

[12] Aouba A, Péquino F, Camelin L, Laurent F, Jouglu E. La mortalité par suicide en France en 2006. *Études et Résultats*. 2009;(702):1-8.

[13] Loebel JP. Practical geriatrics: completed suicide in late life. *Psychiatr Serv*. 2005;56:260-2.

[14] Safer DJ. Adolescent/adult differences in suicidal behavior and outcome. *Ann Clin Psychiatry*. 1997;9(1):61-6.

[15] Stein DJ, Chiu WT, Hwang I, Kessler RC, Sampson N, Alonso J, *et al.* Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal

behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS One*. 2010;13(5):e10574.

[16] Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, *et al.* Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 2010;197(1):20-7.

[17] Meltzer H, Vostanis P, Ford T, Bebbington P, Dennis MS. Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. *Eur Psychiatry*. 2011;26(8):498-503.

[18] Beck F, Firdion JM, Legleye S, Schiltz MA. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. *Acquis*

des sciences sociales et perspectives. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action; 2010. 112 p. Disponible à : <http://www.inpes.sante.fr/nouveautes-editoriales/2010/les-minorites-sexuelles-face-au-risque-suicidaire.asp>

[19] Le Houezec J. Nicotine: abused substance and therapeutic agent. *J Psychiatry Neurosci*. 1998;23(2):95-108.

[20] Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*. 2011;378(9786):124-5.

## Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO

Christine Chan-Chee (c.chan-chee@invs.sante.fr), Delphine Jezewski-Serra

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

### Résumé / Abstract

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a été utilisé pour l'analyse des hospitalisations pour tentatives de suicide (TS).

En France métropolitaine, entre 2004 et 2007, un total de 359 619 séjours pour TS ont été comptabilisés en médecine et chirurgie, correspondant à 279 843 patients, soit environ 90 000 hospitalisations pour 70 000 patients par an. Au cours des quatre années étudiées, 84,1% des patients ont été hospitalisés une seule fois et 15,9% des patients ont été hospitalisés plusieurs fois pour TS. Quelle que soit l'année, les séjours féminins ont représenté 65% de l'ensemble des séjours pour TS. L'absorption de médicaments était le mode opératoire des TS de loin le plus fréquent, concernant 79% des TS hospitalisées, soit entre 67 000 et 79 000 séjours hospitaliers par an. Le taux de séjours pour TS était de 16,9 pour 10 000 habitants (12,4 pour 10 000 hommes et 21,2 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'Île-de-France et des Pays-de-la-Loire, avaient des taux standardisés supérieurs au taux national chez les hommes et chez les femmes.

Le taux de ré-hospitalisation pour TS progressait de 14,0% à 12 mois jusqu'à 23,5% à 48 mois sans différence selon le sexe ; il était plus élevé parmi les 30-49 ans et chez les patients ayant un diagnostic psychiatrique.

Cette étude montre l'ampleur du phénomène suicidaire en France, souligne la nécessité de compléter la surveillance des TS et de mettre en place des actions de prévention et de prise en charge de certains groupes de population particulièrement vulnérables.

### Mots clés / Key words

Tentatives de suicide, hospitalisation, France / Suicide attempts, hospitalisation, France

### Introduction

En France, 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 suicide est la conséquence la plus dramatique du passage à l'acte suicidaire, dont la prévention est une des priorités nationales de santé publique. D'après la littérature, les tentatives de suicide (TS) seraient entre 10 et 40 fois plus fréquentes que les suicides et représentent le facteur prédictif le plus important pour le suicide accompli [2]. Si

le nombre de suicides est connu grâce à l'analyse des certificats de décès, les TS n'ont pas fait l'objet d'une surveillance nationale en France.

Les estimations pour l'année 2002 faisaient état d'environ 195 000 TS en contact avec le système de soins, dont 105 000 hospitalisations dans des établissements non spécialisés en soins psychiatriques et 64 000 en psychiatrie [3]. Des analyses locales ou régionales des TS ont été faites à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [4;5]. Le PMSI, mis en place depuis une vingtaine d'années dans tous les établissements de soins

de courte durée en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) vise à mettre en relation les moyens de fonctionnement, l'activité médicale et les pathologies. Toutefois, les données sur les TS ne sont exploitables que depuis 2003 [3].

À notre connaissance, la présente étude est la première concernant les TS à partir de données nationales du PMSI. Elle a pour objectif de décrire les TS ayant entraîné une hospitalisation au cours des années 2004 à 2007 dans les établissements MCO de France métropolitaine, ainsi que le risque de réadmission pour TS au cours de ces quatre années.

