgences et enfin, nous avons inclus les codes correspondant exclusivement aux intoxications par psychotropes car d'après les cliniciens, la valeur prédictive positive que de telles intoxications étaient volontaires semblait élevée.

Par ailleurs, les données que nous avons retrouvées dans la littérature internationale sont comparables aux données françaises sur les admissions en hospitalisation après les urgences. En Angleterre, 46 % des TS étaient hospitalisées en médecine et 10 % en psychiatrie après un passage aux urgences [62]. Aux États-Unis, les données sont plus disparates, dans une première étude, 49,4 % des passages aux urgences pour intoxication volontaire étaient hospitalisés [63] tandis que dans une autre étude, seulement 34 % des patients reçus aux urgences pour TS étaient admis à l'hôpital [64]. Les données de registres d'Irlande de 2012 ont montré que 27,6 % des patients pris en

<sup>14</sup> [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme\\_national\\_d\\_actions\\_contre\\_le\\_suicide\\_2011-2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf)

<sup>15</sup> [http://www.sfm.u.org/documents/ressources/referentiels/Thesaurus\\_SFMU\\_2009.pdf](http://www.sfm.u.org/documents/ressources/referentiels/Thesaurus_SFMU_2009.pdf)

charge pour TS aux urgences étaient hospitalisés en médecine et 10,3 % en établissements psychiatriques [21]. L'admission pour TS était plus élevée si des diagnostics psychiatriques étaient présents [65,66], s'il existait des antécédents de TS [65] et une mauvaise santé physique [67]. Malheureusement, les données d'Oscour<sup>®</sup> renseignent peu les comorbidités et ne permettent pas des analyses plus détaillées.

Depuis l'arrêté du 24 juillet 2013<sup>16</sup> rendant obligatoires le recueil des données par tous les services d'urgence et leur transmission à l'InVS pour traitement dans un but de veille et de sécurité sanitaire, une couverture exhaustive du territoire peut être espérée dans un avenir proche. Si l'amélioration de cette couverture s'accompagne de l'amélioration du recueil et du codage des données au niveau des services d'urgence pour renseigner le diagnostic de TS de façon plus systématique, nous pouvons espérer avoir prochainement des données plus complètes et une meilleure estimation du nombre de passages aux urgences pour TS.

## 6.4 Avantages et limites dans l'utilisation du PMSI

Plusieurs limites peuvent être soulignées dans cette étude portant sur des bases médico-administratives. Le fait de circonscrire l'analyse aux TS hospitalisées en MCO donne une image homogène mais partielle du phénomène suicidaire. Ne sont pas comptabilisés dans le PMSI certains patients suicidants non hospitalisés après passage dans les SU, probablement ceux considérés comme les moins graves. Par ailleurs, les patients hospitalisés pour TS en psychiatrie dans les unités de crise ou de suicidologie ou dans les services sectorisés, que ce soit directement ou après un passage aux urgences sont probablement des patients psychiatriques connus dont l'état de santé somatique ne pose pas de problème de prise en charge. D'après les données d'Oscour<sup>®</sup>, ces patients représentaient environ 10 % des passages aux urgences pour TS. Dans cette population, les taux d'hospitalisation et de ré-hospitalisation ont probablement été sous-estimés. Les données d'hospitalisation en établissements psychiatriques permettront prochainement de compléter le panorama des données hospitalières pour TS si ces dernières y sont correctement codées. Toutefois, une évaluation de la qualité du codage des TS dans les établissements psychiatriques devrait être faite au préalable. Par ailleurs, le chaînage des données d'hospitalisation en médecine et chirurgie avec celles d'hospitalisation en psychiatrie ouvre des perspectives d'étude sur le parcours de soins du patient suicidant.

Il existe peu d'information sur les personnes ayant fait une TS et qui n'ont pas été adressées à l'hôpital. Seule une étude mise en place par un réseau de médecins généralistes en France a rapporté que 80 % des TS vues par ces médecins étaient adressées à l'hôpital [68]. Les enquêtes déclaratives en population générale permettent aussi d'évaluer la prévalence des TS mais leur utilisation en surveillance est limitée du fait de résultats peu concordants dépendant du mode de recueil des données et par la relative rareté de l'événement au cours des douze derniers mois, ce qui entraîne un manque de puissance dans l'analyse plus avancée de ce sous-échantillon. Ainsi, dans le Baromètre santé 2005, sur un échantillon de près de 17 000 personnes interrogées, respectivement 5,0 % (n=958) ont déclaré avoir fait une TS au cours de la vie et 0,24 % (n=53) au cours des douze derniers mois [30], et lors de la nouvelle vague du Baromètre santé en 2010 menée auprès de 27 000 personnes âgées de 15 à 85 ans, la prévalence de la TS au cours de la vie était de 5,5 % et celle au cours des douze derniers mois était de 0,5 % (n=134) [69]. À partir de l'enquête European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) menée entre 2001 et 2003 dans six pays européens, la prévalence des TS au cours de la vie était évaluée à 1,8 % et parmi les six pays, la France présentait la prévalence la plus importante, soit 3,4 % (1,1 % chez les hommes et 5,4 % chez les femmes). Par contre, contrairement aux données médico-administratives, les enquêtes déclaratives permettent de faire la part entre les auto-agressions sans désir de mort (non suicidale self-harm) et les actes suicidaires (suicide attempts) qu'il est fréquent de distinguer dans la population adolescente afin d'adapter les mesures de prévention et les prises en charge [70]. Elles permettent aussi d'étudier les facteurs associés à la TS qui ne sont pas recueillis dans le PMSI tels que les facteurs environnementaux (le fait de vivre seul, le niveau socio-économique, le niveau d'études, la situation professionnelle...), les consommations (tabac, alcool et autres drogues), ainsi que les événements de vie (traumatismes dans l'enfance, violences subies...) [69].

