

# Tentatives de Suicide et Suicides en Région Centre

## Données médico-administratives 2006-2010

F. Goumeidane<sup>1</sup>, L. Godillon<sup>2</sup>, M. Fillatre<sup>3,4</sup>, A. I. Lecuyer<sup>2</sup>, M. Biotteau<sup>1,3</sup>, M. Massot<sup>5</sup>, Ph. Lamy<sup>6</sup>, S. Baron<sup>2</sup>, E. Rusch<sup>2</sup>  
1/ SIMEES, CHU de Tours; 2/ UREH, Tours; 3/ CPU, CHRU de Tours; 4/ Réseau Vies37; 5/ DIM, CH de Bourges; 6/ DIM, CH de Vierzon

**Introduction** Chaque année en France, on estime le nombre de tentatives de suicide (TS) à 160 000 dont 100 000 sont prises en charge en hospitalisation de court séjour. Plus de 10 000 personnes en décèdent. De nombreuses actions sont menées pour lutter contre ce fléau. Le PMSI MCO a déjà été utilisé pour le suivi épidémiologique des TS hospitalisées en Région Centre de 2004 à 2009 (UREH), et au niveau national de 2004 à 2007 (1).

**Méthodes** : une définition des cas certains et probables, basée sur les codes diagnostiques CIM10 a été utilisée pour la description 2004-2008 puis validée en tirant au sort 100 séjours en région Centre. Le même algorithme d'identification des séjours pour TS appliqué à la base régionale PMSI MCO 2006-2010 a permis d'actualiser l'étude épidémiologique des TS en région Centre. Elle décrit les patients domiciliés en Région Centre, âgés de 10 ans et plus, hospitalisés en court séjour pour une TS. Elle est complétée par l'analyse épidémiologique des pathologies psychiatriques associées (PMSI Psy) et des décès par suicide à partir des certificats de décès (données CépiDC)

**Résultats.** En région Centre, 2006-2010, on a comptabilisé une moyenne de 5 500 séjours annuels pour TS et le taux d'hospitalisation est stable sur la période (250/100 000). La moyenne d'âge était de 40 ± 17,5 ans et le sexe ratio de 0,57. Le mode opératoire le plus fréquent était l'intoxication médicamenteuse (85,5 %). L'ensemble des séjours 2006-2010 concerne 20 594 patients dont 3 671 (18%) ont fait plusieurs TS.

Le CépiDC comptabilise environ 500 décès annuels par suicide en RC, chiffre en légère baisse sur la période étudiée.

20% des patients ayant fait une TS en 2009 ont eu, au décours de celle-ci, un ou plusieurs séjours en secteur de psychiatrie, avec une prédominance des troubles dépressifs et anxieux.

**Discussion** L'analyse de la base régionale du PMSI permet le suivi épidémiologique des TS hospitalisées. Ceci est conforté par l'amélioration constante du codage permettant de classer 93% des cas en certains en 2010. Le PMSI ne permet pas d'estimer le taux de suicide, plus de 90% des décès survenant avant l'hospitalisation. Le PMSI psychiatrique constitue un apport supplémentaire à l'épidémiologie des tentatives de suicides, permettant d'améliorer le volet préventif.

Le taux de tentatives de suicide est stable en RC depuis 2004, un peu plus élevé que les taux recueillis au niveau national qui ne comptabilise que les cas certains. La région fait partie des régions françaises à fort taux de TS et de suicides aboutis (CépiDC).

## Introduction

Le suicide et les tentatives de suicide (TS) sont des problèmes majeurs de santé publique. En France, en 2007, les TS prises en charge en établissements MCO étaient estimées à 99 552 (1). Avec 10 127 suicide aboutis en 2007, soit 15,3 suicides pour 100 000 habitants, la France se situe au 8ème rang pour l'homme et au 5ème rang pour la femme en Europe, en terme de taux de suicide standardisé par âge.

