

# TENTATIVES DE SUICIDE : ENJEUX MÉTHODOLOGIQUES ET ÉTAT DES LIEUX

---

## 1. Gestes suicidaires non létaux et gestes auto-infligés : comment identifier et mesurer les passages à l'acte suicidaires ?

Adrien Papuchon (DREES)

Pour comprendre le phénomène suicidaire et son évolution, on distingue usuellement les pensées (ou idées) suicidaires, les gestes suicidaires non létaux dits tentatives de suicide et les décès par suicide. La connaissance sur les gestes suicidaires non létaux, nettement plus nombreux que les décès par suicide, constitue un enjeu majeur dans la construction d'une politique de santé publique et des dispositifs visant à lutter contre le mal-être et contre les gestes suicidaires et leurs conséquences durables et profondes sur l'entourage<sup>1</sup>.

Mesurer les suicides soulève des enjeux méthodologiques complexes (dossier 2). En France, la source de données mobilisée provient du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm, qui produit les statistiques des causes de décès à partir des certificats de décès. L'étude de la prévalence des pensées suicidaires dans la population repose quant à elle essentiellement sur des enquêtes par questionnaires telles que le Baromètre santé de Santé publique France (fiche 1)<sup>2</sup>. Réalisées à partir d'échantillons de la population, elles ne peuvent toutefois conduire qu'à des estimations de la fréquence des idées suicidaires.

Le repérage des gestes suicidaires n'ayant pas conduit à la mort peut s'effectuer en prenant appui sur des données administratives (*via* les prises en charge par le système de soins à la suite d'une tentative de suicide) ou sur des enquêtes déclaratives (questionnaires). Chacune de ces sources comporte ses propres limites dont ce dossier rend compte, que ce soit du point de vue de la fiabilité des chiffres collectés ou de celui de l'étendue du phénomène suicidaire qu'ils permettent d'éclairer.

Aujourd'hui, l'indicateur de référence du suivi des tentatives de suicide en France repose sur le dénombrement des hospitalisations dans les services de médecine, chirurgie,

---

1. À propos de postvention, voir les fiches 4, 9, 10 et 11.

2. Des dispositifs dits réactifs mis en place sous l'égide de Santé publique France permettent de suivre à plus court terme l'évolution de la fréquence des pensées suicidaires, *via* les appels à SOS Médecins ou les passages aux urgences (Forgeot, Caserio-Schönemann, 2022). L'activité des services d'écoute (3114, etc.) ouvre aussi cette possibilité.

obstétrique et odontologie (MCO)<sup>3</sup> pour geste auto-infligé (GAI)<sup>4</sup>, un nombre important de gestes suicidaires conduisant à un passage à l'hôpital sans que les bases de données hospitalières ne permettent de faire la distinction entre les patients ayant souhaité mettre fin à leurs jours et les personnes ayant réalisé d'autres types de gestes volontairement dirigés contre elles-mêmes, comme les scarifications<sup>5</sup>.

Nous verrons en outre, dans la section qui suit, que le dénombrement de ces hospitalisations pour GAI ne rend compte que partiellement de l'importance du phénomène suicidaire : tandis que 76 075 personnes ont été hospitalisées en MCO en 2023 pour GAI, on estimait en 2021 que le nombre de celles s'étant rendues à l'hôpital après un geste suicidaire au cours des douze derniers mois s'établissait entre 110 000 et 170 000<sup>6</sup>, et celui des tentatives de suicide entre 190 000 et 280 000 (le nombre de personnes ayant fait une tentative de suicide au moins une fois au cours de la vie s'établissant quant à lui entre 3 100 000 et 3 400 000)<sup>7</sup>.

## 11. Des enquêtes en population générale pour estimer le nombre de passages à l'acte

Des enquêtes déclaratives en population générale comme le Baromètre santé (fiche 1) ou l'enquête EpiCov (Rouquette, *et al.*, 2022). permettent d'évaluer le nombre de tentatives de suicide en France et leur évolution. Réalisées de manière auto-administrée (sans présence d'un enquêteur), ces enquêtes restent cependant susceptibles d'être affectées par des biais de déclaration dans la mesure où les questions portent sur des sujets potentiellement très sensibles. Par exemple, l'enquêté peut minimiser ou ne pas mentionner une ou des tentatives de suicide, par sentiment de dévalorisation ou de honte, à cause de souvenirs douloureux, etc. Par ailleurs, dans la mesure où ces enquêtes reposent sur un échantillon de la population, elles ne peuvent aboutir qu'à des estimations, d'autant moins précises qu'elles portent sur des actes qui restent heureusement relativement rares, et par nature difficiles à comparer aux données issues de sources administratives. En revanche, ces enquêtes présentent l'avantage de parvenir à couvrir *a priori* l'ensemble des gestes suicidaires non létaux, qu'ils aient ou non conduit à une prise en charge médicale.

Ainsi, en rapportant la prévalence des tentatives de suicide observées dans le Baromètre santé à la population française pour 2021, on parvient à une estimation d'environ 190 000 à

3. Au sein des établissements de santé, services assurant des activités aiguës et de courte durée, en hospitalisation avec ou sans hébergement, ou en consultations externes.

4. Ceux-ci incluent toutes les formes d'auto-agression volontaire, y compris des lésions réalisées sans intention suicidaire (ecchymoses, scarifications, brûlures, abrasions, etc.).

5. Des codes diagnostics recensés dans les bases de données administratives sont utilisés pour déterminer des « groupes homogènes de séjours », dont dépend le financement de l'établissement hospitalier par la Caisse nationale de l'Assurance maladie. Ceux-ci sont donc généralement bien codés et transmis. D'autres codes diagnostics ont une valeur plus documentaire, comme ceux correspondants aux gestes auto-infligés.

6. Estimation à partir du Baromètre santé 2021.

7. Estimation à partir du Baromètre santé 2021. 32 % des personnes interrogées ont déclaré qu'elles étaient décidées à mourir mais ont survécu par chance, 15 % qu'elles souhaitaient vraiment mourir mais savaient que le moyen utilisé n'était pas le plus efficace, et 53 % qu'elles n'avaient pas vraiment l'intention de mourir (ces chiffres varient selon l'âge).

280 000 tentatives de suicide par an, et de 3 100 000 à 3 400 000 personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de leur vie. D'après cette même enquête, environ 58 % des personnes ayant tenté à leurs jours se seraient ensuite rendues à l'hôpital (soit entre 110 000 et 170 000 au cours des douze mois précédents).

Les données dites administratives proviennent, quant à elles, de recueils d'informations destinés initialement à rendre compte de l'activité du système de soins. Ces registres ne portent donc pas sur des échantillons, mais bien sur l'ensemble des actes codés par les professionnels de santé. Ainsi, ils ne permettent pas de comptabiliser les personnes n'ayant pas été prises en charge par le système de soins après leur tentative de suicide. De plus, la qualité des informations contenues dans ces registres est à prendre en considération pour juger de la pertinence du recours à ces sources. Ainsi, si lors d'une hospitalisation, le codage ne fait pas mention d'un GAI, l'acte demeurera invisible dans les statistiques.

## 1.2. Mesurer les gestes suicidaires à partir de leur prise en charge médicale

L'estimation du nombre de prises en charge liées à des GAI repose sur la comptabilisation du nombre d'hospitalisations en MCO, avec 75 000 à 80 000 patients concernés chaque année. Ces chiffres ne comptabilisent pas l'ensemble des personnes s'étant présentées ou ayant été amenées par les services de secours à l'hôpital après avoir porté atteinte à leur vie, car le passage aux urgences n'engendre pas obligatoirement une hospitalisation (qui peut avoir lieu en MCO ou en psychiatrie). D'autres patients peuvent être admis directement en service de psychiatrie à la suite d'un GAI sans être passés par les urgences ni en MCO : ceux-ci ne seront pas non plus décomptés parmi les 75 000 à 80 000 patients évoqués ci-dessus.

Sans évoquer les questions liées à la qualité du codage, le nombre d'hospitalisations en MCO pour GAI constitue donc un indicateur partiel. D'une part, il ne permet de rendre compte que d'une partie des tentatives de suicide (y compris de celles ayant conduit à une prise en charge médicale), ce qui le rend difficilement comparable aux estimations issues d'enquêtes en population générale comme le Baromètre santé. D'autre part, il ne permet pas de distinguer les personnes ayant eu l'intention de se donner la mort de celles ayant porté atteinte à leur intégrité sans volonté de mettre fin à leurs jours.

Les tentatives de suicide qui se sont soldées par un recours aux urgences pourraient être mesurées à l'aide des résumés de passage aux urgences (RPU). Toutefois, un cinquième des passages aux urgences ne se traduit pas par un codage diagnostic<sup>8</sup>. Par ailleurs, à l'exception des intoxications volontaires, les codes correspondants aux GAI ne figurent pas dans le « thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence » établi par la Société française de médecine d'urgence (SFMU) pour décrire les pathologies prises en charge par les services

8. Calculs DREES.

d'urgence, ce qui rend relativement fragiles les résultats issus de cette source de données<sup>9</sup>. Santé publique France met toutefois à disposition, dans certains de ses bulletins de veille, le nombre de passages aux urgences pour geste suicidaire, basé sur les remontées d'information des services d'urgence (réseau Oscour<sup>10</sup>). Les situations ainsi comptabilisées incluent les GAI « certains » (auto-intoxications et lésions auto-infligées), mais aussi des GAI jugés « probables » (intoxications médicamenteuses, effets toxiques de pesticides et asphyxies d'intention non déterminée) non comptabilisés dans les chiffres d'hospitalisation en MCO pour GAI<sup>11</sup>.

En excluant les passages aux urgences, un indicateur représentant l'ensemble des hospitalisations pour GAI pourrait être construit en rassemblant les informations issues des recueils des services de MCO et de psychiatrie. Néanmoins, cet indicateur présenterait, lui aussi, des limites importantes, la culture du codage statistique des circonstances liées à l'hospitalisation (par exemple la réalisation d'un GAI) étant beaucoup moins développée en psychiatrie qu'en MCO (**encadré**).

### **Encadré • Comment expliquer le moindre codage des gestes auto-infligés en psychiatrie ?**

*Paradis Philippe, Vincent Camille, Brenek Sixtine (Département d'information et de recherche médicale du Groupement hospitalier de territoire de psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais, Établissement public de santé mental de Lille Métropole, Armentières).*

Comme le suggère l'analyse comparée des données issues des hospitalisations pour GAI en MCO et en psychiatrie pour la période 2010-2023, la fiabilité de la description des GAI dans le recueil d'information médicale en psychiatrie (RIM-P) reste perfectible. Différents freins au codage des activités en psychiatrie, ainsi que des difficultés propres au codage des gestes auto-infligés, ont été identifiés.

#### **Les freins au codage des activités en psychiatrie**

##### **Le refus de rendre compte de l'activité**

Le refus de rendre compte de l'activité peut avoir plusieurs explications :

- peur de l'évaluation ;
- désaccord avec une utilisation des données à des fins économiques et de planification de l'activité et crainte d'influencer la pratique soignante dans une visée de rentabilité ;

9. Un code F32.9 figure dans ce thésaurus, indiquant indistinctement un épisode dépressif ou une crise suicidaire. Davantage d'analyse est encore nécessaire à ce stade pour comprendre le recours à ce code.

10. Organisation de la surveillance coordonnée des urgences.

11. Ils incluent aussi les séquelles d'une lésion auto-infligée. Par contraste, l'indicateur standard d'hospitalisation en MCO pour GAI ne comptabilise que les GAI considérés ici comme « certains », mais exclut les séquelles d'une lésion auto-infligée.

- manque de temps et de ressources humaines ;
- mission administrative, considérée non prioritaire au regard de l'activité clinique ;
- absence de bénéfice et peu d'intérêt épidémiologique pour une forte contrainte d'élaboration et de recueil.

#### ***Le refus de partager l'information de morbidité***

Le personnel peut être réticent à partager l'information de morbidité du patient par crainte de non-confidentialité des données et de stigmatisation de celui-ci.

#### ***Les spécificités de l'établissement du diagnostic en psychiatrie***

L'établissement du diagnostic en psychiatrie peut requérir une longue période d'observation et comporte une dimension évolutive dont ne rend pas compte le codage diagnostic, avec un risque d'altération de la prise en charge, voire des pertes de chances pour les patients. Les soignants peuvent également se trouver en désaccord avec les libellés des codes CIM-10, qu'ils considèrent parfois comme violents et stigmatisants vis-à-vis des patients.

#### ***Le sentiment d'illégitimité des professionnels non médicaux pour établir un diagnostic***

En psychiatrie publique ambulatoire, les professionnels paramédicaux qui prennent en charge des patients sans psychiatre peuvent ne pas se sentir légitimes pour poser un diagnostic. La consigne d'utiliser préférentiellement les codes F, R et Z de la CIM-10 – dans cet ordre de priorisation – renforce cette difficulté<sup>1</sup>.

#### ***La faiblesse des moyens humains et matériels consacrés au codage***

La partie relative à la psychiatrie dans le dossier patient informatisé (DPI) est encore souvent peu développée. La formation au codage doit cibler tous les professionnels soignants dont les rôles respectifs doivent être précisés. La multiplicité des lieux de soins et la mobilité des équipes nécessitent une accessibilité matérielle importante, et certains établissements n'ont pas priorisé l'investissement en matériel informatique pour la psychiatrie.

#### ***L'absence de lien entre pathologie et coût de la prise en charge***

Contrairement à la situation connue en MCO, la finalité d'un bon codage en psychiatrie reste purement descriptive, dans la mesure où il est désormais bien établi que la pathologie ne permet pas de déterminer le coût de la prise en charge.

La qualité du RIM-P, dont la tenue est complexe et chronophage, n'est donc pas la priorité des départements d'information médicale des établissements multi-activités, axés sur la qualité du codage MCO et des soins de suite ou de réadaptation à des fins d'optimisation financière.