### *Hospital admissions for suicide attempts in metropolitan France from 2004 to 2007. An analysis of the medico-administrative data PMSI-MCO*

*The hospital admission database « Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information » (PMSI) has been analysed for hospitalisations due to suicide attempts (SA).*

*In metropolitan France, between 2004 and 2007, a total of 359,619 hospitalisations by 279,843 patients in medicine and surgery wards were recorded for SA, i.e. approximately 90,000 hospitalisations by 70,000 patients per year. Over the four years studied, 84.1% of the patients were hospitalized once, and 15.9% were hospitalized several times for SA. Female admissions represented consistently 65% of the global admissions for SA each year. The most frequent method of SA was self-poisoning by drugs concerning 79% of the hospitalised SA, accounting for 67,000 to 79,000 hospital admissions per year. The hospitalisation rate for SA was 16.9 per 10,000 inhabitants (12.4 per 10,000 men and 21.2 per 10,000 women). Females between 15 and 19 years of age were the group with the highest rate (43 per 10,000). There was a regional trend. Standardised hospitalisation rates for SA were higher than the national rate in the Northern and Western regions (except for the Île-de-France and Pays-de-la-Loire) for both males and females. The re-hospitalisation rate for SA was 14.0% at 12 months, increasing to 23.5% at 48 months without difference according to sex, but was higher among the 30-49 years old and among patients with a psychiatric diagnosis.*

*This study shows the burden of SA in terms of public health issues, underlines the need for its surveillance and for the development of prevention and treatment programs, particularly in certain vulnerable groups of population.*

## Matériel et méthodes

Les TS sont définies par la CIM-10 (Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, dixième révision) comme une intoxication ou une lésion traumatique que s'inflige délibérément un individu. Elles sont regroupées sous les codes X60 à X84.

Tous les séjours codés X60 à X84 en diagnostic associé significatif, diagnostic principal ou diagnostic relié, et concernant des personnes âgées de 10 ans et plus domiciliées en France métropolitaine et hospitalisées pour TS dans les établissements MCO de France métropolitaine ont été inclus. Les données d'hospitalisation en psychiatrie, enregistrées seulement depuis 2007, n'ont pas été intégrées à la présente analyse. Par ailleurs, le PMSI ne prend pas en compte les passages aux urgences sans hospitalisation.

Une procédure de chaînage permet de relier les différentes hospitalisations d'un même patient grâce à un numéro anonyme. Appliquée aux 386 184 séjours repérés dans la base PMSI, elle a permis d'identifier 359 619 séjours correctement chaînés. Les séjours non correctement chaînés (6,9%) dont la date de naissance, le sexe, le numéro d'anonymisation et le numéro administratif de séjour n'étaient pas renseignés n'ont pas été inclus dans l'analyse.

Dans un premier temps, nous avons décrit l'ensemble des TS hospitalisées, l'unité statistique étant le séjour hospitalier. 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 de l'année 1999 constituant la référence.

Dans un deuxième temps, nous avons chaîné les séjours des patients qui ont eu plusieurs hospitalisations pour TS et analysé le risque de réadmission pour TS sur les quatre années d'observation. Dans ce cas, l'unité statistique est le patient.

Le taux de réadmission au cours des quatre années a été calculé par la méthode de Kaplan-Meier. L'événement initial a été défini comme la première hospitalisation (hospitalisation index) durant les quatre années d'observation. 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 date de fin de l'inclusion des données (31 décembre 2007). Si le mode de sortie était le décès, ce dernier a été 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.

La comparaison du risque de réadmission selon les caractéristiques des patients a été effectuée en utilisant un 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 ≥70 ans) et l'existence ou non d'une pathologie psychiatrique.

## Résultats

Entre 2004 et 2007, le nombre total de patients hospitalisés pour TS était de 279 843 pour un total de 359 619 séjours. Environ 99% des hospitalisations ont eu lieu dans des établissements publics.

Durant cette période, entre 84 000 et 98 000 hospitalisations par an ont eu lieu pour TS en France métropolitaine. L'évolution du nombre de patients et du nombre de séjours a suivi des courbes parallèles, avec une diminution entre 2004 et 2006 puis une augmentation en 2007 (figure 1).

### Les séjours hospitaliers pour TS

La répartition des TS selon le sexe a peu varié au cours des années étudiées. Les séjours féminins représentaient 64,8% de l'ensemble des séjours pour TS (65,2% en 2004 et 64,5% en 2007). Ainsi, les taux d'hospitalisation pour TS étaient de 12,4 pour 10 000 hommes et 21,2 pour 10 000 femmes (tableau 1).