Depuis une dizaine d'années, la prévention du suicide est une priorité nationale (Programme national d'actions contre le suicide) déclinée au niveau régional dans les Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP). Le volet prévention du suicide de ces plans consiste le plus souvent en action de prévention et amélioration de la prise en charge des suicidants. Des données épidémiologiques actualisées sur les TS doivent permettre aux régions de cibler et d'évaluer ces actions. Un axe prioritaire de la thématique "suicide" du PRSP en Région Centre est "l'amélioration de la connaissance épidémiologique des TS".

En France, il n'existe pas de recensement systématique des TS. Seules celles aboutissant à une prise en charge par le système de santé peuvent être comptabilisées. Les données issues du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) ne sont pas initialement destinées à l'utilisation épidémiologique. Leur interprétation doit être modérée au vu de l'hétérogénéité des pratiques et de la qualité du codage. Néanmoins, du fait de son exhaustivité, de sa pérennité et de sa facilité d'accès, le PMSI peut constituer un outil de suivi épidémiologique des TS, comme cela a été le cas en RC sur 2004-2008 (2) et au niveau national de 2004 à 2007 (3).

L'objectif de ce travail était d'étendre à 2010 le suivi épidémiologique des séjours hospitaliers pour TS de la région Centre par l'exploitation des données PMSI selon la même méthode et de compléter ces données par 2 autres sources de données:

- Données de mortalité 2006-2009 de la RC (CépiDC)
- Données 2009-2010 du PMSI psychiatrique.

(1) BEH 47-48; 2011

(2) Haguenoer & al, 2009; Disponible à [https://www.santecentre.fr/portail/gallery\\_files/site/133/976/1718/1722.pdf](https://www.santecentre.fr/portail/gallery_files/site/133/976/1718/1722.pdf)

(3) Chan-Chee et al, BEH 47-48; 2011

### Rappel des consignes de codage dans le PMSI des suicides et TS

- ① Un **Diagnostic Principal (DP)** codé avec un ou des codes du groupe **S00 à T98** du chapitre XIX de la CIM10  
- Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe -

**ET**

- ② Un **Diagnostic Associé (DA)** codé avec un ou des codes du groupe **X60 à X84** du chapitre XX de la CIM10  
- Lésions auto-infligées -

## Le codage des TS dans le PMSI

Les séjours pour suicide ou tentative de suicide doivent répondre aux consignes nationales de codage : code S00 à T98 en DP et X60 à X84 en DA (codes interdits en DP) pour enregistrer le moyen utilisé et son caractère auto-infligé.

## Identification des séjours pour TS : algorithme de définition des cas

Un algorithme basé sur les codes diagnostiques saisis dans le PMSI a été élaboré et validé, en 2009, afin d'identifier 2 types de séjours hiérarchisés, selon la qualité du codage :

**"Cas certains"** : séjours contenant un code de lésion auto infligée (code du groupe X60 à X84 du chapitre XX de la CIM10). Si les consignes de codage étaient parfaitement respectées, cette seule condition permettrait d'identifier les séjours hospitaliers pour TS.

**"Cas probables"** : séjours sans code "X" mais associant un code de lésions traumatiques (chapitre XIX de la CIM10) ET un code de troubles mentaux et du comportement (chapitre V de la CIM10). Cet algorithme de définition des TS a été validé, en 2009, sur 100 séjours : 81 correspondaient à une TS (respectivement 88% chez les "Cas certains" et 74% chez les "Cas probables").

## Analyses réalisées

1) **Analyse de la base régionale PMSI MCO 2006-2010** : Patients âgés de 10 ans et plus, domiciliés en région Centre, hospitalisés pour TS, dans ou hors de la région Centre. Analyse des TS selon l'âge, le sexe, le caractère Urbain/Rural du domicile du patient :

- le code géographique saisi en PMSI est un agrégat de codes communes INSEE dont on connaît le caractère Urbain/Rural et la population s'y afferant.
- pour chaque code géographique, les effectifs de population Urbaine/Rurale ont été déterminés.
- l'affection finale du caractère Urbain/Rural s'est définie par la caractérisation de la population majoritaire en nombre.

2) **Analyse des données de décès par suicide 2006-2009**, Codes X60 à X84 (données CépiDC)

3) **Analyse de la base régionale PMSI PSY 2009-2010** : grâce au chaînage (lien par le numéro anonyme patient ANO), suivi à un an de toutes les hospitalisations en secteur psychiatrique 2009-2010 des patients ayant fait au moins une TS MCO en 2009.