### Des difficultés propres au codage des gestes auto-infligés

La CIM-10 permet de décrire différents éléments :

- des idées ou tendances suicidaires ;
- l'intoxication ou la lésion, et la nature auto-infligée de celle-ci, par l'association de plusieurs codes ;
- la notion d'antécédent *récent* (intervenant au cours des trente derniers jours) ou *ancien* de lésion auto-infligée.

S'agissant de la même classification que celle mobilisée en MCO, elle ne permet pas de distinguer les lésions auto-infligées avec ou sans intention de mettre fin à ses jours. Par ailleurs, la distinction entre GAI récents (codes X60 à 84) et plus anciens (appelés « antécédents », code Z915) peut être comprise de manière différente par les soignants, dans les cas d'hospitalisation en psychiatrie à la suite d'un passage à l'hôpital en MCO pour GAI.

Enfin, certains psychiatres peuvent considérer les automutilations sans intention de mourir comme des tentatives de suicide, tandis que d'autres psychiatres non, conduisant à des pratiques de codage différentes pour des situations concrètes similaires. De plus, l'intentionnalité suicidaire est parfois difficile à évaluer – qu'elle soit dissimulée ou incertaine pour le patient lui-même *a posteriori* – ce qui induit une réticence chez certains professionnels à coder les GAI.

La tentative de suicide peut aussi être vue par les psychiatres comme l'un des symptômes d'un trouble mental, seul ce dernier étant alors renseigné dans le RIM-P.

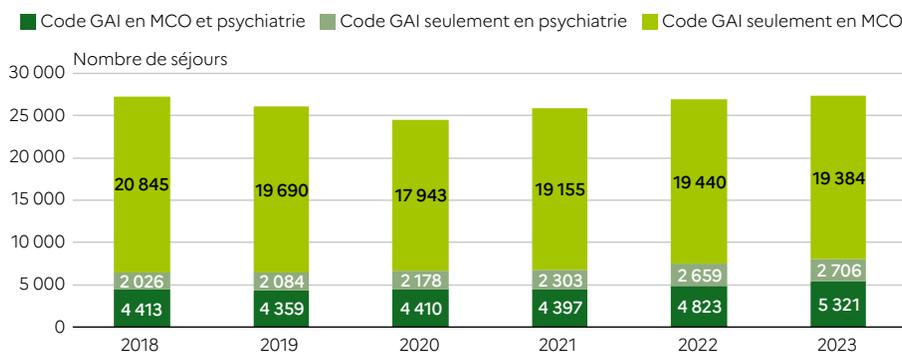
1. Les codes F, R et Z sont respectivement ceux des chapitres V « Troubles mentaux », XVIII « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs » et XXI « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » de la classification CIM-10.

## 1.3. Une qualité de codage en hausse en psychiatrie, mais toujours moindre qu'en MCO

Évaluant la fiabilité des pratiques de codage, une étude de cas récente financée par l'ONS (section 4 de ce dossier) souligne à la fois la robustesse des données issues de MCO et le déficit de codage des GAI en psychiatrie. Ces résultats sont cohérents avec l'analyse des bases de données nationales : non seulement le nombre de personnes hospitalisées en psychiatrie à la suite d'un GAI reste très limité en 2023 (17 282 contre 76 906 en MCO), mais parmi les personnes repérées comme hospitalisées en MCO pour GAI ayant été admises immédiatement ensuite en psychiatrie, seules 21,5 % sont identifiées en 2023 dans les bases issues des services de psychiatrie comme ayant réalisé une GAI<sup>12</sup> (graphique).

12. Environ la moitié des personnes hospitalisées en psychiatrie avec un code GAI viennent directement d'un service MCO.

### Graphique • Codage des séjours consécutifs en MCO puis en psychiatrie avec au moins un code GAI, par année, entre 2018 et 2023



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; GAI : geste auto-infligé.

**Lecture** • En 2023, sur l'ensemble des séjours en MCO suivis d'un séjour en psychiatrie, seuls 5 321 d'entre eux ont fait l'objet d'un code GAI à la fois en MCO et en psychiatrie.

**Champ** • Patients hospitalisés en psychiatrie de 2018 à 2023 dont la date d'entrée correspond à la date de sortie d'une hospitalisation en secteur MCO.

**Source** • PMSI-MCO et RIM-P 2018 à 2023, traitement DREES.

Des évolutions positives des pratiques de codage sont toutefois à souligner. Après une première amélioration en 2007-2008, le recensement des séjours liés à un GAI en psychiatrie semble s'être amélioré de façon significative entre 2021 et 2023 : parmi les séjours consécutifs en MCO puis en psychiatrie, le nombre de situations où le GAI a été codé dans les deux services a augmenté de 21 % (+924), tandis que celui où le GAI n'est signalé que dans les recueils de MCO n'augmente que de 1 % (+229)<sup>13</sup>.

Une part de ces deux phases de hausse du nombre d'hospitalisations observées en psychiatrie à la suite d'un GAI est à mettre sur le compte des changements de pratiques de codage. En 2007-2008, il s'agit de la montée en charge du codage statistique dans le RIM-P, créé en 2006. Entre 2021 et 2023, l'amélioration du codage serait, quant à elle, plutôt liée à l'incitation financière introduite par la réforme du financement de l'hospitalisation en psychiatrie<sup>14</sup>. Cette amélioration statistique va certainement perdurer et être partiellement responsable d'une augmentation des hospitalisations codées avec un GAI. La publication d'une recommandation de bonnes pratiques sur les idées et conduites suicidaires chez les enfants et adolescents par la Haute Autorité de santé en 2021 a également pu se traduire par une amélioration du codage de ces situations.

13. Par ailleurs, le nombre de séjours codés GAI uniquement en psychiatrie a augmenté de 17 % depuis 2021 (+403).

14. Le nouveau système de financement décidé dans le cadre de la campagne budgétaire 2022 vise à modifier les modalités de financement des établissements du champ psychiatrique en incitant, entre autres, à améliorer leurs pratiques de codage des actes. Le système d'évaluation prévoit la comparaison du codage avec des indicateurs de qualité de référence : le taux de chaînage, la présence d'un diagnostic principal, la présence d'un code postal valide et la cohérence du nombre de venues entre différentes bases de données (« Résumés par séquence », « Fichiers complémentaires »).

## Conclusion

Afin d'évaluer l'ampleur du phénomène suicidaire dans la population, ainsi que les idées suicidaires et les gestes suicidaires n'ayant pas entraîné la mort, il est donc possible de se baser à la fois sur des enquêtes (dont les estimations, nécessairement imprécises en raison de la faible fréquence des passages à l'acte une année donnée, rendent compte néanmoins du nombre de personnes concernées) et sur les données administratives.

Le nombre de personnes hospitalisées pour GAI en MCO reste l'indicateur le plus fiable à partir des données administratives, mais ces hospitalisations ne couvrent qu'une partie du champ d'intérêt. Les résumés de passage aux urgences couvrent en théorie un champ plus vaste, mais délivrent une information partielle. Pour leur part, les données issues des services de psychiatrie s'améliorent, mais ne fournissent pas encore un matériau adéquat pour aboutir à une mesure satisfaisante.

### Référence bibliographique

**Forgeot, C., Caserio-Schönemann, C.** (2022). Recours aux soins d'urgence pour trouble de la santé mentale au cours de la crise liée au Covid-19 (2020-2021) en France. Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*, 5<sup>e</sup> rapport de l'ONS, p. 153-163. Paris, France : DREES.

## 2. Patients hospitalisés pour geste auto-infligé depuis 2010 : une nette baisse chez les 30-60 ans, une hausse brutale chez les adolescentes et les jeunes femmes

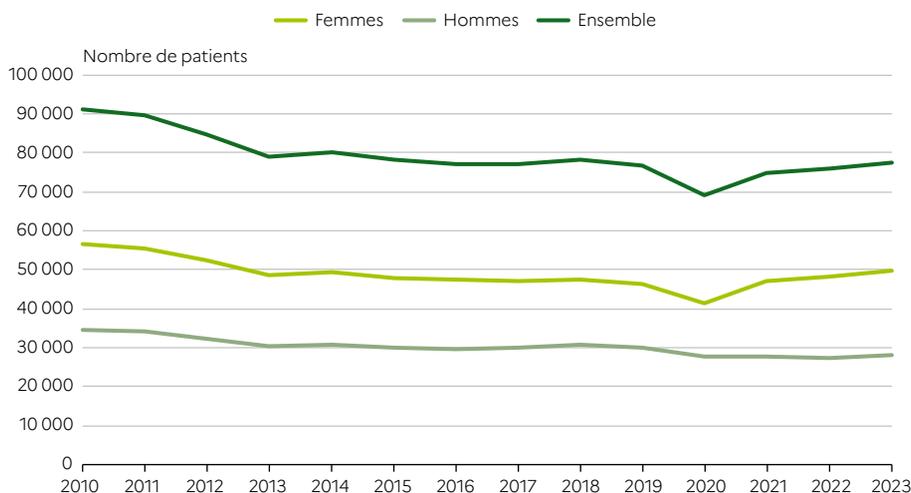
Clémentine de Champs (DREES), Hadrien Guichard (Cridup)  
et Jean-Baptiste Hazo (DREES)

### 2.1. Les femmes, plus nombreuses que les hommes à être hospitalisées pour geste auto-infligé

En 2023, 77 601 personnes de plus de 10 ans, dont 64 % de femmes, ont été hospitalisées au moins une fois pour un geste auto-infligé (GAI) dans les établissements de soins somatiques (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO])<sup>15</sup> [graphique 1]. Rapporté à la population française, cela correspond à un taux de 128 patients pour 100 000 habitants, en augmentation par rapport à 2022 (+1,9 %).

15. Dans les services de psychiatrie, 17 278 personnes, dont 67 % de femmes, ont été hospitalisées en 2023 pour geste auto-infligé. Cet indicateur est néanmoins à prendre avec précaution (voir section précédente de ce dossier).

### Graphique 1 • Nombre de patients hospitalisés en MCO pour geste auto-infligé, par genre, entre 2010 et 2023



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

**Lecture** • 77 601 personnes de plus de 10 ans ont été hospitalisées au moins une fois en MCO à la suite d'un geste auto-infligé au cours de l'année 2023.

**Champ** • France, patients âgés de 10 ans ou plus hospitalisés au moins une fois en MCO avec un code CIM-10 de geste auto-infligé (X60 à X84).

**Source** • ATIH, PMSI-MCO 2010 à 2023, traitement DREES.

Les taux annuels de patients hospitalisés en MCO à la suite d'un GAI varient selon le genre (157 patients pour 100 000 habitants chez les femmes, 96 chez les hommes), l'âge, mais aussi la région de résidence<sup>16</sup>. Ils vont de 35 patients pour 100 000 habitants chez les garçons de 10 à 14 ans, à 516 chez les femmes de 15 à 19 ans, avec un pic à 680 chez les filles de 15 ans (le quintuple du taux observé pour l'ensemble de la population). En 2023, les filles de 10 à 14 ans ont été hospitalisées huit fois plus que les garçons de la même tranche d'âge. Les écarts sont aussi très importants entre les jeunes femmes et les jeunes hommes : quatre fois plus de jeunes femmes parmi les 15 à 19 ans et deux fois plus chez les 20 à 24 ans. Le phénomène ne s'inverse vraiment qu'après 80 ans, où le taux d'hospitalisation des hommes devient un peu plus important que celui des femmes (respectivement 72 et 68 pour 100 000 habitants)<sup>17</sup>, leur taux de décès par suicide augmentant, quant à lui, très fortement avec l'âge (de trois à huit fois supérieur à la moyenne à partir de 65 ans, voir dossier 2).

16. Le taux d'hospitalisation en MCO pour GAI n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire. Les taux élevés en Bretagne, sur le littoral ouest et dans les Hauts-de-France contrastent avec les taux plus faibles du sud de la Garonne, du littoral méditerranéen, du Bassin parisien, des départements d'outre-mer et de la Corse (Hazo, *et al.*, 2023). Ces variations soulignent la diversité des rapports au geste suicidaire – fortement influencés notamment par la religiosité, les structures familiales, l'emploi ou encore l'accès aux soins psychologiques (Hansen, Pritchard, 2008 ; Inder, *et al.*, 2014 ; Pavicic, *et al.*, 2023 ; Sterchele, 2022) – tant du point de vue de la propension au passage à l'acte que de l'enregistrement de ces actes (à ce sujet, voir par exemple la fiche 3).

17. Comme les suicides chez les personnes âgées, il est possible que les GAI soient moins détectées – ou déclarées – par les équipes soignantes et les familles (Aouba, *et al.*, 2011 ; Hazo, *et al.*, 2024).