La figure 2 présente les taux selon le sexe et l'âge. Les séjours hospitaliers pour TS concernant les adolescentes de 15 à 19 ans présentaient les taux les plus élevés avoisinant 43 pour 10 000, correspondant à environ 8 300 hospitalisations pour TS par an pour cette classe d'âge. Avant 15 ans, ces taux étaient autour de 14 pour 10 000. Après 20 ans, ils diminuaient jusqu'à la classe des 25-29 ans avant de remonter jusqu'à environ 31 pour 10 000 chez les femmes de 40 à 49 ans. Ensuite, ces taux 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 75 ans,

les taux remontaient et dépassaient légèrement ceux des femmes.

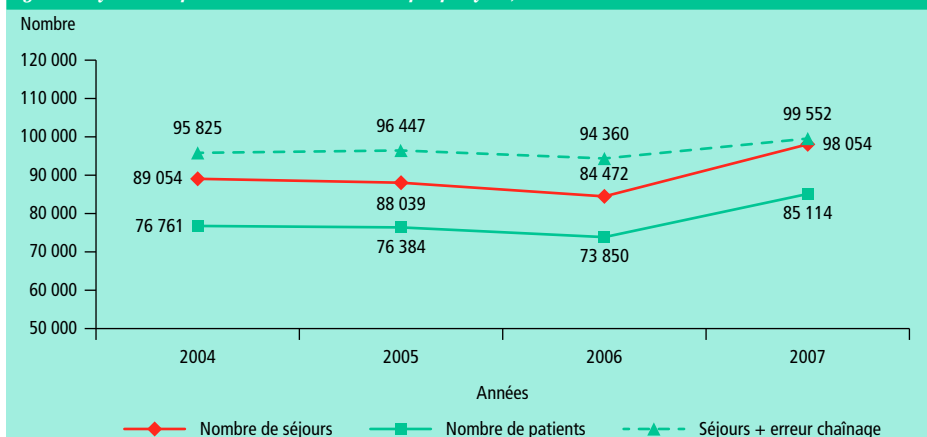
Selon les régions, en 2007, les taux standardisés de séjours pour TS variaient de 6,8 pour 10 000 hommes en Alsace à 25,8 pour 10 000 hommes en Picardie (figure 3) et de 10,0 pour 10 000 femmes en Alsace à 42,2 pour 10 000 femmes en Picardie (figure 4). Les régions du Nord et de l'Ouest, à l'exception de l'Île-de-France et des Pays-de-la-Loire, avaient des taux supérieurs au taux national chez les hommes et chez les femmes.

L'absorption de médicaments était le mode opératoire de loin le plus fréquent (85,3%) représentant plus de 75 000 séjours hospitaliers pour TS par an. Les psychotropes étaient utilisés dans environ trois-quarts des cas. L'auto-intoxication par d'autres produits (alcool, produits chimiques, pesticides, émanation de gaz) était la deuxième cause (7,1%). La phlébotomie et la pendaison représentaient respectivement 4,9% et 1,4% des séjours hospitaliers. Le saut dans le vide, l'utilisation d'une arme à feu, la noyade et la collision intentionnelle étaient plus rares, représentant chacun moins de 1% des cas par an. Dans environ 4% des TS hospitalisées, il y avait association d'une auto-intoxication médicamenteuse et d'un autre mode opératoire. Quelle que soit l'année considérée, la répartition des modes opératoires était proche.

Une prédominance féminine était observée pour les TS médicamenteuses, tandis qu'il y avait une prédominance masculine pour les TS par pendaison et par arme à feu (respectivement 75% et 85% des hospitalisations pour TS par pendaison et par arme à feu concernaient des hommes).

La part relative des hospitalisations pour TS par auto-intoxication médicamenteuse diminuait avec l'âge pour les deux sexes, mais cette baisse

Figure 1 Nombre de séjours et nombre de patients âgés de 10 ans et plus hospitalisés pour tentatives de suicide par année, France 2004-2007 | Figure 1 Number of hospitalisations and number of patients aged ≥ 10 years hospitalised for suicide attempts per year, France 2004-2007



Source : PMSI-MCO. Le chaînage est fait par année et non sur les quatre années, d'où le nombre total de patients = 312 109.

Tableau 1 Taux standardisés des hospitalisations pour tentatives de suicide pour 10 000 habitants, France 2004-2007 | Table 1 Standardised hospitalisation rates for suicide attempts (SA) per 10,000, France 2004-2007

	2004	2005	2006	2007	2004-2007
Taux standardisé (total)	16,8	16,6	15,8	18,4	16,9
Taux standardisé (hommes)	12,2	12,0	11,7	13,6	12,4
Taux standardisé (femmes)	21,2	20,7	19,6	22,8	21,2

Source : PMSI-MCO. Taux standardisé sur sexe et âge par la méthode de standardisation directe. Population de référence : France 1999.