## I- Hospitalisations pour TS en MCO

Entre 2006 et 2010, les patients domiciliés en région Centre ont consommé 3,3 millions d'hospitalisations MCO. Parmi elles, 27 525 (0,83%) étaient identifiées "pour TS" .

Tableau 1

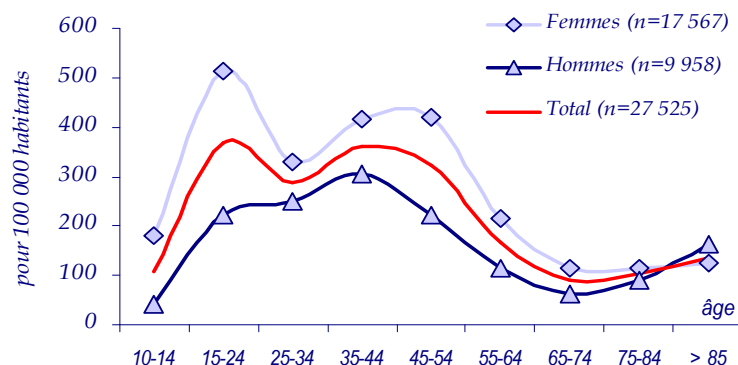
Évolution du nombre de séjours pour TS en région Centre. PMSI MCO RC, 2006-2010

| Année            | Cas Certains<br>n (%) | Cas Probables<br>n | Total<br>n    |
|------------------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 2006             | 3 721 (69,6%)         | 1 625              | 5 346         |
| 2007             | 4 713 (82,7%)         | 983                | 5 696         |
| 2008             | 5 024 (91,9%)         | 443                | 5 467         |
| 2009             | 5 079 (91,6%)         | 467                | 5 546         |
| 2010             | 5 066 (92,6%)         | 404                | 5 470         |
| <b>2006-2010</b> | <b>23 603 (85,8%)</b> | <b>3 922</b>       | <b>27 525</b> |

Il y avait 23 603 séjours relevant d'un codage de "cas certains" et 3 922 séjours relevant d'un codage de "cas probables" (Tableau 1). La proportion des cas certains s'est améliorée avec le temps pour se stabiliser, en 2010, à 93%. Un retour dossier a été effectué dans 2 établissements du Cher présentant des taux de cas probables plus élevés : 65% des "cas probables" (n= 84) se sont révélés être "certains". Dans un souci de comparabilité avec les années précédentes, l'ensemble des cas probables ont été maintenus dans l'analyse. Compte tenu de ces résultats, une surestimation d'au plus 3% est vraisemblable dans cette étude.

Figure 1

Taux d'hospitalisation pour TS par âge et sexe en région Centre. PMSI MCO RC, 2006-2010

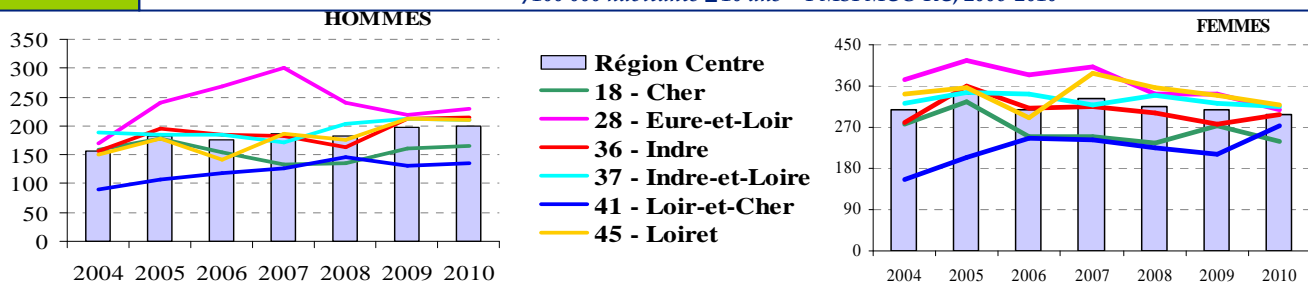


Le taux brut d'hospitalisation pour TS en région Centre était de 247 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus entre 2006 et 2010 (homme et femme). Le sexe ratio était de 0.57 et l'âge moyen de 40 ± 18.3 ans (Figure 1).