## 2.2. Des taux d'hospitalisation pour geste auto-infligé par âge et genre en forte évolution pour les moins de 60 ans

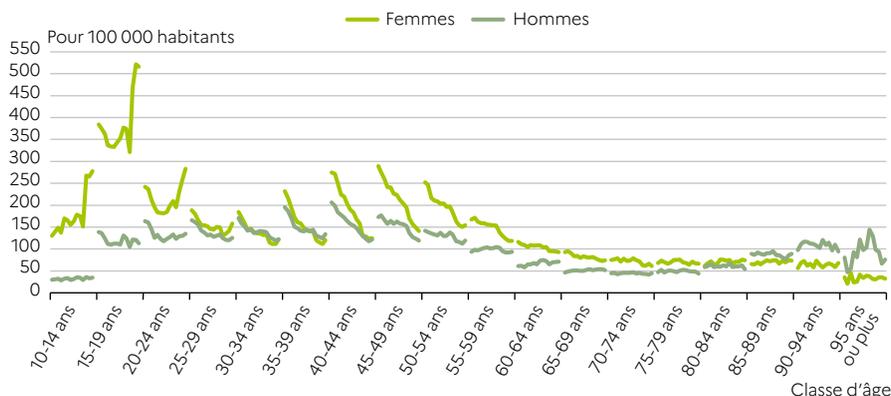
Entre 2010 et 2023, le taux d'hospitalisation pour GAI des hommes recule progressivement (-25 %), une tendance observée également chez les femmes au cours de la décennie 2010 (-22 % entre 2010 et 2019). Cette baisse s'est toutefois interrompue pour les femmes à partir de 2021, avec une hausse de 4 % entre 2021 et 2023<sup>18</sup>. Cette rupture repose intégralement sur la dégradation de la situation des adolescentes et des jeunes femmes : depuis 2017 – à l'exception de l'année 2020, marquée par la pandémie du Covid-19 – les taux annuels d'hospitalisations à la suite d'un GAI sont en constante augmentation chez les filles et les jeunes femmes de 10 à 29 ans, avec une très nette accélération à partir de 2021 (**graphique 2**). Ainsi, entre 2017 et 2023, la progression est importante chez les femmes et filles de 10 à 14 ans (+70 %), de 15 à 19 ans (+46 %) et de 20 à 24 ans (+54 %), les femmes de 25 à 29 ans étant concernées également, quoique dans une moindre mesure (+9 %). À l'inverse, le taux d'hospitalisation des femmes de 30 à 54 ans diminue d'environ 35 à 55 % depuis 2010, tandis que celui des femmes âgées de 55 à 74 ans recule de 20 à 30 %.

Chez les hommes, on retrouve les mêmes tendances que celles observées chez les femmes depuis 2010 pour les plus de 70 ans (quasi-stabilité) et chez les 30-54 ans (baisse, quoi que de moindre ampleur que chez les femmes). En revanche, on ne constate pas de hausse des taux d'hospitalisation pour GAI chez les jeunes hommes, y compris après la pandémie de Covid-19, alors qu'ils s'envolent chez les jeunes femmes. Enfin, le taux d'hospitalisation pour GAI des hommes de 60 à 64 ans et de 65 à 69 ans augmente progressivement entre 2010 et 2023 (+17 % et +11 %).

Entre 2010 et 2023, les taux d'hospitalisation pour GAI des femmes et des hommes ont progressivement convergé chez les plus de 30 ans, et fortement divergé chez les moins de 30 ans. Chez les femmes, le risque d'hospitalisation pour GAI en fonction de l'âge s'est profondément modifié (**graphique 3**). Au début des années 2010, on constatait deux pics d'hospitalisation pour GAI : l'un de 15 à 19 ans (environ 370 pour 100 000) et l'autre de 40 à 49 ans (près de 270 pour 100 000). Au début des années 2020, on n'observe plus qu'un seul pic, concentré sur les 10-24 ans. Ce pic unique est beaucoup plus aigu que les deux pics constatés en début de période et culmine à 502 pour 100 000 chez les 15 à 19 ans. Chez les hommes, le profil par âge se modifie également, mais de façon moins notable : la hausse du risque autour de la quarantaine, auparavant marquée par un taux d'hospitalisation de près de 200 pour 100 000, s'atténue pour conduire à un risque stable entre 15 et 54 ans (aux alentours de 125 pour 100 000).

18. Le nombre d'hospitalisations pour GAI a fortement décliné en 2020, à l'instar de celui des hospitalisations pour d'autres motifs hors Covid-19 : -8 % pour les hommes et -10 % pour les femmes (Naouri, 2021). Entre 2020 et 2021, le nombre d'hospitalisations concernant des femmes a rebondi de 15 %, mais est resté stable pour les hommes.

**Graphique 2 • Taux d'hospitalisation unique en MCO pour geste auto-infligé, par genre et classe d'âge, entre 2010 et 2023**



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

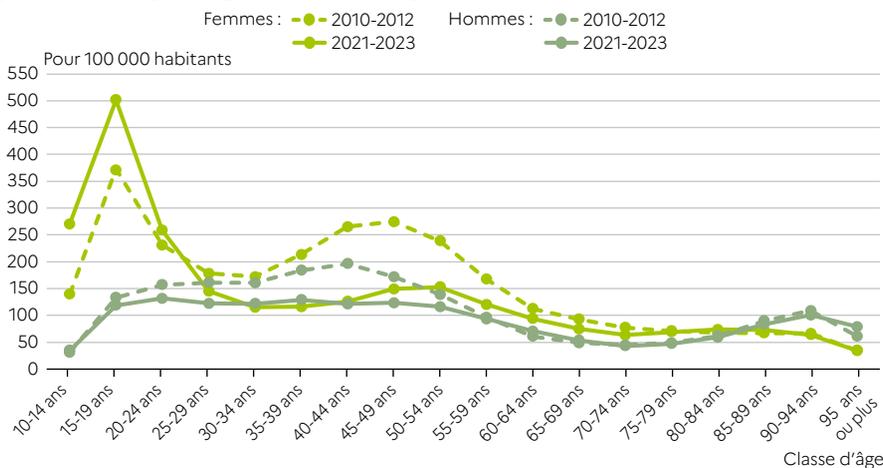
**Note** • Au vu de la faiblesse des effectifs concernés (31 hommes hospitalisés en MCO pour GAI en 2010 et 46 en 2023), les résultats annuels pour les personnes âgées de 95 ans ou plus doivent être considérés avec précaution.

**Lecture** • Entre 2010 et 2023, le taux d'hospitalisation unique en MCO pour geste auto-infligé des filles de 10 à 14 ans est passé de 130 à 278 pour 100 000 habitants. Chez les garçons de la même tranche d'âge, il est passé de 30 à 35.

**Champ** • France, patients âgés de 10 ans ou plus hospitalisés au moins une fois en MCO avec un code CIM-10 de geste auto-infligé (X60 à X84).

**Source** • ATIH, PMSI-MCO 2010 à 2023, traitement DREES.

**Graphique 3 • Comparaison du taux d'hospitalisation unique moyen en MCO pour geste auto-infligé, par genre et classe d'âge, entre 2010 et 2012 et entre 2021 et 2023**



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

**Lecture** • Entre 2021 et 2023, le taux moyen d'hospitalisation unique en MCO liée à un geste auto-infligé des filles de 10 à 14 ans était de 270 pour 100 000 habitants. Cela signifie qu'en moyenne, une fille sur 370 (100 000/270) de cette classe d'âge a été hospitalisée au moins une fois dans l'année pour ce motif entre 2021 et 2023.

**Champ** • France, patients âgés de 10 ans ou plus hospitalisés au moins une fois en MCO avec un code CIM-10 de geste auto-infligé (X60 à X84).

**Source** • ATIH, PMSI-MCO 2010 à 2023, traitement DREES.

### 2.3. La hausse des GAI en tant que manifestation de la dégradation de la santé mentale chez les jeunes : un phénomène touchant spécifiquement les femmes et commun à plusieurs pays ?

Une rupture de tendance aussi brutale que celle observée à propos du taux d'hospitalisation pour GAI chez les jeunes femmes suscite des interrogations de plusieurs ordres : s'agit-il d'une hausse globale, ou celle-ci porte-t-elle sur certaines modalités de passage à l'acte, voire sur les GAI les plus graves ? Cette hausse traduit-elle une augmentation du mal-être réellement spécifique aux jeunes femmes et aux adolescentes ? Enfin, comment expliquer une telle situation et de quelles pistes de recherche disposons-nous ?

Cette différence genrée est d'autant plus frappante qu'elle ne semble pas contrebalancée chez les garçons et jeunes hommes par d'autres motifs de recours aux soins liés à une situation de mal-être<sup>19</sup>. Le nombre d'hospitalisations liées à l'utilisation de substances psychoactives ou à l'accidentologie est stable, voire en recul dans le cas des hospitalisations pour intoxications alcooliques, tout particulièrement chez les moins de 30 ans (Hazo, *et al.*, 2024)<sup>20</sup>. En revanche, les données d'enquête montrent une progression des syndromes dépressifs et des pensées suicidaires chez les hommes âgés de 15 à 24 ans depuis 2010, bien que ces augmentations soient moins marquées que celles observées chez les femmes des mêmes âges (Léon, *et al.*, 2024 ; Hazo, *et al.*, 2022).

La hausse des hospitalisations pour GAI chez les jeunes femmes ne paraît pas liée à une évolution de la gravité moyenne de ces gestes. D'une part, la fréquence des tentatives de suicide déclarées – suivies ou non d'une hospitalisation – tend elle aussi à augmenter dans les enquêtes (fiche 1), ce qui exclut la possibilité d'une augmentation des seules automutilations non-suicidaires ; d'autre part, les données des services d'urgence<sup>21</sup> indiquent que la part des jeunes femmes prises en charge en unité d'hospitalisation de courte durée au sein des services d'urgence reste stable (autour de 47 %), de même que la part de celles ayant nécessité une prise en charge en réanimation ou en soins intensifs (autour de 10 %) [Hazo, *et al.*, 2024]. Les principaux modes opératoires sont aussi ceux qui ont eu tendance à augmenter entre 2019 et 2022 : les intoxications médicamenteuses volontaires (+43 %), les lésions avec un objet tranchant (+ 35 %) et les lésions auto-infligées dites violentes<sup>22</sup> (graphique 4). La part d'hospitalisations pour GAI liées à une lésion avec un objet tranchant a doublé entre 2010 et 2019, passant de 8 % à 18 %, puis est restée stable au cours de la période de forte hausse des hospitalisations pour GAI chez les jeunes femmes.

19. Les différences d'expression du mal-être psychique selon le genre sont solidement établies sur le plan clinique : chez les hommes, il tend à se manifester davantage par des addictions et des comportements à risque, tandis que les dépressions et les troubles anxieux sont plus répandus chez les femmes.

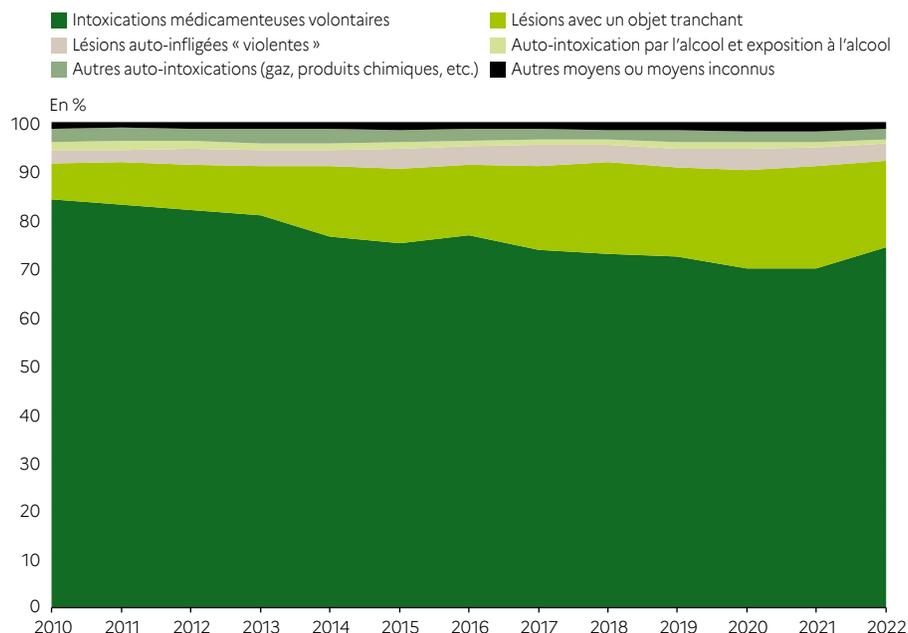
20. Les patients hospitalisés avec un code renseigné d'accident de transport ou d'agression sont rares, ces motifs étant probablement très peu codés et les hospitalisations ne surviennent qu'à la suite des agressions les plus graves. Les jeunes hommes sont les plus concernés et leur nombre augmente continuellement depuis 2012. Cependant, cette hausse touche toutes les classes d'âge de chaque sexe de façon relativement homogène et s'explique vraisemblablement par une augmentation progressive du codage plutôt que par une hausse effective des accidents (Hazo, *et al.*, 2024).

21. Voir à ce sujet Hazo, *et al.*, 2024 (tableau complémentaire E), ainsi que les sections 1 et 4 de ce dossier pour une réflexion sur la qualité des différentes sources pour la mesure du phénomène suicidaire.

22. Saut d'une hauteur, pendaison, collision volontaire avec un véhicule, armes à feu, explosifs, noyade.

Du point de vue territorial, toutes les régions et tous les types d'agglomérations (commune rurale, banlieue, ville-centre ou ville isolée) sont aussi affectés par cette hausse des hospitalisations pour GAI des jeunes femmes, mais de façon plus importante dans les communes les plus favorisées : +63 % entre 2019 et 2022 dans les communes comptant 20 % de la population la plus aisée, contre +28 % dans les communes les plus défavorisées, même si ces dernières restent les plus concernées (Hazo, *et al.*, 2024).

#### Graphique 4 • Proportion des différents modes opératoires parmi les femmes de 10 à 24 ans hospitalisées en MCO pour geste auto-infligé, entre 2010 et 2022



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

**Lecture** - Chez les femmes de 10 à 24 ans, la part des hospitalisations en MCO pour geste auto-infligé dues à une intoxication médicamenteuse volontaire est passée de 84 % à 70 % entre 2010 et 2020, avant de remonter à 74 % en 2022.

**Champ** - France, patientes âgées de 10 à 24 ans hospitalisées au moins une fois en MCO avec un code CIM-10 de geste auto-infligé (X60 à X84).