Figure 2 Taux d'hospitalisations pour tentatives de suicide par sexe et classe d'âge pour 10 000 habitants, France, 2004-2007 | Figure 2 Hospitalisation rates for suicide attempts per 10,000 by gender and age group, France, 2004-2007

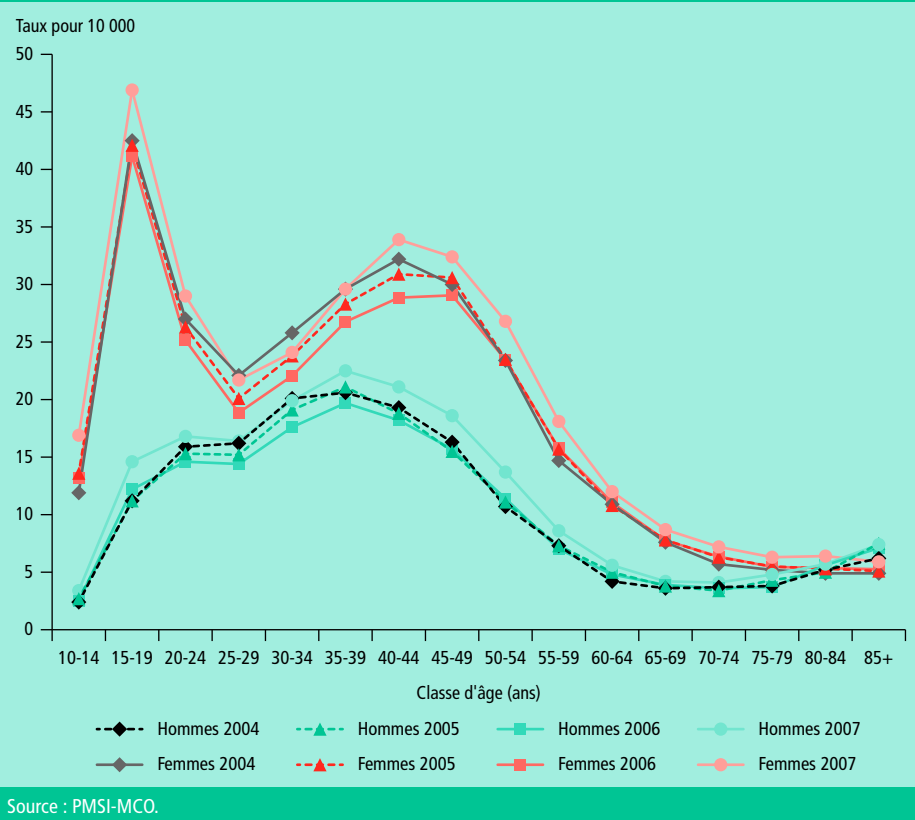
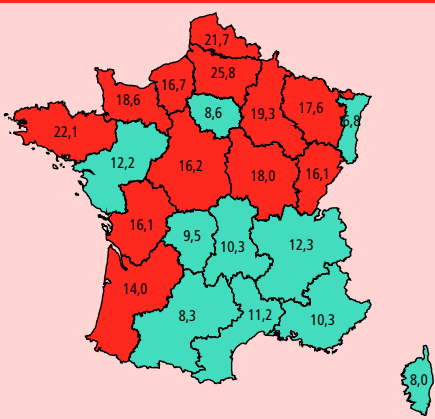
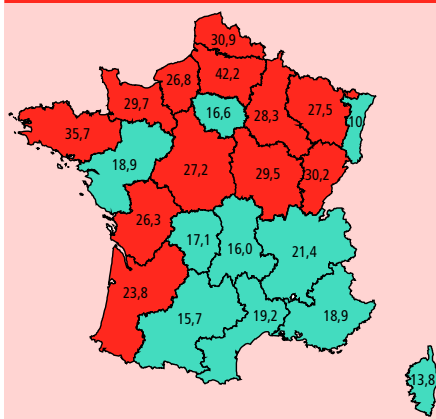


Figure 3 Taux standardisés de séjours hospitaliers pour tentatives de suicide pour 10 000 hommes par région, France, 2007 | Figure 3 Standardised hospitalisation rates for suicide attempts per 10,000 in males by region, France, 2007



Source : PMSI-MCO. Taux standardisé sur âge par la méthode de standardisation directe, population de référence : France 1999.  
 En rouge : taux régional supérieur au taux national (13,6 pour 10 000)  
 En bleu : taux régional inférieur au taux national.