Figure 2

Taux d'hospitalisation standardisés pour TS par sexe, année et département en région Centre

/100 000 habitants ≥10 ans - PMSI MCO RC, 2006-2010



Chez les hommes, le taux standardisé est de 199/100000 en 2010, on note une légère augmentation des taux de TS sur la période d'étude ; le plus grand taux d'hospitalisation est enregistré dans l'Eure-et-Loir, même s'il tend à rejoindre les autres départements depuis 2008. Chez les femmes le taux standardisé est de 298/100 000 en 2010, avec une stabilité sur la période d'étude et une homogénéisation des taux départementaux. On observe, pour les départements du Loir-et-Cher et du Cher des taux de TS plus faibles sur toute la période d'étude et ce quelque soit le sexe (Figure 2).

La durée moyenne de séjour était de  $2.9 \pm 6.7$  jours (maximum 233 jours). Les séjours d'un jour représentaient 67% des hospitalisations et 93% des séjours ont duré moins d'une semaine. Un passage en réanimation et/ou soins intensifs était notifié pour 10% des séjours entre 2006 et 2010.

Dans 98.4% des hospitalisations, le patient provenait directement de son domicile.

Le séjour était suivi dans 72% des cas d'un retour à domicile, 17% d'une hospitalisation en psychiatrie. Les décès concernaient 228 séjours (0.8% des hospitalisations pour TS). Enfin, 10% des séjours mentionnaient un autre type de sortie (Transfert vers court, moyen ou long séjour).

**Tableau 2** Mode opératoire des TS en région Centre PMSI MCO RC, 2006-2010

| Mode Opératoire                                   | Total n (%)   |
|---|---------------|
| Médicaments                                       | 23545 (85,5%) |
| Physique (gaz, produits chimiques, Brûlures, ...) | 2 959 (10,6%) |
| Autres causes (Véhicule,...)                      | 1 690 (6,1 %) |
| Phlébotomie                                       | 1 373 (5,0%)  |
| Pendaison   | 557 (2,0%)    |
| Saut dans le vide                                 | 214 (0,8%)    |
| Arme à feu  | 184 (0,7%)    |
| Noyade  | 126 (0,5%)    |

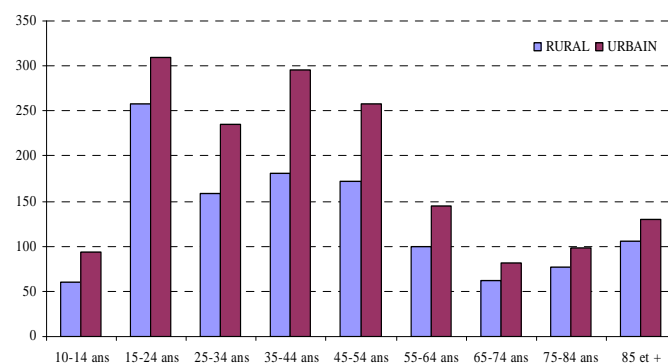
L'absorption de médicaments (Tableau 2) était le mode opératoire de loin le plus fréquent (85.5%). Les patients utilisant un mode opératoire violent (pendaison, arme à feu, saut dans le vide) étaient plus âgés ( $45.6$  ans -  $p < 10^{-4}$ ) et à prédominance masculine (sexe ratio=2 -  $p < 10^{-4}$ ).

La durée moyenne de séjour des TS médicamenteuses était significativement plus courte que celle des autres modes opératoires (2.5 jours versus 5.2 jours -  $p < 10^{-4}$ ).

Les TS ont eu lieu en majorité à domicile (précisé dans 58%). La proportion des autres lieux de TS était minime (3%) contrastant avec un taux important de lieux indéterminés (39%). Il est à noter qu'il n'a été rapporté, sur la période 2006-2010, que 17 cas de TS (0.06 %) en milieu carcéral repérés par la présence du code diagnostique "Z651 - Difficultés liées à d'autres situations psycho-sociales, emprisonnement et autre incarcération".