**Source** - ATIH, PMSI-MCO 2010 à 2022, traitement DREES.

Enfin, les données et travaux internationaux montrent que dans de nombreux pays occidentaux et asiatiques, le jeune âge devient facteur de risque d'une santé mentale dégradée, avec une progression importante des GAI et des troubles mentaux particulièrement marquée chez les jeunes femmes (García-Fernández, *et al.*, 2023 ; Jung, *et al.*, 2023 ; Roumeliotis, *et al.*, 2023 ; Trafford, *et al.*, 2023). Le caractère mondial d'un phénomène qui paraît antérieur à la pandémie de Covid-19 – celle-ci l'ayant accéléré plus que déclenché – pose question et invite nombre de scientifiques à faire l'hypothèse que le rôle croissant des réseaux sociaux numériques, couplé à la généralisation des smartphones, constituerait un facteur déterminant de cette dégradation.

## 2.4. Des perspectives de recherche urgentes et variées

La hausse des hospitalisations pour geste auto-infligé chez les adolescentes et jeunes femmes reflète une augmentation du risque suicidaire qui leur est spécifique et qui est cohérente avec d'autres indicateurs de la dégradation de la santé mentale de cette tranche d'âge de la population depuis le début des années 2010. Le phénomène n'est pas propre à la France, diverses instances sanitaires et académiques en prennent progressivement la mesure, avancent des pistes d'explication, et des réformes de santé publique, voire des refontes des modèles de soins pédo-psychiatriques, sont proposées (McGorry, *et al.*, 2024).

Sans prétendre couvrir l'ensemble des différents facteurs qui peuvent expliquer ce bouleversement genré de la santé mentale des moins de 25 ans, il convient de pointer les orientations de recherche qui paraissent les plus urgentes dans le contexte français. Un récent travail épidémiologique est venu tester systématiquement les pistes d'explication de la dégradation de la santé mentale chez les jeunes femmes au cours des dix dernières années en appliquant à une série de facteurs de risque potentiel<sup>23</sup> une grille de critères simples basée sur trois questions successives (Keyes, Platt, 2023) :

1. le facteur de risque est-il associé aux troubles mentaux intériorisés ou aux comportements suicidaires chez l'adolescent ?
2. la prévalence ou la force de l'association du facteur de risque et les comportements suicidaires ont-elles augmenté ces dernières années ?
3. la prévalence ou la force du facteur de risque ont-elles davantage augmenté chez les filles que chez les garçons ?

Après avoir passé au crible de ces trois questions la littérature et les données disponibles – en reconnaissant les limites des éléments à leur disposition – les auteurs pointent ainsi la plausibilité de deux facteurs de risque :

- certains aspects de l'usage des réseaux sociaux, plus fréquemment consultés par les filles que les garçons, ainsi que le harcèlement et le cyberharcèlement (en plus forte progression chez les filles aux États-Unis) ;
- l'augmentation des pubertés précoces chez les jeunes filles, bien que cela mérite de plus amples recherches, car le phénomène est beaucoup mieux documenté chez les filles que chez les garçons.

L'attention portée au développement des réseaux sociaux ne doit cependant pas occulter la question des injonctions de genre en général, notamment celles portant sur la sexualité, dont le poids est particulièrement marqué à l'adolescence (Clair, 2023). Elles affectent profondément les parcours des jeunes femmes, qui sont plus souvent confrontées à des violences sexistes et sexuelles que les hommes.

23. Événements de vie traumatiques, inégalités genrées d'éducation, changements hormonaux liés à la puberté, facteurs génétiques, comorbidités psychiatriques, usage de drogues, contexte macroéconomique, temps d'exposition aux écrans, réseaux sociaux.

Les mécanismes de sociabilité ou de construction des identités et les technologies mobilisées par les jeunes ont évolué rapidement ces dernières années. Aujourd'hui, le numérique fait partie intégrante d'un espace d'expression, de socialisation, d'échanges, de confrontation, de construction du soi, central dans la vie sociale des jeunes et dont on peine encore à bien mesurer et comprendre l'ensemble des effets sur les comportements, en particulier les conduites suicidaires. Les réseaux sociaux sont ambivalents, permettant tout à la fois l'identification positive à autrui, la prévention ciblée et la protection par l'entraide des pairs et des membres d'une communauté, mais aussi la diffusion de messages dangereux : incitation au suicide, vidéos ou contenu psychologiquement affectant, cyberharcèlement, etc. Autant d'éléments qui peuvent aboutir à la constitution de « suicidosmes », c'est-à-dire d'espaces d'échange facilitant la contagion suicidaire (Notredame, *et al.*, 2020 ; Twenge, 2020).

Plus généralement, les nouvelles modalités d'interaction et l'exposition à des contenus ciblés, illimités et soumis à des algorithmes, modifient profondément la vie des adolescents et leur construction. Des liens sont par exemple établis entre usages massifs des réseaux sociaux et représentations négatives du corps (Revranché, *et al.*, 2022). Par ailleurs, de plus en plus d'études montrent que l'usage de certaines plateformes a un impact négatif sur la santé mentale de ses utilisateurs (Keles, *et al.*, 2020). Parmi les travaux institutionnels, un rapport d'avril 2024 commandé par l'Élysée s'alarme des effets délétères des écrans sur le développement des enfants, mais aussi sur la santé physique et mentale des adolescentes, et en fait un problème majeur pour la société (Bousquet-Bérard, Pascal, 2024). L'ensemble de ces éléments incitent fortement à investiguer et documenter les espaces numériques, voire à déployer de manière urgente de nouvelles enquêtes pour se saisir des corrélations entre les expositions aux médias de communication et d'information et les dynamiques suicidaires (Rezende Ribeiro, 2022, p. 149).

Au-delà des espaces numériques de socialisation, étudier les expressions genrées du mal-être est aussi nécessaire afin de mieux en comprendre les mécanismes, les facteurs de protection et de risque. Des études qualitatives auprès des jeunes et des professionnels permettraient de dépasser les codes diagnostics d'hospitalisation et d'ouvrir de nouvelles pistes d'analyse. De même, il serait intéressant d'examiner les parcours de soins à l'aune des trajectoires de vie, afin de produire des données de santé longitudinales, situées et à même de renseigner sur les configurations sociales suicidogènes. Les outils quantitatifs pourraient aussi être mobilisés à ces fins, une étude par algorithme des dossiers médicaux lorsqu'ils sont numérisés et exploitables (dans l'esprit de Bey, *et al.*, 2024) est une piste à envisager. L'étude fine des parcours de soins pourrait aussi apporter des indications sur la gravité des passages à l'acte (durée du séjour hospitaliser, passages en soins intensifs et réanimation...).

Si un grand chantier de questionnement s'ouvre concernant les jeunes, il faudrait aussi s'attacher à comprendre l'ensemble de la bascule, y compris le ressort de la baisse des hospitalisations pour GAI chez les femmes de 30 à 70 ans et, dans une moindre mesure, chez les hommes de 30 à 50 ans. De ce point de vue, tout est à faire, tant du point de vue quantitatif que qualitatif. S'il s'agit d'une nouvelle plutôt rassurante – d'autant qu'elle ne semble

pas s'accompagner d'une hausse des décès par suicide – elle apparaît tout de même imprévue et inexpliquée. Dans quelle mesure peut-on y voir un effet des plans de prévention ou des progrès dans la prise en charge médicale des troubles associés à de forts risques de suicide ? Cette tendance se retrouve-t-elle dans d'autres pays ou est-elle spécifique à la France ? Pourquoi affecte-t-elle plus nettement les femmes que les hommes ? Repose-t-elle sur certaines catégories de femmes plutôt que d'autres ? Le plus grand nombre d'informations potentiellement disponibles sur ces femmes par rapport à leurs cadettes (parcours de soins passé, revenus, statut d'activité) ouvre des possibilités d'études plus immédiates, mais qui restent à mettre en œuvre.

Enfin, si le dossier a peu insisté sur l'après crise sanitaire due au Covid-19 et ses conséquences, notamment sur le long terme, ces dernières restent encore à étudier pour démêler finement les effets de cette crise sur la santé mentale des individus. En effet, la tendance alarmante de l'augmentation des hospitalisations des adolescentes pour GAI a bel et bien commencé avant le déclenchement de la pandémie, témoignant donc d'une tendance qui n'est pas que contextuelle. L'accentuation de la tendance doit nous inciter à accroître l'étude des populations les plus vulnérables, les personnes de milieu ou d'origine défavorisée du point de vue socio-économique étant nettement plus susceptibles que les autres d'être hospitalisées pour GAI<sup>24</sup>. Les données épidémiologiques issues d'enquêtes portant sur des indicateurs de santé mentale, dont les pensées suicidaires et les tentatives déclarées, montrent en effet les profonds écarts existants entre la santé mentale plutôt préservée des classes aisées par rapport à celle des plus modestes (Hazo, Boulch, 2022 ; Léon, *et al.*, 2024). Cet effort de recherche ne devra cependant pas écarter l'analyse des effets de génération, ni la prise en compte de la démographie médicale en psychiatrie et de l'offre de soins en général.

---

24. Voir Sterchele (2022), ainsi que la section suivante du présent dossier pour un focus sur les jeunes. Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S) – dont le niveau de vie est inférieur ou très proche du seuil de pauvreté monétaire relative à 60 % – représentent 24 % des patients hospitalisés pour geste auto-infligé, alors qu'ils ne représentent que 11 % de la population totale. Quelle que soit la classe d'âge considérée, les 20 % d'habitants des communes à plus bas revenus, sont systématiquement plus nombreux à être hospitalisés pour GAI que les 20 % habitant les communes les plus riches (Hazo, *et al.*, 2024). En revanche, les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) ne représentent que 0,3 % des patients hospitalisés pour ce motif, alors qu'ils représentaient 0,7 % de la population résidant en France fin 2023 (466 000 bénéficiaires [Évin, Stefanini, 2023]).

## Références bibliographiques

- **Aouba, A., et al.** (2011). Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48, p. 497-500.
- **Bey, R., et al.** (2024). Natural language processing of multi-hospital electronic health records for public health surveillance of suicidality. *npj mental health research*, 3(6).
- **Bousquet-Bérard, C., Pascal, A.** (2024). *Enfants et écrans. À la recherche du temps perdu*. Rapport officiel, Présidence de la République, remis le 30 avril 2024.
- **Clair, I.** (2023). *Les choses sérieuses. Enquête sur les amours adolescentes*. Paris, France : Le Seuil.
- **Évin, C., Stefanini, P.** (2023). *Rapport sur l'aide médicale de l'État*. Mission sur l'aide médicale de l'État.
- **García-Fernández, L., et al.** (2023). Dramatic increase of suicidality in children and adolescents after COVID-19 pandemic start: a two-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 163, p. 63-67.
- **Hansen, L., Pritchard, C.** (2008). Consistency in suicide rates in twenty-two developed countries by gender over time 1874-78, 1974-76, and 1998-2000. *Archives of Suicide Research*, 12(3), p. 251-262.
- **Hazo, J.-B., Boulch, A.** (2022). Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes. DREES, *Études et Résultats*, 1233.
- **Hazo J.-B., Rouquette, A.** (2023). Près d'un enfant sur six a eu besoin de soins de santé mentale entre mars 2020 et juillet 2021. DREES, *Études et Résultats*, 1271.
- **Hazo, J.-B., et al.** (2024). Hospitalisations pour geste auto-infligé : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022. *Études et Résultats*, 1300.
- **Inder, K.J., et al.** (2014). Determinants of suicidal ideation and suicide attempts: parallel cross-sectional analyses examining geographical location. *BMC Psychiatry*, 14, p. 208.
- **Jung, K.Y., Kim, T., Cha, W.C.** (2023). Self-harm characteristics of younger-old and older-old adults admitted to emergency departments: a nationwide study. *Signa Vitae*, 19(4).
- **Keles, B., McCrae, N., Grealish, A.** (2020). A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International journal of adolescence and youth*, 25(1), p. 79-93.
- **Keyes, K.M., Platt, J.M.** (2024). Annual research review: sex, gender, and internalizing conditions among adolescents in the 21<sup>st</sup> century—trends, causes, consequences. *Journal of child psychology and psychiatry*, 65(4), p. 384-407.
- **Léon, C., du Roscoät, E., Beck, F.** (2024). Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 3, p. 42-56.
- **Naouri, D.** (2021). En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1204.
- **Notredame, C., et al.** (2020). Prendre soin des jeunes suicidaires jusque sur les réseaux sociaux : le projet Elios. *L'information psychiatrique*, 96, p. 340-347.

- **Pavicic, M., et al.** (2023). Using iterative random forest to find geospatial environmental and sociodemographic predictors of suicide attempts. *Frontiers in Psychiatry*, 14(1178633).
- **Revranché, M., Biscond, M., Husky, M.M.** (2022). Lien entre usage des réseaux sociaux et image corporelle chez les adolescents : une revue systématique de la littérature. *L'Encéphale*, 48(2), p. 206-218.
- **Rezende Ribeiro, R.** (2022). L'imaginaire de la mort et le quotidien de la jeunesse : altérité, émotions et enracinement dans les réseaux sociaux numériques. *Sociétés*, 158, p. 147-156.
- **Roumeliotis, N., et al.** (2024). Mental health hospitalizations in canadian children, adolescents, and young adults over the Covid-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 7(7).
- **Sterchele, C.** (2022). Caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 (EDP-Santé). Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*, 5<sup>e</sup> rapport de l'ONS, p. 273-284. Paris, France : DREES.
- **McGorry, Patrick D, et al.** (2024). The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. *The Lancet Psychiatry*, 11(9), p. 731-774.
- **Trafford, A.M., et al.** (2023). Temporal trends in eating disorder and self-harm incidence rates among adolescents and young adults in the UK in the 2 years since onset of the Covid-19 pandemic: a population-based study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 7(8), p. 544-554.
- **Twenge, J.M.** (2020). Increases in depression, self-harm, and suicide among U.S. adolescents after 2012 and links to technology use: possible mechanisms. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, 2(1), p. 19-25.