Figure 4 Taux standardisés de séjours hospitaliers pour tentatives de suicide pour 10 000 femmes par région, France, 2007 | Figure 4 Standardised hospitalisation rates for suicide attempts per 10,000 in females by region, France, 2007



Source : PMSI-MCO. Taux standardisé sur âge par la méthode de standardisation directe, population de référence : France 1999.  
 En rouge : taux régional supérieur au taux national (22,8 pour 10 000).  
 En bleu : taux régional inférieur au taux national.

était plus importante chez les hommes que chez les femmes (figure 5).

La phlébotomie représentait environ 8% des hospitalisations pour TS chez les adolescents entre 10 et 19 ans quel que soit le sexe, puis diminuait avec l'âge pour remonter jusqu'à respectivement 13% et 8% chez les hommes et les femmes de 85 ans et plus (résultant ainsi en une courbe en U).

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. La fréquence du recours à la pendaison et au saut dans le vide chez les jeunes garçons de 10 à 14 ans est à noter (respectivement 5,3% et 3,0% contre 0,7% et 1,3% chez les filles de la même classe d'âge). L'utilisation d'une arme à feu augmentait uniquement avec l'âge chez les hommes, alors que ce mode de TS était peu fréquent chez les femmes quel que soit l'âge.

Après l'hospitalisation, le retour à domicile s'est effectué dans 70,9% des cas. Dans 28,2% des

cas, il y a eu un transfert dans une autre structure (majoritairement vers un service de psychiatrie). Dans 0,8% des cas, les patients sont décédés et dans 9 cas sur 10, il s'agissait de l'hospitalisation index pour TS. La létalité était plus importante parmi les hommes que parmi les femmes et augmentait très fortement avec l'âge. Lorsque le mode opératoire était l'utilisation d'une arme à feu, environ 1 hospitalisation sur 6 s'est terminée par un décès. Pour les auto-intoxications médicamenteuses, il s'agissait d'environ 1 séjour sur 300. Quelle que soit l'année considérée, environ 40% des décès sont survenus au cours du premier jour d'hospitalisation et 25% dans un délai de deux à cinq jours.

La durée de séjour des deux-tiers des hospitalisations pour TS était d'une journée ou moins et 24% ont duré entre deux et cinq jours. Ces durées n'ont pas évolué entre 2004 et 2007.

Un ou plusieurs diagnostics psychiatriques ont été codés dans 65% des séjours hospitaliers pour TS correspondant à 60% des patients hospitalisés. Les diagnostics psychiatriques les plus fréquents étaient les troubles dépressifs (67%), les troubles liés à l'utilisation de l'alcool (33%) et les troubles anxieux (17%). Les troubles bipolaires, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques étaient présents chez respectivement 2%, 1,5% et 3% des patients.