L'ensemble des séjours pour TS ont concerné 20 594 patients : 3 671 (18%) ont fait l'objet d'une ré-hospitalisation pour TS sur les 5 ans d'étude et 41 de ces récidivistes (1,1%) en sont décédés à l'hôpital. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative du taux de réitération selon le sexe (respectivement 18.2% chez les femmes versus 17.2% chez les hommes). Le nombre de ré-hospitalisations pour TS entre 2006-2010 variait de 1 à 46 avec une moyenne de  $1.8 \pm 2.1$ . Dans 65 % des cas, il n'y avait qu'une seule réitération.

**Figure 3** Taux bruts de TS par tranche d'âge et milieu rural/urbain, PMSI MCO RC, 2006-2010



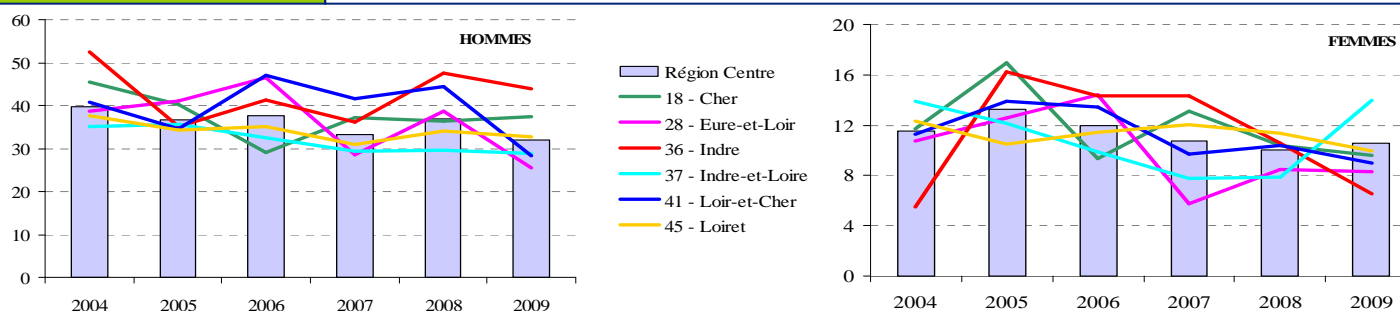
La répartition des patients selon le milieu Urbain/Rural du domicile était de 74% en ville et 26% en campagne. Les taux bruts de TS en milieu urbain rapportés à la population étaient nettement supérieurs à ceux observés en milieu rural ( $RR=1.59$  -  $IC_{95\%}$  [1,55-1,64] -  $p < 10^{-4}$ ). Cette différence était plus faible chez les adolescents et s'accroissait pour la tranche d'âge des 25-54 ans (Figure 3).

### II- L'analyse de la mortalité par suicide

Sur la période 2004-2009, le CépiDC comptabilisait 3 159 décès avec une légère tendance à la baisse des taux de suicides aboutis dans la région Centre. La mortalité était 3 fois plus élevée ( $RR=3.2$  -  $IC_{95\%}$  [2.60-3.85] -  $p < 10^{-4}$ ) chez les hommes. On ne notait pas de disparité majeure entre départements (Figure 4).

**Figure 4**

Taux standardisé de décès par suicide, année et département en région Centre (/100 000 habitants  $\geq 10$  ans) - Données CapiDC 2006-2009



Chez les hommes : légère diminution des taux de suicide sur la période d'étude (32/100 000 en 2009). Les départements de l'Indre et du Loir-et-Cher présentent les taux les plus élevés, le Loir-et-Cher enregistrant une nette amélioration en 2009.

Chez les femmes : globalement une diminution des taux de suicides plus modérée (11/100 000 en 2009), avec un rebond important pour l'Indre-et-Loire en 2009 (posant la question d'une variation aléatoire vu le petit nombre de décès?).