### 3. Inégalités sociales face aux hospitalisations pour geste auto-infligé chez les jeunes

Clémentine de Champs (DREES) et Hadrien Guichard (Cridup)

La catégorie des jeunes de 10 à 25 ans présente le taux de décès par suicide le plus faible, mais le taux d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) pour geste auto-infligé (GAI) le plus élevé. En outre, c'est également chez les moins de 25 ans que ce taux connaît l'écart le plus marqué entre les femmes et les hommes (Hazo, et al., 2024). Par ailleurs, des travaux récents mettent en évidence de fortes inégalités sociales face aux hospitalisations pour geste auto-infligé (Sterchele, 2022 ; Hazo, et al., 2024), quelle que soit la classe d'âge : les personnes issues des ménages les plus pauvres sont les plus hospitalisées, comme les personnes inactives ou au chômage.

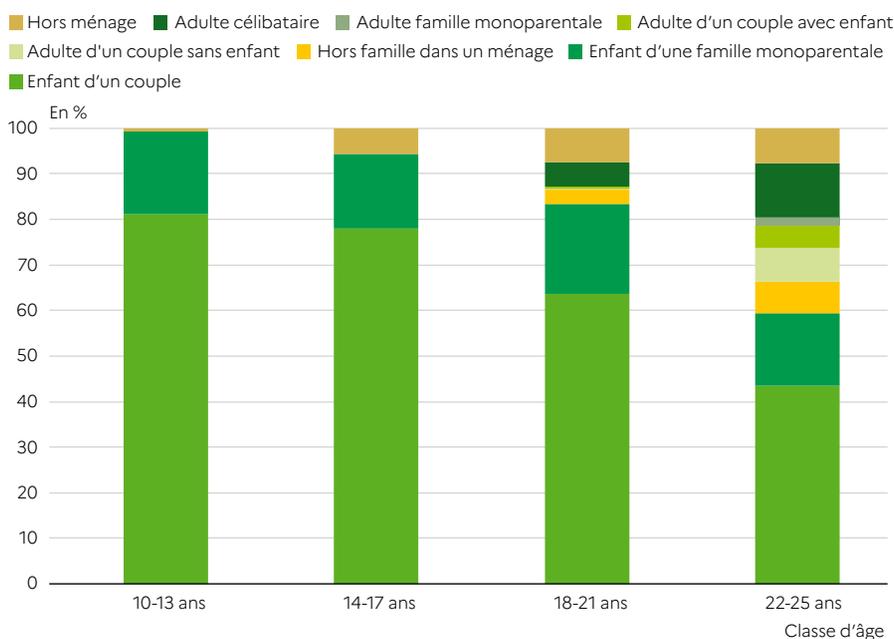
Dans quelle mesure le risque de conduite suicidaire identifié par les hospitalisations en MCO pour GAI varie-t-il en fonction de l'âge, du genre, de la composition du ménage et du niveau de vie entre 10 et 25 ans, phase du cycle de vie où les pics d'hospitalisation sont observés chez les femmes ?

### 3.1. Niveau de vie et composition des ménages (2014-2016)

Les jeunes de 10 à 25 ans (hospitalisés en MCO pour GAI ou non) disposent d'un niveau vie relativement plus faible que l'ensemble de la population : 28 % font partie du cinquième le plus modeste, 22 % du 2<sup>e</sup> cinquième, 19 % du 3<sup>e</sup> cinquième, 16 % du 4<sup>e</sup> cinquième et 15 % du cinquième le plus aisé.

La composition du ménage dont font partie ces jeunes de 10 à 25 ans varie avec l'avancée en âge des individus, même si les données permettent de souligner que ces jeunes ne suivent pas des trajectoires identiques. Il peut, d'ailleurs, se révéler particulièrement important de se pencher sur des configurations peu fréquentes dans la population mais associées à des risques très élevés de conduite suicidaire. Si la majorité des jeunes (hospitalisés en MCO pour GAI ou non) vivent dans un ménage en tant qu'enfant d'un couple jusqu'à la classe d'âge de 22-25 ans, 5 % des 14-17 ans vivent hors ménage (**encadré** page 148 et **graphique 1**).

**Graphique 1 • Configuration familiale de l'ensemble des jeunes, par classe d'âge**



**Lecture** • Près de 80 % des 10-13 ans (hospitalisés en MCO pour GAI ou non) vivent dans un ménage dans lequel ils sont l'enfant d'un couple.

**Champ** • Individus âgés de 10 à 25 ans résidant en France (hors Mayotte) entre 2014 et 2016.

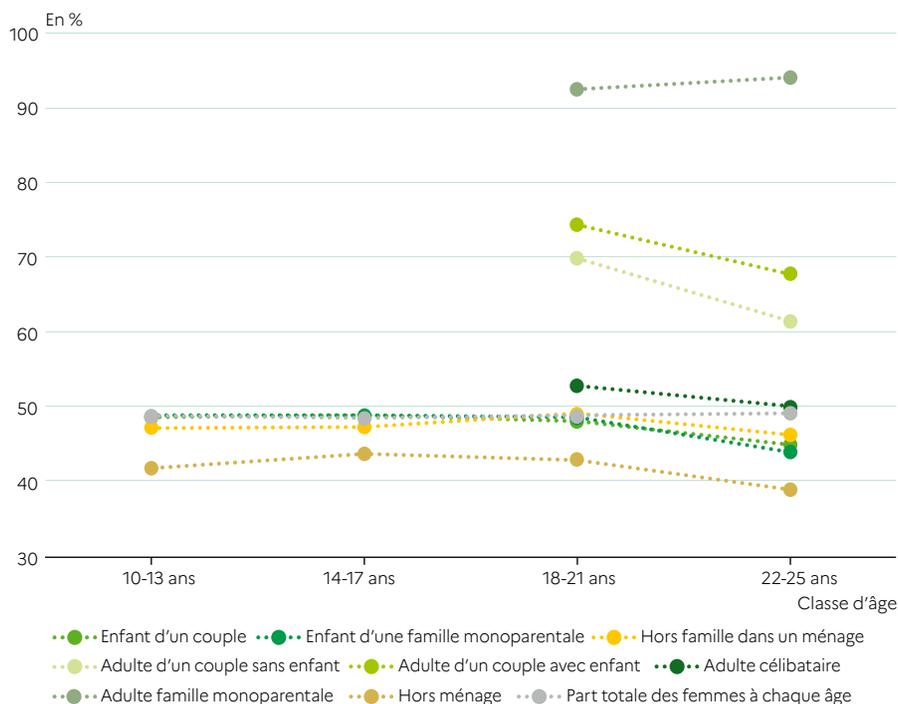
**Source** • Insee-DREES, EDP-Santé 2014-2016.

Les hospitalisations en MCO pour GAI sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes (voir section précédente de ce dossier). La répartition des femmes et des hommes dans les différentes

catégories d'analyse est donc déterminante pour interpréter les résultats. Si chaque classe d'âge de l'échantillon compte globalement à peu près autant de femmes que d'hommes, de nettes différences apparaissent lorsque l'on considère la configuration familiale :

- entre 18 et 25 ans, les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes parmi les personnes de l'échantillon qui résident avec leur conjoint (avec ou sans enfant), et elles représentent plus de 90 % des parents d'une famille monoparentale (**graphique 2**) ;
- au contraire, quelle que soit la classe d'âge considérée, les hommes sont plus nombreux que les femmes parmi les jeunes vivant hors ménage.

**Graphique 2 • Part des femmes dans chaque classe d'âge et par configuration familiale**



**Lecture** • Parmi les jeunes de 18 à 21 ans vivant seuls en tant qu'adultes d'une famille monoparentale, 92 % sont des femmes.

**Champ** • Individus âgés de 10 à 25 ans résidant en France (hors Mayotte) entre 2014 et 2016.

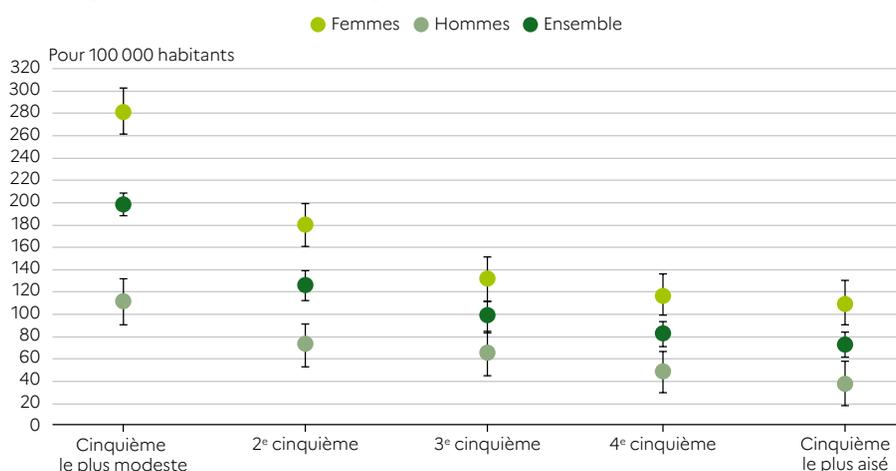
**Source** • Insee-DREES, EDP-Santé 2014-2016.

### 3.2. Un risque d'hospitalisation pour geste auto-infligé fortement décroissant avec le niveau de vie

Chez les jeunes de 10 à 25 ans – comme dans l'ensemble de la population – le taux d'hospitalisation en MCO pour GAI est fortement lié au niveau de vie (Sterchele, 2022). Chez les plus modestes, ce taux s'établit à 199 pour 100 000 (282 pour les femmes et 112 pour les hommes), soit 2,7 fois plus que parmi les jeunes les plus aisés (110 pour les femmes et 38 pour les hommes). Selon le niveau de vie considéré, le taux d'hospitalisation des

jeunes femmes est 2 à 3 fois supérieur à celui des jeunes hommes et, d'une façon générale, les inégalités de risque d'hospitalisation liées à l'âge, au genre et au niveau de vie se conjuguent (**graphique 3**) : le taux d'hospitalisation pour GAI des jeunes femmes les plus modestes est 1,7 fois plus important que le taux moyen des jeunes femmes, et 2 fois plus important que le taux moyen de l'ensemble des femmes (tous âges confondus). Elles sont aussi hospitalisées pour GAI 2,5 fois plus souvent que les jeunes femmes les plus aisées et que les jeunes hommes les plus modestes, ainsi que 7,5 fois plus souvent que les jeunes hommes les plus aisés.

**Graphique 3 • Taux de patients hospitalisés pour geste auto-infligé parmi les 10-25 ans, selon le genre et le revenu du ménage, entre 2014 et 2016**



**Note** - Les bornes de l'intervalle de confiance à 95 % sont représentées par les barres verticales. Le taux d'hospitalisation en MCO pour GAI des femmes âgées de 10 à 25 ans qui font partie des 20 % des ménages les plus modestes a 95 % de probabilité de se situer entre 262 et 303 pour 100 000.

**Lecture** - Parmi les jeunes filles de 10 à 25 ans qui font partie des 20 % des ménages les plus modestes, 282 sur 100 000 ont été hospitalisées au moins une fois pour GAI entre 2014 et 2016.

**Champ** - Individus âgés de 10 à 25 ans résidant en France (hors Mayotte) entre 2014 et 2016.

**Source** - Insee-DREES, EDP-Santé 2014-2016.

### 3.3. Un risque accru de GAI pour les jeunes de familles monoparentales et pour ceux qui ne cohabitent pas avec leurs parents

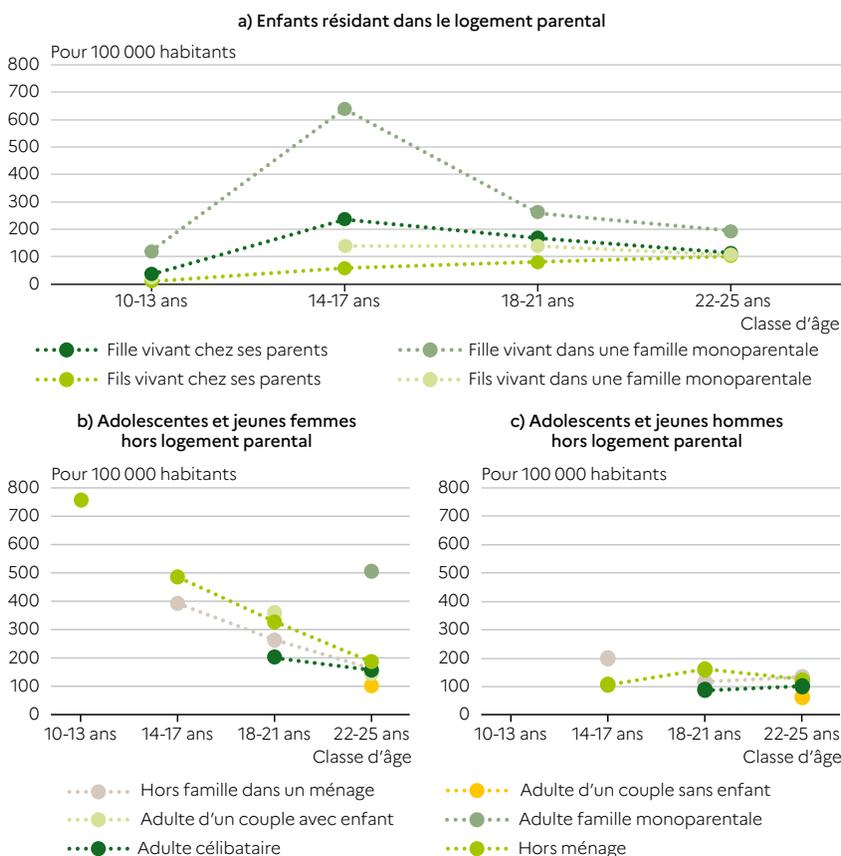
Chez les adultes de 25 ans ou plus, certaines configurations familiales constituent un facteur de risque face aux gestes auto-infligés<sup>25</sup>. Ainsi les personnes divorcées, veuves et célibataires sont plus souvent hospitalisées que celles mariées ou pacées (Sterchele, 2022). Les femmes seules et les mères de famille monoparentale le sont deux fois plus souvent que les femmes vivant en couple avec enfant(s), et les hommes vivant seuls sont aussi bien

25. Ces résultats sont présentés sans contrôler les différences de niveau de vie existant entre ces différentes configurations familiales. Des analyses complémentaires indiquent cependant que ces écarts de niveau de vie n'expliquent qu'une partie limitée des différences observées entre configurations familiales.

plus concernés que ceux vivant en couple, avec ou sans enfant(s). Pour ce qui concerne les jeunes de 10 à 25 ans, la composition du ménage joue un rôle particulièrement important (graphique 4).