**Les ré-hospitalisations pour TS**

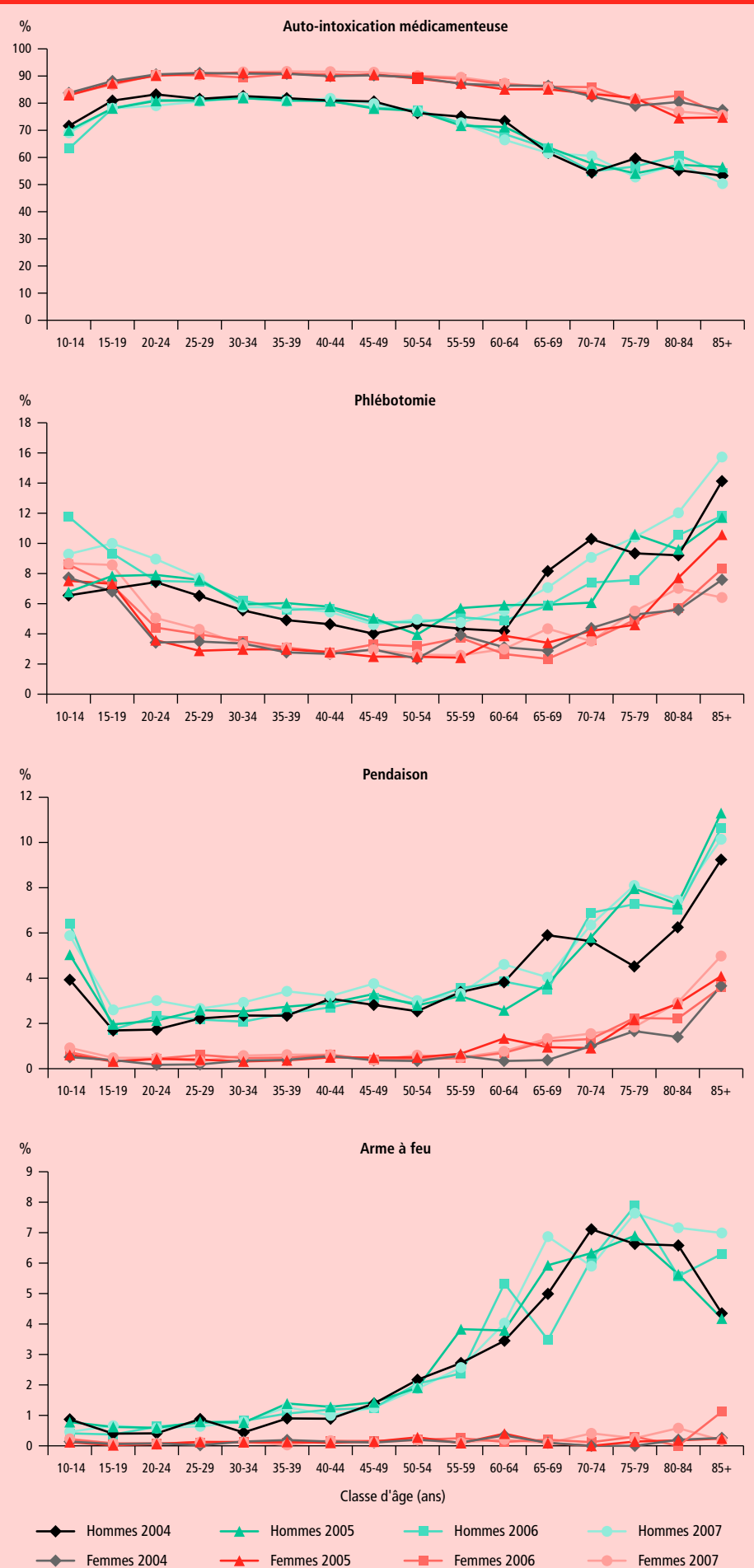
Au cours des quatre années étudiées, sur un total de 279 843 patients, 84,1% (n=235 405) ont été hospitalisés une seule fois pour TS et 15,9% des patients (n=44 438) ont effectué plusieurs séjours (tableau 2).

Parmi les personnes qui ont été hospitalisées plus d'une fois pour TS, 66,0% étaient des femmes. Lorsqu'il y a eu réadmission pour TS, le nombre moyen de séjours hospitaliers entre 2004 et 2007 était de 2,70 (IC95% [2,68-2,72]) sans différence significative (p=0,06) entre les hommes et les femmes. Le délai moyen entre deux séjours pour TS était de 231 jours (IC95% [229-233]) et le délai médian de 129 jours (114 jours chez les hommes et 141 jours chez les femmes).

Le taux de ré-hospitalisation pour TS était globalement de 14,0% à 12 mois, 18,0% à 24 mois, 21,3% à 36 mois et 23,5% à 48 mois. Ces taux n'étaient pas différents selon le sexe mais variaient selon la classe d'âge. À un mois, la réadmission a concerné 7,6% des 70 ans et plus contre environ 4,0% des patients plus jeunes, tandis que pendant tout le reste de la période d'observation, le taux de réadmission était le plus bas pour les patients âgés de 70 ans et plus, et était systématiquement plus élevé parmi les 30-49 ans. En prenant pour référence la classe des 10-29 ans, le risque de réadmission ajusté sur le sexe et la présence d'un diagnostic psychiatrique était plus élevé pour les 30-49 ans (1,27 [1,23-1,29]) et moins élevé pour les patients de plus de 70 ans (0,87 [0,83-0,92]) mais n'était pas différent (1,00 [0,97-1,03]) pour les 50-69 ans.

Par ailleurs, lorsqu'un patient présentait un diagnostic psychiatrique lors de l'hospitalisation index, le risque de réadmission ajusté sur le sexe et la classe d'âge était de 2,66 [2,60-2,72].

Figure 5 Part relative des modes opératoires des tentatives de suicide par sexe et classe d'âge, France 2004-2007 | Figure 5 Proportion of methods for suicide attempts by gender and age group, France 2004-2007



Source : PMSI-MCO.  
NB : Les échelles ne sont pas les mêmes dans les quatre graphiques.