<sup>16</sup> <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027825549>

Enfin, les patients ayant eu un geste suicidaire mais qui ne sont pas vus dans le système de soins (médecine de ville ou établissement de santé) regroupent deux catégories de patients, d'une part ceux qui ont fait des TS « peu graves » n'ayant entraîné aucun recours aux soins et d'autre part, ceux dont le geste suicidaire a entraîné un décès immédiat. En effet, sur les 10 400 décès par suicide annuels, environ 750 décès se sont produits au cours de l'hospitalisation, ce qui implique que la grande majorité des décès par suicide survient en dehors de l'hôpital. En ce qui concerne le non-recours aux soins, seule une enquête par interview peut apporter un début de réponse à cette question mais malheureusement les effectifs ne permettent pas d'analyses approfondies. Ainsi, dans l'enquête Baromètre santé 2005, 38 % des 53 personnes interrogées ayant déclaré avoir fait une TS au cours des 12 derniers mois n'ont pas été suivies par un médecin et 58 % n'ont pas été hospitalisées [30].

Le PMSI offre l'avantage d'une image exhaustive des hospitalisations pour TS sur le territoire national grâce à une transmission des données de tous les établissements de santé. C'est un système qui peut permettre une surveillance de façon efficiente et pérenne. Toutefois, la qualité des données est dépendante du codage effectué par les cliniciens et l'anonymisation des données du PMSI national ne permet aucun retour aux sources pour vérification. À notre connaissance, une seule étude effectuée dans la région Centre est remontée à la source des dossiers extraits du PMSI [12]. Les 100 dossiers revus étaient répartis en deux groupes : 50 dossiers contenaient un code de TS (X60-X84) et 50 autres avaient un code de trouble mental (code F) associé à une lésion traumatique ou à une intoxication sans codage de TS (codes S, T ou X40-X49). Les résultats ont montré que 88 % des dossiers du PMSI dans lesquels une TS était codée mentionnaient effectivement une TS dans le dossier médical (VPP=88 %) et 74 % des dossiers non codés TS dans le PMSI avaient une mention de TS dans le dossier médical (100-VPN=74 %). En faisant l'hypothèse que ces données étaient extrapolables au niveau national, nous avons extrait du PMSI les hospitalisations avec les codes utilisés en région Centre (code F associé aux codes S, T ou X40-X49) qui correspondaient à une moyenne de 14 270 dossiers par an (entre 14 000 et 14 600 par an). Le nombre d'hospitalisations pour TS selon la méthode de la région Centre était estimé à 94 160<sup>17</sup> qui est très proche de la moyenne annuelle des 95 000 hospitalisations pour TS que nous avons retrouvée dans le PMSI.

## 7. Conclusion

Cette étude contribue à quantifier et à caractériser cette problématique de santé publique. Elle montre la nécessité de poursuivre et de compléter la surveillance des TS à partir des données d'hospitalisation tant en médecine et chirurgie qu'en établissement psychiatrique et de les compléter par la surveillance des recours aux urgences pour TS.

Par ailleurs, cette étude permet également de dégager de pistes intéressantes pour la mise en place de programmes de prévention et de prise en charge de la TS, notamment auprès de certaines populations qui apparaissent comme particulièrement vulnérables : les adolescentes de 15 à 19 ans avec un taux d'hospitalisation très élevé pour TS (environ 43 pour 10 000) et les personnes âgées dont la létalité très importante retrouvée dans les données hospitalières reflète en partie la mortalité importante par suicide de cette population.

Enfin, des études devraient être menées pour évaluer les modalités de suivi des patients afin de prévenir les récurrences, en particulier auprès des jeunes adultes (moins de 50 ans) qui sont relativement moins souvent hospitalisés après un passage aux urgences pour TS, chez qui la durée d'hospitalisation est la plus courte et les récurrences les plus fréquentes. Des études pourraient aussi être menées afin de mieux caractériser et comprendre les raisons de la hausse observée des hospitalisations pour TS.

---

<sup>17</sup> 88 % appliqués aux 95 000 dossiers codés TS dans le PMSI +74 % appliqués aux 14 270 dossiers avec code F associé aux codes S, T ou X40-X49 dans le PMSI.