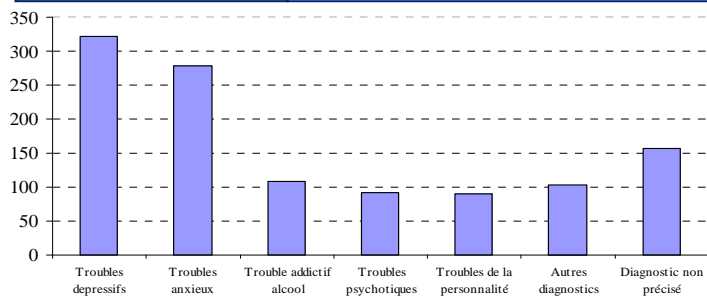
### III- Prise en charge en secteur psychiatrique

En 2009, 4 801 patients distincts ont été hospitalisés pour TS en MCO. Grâce au numéro de chaînage permettant de connaître la trajectoire de soins d'un patient, 1 468 (31%) d'entre eux ont été pris en charge en secteur psychiatrique dans l'année qui a suivi pour un total de 3 307 séjours. Le sexe ratio était de 0.74 et l'âge moyen de  $42 \pm 15.7$  ans. Les patients ont été vus en moyenne 2,9 fois dans l'année (étendue 1-35) dont 44 % une seule fois. En court-séjour sur 2009, 529 patients (11%) ayant eu plusieurs réitérations dans l'année ont été 2,2 fois plus hospitalisés en psychiatrie que les mono TS ( $IC_{95\%}$  [1,98-2,36] -  $p < 10^{-4}$ ).

Figure 5

## Pathologies Psychiatriques codées dans les 3 mois suivants la TS en région Centre

PMSI PSY, 2009-2010



Sur les 1 468 patients, 1 150 (78%) ont été pris en charge dans les 3 premiers mois suivants leur TS. L'analyse du diagnostic principal a retrouvé 5 groupes syndromiques :

- les troubles dépressifs pour 322 patients, soit 28% ;
- les troubles anxieux pour 278 patients, soit 24% ;
- les troubles addictifs (10%), troubles psychotiques (8%) et troubles de la personnalité (8%) totalisaient 290 cas.

Pour 156 patients (14 %), le diagnostic principal ne notifiait pas de pathologie psychiatrique spécifique mais des symptômes.

Tableau 3

## Mode opératoire en fonction du DP psychiatrique dans les 3 mois après la TS (en %) (PMSI

Psy 2009-2010)

|                             | Médicaments | Multiple | Physique    | Phlébotomie | Pendaison | Autres causes | Saut dans le vide | Arme à Feu |
|-----------------------------|-------------|----------|-------------|-------------|-----------|---------------|-------------------|------------|
| Troubles dépressifs         | 78,9        | 11,2     | 1,2         | 4,0         | 2,5       | 0,6           | 0,3               | 0,3        |
| Troubles anxieux            | 81,7        | 7,9      | 1,4         | 5,4         | 2,5       | 0,4           | 0,4               | 0,4        |
| Trouble addictif alcool     | <b>57,8</b> | 12,8     | <b>18,4</b> | 3,7         | 3,7       | 0,9           | 0                 | <b>2,8</b> |
| Troubles psychotiques       | 74,7        | 9,9      | 1,1         | 6,6         | 1,1       | 2,2           | <b>3,3</b>        | 0          |
| Troubles de la personnalité | 76,7        | 8,9      | 5,6         | 2,2         | 4,4       | 1,1           | 1,1               | 0          |
| Total                       | 77,1        | 9,6      | 3,6         | 4,6         | 2,4       | 1,0           | 0,7               | 0,6        |

L'analyse du mode opératoire en fonction du DP posé en psychiatrie retrouvait moins de TS médicamenteuses chez les sujets alcoolodépendants, même si ce mode restait majoritaire. Chez ces patients, la part des TS par agents physiques et arme à feu était plus élevée (respectivement 18% et 3%). L'autre élément notable était la proportion de saut dans le vide chez les sujets présentant des troubles psychotiques (4 x la moyenne), conforme à la littérature (Gavaudan; Annales médico-psychologiques 164 (2006) 165-175)

## Discussion

L'analyse de la base régionale du PMSI MCO confirme sa fiabilité pour le suivi épidémiologique des TS hospitalisées. En effet, la variation du taux d'hospitalisation en fonction de l'âge et du sexe ou encore les modes opératoires sont dans le temps tout à fait conformes aux données nationales publiées par le BEH 47-48; 2011. Notre définition de cas crée une surestimation minimale, à l'inverse la définition nationale ne comptabilisant que des cas certains sous-estime certainement. L'utilisation du PMSI doit tenir compte des spécificités de l'offre de soins et de la qualité du codage.