## Discussion

Cette étude a montré qu'entre 2004 et 2007, une moyenne annuelle de 70 000 personnes a été hospitalisée en médecine et chirurgie pour TS, correspondant à environ 90 000 hospitalisations par an en France métropolitaine. Dans de nombreux pays, les données administratives hospitalières sont utilisées en routine pour la surveillance des tentatives de suicide et les admissions pour TS sont estimées entre 6,1 et 20 pour 10 000 habitants [6].

L'évolution entre 2004 et 2007 a montré des taux d'abord relativement stables en 2004 et 2005, suivis d'une diminution en 2006 et d'une augmentation en 2007 (18,4 hospitalisations pour 10 000 habitants). Du fait de la fluctuation du taux de chaînage selon les années, la non-inclusion des séjours mal chaînés pourrait expliquer en partie la fluctuation de ces taux. Toutefois, nous avons montré que le creux de la courbe constaté en 2006 suivi de la remontée en 2007 persistait malgré l'intégration des données non chaînées. L'analyse des hospitalisations pour TS dans les années ultérieures est donc nécessaire pour surveiller leur évolution. 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.

Globalement, les séjours féminins étaient environ 2 fois plus fréquents que les séjours masculins. Cette prépondérance des taux féminins dans les TS est constamment retrouvée dans la littérature tant en hospitalisation [7;8] que dans les enquêtes déclaratives [9]. Parmi les causes multifactorielles de la TS, la dépression est souvent retrouvée et pourrait contribuer en partie à cette différence dans les taux de TS selon le genre. En effet, quel que soit le pays, la prévalence de la dépression est 2 à 3 fois plus importante chez la femme que chez l'homme, cette différence apparaissant dès l'adolescence [10].

L'hospitalisation pour TS concernait 4 fois plus d'adolescentes que de jeunes hommes. Les taux les plus élevés ont aussi été retrouvés chez les jeunes filles dans sept des huit études médico-administratives rapportées dans une revue de la littérature [7]. Le pic observé dans les taux d'hospitalisation chez les adolescentes est le reflet de l'importance du phénomène suicidaire dans cette population particulièrement exposée. 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 [9].

La comparaison des taux d'hospitalisation pour TS avec ceux des suicides sur la même période montre que le nombre de TS hospitalisées était environ 10 fois celui du suicide. Toutefois, si les TS concernaient principalement les femmes, les suicides étaient aux trois-quarts masculins tous âges confondus [1]. Le ratio du nombre de TS hospitalisées rapporté au nombre de suicides atteint ainsi 5 chez les hommes et 25 chez les femmes (du fait de l'utilisation plus fréquente

**Tableau 2 Répartition du nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide selon le sexe, France 2004-2007** / *Table 2 Distribution of the number of hospitalisations for suicide attempts by gender, France 2004 - 2007*

Nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide	Hommes	%	Femmes	%	Tous	%
1	83 602	84,7	151 803	83,8	235 405	84,1
2	10 178	10,3	19 848	11,0	30 026	10,7
3	2 695	2,7	5 253	2,9	7 948	2,8
4	1 061	1,1	2 046	1,1	3 107	1,1
5	453	0,5	948	0,5	1 401	0,5
≥6	712	0,7	1 244	0,7	1 956	0,7
<b>Total</b>	<b>98 701</b>	<b>100,0</b>	<b>181 142</b>	<b>100,0</b>	<b>279 843</b>	<b>100,0</b>

Source : PMSI-MCO. Les données sont chaînées sur les quatre années.

de méthodes hautement létales telles que les armes à feu, la noyade et la pendaison par les hommes).

Au cours des quatre années, le taux de ré-hospitalisations pour TS a été évalué à 14,0% à 12 mois et à 23,5% à 48 mois. Les ré-hospitalisations étaient plus fréquentes chez les 30-40 ans et en présence de troubles mentaux et de troubles liés à la consommation 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 une revue de la littérature comprenant 90 études. Le taux médian de récurrence de TS après une hospitalisation pour TS était de 16% à un an et de 21% lorsque le suivi était entre un et quatre ans, tandis que le taux de suicide était de 1,8% à un an et de 6,7% après un suivi supérieur à neuf ans [11].