## Références bibliographiques

- [1] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Laurent F, Jougla E. La mortalité par suicide en France en 2006. *Études et résultats* 2009;702:1-8.
- [2] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jougla E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide. *Bull Epidemiol Hebdo* 2011;47-48:497-500.
- [3] Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *The Lancet* 2009;373(9672):1372-81.
- [4] Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002;181(3):193-9.
- [5] Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lonnqvist J. Determinants and Outcomes of Serious Attempted Suicide: A Nationwide Study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol* 2008;167(10):1155-63.
- [6] Gibb SJ, Beautrais AL, Fergusson DM. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *Aust NZ J Psychiatry* 2005;39(1-2):95-100.
- [7] Ostamo A, Lonnqvist J. Excess mortality of suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001;36(1):29-35.
- [8] Badeyan G, Parayre C. Suicides et tentatives de suicide en France – une tentative de cadrage statistique. *Études et résultats* 2001;109:1-8.
- [9] Mouquet MC, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. *Études et résultats* 2006;488:1-8.
- [10] Ganry O, Maquinghen S, Tramier B, Kadi D, Dubreuil A. Caractéristiques épidémiologiques des tentatives de suicide hospitalisées au CHU d'Amiens, d'après le PMSI. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2001;49:495-7.
- [11] Zitouni J, Trehony A. Estimation des tentatives de suicide dans les 21 pays de Bretagne à partir des données PMSI. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008;56(6, Supplement):S378.
- [12] Haguenoer K, Caille A, Fillatre M, Lecuyer AI, Rusch E. Épidémiologie des tentatives de suicide en région Centre. Données du PMSI 2004-2006. *NPG* 2008;9(HS1):40. Disponible à partir de l'URL : [http://ars.centre.sante.fr/fileadmin/CENTRE/Internet\\_ARS/Votre\\_sante/Prevenir\\_les\\_risques/Votresante\\_risques\\_epidemiologie\\_suicides\\_2008.pdf](http://ars.centre.sante.fr/fileadmin/CENTRE/Internet_ARS/Votre_sante/Prevenir_les_risques/Votresante_risques_epidemiologie_suicides_2008.pdf)
- [13] Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. *Bull Epidemiol Hebdo* 2011;(47-48):492-6.
- [14] Koné Péfoyo AJ, Rivard M, Laurier C. Importance de la surveillance en santé publique et utilité des données administratives. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2009;57(2):99-111.
- [15] Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Aide à l'utilisation des informations de chaînage. Lyon; 2011. 22 p.
- [16] Caillère N, Fouillet A, Henry V, Vilain P, Mathieu A, Raphael M, *et al.* Surveillance des urgences. Réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences). Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012. 12 p.

- [17] Fournet N, Caillère N, Fouillet A, Caserio-Schönemann C, Josseran L. Le système français de Surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®). Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 12 p.
- [18] Rhodes AE, Links PS, Streiner DL, Dawe I, Cass D, Janes S. Do hospital E-codes consistently capture suicidal behaviour? *Chronic Dis Can* 2002;23(4):139-45.
- [19] Wilkinson S, Taylor G, Templeton L, Mistral W, Salter E, Bennett P. Admissions to hospital for deliberate self-harm in England 1995-2000: an analysis of Hospital Episode Statistics. *J Public Health* 2002;24(3):179-83.
- [20] Spicer RS, Miller TR. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health* 2000;90(12):1885-91.
- [21] Griffin E, Arensman E, Wall A, Corcoran P, Perry IJ. National Registry of Deliberate Self Harm. Annual report 2012. Cork: National Suicide Research Foundation; 2013. 60 p.
- [22] Beck F, Guignard R, Du Roscoat E, Saias T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bull Epidemiol Hebdo* 2011;(47-48):488-92.
- [23] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Paris: Service recommandations professionnelles; 1998. 44 p.
- [24] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris: Conférence de consensus; 2000. 31 p.
- [25] Welch SS. A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population. *Psychiatr Serv* 2001;52(3):368-75.
- [26] Mitrou F, Gaudie J, Lawrence D, Silburn S, Stanley F, Zubrick S. Antecedents of hospital admission for deliberate self-harm from a 14-year follow-up study using data-linkage. *BMC Psychiatry* 2010;10(82):1-11.
- [27] Bebbington PE, Minot S, Cooper C, Dennis M, Meltzer H, Jenkins R, *et al.* Suicidal ideation, self-harm and attempted suicide: Results from the British psychiatric morbidity survey 2000. *European Psychiatry* 2010;25(7):427-31.
- [28] Borges G, Angst J, Nock MK, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol Med* 2006;36(12):1747-57.
- [29] Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, *et al.* Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry* 2010;71(12):1617-28.
- [30] Michel G, Acquaviva E, Aubron V, Purper-Ouakil D. Suicides : mieux comprendre, pour prévenir avec plus d'efficacité. In: Beck F, Guilbert P, Gautier A, (dir.). *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2007. p. 487-506.
- [31] Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, *et al.* Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *J Affect Disord* 2007;101(1-3):27-34.
- [32] Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord* 2003;74(1):5-13.
- [33] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, *et al.* Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;(420):47-54.