Notre étude met en évidence le rapprochement des taux standardisés de TS dans les 2 sexes. Ceci suggère une évolution de la vision sociétale du suicide, entraînant une amélioration des taux de prise en charge d'hommes suicidants qui accepteraient mieux d'être aidés, expliquant par la même la diminution significative des taux de suicide observés chez l'homme. Quelque soit le sexe, des taux bas d'hospitalisation pour TS dans les départements du Loir-et-Cher et du Cher se confirment. La précision du codage des diagnostics en PMSI MCO n'est, à ce jour, pas suffisante pour pouvoir déterminer le lieu des TS, notamment celui du milieu carcéral.

La détermination des taux de TS en zone Urbaine/Rurale, par extrapolation des codes postaux sur les codes géographiques, a été un bon compromis, avec une surestimation minimale de la population urbaine, ce qui a permis une analyse plus fine au sein des ces 2 sous-populations. Concernant l'impact du lieu de vie : les contraintes d'ordre social, professionnel et éventuellement économique du milieu urbain augmentent le risque de TS et ce dans toutes les tranches de la population. Au vu de ces résultats, certaines populations semblent plus vulnérables que d'autres, notamment les adolescents et les adultes jeunes, et les 40-50 ans confrontés à des problématiques différentes : l'individualisation, l'intégration au groupe social et l'orientation professionnelle pour le premier groupe; difficultés économique-professionnelles, familiales et éventuellement de dépendance alcoolique dans l'autre. Ceci pose la question de renforcer les réseaux d'aide et d'écoute déjà existants et d'aller au delà, dans un effort de détection en amont des difficultés pouvant déboucher sur l'alternative suicidaire, avec des actions plus pérennes dans le milieu scolaire, professionnel et dans les réseaux précarité. Ceci peut passer par l'intégration de la prévention et la postvention dans les projets d'établissements hospitaliers, en collaboration avec les psychiatres libéraux; ainsi que par plus de mobilité dans la prise en charge dans des zones dépourvues de réseaux de prévention suicide.

Les taux de suicides calculés en région Centre (CépiDC) sont supérieurs aux taux nationaux (27/100 000 chez l'homme et 9/100 000 chez la femme en 2006 (BEH 47-48; 2011). De 2006 à 2010, 0,8% des hospitalisations pour TS se terminent par un décès, chiffre identique au niveau national. La majorité des décès par suicide survient en dehors de l'hôpital.

L'analyse des données PMSI psy est conforme aux données de la littérature avec la prédominance des troubles dépressifs et anxieux. La sous-représentation des troubles de la personnalité pourrait être expliquée par leur codage préférentiel en DAS. La part des TS violentes est plus élevée en cas de dépendance alcoolique ou de troubles psychotiques. La proportion de TS par arme à feu dans l'alcoolodépendance est conforme aux données publiées (Humeau et al. 2008, Gault et al. 2006), elle serait favorisée par l'effet dépressogène et désinhibiteur de l'alcool. Le fort pourcentage de saut dans le vide chez les patients psychotiques s'intègre vraisemblablement dans la symptomatologie psychotique en phase aiguë. Les TS médicamenteuses restent sans surprise le mode le plus répandu dans les autres diagnostics.

Le PMSI montre tout son intérêt dans le suivi épidémiologique des TS, avec l'amélioration de la précision des codages. D'ores et déjà les médecins DIM de la région Centre sont sensibilisés à cet enjeu de codage en terme de santé publique et ici remerciés pour ce travail à visée épidémiologique.