Plusieurs limites doivent cependant être soulignées dans cette étude. Le fait de circonscrire l'analyse aux TS hospitalisés en MCO donne une image homogène mais partielle du phénomène suicidaire. Ne sont pas comptabilisés dans le PMSI certains patients suicidaires non hospitalisés après un passage dans les services d'urgence, probablement ceux considérés comme les moins graves. En Angleterre, suite à un passage aux urgences, 46% des TS étaient hospitalisés en médecine [12]. À partir d'un échantillon de services d'urgence du réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) mis en place par l'Institut de veille sanitaire [13], nous avons estimé à 63% le pourcentage de passages aux urgences pour TS qui ont été hospitalisés, parmi lesquels 17% directement en psychiatrie et 46% dans des unités médicales ou chirurgicales (résultats non présentés). Ainsi, nous avons estimé à environ 220 000 le nombre de passages aux urgences pour TS en 2007 en France métropolitaine. En restreignant l'étude aux TS hospitalisés en MCO, nous avons comptabilisé moins de la moitié des TS adressées aux urgences. Par ailleurs, une récente estimation faite à partir de l'extrapolation des données du Samu du département du Nord entre 2006 et 2008 faisait état

de 290 000 TS prises en charge dans les services d'urgence en France [14]. Les TS hospitalisées directement en psychiatrie concernent probablement les patients psychiatriques connus. La possibilité de chaînage avec les données d'hospitalisation en établissements psychiatriques à partir de 2008 permettra de compléter les données pour les années ultérieures.

Il existe peu d'information sur les personnes ayant fait une TS et qui n'ont pas été adressées à l'hôpital. D'après un réseau de médecins généralistes, 80% des TS vues par ces médecins seraient référées à l'hôpital [15]. Par ailleurs, les patients ayant eu un geste suicidaire mais qui ne sont pas vus dans le système de soins regroupent deux catégories de patients : les TS les moins « graves » et ceux dont le geste suicidaire a entraîné le décès. Dans l'enquête Baromètre santé 2005, 58% des personnes interrogées ayant fait une TS au cours des 12 derniers mois n'ont pas été hospitalisées [9]. Sur les 10 500 décès par suicide annuels, environ 750 décès (0,8% des hospitalisations pour TS) 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.

Une autre limite du PMSI national résulte du fait que ce sont des données anonymisées sans possibilité de retour aux sources. Toutefois, une étude dans la région Centre est remontée à la source des dossiers extraits du PMSI : 88% des dossiers codés TS dans le PMSI mentionnaient une TS dans le dossier médical et 13% des dossiers avec mention de TS dans le dossier médical n'avaient pas de codage de TS dans le PMSI [5]. Si ces données sont extrapolables au niveau national, les sur et sous-estimations s'annuleraient.

## Conclusion

Ces données montrent l'importance de cette problématique de santé publique et la nécessité de continuer et de compléter la surveillance des TS à partir des données d'hospitalisation tant en médecine et chirurgie qu'en établissement psychiatrique. Il serait aussi nécessaire de développer la surveillance des recours aux urgences pour TS. Par ailleurs, les programmes

de prévention et de prise en charge des TS devraient s'attacher à orienter des actions spécifiques vis-à-vis des adolescents qui semblent être particulièrement vulnérables. Enfin, des études devraient être menées pour évaluer les modalités de suivi des patients afin de prévenir les récurrences.

## Références

- [1] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Laurent F, Jouglu E. La mortalité par suicide en France en 2006. *Études et Résultats*. 2009;(702):1-8.
- [2] Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81.
- [3] Mouquet MC, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. *Études et Résultats*. 2006;(488):1-8.
- [4] Garry 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;49:495-8.
- [5] Haguenoer K, Caille A, Fillatre M, Lecuyer AI, Rusch E. Épidémiologie des tentatives de suicide en région Centre. Données du PMSI 2004-2006. *Tours: CHRU de Tours*; 2009. 4p. Disponible à : [https://www.sante-centre.fr/portail/sites-de-communautaires/ureh-centre/travaux-par-theme/gallery\\_files/site/133/976/1221/1227.pdf](https://www.sante-centre.fr/portail/sites-de-communautaires/ureh-centre/travaux-par-theme/gallery_files/site/133/976/1221/1227.pdf)
- [6] 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.
- [7] Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv*. 2001;52(3):368-75.
- [8] Mitrou F, Gaudie J, Lawrence D, Silburn SR, Stanley FJ, Zubrick SR. Antecedents of hospital admission for deliberate self-harm from a 14-year follow-up study using data-linkage. *BMC Psychiatry* 2010;10:82.
- [9] Michel G, Aquaviva 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 : Inpes ; 2007. p.487-506
- [10] Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord*. 2003;74(1):5-13.
- [11] Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002;181(3):193-9.
- [12] 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.
- [13] 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.
- [14] 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 ? *Presse Méd*. 2011;40(7-8):770-2.
- [15] Le Pont F, Letrilliart L, Massari V, Dorléans 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.