- [34] Sapinho D, Chan Chee C. Recours aux soins pour raisons de santé mentale. In: La dépression en France. Enquête Anadep 2005. Saint Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2009. p. 85-117.
- [35] Corcoran P, Keeley HS, O'Sullivan M, Perry IJ. The incidence and repetition of attempted suicide in Ireland. *Eur J Public Health* 2004;14(1):19-23.
- [36] Gouvernement du Canada. Comportement suicidaire. In: Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2006. p. 105-16.
- [37] Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BGC. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J Affect Disord* 2012;138(1-2):19-26.
- [38] de Tournemire R. Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. Données épidémiologiques : comment s'y retrouver ? *Archives de Pédiatrie* 2010;17(8):1202-9.
- [39] Peyre H, Hatteea H, Rivollier F, Consoli A. Tentatives de suicide chez les adolescents français de 17 ans : données de l'étude ESCAPAD 2008. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2014;62:22-7.
- [40] Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 2002;325(7374):1207-11.
- [41] Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28(1):1-23.
- [42] Jimenez-Trevino L, Saiz PA, Corcoran P, Garcia-Portilla MP, Buron P, Garrido M, *et al.* The incidence of hospital-treated attempted suicide in Oviedo, Spain. *Crisis* 2012;33(1):46-53.
- [43] Platt S, Hawton K, Kreitman N, Fagg J, Foster J. Recent clinical and epidemiological trends in parasuicide in Edinburgh and Oxford: a tale of two cities. *Psychol Med* 1988;18(2):405-18.
- [44] Poma SZ, Magno N, Belletti S, Toniolo E. Parasuicide in Rovigo (North of Italy) during the period 2000-2005. *J Prev Med Hyg* 2007;48(3):79-82.
- [45] Elnour AA, Harrison J. Lethality of suicide methods. *Inj Prev* 2008;14(1):39-45.
- [46] Miller M, Azrael D, Hemenway D. The epidemiology of case fatality rates for suicide in the northeast. *Annals of Emergency Medicine* 2004;43(6):723-30.
- [47] Parra Uribe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Pares G, Giro Batalla M, Llorens Capdevila M, Cebria Meca A, *et al.* Attempted and completed suicide: Not what we expected? *J Affect Disord* 2013;150(3):840-6.
- [48] Florentine JB, Crane C. Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice. *Social Science & Medicine* 2010;70(10):1626-32.
- [49] Hawton K, Townsend E, Deeks J, Appleby L, Gunnell D, Bennewith O, *et al.* Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study. *BMJ* 2001;322(7296):1203-7.
- [50] Hawton K, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W, *et al.* Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ* 2013;346:f403.
- [51] Large MM, Nielssen OB. Suicide in Australia: meta-analysis of rates and methods of suicide between 1988 and 2007. *Med J Aust* 2010;192(8):432-7.

- [52] Gunnell DJ, Brooks J, Peters TJ. Epidemiology and patterns of hospital use after parasuicide in the south west of England. *J Epidemiol Community Health* 1996;50(1):24-9.
- [53] Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014;9(2):e89944.
- [54] Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self harm: findings from the world's first national registry. *PLoS One* 2012;7(2):e31663.
- [55] Payne RA, Oliver JJ, Bain M, Elders A, Bateman DN. Patterns and predictors of re-admission to hospital with self-poisoning in Scotland. *Public Health* 2009;123(2):134-7.
- [56] Larkin C, Di BZ, Arensman E. Risk factors for repetition of self-harm: a systematic review of prospective hospital-based studies. *PLoS One* 2014;9(1):e84282.
- [57] Johannessen H, Dieserud G, De Leo D, Claussen B, Zahl PH. Chain of care for patients who have attempted suicide: a follow-up study from Baerum, Norway. *BMC Public Health* 2011;11(81):1-8.
- [58] Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, Libersa C, *et al.* Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ* 2006;332(7552):1241-5.
- [59] Vaiva G, Walter M, Al Arab A, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, *et al.* ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry* 2011;11(1):1-7.
- [60] Vaiva G, Plancke L, Ducrocq F, Wiel E, Goldstein P. Les appels au Samu pour tentative de suicide peuvent-ils être utilisés pour apprécier le nombre de tentatives de suicide dans une population ? *La Presse Médicale* 2011;40(7-8):770-2.
- [61] Plancke L, Amariei A, Ducrocq F, Lemanski-Brulin C, Hadjeb L, Danel T, *et al.* Les tentatives de suicide appréhendées par un Service d'aide médicale d'urgence (Samu). *Annales françaises de médecine d'urgence* 2011;1(6):387-94.
- [62] Gunnell D, Bennewith O, Peters TJ, House A, Hawton K. The epidemiology and management of self-harm amongst adults in England. *J Public Health* 2005;27(1):67-73.
- [63] Prosser JM, Perrone J, Pines JM. The epidemiology of intentional non-fatal self-harm poisoning in the United States: 2001-2004. *J Med Toxicol* 2007;3(1):20-4.
- [64] Ting SA, Sullivan AF, Boudreaux ED, Miller I, Camargo J. Trends in US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1993-2008. *General Hospital Psychiatry* 2012;34(5):557-65.
- [65] Alberdi-Sudupe J, Pita-Fernandez S, Gomez-Pardinas S, Iglesias-Gil-de-Bernabe F, Garcia-Fernandez J, Martinez-Sande G, *et al.* Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: a ten-year cross-sectional study (1997-2007). *BMC Psychiatry* 2011;11(51):1-10.
- [66] Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Shaffer D. Emergency Treatment of Young People Following Deliberate Self-harm. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(10):1122-8.
- [67] Colman I, Newman SC, Schopflocher D, Bland RC, Dyck RJ. A multivariate study of predictors of repeat parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;109(4):306-12.
- [68] Le Pont F, Letrilliart L, Massari V, Dorleans Y, Thomas G, Flahault A. Suicide and attempted suicide in France: results of a general practice sentinel network, 1999-2001. *Br J Gen Pract* 2004;54(501):282-4.