Entre 10 et 25 ans, les jeunes qui résident chez leurs parents sont les moins susceptibles d'être hospitalisés pour GAI (graphique 4). Ceux qui vivent avec un seul de leurs parents sont plus exposés au risque suicidaire, particulièrement avant leurs 18 ans : leur taux d'hospitalisation pour GAI est de 383 pour 100 000 entre 14 et 17 ans, plus de deux fois le taux

### Graphique 4 • Taux d'hospitalisation pour geste auto-infligé, selon la composition du ménage et la classe d'âge



**Note** - Les points correspondant à des effectifs inférieurs à cinq personnes hospitalisées en MCO pour GAI ne sont pas représentés. Les points correspondant à des effectifs inférieurs à dix personnes hospitalisées en MCO pour GAI figurent sur les graphiques, mais sans être reliés par des pointillés. L'ensemble des points représentés renvoie à des situations pour lesquelles l'effectif total (personnes hospitalisées en MCO pour GAI ou non) est supérieur à 1 000 individus.

**Lecture** - Parmi les jeunes filles de 10 à 13 ans vivant « hors ménage », 757 sur 100 000 ont été hospitalisés au moins une fois pour tentative de suicide entre 2014 et 2016.

**Champ** - Individus âgés de 10 à 25 ans résidant en France (hors Mayotte) entre 2014 et 2016.

**Source** - Insee-DREES, EDP-Santé 2014-2016.

moyen de cette classe d'âge. L'écart entre ces deux types de familles est particulièrement marqué chez les adolescentes de 14 à 17 ans (638 contre 235 pour 100 000), quoiqu'il soit aussi non négligeable chez les adolescents (140 contre 55 pour 100 000).

Le risque est encore accentué pour ceux qui ne cohabitent pas ou plus avec leurs parents. Ces jeunes peuvent avoir fui des situations de maltraitance dans leur famille, dont on sait qu'elles augmentent le risque de passage à l'acte (Scodellaro, 2020). Ceux qui vivent « hors ménage » sont exposés à un risque bien plus important que les autres, particulièrement entre 10 et 13 ans : leur taux d'hospitalisation pour GAI atteint 455 pour 100 000 (757 chez les filles), contre 27 pour l'ensemble des enfants de cette classe d'âge.

Le taux d'hospitalisation des jeunes mères seules de 22 à 25 ans est également très élevé : près de 505 pour 100 000, contre 138 parmi l'ensemble des jeunes femmes du même âge. Ces résultats font écho à d'autres recherches rapportées dans le 5<sup>e</sup> rapport de l'ONS qui associaient la période de grossesse à des risques accrus de gestes auto-infligés chez les adolescentes (Jollant, *et al.*, 2022). D'éventuelles trajectoires de violences, un isolement social, une forte précarité<sup>26</sup> ainsi qu'un plus faible niveau de diplôme peuvent expliquer un moindre recours aux soins, et des parcours marqués par un mal-être profond<sup>27</sup>.

### 3.4. Les hospitalisations multiples pour GAI concernent davantage les filles les plus jeunes

Presque un quart des femmes et 16 % des hommes de moins de 25 ans hospitalisés pour GAI ont été réhospitalisés dans les 24 mois pour le même motif (**graphique 5**). Parmi les jeunes de 14 à 17 ans, surexposés au risque d'hospitalisation pour GAI, 24 % ont été réhospitalisés pour le même motif après 24 mois. Les jeunes de 10 à 13 ans sont, quant à eux, peu nombreux à avoir été hospitalisés pour GAI entre 2014 et 2016, mais un tiers des filles de cet âge ont été hospitalisées de nouveau dans les 24 mois qui ont suivi.

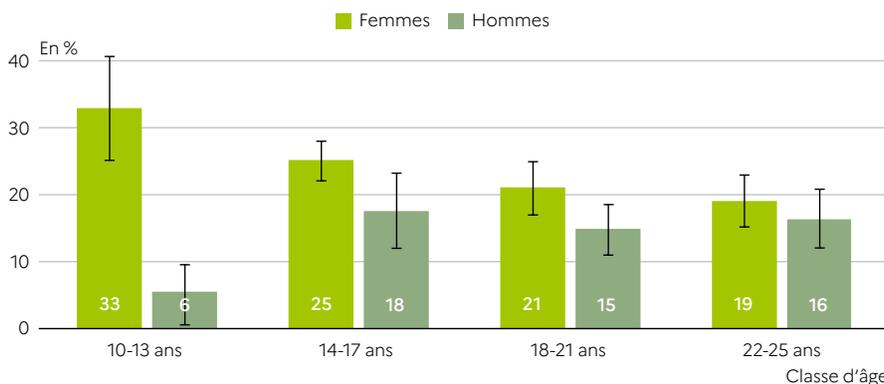
Ces résultats interpellent et conduisent à formuler certaines hypothèses susceptibles de les expliquer. Il est tout d'abord possible que la santé mentale des jeunes filles soit plus dégradée que celle des garçons du fait de leur surexposition aux violences, notamment sexuelles : « Si les personnes ayant rapporté une violence sexuelle ont un risque 7,5 fois plus élevé de rapporter une tentative de suicide que les autres, c'est en partie parce que certaines d'entre elles ont également été exposées à d'autres situations de violence, ou que leurs caractéristiques sociodémographiques les exposent à la fois aux violences et aux problèmes de santé mentale. [...] Le cumul de situations de violence joue donc un rôle non

26. 88 % des jeunes mères hospitalisées pour GAI font partie des ménages les 25 % les plus pauvres.

27. À l'exception de celles touchant les jeunes vivant hors ménage – pour qui on ne dispose pas d'information permettant de connaître leur niveau de vie –, les inégalités observées liées à la composition du ménage restent valables lorsqu'on tient compte des écarts de niveau de vie des jeunes. Réciproquement, les inégalités décrites liées à la position dans l'échelle des niveaux de vie restent aussi profondes qu'évoquées dans cette étude lorsque les analyses sont réalisées en contrôlant la composition du ménage.

négligeable dans l'exposition des victimes de violence sexuelle au risque de tentative de suicide. Les femmes sont doublement désavantagées, car à la fois davantage victimes de violence sexuelle et d'autres situations de violence. » (Scodellaro, 2022).

### Graphique 5 • Part des jeunes de 10 à 25 ans réhospitalisés dans les 24 mois suivant une première hospitalisation pour geste auto-infligé



**Note** - Les bornes de l'intervalle de confiance à 95 % sont représentées par les barres verticales. Le taux de réhospitalisation en MCO pour GAI des jeunes filles âgées de 10 à 13 ans a 95 % de probabilité de se situer entre 25 % et 41 %.

**Lecture** - Parmi les jeunes filles âgées de 10 à 13 ans hospitalisées pour GAI entre 2014 et 2016, 33 % ont été réhospitalisées pour GAI dans les 24 mois suivant leur première hospitalisation.

**Champ** - Individus âgés de 10 à 25 ans hospitalisés pour geste auto-infligé entre 2014 et 2016 en France (hors Mayotte).

**Source** - Insee-DREES, EDP-Santé 2014-2016.

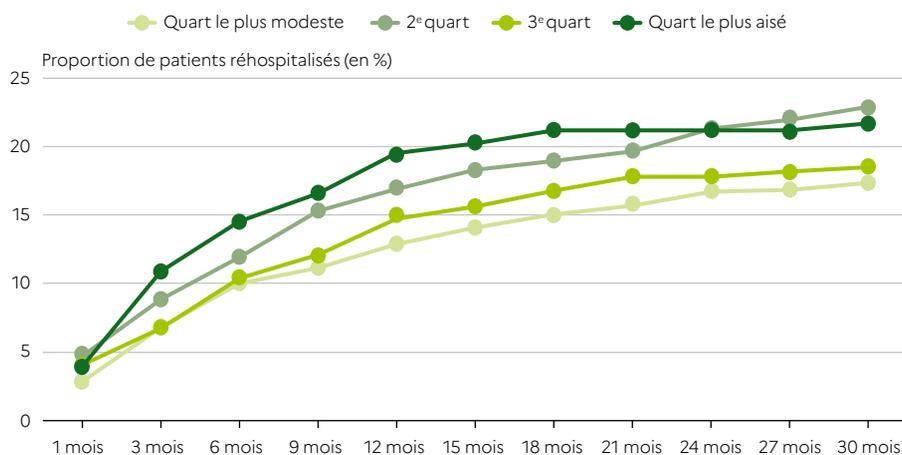
Les écarts d'hospitalisation pour GAI entre les jeunes femmes et les jeunes hommes pourraient en outre avoir pour origine les comportements genrés par rapport à l'expression du mal-être, qui influent ensuite sur les indicateurs classiques de suivi des tentatives de suicide. En analysant les comportements suicidaires des femmes et des hommes, Silvia Canetto (1997) montre à quel point les « scripts culturels<sup>28</sup> » affectent leurs modalités de passage à l'acte. En population adulte, les femmes déclarent plus souvent que les hommes s'être rendues à l'hôpital à la suite de leur tentative de suicide (Léon, *et al.*, 2024). Néanmoins, une hospitalisation pour comportement suicidaire n'est pas le seul indicateur de la dégradation de la santé mentale d'un individu, et les GAI ne sont qu'une des modalités de son expression parmi d'autres, « le mal-être des individus [s'exprimant] au travers de comportements socialement conformes au genre auquel ils appartiennent » (Cousteaux, Pan Ke Shon, 2008). Dans un cas comme dans l'autre, les données à disposition n'ont pour l'instant pas permis de mettre en avant une dégradation similaire de la santé mentale chez les jeunes hommes (Hazo, *et al.*, 2024).

28. La notion de script culturel englobe les normes, les pratiques et les valeurs culturelles qui conditionnent en partie le comportement d'un individu.

### 3.5. Les jeunes les plus aisés moins sujets au risque d'une hospitalisation pour GAI, mais plus à celui d'une réhospitalisation

Alors qu'ils sont, d'un point de vue général, moins à risque d'une hospitalisation pour GAI (**graphique 3**), les jeunes issus des ménages les plus aisés sont plus concernés par les hospitalisations multiples que les jeunes de milieu modeste (**graphique 6**). Un an après leur première hospitalisation pour GAI, un jeune sur cinq appartenant aux 25 % les plus aisés de la population a été réhospitalisé, contre un jeune sur huit parmi les 25 % les plus modestes. Il semble que l'écart se creuse dans les six premiers mois suivant l'hospitalisation pour GAI.

**Graphique 6 • Probabilité cumulée de réhospitalisation pour GAI dans les 30 mois suivant la première hospitalisation, selon le revenu du ménage**



GAI : geste auto-infligé.

**Lecture** • Parmi les jeunes ayant été hospitalisés pour GAI et faisant partie d'un ménage parmi les 25 % les plus aisés, 14 % ont été hospitalisés à nouveau pour le même motif dans les six mois qui ont suivi.

**Champ** • Individus âgés de 10 à 24 ans hospitalisés pour geste auto-infligé entre 2014 et 2016 en France (hors Mayotte).

**Source** • Insee-DREES, EDP-Santé 2014-2016.

Pour éclairer ce phénomène, des recherches doivent être menées en élargissant la focale aux parcours de soins, notamment concernant les consultations auprès de psychiatres et la consommation de certains médicaments<sup>29</sup>. Des protocoles de recherche au plus près du terrain seraient aussi riches d'enseignements, dans la veine de Ligier, Vidailhet et Kabuth (2009) qui notaient à propos des jeunes perdus de vue parmi la cohorte de jeunes suicidants qu'ils ont suivis entre 1996 et 2006 qu'ils « étaient majoritairement issus de milieux défavorisés ou très défavorisés ». Cela permettrait de comprendre les spécificités, en fonction du milieu d'origine, de la prise en charge des jeunes après une hospitalisation pour GAI, puisqu'un écart de réhospitalisation semble se creuser entre le deuxième et le quatrième mois après la première hospitalisation.

29. Par construction, les données issues du SNDS concernent uniquement les soins remboursés par l'Assurance maladie, et non d'autres types de prise en charge (notamment les suivis psychologiques).

## Encadré • Sources et méthodes

### Sources des données

L'EDP-Santé est une base de données issues de l'appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent (EDP) de l'Insee aux données de consommation de soins et d'hospitalisation du système national des données de santé (SNDS), qui permet d'apporter un éclairage sur les inégalités sociales en matière de santé (Dubost, *et al.*, 2020). L'EDP couvre 4,4 % de la population, dont il constitue un échantillon représentatif.

Les deux sources de l'EDP utilisées dans cette étude sont les données fiscales du fichier démographique des logements et des individus (Fidéli) et celles des enquêtes annuelles de recensement (EAR). Ces deux sources ne couvrent pas le même champ et s'étudient de manière indépendante. Les données de chacune d'entre elles sont pondérées afin de rendre leurs échantillons respectifs représentatifs de la population exhaustive (calage sur marge), sans possibilité de corriger les écarts entre les sources : les personnes figurant dans Fidéli étant les personnes rattachées à un foyer déclarant des revenus ou payant la taxe d'habitation, et celles figurant dans les EAR étant les personnes résidant en France (hors Mayotte), le décompte des tentatives de suicide n'est pas strictement identique entre les deux sources.