- [69] Husky MM, Guignard R, Beck F, Michel G. Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample. *J Affect Disord* 2013;(151):1059-65.
- [70] Tormoen A, Rossow I, Larsson B, Mehlum L. Nonsuicidal self-harm and suicide attempts in adolescents: differences in kind or in degree? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48(9):1447-55.



# Annexes

## Annexe 1 : Codes de la Classification internationale des maladies – dixième révision (CIM-10) pour les lésions auto-infligées.

- X60 Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés et exposition à ces produits
- X61 Auto-intoxication par des antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs
- X62 Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs
- X63 Auto-intoxication par d'autres substances pharmacologiques agissant sur le système nerveux autonome et exposition à ces produits
- X64 Auto-intoxication par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision
- X65 Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool
- X66 Auto-intoxication par des solvants organiques et des hydrocarbures halogénés et leurs émanations et exposition à ces produits
- X67 Auto-intoxication par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits
- X68 Auto-intoxication par des pesticides et exposition à ces produits
- X69 Auto-intoxication par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision
- X70 Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation
- X71 Lésion auto-infligée par noyade et submersion
- X72 Lésion auto-infligée par décharge d'une arme de poing
- X73 Lésion auto-infligée par décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille
- X74 Lésion auto-infligée par décharge d'armes à feu, autres et sans précision
- X75 Lésion auto-infligée par utilisation de matériel explosif
- X76 Lésion auto-infligée par exposition à la fumée, au feu et aux flammes
- X77 Lésion auto-infligée par exposition à la vapeur d'eau, à des gaz et objets brûlants
- X78 Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant
- X79 Lésion auto-infligée par utilisation d'objet contondant
- X80 Lésion auto-infligée par saut dans le vide
- X81 Lésion auto-infligée en sautant ou en se couchant devant un objet en mouvement
- X82 Lésion auto-infligée par collision d'un véhicule à moteur
- X83 Lésion auto-infligée par d'autres moyens précisés
- X84 Lésion auto-infligée par un moyen non précisé

Annexe 2 : Taux standardisés\* d'hospitalisation pour tentative de suicide et pourcentage de variation annuelle des taux par région chez les hommes, PMSI-MCO 2004-2011.

Région	Taux d'hospitalisation pour 10 000 hommes								% de variation annuelle
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Ile-de-France	7,5	7,6	7,7	8,6	8,3	8,5	8,4	8,4	2,5**
Champagne-Ardenne	15,3	17,6	18,3	19,3	21,2	21,2	22,2	20,5	5,0**
Picardie	21,5	22,2	24,6	25,8	25,7	27,5	26,3	26,7	3,3**
Haute-Normandie	15,0	13,0	13,2	16,7	20,5	23,6	25,5	25,9	11,2**
Centre	9,5	12,5	11,8	16,2	17,2	18,3	18,9	19,0	10,0**
Basse-Normandie	15,2	13,1	9,4	18,6	19,7	21,1	23,1	22,4	9,8**
Bourgogne	17,9	19,6	13,3	18,0	20,0	19,0	18,5	18,9	2,2**
Nord-Pas-de-Calais	19,1	18,8	18,7	21,7	23,8	28,2	29,4	28,4	8,1**
Lorraine	16,8	15,1	16,3	17,6	17,2	17,0	15,7	14,0	-0,7
Alsace	6,7	5,9	5,6	6,8	6,4	6,3	6,2	5,8	-0,6
Franche-Comté	14,9	14,5	15,7	16,0	14,9	15,9	17,6	17,1	2,5**
Pays de la Loire	10,6	10,2	12,2	12,2	12,9	13,7	12,5	12,1	2,9**
Bretagne	23,8	23,0	21,5	22,1	22,3	22,1	23,4	21,5	0,3
Poitou-Charentes	18,6	17,6	14,4	16,1	16,3	16,3	17,1	16,6	-0,1
Aquitaine	9,9	10,4	12,2	14,0	13,9	13,6	13,2	13,3	4,7**
Midi-Pyrénées	10,6	9,4	7,0	8,3	8,7	8,7	9,0	9,2	-0,2
Limousin	11,7	9,9	8,3	9,5	12,9	11,3	13,2	14,0	6,3**
Rhône-Alpes	9,5	9,5	9,8	12,3	11,7	12,4	11,9	12,8	5,4**
Auvergne	6,6	7,7	6,1	10,3	9,3	9,4	8,8	8,7	3,2**
Languedoc-Roussillon	11,5	10,4	8,1	11,2	11,3	13,3	14,2	13,7	4,7**
Paca	9,5	10,1	9,3	10,3	12,1	15,2	16,1	15,8	10,7**
Corse	6,2	3,1	6,9	8,0	7,3	8,5	10,9	9,6	11,6**