Les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur le champ médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), disponibles sur le portail de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), ont également été mobilisées pour fournir des données exhaustives sur les hospitalisations en MCO après geste auto-infligé.

### Champ de l'étude

Cette étude porte sur les 2 434 individus de 10 à 25 ans présents dans l'EDP-Santé et hospitalisés en MCO pour geste auto-infligé (codes X60 à X84 de la CIM-10) en France (hors Mayotte), entre le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et le 31 décembre 2016<sup>1</sup>. La composition du ménage est connue pour 1 934 d'entre eux. Les patients uniquement pris en charge aux urgences sans séjour hospitalier ultérieur, ou pris en charge directement en psychiatrie, ne sont pas pris en compte ici.

### Catégories d'analyse : niveau de vie et composition du ménage

Dans cette étude, les inégalités face au risque de geste auto-infligé sont évaluées du point de vue du niveau de vie et de la composition du ménage, le niveau de diplôme étant très dépendant de l'âge et parfois manquant dans les données mobilisées :

- les quantiles de niveau de vie des ménages des jeunes étudiés sont déterminés selon la répartition du niveau de vie de l'ensemble des ménages<sup>2</sup>. Le revenu affecté au jeune peut correspondre à celui de ses parents ou à celui du jeune lui-même, s'il habite seul ;
- dans le cadre de son recensement, l'Insee définit la composition du ménage<sup>3</sup> par le mode de cohabitation, déterminé par le rôle familial de chaque individu en son sein. Les enfants mineurs logés ailleurs pour leurs études sont intégrés au ménage. Les jeunes étudiés ici incluent des jeunes vivant avec au moins un de leurs parents (enfant d'un couple<sup>4</sup>, enfant d'une famille monoparentale) et d'autres qui n'habitent avec aucun de leurs parents (personne vivant seule, adulte d'un couple sans enfant, adulte d'un couple avec enfant(s)<sup>5</sup>, adulte d'une famille monoparentale, personne vivant hors famille dans un ménage de plusieurs personnes<sup>6</sup>, personne vivant hors ménage<sup>7</sup>).

1. Les données disponibles ne nous permettent pas d'étudier une période plus récente.

2. Le niveau de vie est calculé à partir du revenu disponible du ménage de l'année précédente divisé par le nombre d'unités de consommation, renseignés dans les données fiscales appariées au SNDS.

3. Au sens du recensement, un ménage désigne « l'ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale, sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté ».

4. L'enfant d'un couple peut être l'enfant des deux parents, de l'un ou de l'autre, un enfant adopté ou un enfant sous tutelle de l'un ou l'autre parent. Pour qu'une personne soit considérée comme un enfant, elle doit aussi être célibataire et ne pas avoir de conjoint ou d'enfant faisant partie du même ménage.

5. Les individus vivant avec leurs enfants et leurs parents sont catégorisés comme « adulte d'un couple/d'une famille monoparentale avec enfant ».

6. Cela comprend les jeunes qui habitent avec des membres de leur famille (grands-parents, frères et sœurs, cousins, etc.), ou avec des colocataires sans lien de parenté.

7. Ce sont des jeunes qui vivent dans une habitation mobile (notamment un bateau ou une caravane), une communauté (en foyers et résidences sociales, foyers de travailleurs, internats, casernes, résidences universitaires, établissement pénitentiaire, etc.) ou sans-abri.

## Références bibliographiques

- **Canetto, S.S.** (1997). Gender and suicidal behavior: theories and evidence. In Maris, R.W., Silverman, M.M., Canetto, S.S. (Eds.), *Review of suicidology*, p. 138-167, New York : Guilford.
- **Cousteaux, A., Pan Ké Shon, J.** (2008). Le mal-être a-t-il un genre : suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique. *Revue française de sociologie*, 49, p. 53-92.
- **Dubost, C.-L., Leduc, C.** (2020). L'EDP-Santé : un appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au Système national des données de santé. *Dossiers de la DRESS*, 66.
- **Hazo, J.-B., Vuagnat, A., Pirard, P.** (2024). Hospitalisations pour geste auto-infligé : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022. *DREES, Études et Résultats*, 1300.
- **Jollant, F., Goueslard, K., Quantin, C.** (2022). Hospitalisation pour geste auto-infligé et mortalité durant les trois ans de suivi de six cohortes d'adolescents et de jeunes adultes. Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*, 5<sup>e</sup> rapport de l'ONS, p. 114-122. Paris, France : DREES.

- **Léon, C., du Roscoät, E., Beck, F.** (2024). Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 3, p. 42-56.
- **Ligier, F., Vidailhet, C., Kabuth, B.**, (2009). Devenir psychosocial, dix ans après, de 29 adolescents suicidants. *L'Encéphale*, 35(5), p. 474-475.
- **Rey, G.** (2022). Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France en 2017. Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*, 5<sup>e</sup> rapport de l'ONS, p. 253-259. Paris, France : DREES.
- **Scodellaro, C.** (2020). Violences et santé : le poids du genre ? Dans Brown, E., et al. (dir.), *Violence et rapports de genre*, Paris, France : Éditions de l'Ined.
- **Scodellaro, C.** (2022). Violences sexuelles et tentatives de suicide. Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*, 5<sup>e</sup> rapport de l'ONS, p. 260-267. Paris, France : DREES.
- **Sterchele, C.** (2022). Caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide entre 2015 et 2017. Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*, 5<sup>e</sup> rapport de l'ONS, p. 273-284. Paris, France : DREES.

## 4. Évaluation de la fiabilité du codage médico-administratif des gestes auto-infligés : synthèse de l'étude Quantin-Jollant au CHU et à l'EPSM de Dijon

Albert Vuagnat (DREES)

### 4.1. Les bases de données hospitalières : une ressource centrale dans le suivi des gestes auto-infligés

Depuis la recommandation en janvier 2001, par la mission du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, de coder les gestes auto-infligés (GAI) dans les bases de données hospitalières<sup>30</sup>, le volet médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) du PMSI est devenu la principale source d'information sur les hospitalisations pour tentative de suicide<sup>31</sup>. La base de données PMSI-MCO permet d'analyser les profils et les parcours de soins des personnes hospitalisées à la suite d'un GAI<sup>32</sup> et constitue la principale source mobilisée pour suivre l'évolution du nombre de tentatives de suicide en France, le taux d'hospitalisation pour GAI pour 100 000 habitants constituant l'indicateur de référence.

30. Voir à ce sujet les *Consignes de codage relatives à des priorités nationales de santé publique* applicables notamment aux gestes auto-infligés (codes CIM-10 X60 à X84).

31. Les GAI désignent les tentatives de suicide, mais aussi les auto-agressions sans intention suicidaire.

32. Les données du PMSI sont en effet intégrées au système national des données de santé (SNDS) qui permet d'obtenir des informations sur le recours aux soins avant et après l'hospitalisation (médicaments remboursés, médecine de ville...).

En dépit des limites de ces données – elles incluent les auto-agressions sans intention suicidaire et excluent les tentatives de suicide n'ayant pas donné lieu à une hospitalisation<sup>33</sup> – le suivi des hospitalisations pour GAI a mis en évidence une dégradation brutale de la santé mentale des jeunes femmes et des adolescentes au cours des dernières années (section 2 de ce dossier). La fiabilité de l'information du PMSI-MCO constitue donc un enjeu majeur de connaissance et de santé publique. Cependant, cette information reste collectée à titre documentaire, même si la recommandation à l'origine du codage des GAI, reprise depuis dans toutes les rééditions du guide méthodologique de production du PMSI-MCO, en mentionne l'importance en termes de surveillance épidémiologique. Contrairement à d'autres informations recueillies dans le PMSI, les personnels soignants n'ont pas d'incitation à déclarer les GAI, ces derniers n'intervenant pas dans la tarification des actes (par conséquent, ces déclarations ne sont pas contrôlées par les services de l'Assurance maladie)<sup>34</sup>.

De plus, il s'agit d'un codage des « circonstances » de l'hospitalisation, voué à compléter le motif de venue à l'hôpital qui, lui, est obligatoire<sup>35</sup> et pris en compte dans l'algorithme de classification sur lequel repose la valorisation de l'activité des établissements de santé. L'information sur l'existence d'un GAI figure-t-elle donc systématiquement dans le PMSI-MCO ? Lorsqu'elle est présente, cette information est-elle fiable ?

Le recueil PMSI a progressivement été étendu, au-delà du secteur MCO, à l'ensemble de l'activité d'hospitalisation, la psychiatrie ayant été intégrée en 2007 via le recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P). Le PMSI permet ainsi une description complète du parcours hospitalier, à ceci près que seul le guide méthodologique du PMSI-MCO comporte la recommandation de codage des GAI, celle-ci n'ayant été intégrée au guide destiné à la psychiatrie qu'à partir de la version 2016.

L'activité des urgences peut, quant à elle, être décrite par le recueil des résumés de passage aux urgences (RPU, en principe obligatoire depuis 2014). Néanmoins, les codes CIM-10 nécessaires ne figurent pas non plus dans le thésaurus établi par la Société française de médecine d'urgence (SFMU) utilisé pour décrire la pathologie prise en charge par les services d'urgence. Le repérage des GAI ayant conduit à une prise en charge aux urgences sans donner lieu ensuite à une hospitalisation – ou ayant débouché sur une hospitalisation en psychiatrie sans passage par un service MCO – est donc rendu en théorie possible par l'existence des RPU et du RIM-P... Mais que dire de la fiabilité des résultats obtenus ?

Dans ce contexte, et en raison de la rareté des travaux sur le sujet, l'Observatoire national du suicide (ONS) a souhaité engager une évaluation rétrospective de la qualité de l'identification des GAI dans le PMSI, du point de vue de l'exhaustivité comme de l'exactitude des

33. En particulier, les GAI ayant donné lieu à une prise en charge aux urgences sans hospitalisation ultérieure ne sont pas comptabilisés par cet indicateur (section 1 de ce dossier).

34. Un système de classification médico-économique affecte chaque séjour dans l'un des 1 500 groupes homogènes de malades (chaque groupe étant assorti d'un tarif, cela permet le financement à l'activité des établissements de santé, tarification à l'activité).

35. Pour les GAI, ce motif correspond à la lésion auto-infligée proprement dite ou à ses conséquences somatiques immédiates.

informations collectées. Ce projet, élaboré et mené par les professeurs Fabrice Jollant et Catherine Quantin et l'équipe du CHU de Dijon-Bourgogne, a été financé par l'ONS grâce aux fonds mis à sa disposition chaque année par la DREES en vue de soutenir des projets de recherche<sup>36</sup>.

## 4.2. Une recherche basée sur l'analyse des dossiers médicaux et leur comparaison avec le PMSI

La démarche suivie par l'équipe de recherche a consisté à relire le contenu d'une série de dossiers médicaux du CHU et de l'Établissement public de santé mentale (EPSM) de Dijon, à identifier les cas de GAI, puis à comparer le résultat de cette analyse à l'information correspondante codée dans le PMSI. L'analyse a porté sur l'ensemble des patients de 10 ans ou plus admis au cours d'une période donnée<sup>37</sup> au sein de :

- trois services du CHU : la réanimation et la psychiatrie pour les patients (du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2019), ainsi que les urgences (du 13 au 19 mai 2019)<sup>38</sup> ;
- deux services de l'EPSM : une unité de psychiatrie générale et une unité spécialisée dans la dépression (du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2019).

Ce périmètre, du point de vue des services hospitaliers comme de la période de l'année retenus, est susceptible de rassembler la plus grande part des prises en charges des GAI au CHU et à l'EPSM de Dijon<sup>39</sup>. Il permet de mobiliser de la façon la plus efficace possible les forces de recherche à disposition – les GAI ne représentant qu'une petite part de l'activité – et évite la période de la pandémie de Covid-19 et les modifications qu'elle a induites.

Les documents médicaux ont été relus *via* le système d'information du CHU et sous forme papier à l'EPSM<sup>40</sup>, à la recherche d'une liste de termes susceptibles d'indiquer des GAI, les résultats de cette analyse étant ensuite retranscrits dans un formulaire de recueil préétabli (**encadré**). La revue des dossiers, réalisée par une secrétaire médicale dédiée à la recherche, a eu lieu sans avoir connaissance du codage PMSI. Dans l'éventualité où ce qui était mentionné dans le dossier ne permettait pas de déterminer avec certitude l'existence du GAI,

36. Cette étude a fait l'objet d'une publication dans une revue à comité de lecture (Quantin, *et al.*, 2024). Nous remercions pour leurs travaux dans le cadre de ce projet : le P<sup>r</sup> Catherine Quantin (professeur des universités - praticien hospitalier, université de Bourgogne-Franche-Comté et CHU de Dijon-Bourgogne), le P<sup>r</sup> Fabrice Jollant (professeur des universités - praticien hospitalier, université Paris-Saclay et hôpital Bicêtre, AP-HP), Jonathan Cottenet (ingénieur hospitalier), Adrien Roussot (ingénieur hospitalier), le D<sup>r</sup> Georges Moreira (médecin DIM), le D<sup>r</sup> Mickael Piccard (médecin DIM), Karine Couderc (technicienne d'études cliniques) et Johan Besson (technicien en administration). Nous remercions également pour leur collaboration : le P<sup>r</sup> Jean-Christophe Chauvet-Gelinier (service de psychiatrie adulte du CHU de Dijon), le D<sup>r</sup> Maud Benetti (service de psychiatrie adulte du CHU de Dijon), Laurent Plancke (F2RSM Hauts-de-France) et le D<sup>r</sup> Christine Chan-Chee (Santé publique France).