\* Taux standardisés sur la structure d'âge de la population France métropolitaine 1999.

\*\* p<0,01.

Source ATIH, analyses InVS.

Annexe 3 : Taux standardisés\* d'hospitalisation pour tentative de suicide et pourcentage de variation annuelle des taux par région chez les femmes, PMSI-MCO 2004-2011.

Région	Taux d'hospitalisation pour 10 000 femmes								% de variation annuelle
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Ile-de-France	15,8	15,5	14,7	16,6	16,5	15,4	16,0	15,1	0,3
Champagne-Ardenne	23,8	27,5	25,9	28,3	31,6	30,9	31,3	30,1	4,4**
Picardie	38,2	38,3	40,5	42,2	39,4	40,2	38,8	39,1	0,5
Haute-Normandie	26,6	22,6	21,1	26,8	31,0	33,2	35,7	36,2	7,0**
Centre	19,4	22,7	18,7	27,2	28,9	28,2	27,9	27,0	6,2**
Basse-Normandie	23,1	21,6	17,0	29,7	28,6	28,7	30,9	32,5	7,9**
Bourgogne	30,2	32,1	21,9	29,5	28,2	28,6	28,9	27,8	0,8
Nord-Pas-de-Calais	28,7	26,1	26,2	30,9	32,1	35,0	34,6	34,0	5,1**
Lorraine	25,6	24,7	26,1	27,5	26,2	24,4	23,1	19,8	-2,0**
Alsace	9,9	9,4	8,8	10,0	9,5	8,6	8,5	8,3	-2,4**
Franche-Comté	24,6	25,0	26,2	30,2	26,0	24,5	28,8	26,6	1,6***
Pays de la Loire	16,5	16,7	19,9	18,9	19,3	18,7	17,9	17,3	1,3***
Bretagne	36,8	36,3	32,7	35,7	32,6	32,9	33,0	30,6	-0,9***
Poitou-Charentes	29,7	30,1	24,8	26,3	25,2	24,6	24,7	24,9	-1,5**
Aquitaine	17,6	16,9	19,8	23,8	23,7	22,1	21,3	21,0	3,9**
Midi-Pyrénées	17,0	16,1	11,8	15,7	14,6	13,9	12,9	14,4	-1,2
Limousin	20,4	20,3	17,6	17,1	22,4	19,6	21,8	23,0	4,5**
Rhône-Alpes	18,8	18,6	18,7	21,4	20,5	19,8	20,2	20,6	2,2**
Auvergne	10,9	12,4	11,1	16,0	13,6	13,2	13,8	12,9	1,2
Languedoc-Roussillon	20,9	18,6	12,9	19,2	18,4	21,9	22,9	20,3	3,1**
Paca	19,0	18,3	17,6	18,9	20,3	22,3	23,9	22,8	5,9**
Corse	11,8	6,3	13,7	13,8	12,8	14,6	19,5	19,1	13,0**

\* Taux standardisés sur la structure d'âge de la population France métropolitaine 1999.

\*\* p< 0,01 ; \*\*\*p< 0,05.

Source ATIH, analyses InVS.

Annexe 4 : Taux de ré-hospitalisation pour tentative de suicide selon le temps écoulé après une hospitalisation index pour tentative de suicide chez les hommes, par région, PMSI-MCO 2004-2011.

Région	Pourcentage de ré-hospitalisation chez les hommes après							
	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	6 ans	7 ans	8 ans
Ile-de-France	12,2 %	15,7 %	18,0 %	19,7 %	21,2 %	22,7 %	24,0 %	25,9 %
Champagne-Ardenne	13,7 %	18,0 %	21,3 %	22,8 %	24,8 %	26,2 %	27,3 %	27,7 %
Picardie	14,8 %	18,8 %	21,7 %	23,5 %	25,4 %	26,6 %	28,0 %	28,6 %
Haute-Normandie	13,5 %	17,8 %	21,2 %	23,1 %	24,7 %	25,6 %	26,7 %	27,1 %
Centre	13,0 %	17,0 %	20,0 %	22,1 %	23,3 %	24,5 %	25,3 %	26,5 %
Basse-Normandie	13,9 %	17,6 %	20,2 %	22,4 %	24,6 %	26,3 %	28,8 %	29,9 %
Bourgogne	13,8 %	17,8 %	20,4 %	22,5 %	24,2 %	25,9 %	27,1 %	28,1 %
Nord-Pas-de-Calais	13,9 %	18,4 %	21,3 %	23,3 %	25,0 %	26,4 %	27,5 %	28,1 %
Lorraine	13,6 %	17,2 %	19,8 %	21,5 %	23,1 %	24,1 %	24,8 %	25,3 %
Alsace	11,8 %	14,8 %	16,6 %	18,2 %	19,6 %	20,9 %	21,7 %	23,2 %
Franche-Comté	13,9 %	18,5 %	21,3 %	23,7 %	25,0 %	26,7 %	27,8 %	29,4 %
Pays de la Loire	13,1 %	17,1 %	19,6 %	21,4 %	23,1 %	24,2 %	25,2 %	25,9 %
Bretagne	14,6 %	19,3 %	22,2 %	24,2 %	25,9 %	27,4 %	28,5 %	29,6 %
Poitou-Charentes	14,0 %	17,8 %	20,2 %	22,0 %	23,6 %	24,3 %	25,4 %	27,0 %
Aquitaine	13,5 %	17,7 %	20,1 %	22,0 %	23,4 %	24,6 %	25,1 %	26,6 %
Midi-Pyrénées	13,5 %	17,5 %	19,3 %	20,8 %	21,6 %	23,0 %	24,4 %	24,9 %
Limousin	10,7 %	14,7 %	16,8 %	18,6 %	20,2 %	21,2 %	22,0 %	26,7 %
Rhône-Alpes	12,6 %	16,3 %	18,6 %	20,5 %	21,8 %	23,0 %	24,5 %	25,6 %
Auvergne	11,9 %	14,6 %	16,7 %	17,8 %	19,1 %	19,7 %	19,9 %	20,9 %
Languedoc-Roussillon	12,4 %	16,1 %	18,4 %	20,2 %	21,8 %	22,8 %	23,6 %	24,2 %
Paca	13,0 %	16,8 %	19,2 %	21,0 %	23,0 %	24,4 %	25,6 %	26,6 %
Corse	11,6 %	14,7 %	18,5 %	20,5 %	21,0 %	21,0 %	21,0 %	21,0 %

Source ATIH, analyses InVS.

Annexe 5 : Taux de ré-hospitalisation pour tentative de suicide selon le temps écoulé après une hospitalisation index pour tentative de suicide chez les femmes, par région, PMSI-MCO 2004-2011.

Région	Pourcentage de ré-hospitalisation chez les femmes après							
	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	6 ans	7 ans	8 ans
Ile-de-France	11,3 %	15,2 %	17,8 %	19,7 %	21,2 %	22,4 %	23,6 %	24,4 %
Champagne-Ardenne	13,1 %	17,8 %	20,9 %	22,7 %	24,5 %	25,8 %	26,7 %	27,3 %
Picardie	13,2 %	18,2 %	21,2 %	23,2 %	24,8 %	26,1 %	27,1 %	27,8 %
Haute-Normandie	12,9 %	17,6 %	20,6 %	23,0 %	24,9 %	26,6 %	27,5 %	28,8 %
Centre	12,8 %	17,2 %	19,9 %	22,0 %	23,5 %	24,9 %	25,9 %	26,6 %
Basse-Normandie	12,7 %	17,5 %	20,5 %	22,5 %	24,1 %	25,3 %	26,9 %	27,7 %
Bourgogne	12,9 %	17,2 %	19,9 %	22,0 %	23,6 %	25,1 %	26,3 %	26,8 %
Nord-Pas-de-Calais	12,8 %	17,4 %	20,6 %	22,7 %	24,3 %	25,7 %	26,7 %	27,4 %
Lorraine	12,4 %	16,8 %	19,6 %	21,4 %	22,8 %	24,2 %	25,2 %	25,8 %
Alsace	9,5 %	13,2 %	15,5 %	16,8 %	17,9 %	18,8 %	19,6 %	20,2 %
Franche-Comté	13,6 %	18,4 %	21,3 %	23,4 %	24,9 %	25,9 %	27,0 %	28,2 %
Pays de la Loire	11,8 %	15,9 %	18,6 %	20,6 %	22,2 %	23,3 %	24,0 %	24,7 %
Bretagne	15,0 %	20,5 %	23,6 %	25,8 %	27,7 %	29,1 %	30,2 %	31,1 %
Poitou-Charentes	13,1 %	18,0 %	20,9 %	23,3 %	24,8 %	26,1 %	27,6 %	29,0 %
Aquitaine	12,8 %	17,2 %	19,8 %	21,9 %	23,8 %	24,8 %	26,0 %	26,7 %
Midi-Pyrénées	11,6 %	15,9 %	18,5 %	20,3 %	21,5 %	22,5 %	23,1 %	23,5 %
Limousin	11,0 %	15,4 %	18,6 %	21,3 %	22,8 %	24,1 %	25,2 %	25,2 %
Rhône-Alpes	12,2 %	16,5 %	19,3 %	21,3 %	22,7 %	23,9 %	24,9 %	25,8 %
Auvergne	11,4 %	15,3 %	17,8 %	19,6 %	21,0 %	22,1 %	23,3 %	24,1 %
Languedoc-Roussillon	11,9 %	16,0 %	18,5 %	20,3 %	22,0 %	23,4 %	24,6 %	25,1 %
Paca	12,2 %	16,7 %	19,6 %	21,7 %	23,5 %	25,0 %	26,5 %	27,3 %
Corse	10,7 %	15,0 %	18,0 %	20,6 %	23,0 %	24,5 %	28,4 %	30,5 %

Source ATIH, analyses InVS.

## Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011

En France métropolitaine, le PMSI-MCO (Programme de médicalisation des systèmes d'information – Médecine, chirurgie et obstétrique) entre 2004 et 2011 a permis de comptabiliser 765 616 hospitalisations pour tentative de suicide (TS) en médecine et chirurgie concernant 556 708 personnes, soit environ 90 000 hospitalisations pour 70 000 personnes par an. Au cours des huit années étudiées, 80 % des patients ont été hospitalisés une seule fois pour TS et 20 % l'ont été plusieurs fois. Quelle que soit l'année, les séjours féminins ont représenté 65 % de l'ensemble des séjours pour TS. L'intoxication médicamenteuse volontaire était le mode opératoire le plus fréquent avec 82 % des TS hospitalisées, soit entre 70 000 et 85 000 séjours par an. Le taux de séjours pour TS était de 17,7 pour 10 000 habitants (13,4 pour 10 000 hommes et 21,6 pour 10 000 femmes). Les séjours hospitaliers pour TS concernant les adolescentes de 15 à 19 ans présentaient les taux les plus élevés, avoisinant 43 pour 10 000. Les régions du Nord et de l'Ouest, à l'exception de l'Ile-de-France et des Pays de la Loire, avaient des taux standardisés supérieurs de 20 % au taux national chez les hommes et chez les femmes. Le taux de ré-hospitalisation pour TS était de 12,8 % à 12 mois et allait jusqu'à 26,6 % à 8 ans sans différence selon le sexe ; il était plus élevé chez les 30-49 ans et chez les patients ayant un diagnostic psychiatrique.

Entre 2007 et 2011, le réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) a permis d'estimer que 63 % des personnes passées aux urgences pour TS ont été hospitalisées. Parmi ces dernières, 9 % l'ont été directement en psychiatrie et 54 % dans des unités médicales ou chirurgicales. À partir des données du PMSI-MCO et d'Oscour®, le nombre de passages aux urgences pour TS en France métropolitaine est estimé entre 176 000 et 200 000 par an (entre 66 000 et 78 000 chez les hommes et entre 108 000 et 120 000 chez les femmes).

**Mots clés :** tentative de suicide, hospitalisation, urgences, France

## Hospital admissions and visits to emergency rooms for suicide attempts in metropolitan France. An analysis of data from PMSI-MCO 2004-2011 and Oscour® 2007-2011

*In metropolitan France, between 2004 and 2011, the hospital admission database « Programme de médicalisation des systèmes d'information » (PMSI-MCO) showed that 765,616 hospitalisations in medicine and surgery wards due to suicide attempts (SA) by 556,708 patients were recorded, i.e. approximately 90,000 hospitalisations by 70,000 patients per year. Over the eight years, 80% of the patients were hospitalised once for SA and 20% several times. Female admissions consistently represented 65% of the global admissions for SA each year. The most frequent method of SA was self-poisoning by drugs concerning 82% of the hospitalised SA, accounting for 70,000 to 85,000 hospital admissions per year. The hospitalisation rate for SA was 17.7 per 10,000 inhabitants (13.4 per 10,000 men and 21.6 per 10,000 women). Females between 15 and 19 years of age had the highest rate with 43 per 10,000. Standardised hospitalisation rates for SA were 20% higher than the national rate in the Northern and Western regions (except for the Ile de France and Pays de la Loire regions) for both males and females. The readmission rate for SA was 12.8% at 12 months, increasing to 26.6% at 8 years without difference according to sex; it was higher among the 30-49 year-olds and among patients with a psychiatric diagnosis.*

*Between 2007 and 2011, the Oscour® network (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) showed that about 63% of the patients visiting the emergency rooms for SA were subsequently hospitalised: 9% in psychiatric wards and 54% in medicine and surgery wards. Combining data from PMSI-MCO and Oscour®, the number of visits to emergency rooms for SA can be estimated between 176,000 and 200,000 annually (between 66,000 and 78,000 among males and between 108,000 and 120,000 among females).*

### Citation suggérée :

Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2014. 51 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

### INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

12 rue du Val d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex France

Tél. : 33 (0)1 41 79 67 00

Fax : 33 (0)1 41 79 67 67

[www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

ISSN: 1956-6964

ISBN-NET: 979-10-289-0053-3

Réalisé par Service communication – InVS

Dépôt légal : septembre 2014