37. La durée de cette période a été déterminée en fonction du nombre de patients pris en charge et de la fréquence estimée des cas de gestes auto-infligés au sein de chacun de ces services.

38. Les cas correspondants à des passages aux urgences pédiatriques sans hospitalisation, en l'absence de collecte correspondante dans les RPU, n'ont pas été retenus.

39. Dans la base de données PMSI-MCO nationale, 87 hospitalisations avec code de GAI ont eu lieu au CHU de Dijon en mai 2019, parmi lesquelles 82 (94,3 %) correspondent aux critères de sélection de l'étude (passage par les urgences ou admission en réanimation ou encore en soins continus).

40. Tous les documents utiles des dossiers sélectionnés ont pu être retrouvés.

des réunions avec les coordonnateurs médicaux de la recherche étaient prévues afin de finaliser la caractérisation des dossiers.

### Encadré • L'analyse des dossiers médicaux

Les termes recherchés lors de la lecture des dossiers, qui devaient correspondre au motif de l'admission ou du passage aux urgences, étaient les suivants :

- geste auto-infligé, suicide, volontaire ;
- ingestion, intoxication, alcool, toxiques, drogues ;
- feu, eau bouillante, liquide brûlant, produit caustique, produit corrosif, produit d'entretien (en général associé à « ingestion ») ;
- phlébotomie/plaie/suture/coupure, défenestration, saut (dans le vide), pendaison, étranglement, étouffement, noyade/submersion, arme à feu/arme à poing/objet tranchant, accident (voiture ou autre)/collision avec un véhicule (voiture, train).

La grille de recueil utilisée pour l'analyse des dossiers ne recensait ni le nom, ni le prénom, ni la date de naissance des patients. En revanche, elle incluait le numéro d'hospitalisation ou de passage, informations requises pour retrouver les données correspondantes dans le PMSI.

Cette grille prévoyait aussi le recueil d'informations complémentaires (délai de prise en charge, présence d'une pathologie mentale, soins sans consentement, antécédents de GAI, transfert depuis des urgences d'un autre établissement) en vue d'études complémentaires<sup>1</sup>.

Les deux principaux critères mobilisés pour évaluer la fiabilité du codage ont été les suivants :

- l'exactitude des codages de GAI (valeur prédictive positive) : un codage de GAI dans une base de données est-il identifié comme un GAI dans le dossier médical du patient ?
- l'exhaustivité des codages de GAI (sensibilité) : tous les GAI identifiés dans les dossiers médicaux sont-ils codés dans les bases de données, et en cas de codage de GAI manquant, quels ont été les codages utilisés ?

### Accès aux données

Cette étude a été approuvée par le Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (CESREES, autorisation obtenue le 13 janvier 2022) et la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL, numéro d'enregistrement DR-2022-064, 2 mars 2022). L'accord des responsables médicaux des différents services avait été obtenu au préalable.

1. La catégorie de personnel médical ayant fourni le codage PMSI initial n'a *in fine* pas pu être recueillie.

### 4.3. Des données fiables en MCO, mais inexploitable pour le secteur psychiatrique et les urgences

Au total, 1 398 dossiers médicaux du CHU et 109 dossiers de l'EPSM ont été analysés. Les dossiers du CHU correspondent à 132 hospitalisations en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), 272 hospitalisations après passage aux urgences (adulte, pédiatrie, maternité), 229 admissions en réanimation et 39 en soins continus (dont 6 dossiers comprenant le passage des patients en réanimation et en soins continus), 59 admissions en psychiatrie et 673 passages aux urgences non suivis d'hospitalisation. Les dossiers de l'EPSM comptent 67 hospitalisations dans l'unité dépression et 42 en psychiatrie générale. À l'issue de l'analyse, 27 de ces dossiers d'hospitalisation en MCO ont été considérés comme correspondant à des GAI, 25 en psychiatrie et 2 aux urgences adultes sans hospitalisation.

Un séjour hospitalier peut se traduire par le passage d'un même patient dans plusieurs services : d'abord aux urgences puis en UHCD, par exemple. Dans ce cas, si l'existence d'un geste auto-infligé ayant déclenché la prise en charge médicale n'est pas recueillie dans les informations collectées à l'occasion du passage aux urgences, elle peut l'avoir été ultérieurement, lors de l'admission en UHCD. La qualité des données peut donc se mesurer à l'échelle de chaque service, ou à l'échelle de l'ensemble du séjour. Dans ce dernier cas – qui représente la méthode utilisée pour calculer l'indicateur standard des taux d'hospitalisation pour GAI –, la présence d'un code indiquant un geste auto-infligé à une étape du parcours est jugée comme suffisante pour considérer que l'ensemble du séjour a été déclenché par un GAI.

Du point de vue de l'ensemble du séjour, la fiabilité observée du PMSI-MCO apparaît très élevée, tant en termes d'exactitude qu'en termes d'exhaustivité<sup>41</sup> (tableau). Sur le plan de l'exactitude, neuf séjours sur dix signalés comme liés à un GAI dans la base PMSI-MCO correspondent bien à un séjour identifié comme tel lors de la relecture des dossiers médicaux par l'équipe de recherche. Sur le plan de l'exhaustivité, une proportion comparable des séjours jugés liés à un GAI lors de l'analyse des dossiers médicaux par l'équipe de recherche sont bien repérés dans le PMSI-MCO.

Un codage de GAI incorrect sur dix relevés dans la base PMSI-MCO renvoie à la mauvaise classification de deux patients hospitalisés en UHCD adulte. Un premier pris en charge à la suite d'un surdosage volontaire en paracétamol provoqué par l'inefficacité de l'effet antalgique dans une situation de douleur squelettique aiguë ; un cas qui aurait dû se traduire par le codage d'un simple surdosage (T39.1). Un second patient qui exprimait bien des idées suicidaires, mais non accompagnées d'un geste auto-infligé ; une situation qui, en l'absence de trouble mental identifiable, aurait dû conduire à un codage d'idéation suicidaire (R45.8).

41. Pour faciliter la lecture, ce texte fait appel aux notions « d'exhaustivité » et « d'exactitude » pour rendre compte, respectivement, des indicateurs de « sensibilité » (Se) et de « valeur prédictive positive » (VPP) mobilisés par les chercheurs dans leurs travaux.

**Tableau • Bilan de l'analyse comparée des dossiers médicaux et des bases de données PMSI, RIM-P et RPU**

	Nombre de dossiers médicaux revus	Nombre de GAI identifiés dans le dossier médical	Nombre de GAI codés dans les bases	Nombre de GAI codés en excès dans les bases	Nombre de GAI en défaut dans les bases	Taux de classement GAI correct (exactitude des bases, en %)	Taux de GAI codés (exhaustivité des bases, en %)	Parmi GAI dossier médical : admission directe	Codes diagnostic utilisés pour GAI en défaut
<b>PMSI-MCO (mai 2019)</b>									
UHCD adultes	132	12	14	2	0	86	100	s.o.	s.o.
Admission via les urgences adultes	170	2	2	0	0	100	100	s.o.	s.o.
UHCD pédiatrique	18	3	2	0	1	100	67	s.o.	Rxx
Admission via les urgences maternité	84	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Réanimation	229	9	6	0	3	100	67	9	Fxx, Jxx, Rxx, Txx
Soins continus	39	1	1	0	0	100	100	0	s.o.
<b>Ensemble</b>	<b>672</b>	<b>27</b>	<b>25</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>92</b>	<b>85</b>	<b>9</b>	<b>s.o.</b>
<b>RIM-P (mai 2019)</b>									
Service de psychiatrie CHU	59	5	1	0	4	100	20	3	Fxx
Unité dépression EPSM	67	12	0	0	12	-	-	1	Fxx
Psychiatrie générale EPSM	42	8	0	0	8	-	-	1	Fxx
<b>Ensemble</b>	<b>168</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>s.o.</b>
<b>RPU (urgences adultes, 3<sup>e</sup> semaine de mai 2019)</b>									
Sans hospitalisation (après calage sur PMSI)	670	2	1	0	1	100	50	s.o.	Fxx, Txx
Avec hospitalisation (après calage sur PMSI)	305	15	6	1	9	83	33	s.o.	s.o.
<b>Ensemble</b>	<b>975</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>86</b>	<b>35</b>	<b>s.o.</b>	<b>s.o.</b>

GAI : geste auto-infligé ; PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée ; RIM-P : recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie ; EPSM : Établissement public de santé mentale ; RPU : résumé de passage aux urgences ; Fxx : codes CIM-10 du chapitre « Troubles mentaux et du comportement » ; Jxx : codes du chapitre « Maladies de l'appareil respiratoire » ; Rxx : codes du chapitre « Symptômes, signes et résultats anormaux d'exames cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs » ; Txx : codes du chapitre « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » ; s.o. : sans objet.

**Lecture** • 132 dossiers médicaux de patients admis en UHCD adulte ont été revus par l'équipe de recherche, conduisant à l'identification de 12 cas d'hospitalisation à la suite d'un GAI. Parmi ces 132 dossiers médicaux, 14 étaient catégorisés comme impliquant un GAI dans la base de données PMSI-MCO. 2 dossiers médicaux, parmi les 14 codés dans le PMSI comme GAI ne comportaient pas de mention de GAI (taux d'exactitude de 86 %) et tous les dossiers médicaux identifiés comme GAI étaient bien codés comme tels dans le PMSI (taux d'exhaustivité de 100 %).

**Champ** • Patients de 10 ans ou plus hospitalisés au CHU de Dijon en réanimation et en psychiatrie ainsi qu'à l'EPSM de Dijon du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2019 ou admis aux urgences adultes du CHU de Dijon du 13 au 19 mai 2019.

**Sources** • PMSI-MCO, PMSI-PSY, RPU, Dossiers médicaux.

La situation est bien différente concernant le secteur psychiatrique : le seul cas signalé comme lié à un GAI dans le RIM-P est bien cohérent avec l'analyse du dossier médical correspondant, mais c'est le seul qui figure dans la base de données, alors que les dossiers médicaux conduisent à estimer que 25 patients ayant réalisé un GAI ont été admis en psychiatrie sur la période (d'où un taux d'exhaustivité très faible de 4 %). Ce résultat confirme l'hypothèse selon laquelle les codes diagnostiques enregistrés dans les bases de données issues du secteur psychiatrique, centrés sur les pathologies sous-jacentes des patients, ne délivrent qu'une information très lacunaire sur les hospitalisations pour GAI<sup>42</sup>.

Les fichiers issus de l'activité des urgences (RPU) se situent, de ce point de vue, dans une situation intermédiaire entre celles des services de MCO et de psychiatrie : 86 % des séjours liés à un GAI dans les RPU correspondent à des dossiers médicaux classés de cette manière lors de leur relecture par l'équipe de recherche (exactitude élevée), mais seuls 35 % des dossiers médicaux indiquant un GAI sont codés comme tels dans la base de données RPU (exhaustivité faible). Ce dernier résultat souligne néanmoins que seule une minorité des GAI sont repérables par les données issues des urgences, et que celles-ci ne constituent donc pas, aujourd'hui, un instrument fiable, même pour estimer le nombre de personnes ayant réalisé un GAI et s'étant présentées aux urgences sans être hospitalisées par la suite.

#### 4.4. Discussion

Les résultats indiquent donc une forte fiabilité du PMSI-MCO pour le suivi et l'étude des gestes auto-infligés : d'une part, le taux de codage en excès apparaît peu fréquent (un sur dix), ce qui rejoint le constat réalisé il y a plusieurs années en région Centre (Haguenoer, 2008) et dans des évaluations du PMSI codant d'autres segments d'activité (Bernier, *et al.*, 2012 ; Grammatico-Guillon, *et al.*, 2012 ; Pierron, *et al.*, 2015 ; Giroud, *et al.*, 2016) ; d'autre part, la proportion de GAI non documentés dans le PMSI-MCO se révèle, elle aussi, assez faible (environ un sur dix). Ces résultats, certes issus d'un centre hospitalier unique et pour une période relativement courte et donc portant sur un nombre restreint de patients<sup>43</sup>, suggère donc une qualité significative du PMSI pour étudier les GAI ayant entraîné une hospitalisation dans le secteur de MCO<sup>44</sup>.

En revanche, les GAI ne sont quasiment jamais codés dans le RIM-P, ni dans les RPU. Lorsque le GAI y apparaît dans ces bases de données, le codage a généralement été effectué à bon escient : le défaut de fiabilité repose plutôt sur l'impossibilité de repérer la plupart des cas de GAI à partir des bases de données. Le caractère lacunaire du codage des GAI en

42. Les sections 1 et 2 de ce dossier fournissent des éclairages complémentaires et convergents sur ce point à l'aide de l'exploitation des données PMSI-MCO et RIM-P à l'échelle nationale.

43. Les résultats de cette étude pilote appellent donc à la réalisation d'enquêtes comparables dans d'autres établissements ou à répliquer celle-ci au CHU Dijon afin de diversifier les contextes de codage pris en compte, d'autant que celui-ci repose sur un nombre restreint de professionnels dans chaque service.

44. Par ailleurs, les nombres de faux-positifs et de faux-négatifs étant comparables, cette étude de cas indique que le taux d'hospitalisation en MCO pour GAI mesuré est très proche du taux « réel ».

psychiatrie pourrait être en partie compensé en s'appuyant sur la qualité du codage réalisé dans les autres secteurs hospitaliers au cours du séjour du patient, une minorité d'admissions en psychiatrie pour GAI se faisant directement (un patient admis à la suite d'une GAI sur cinq [tableau]), quoique cette solution risque de ne présenter qu'une efficacité très limitée quand le patient est admis directement depuis les urgences où le codage reste mauvais.

Le défaut de documentation des GAI dans le PMSI de psychiatrie pourrait être diminué par l'effet du programme Vigilans qui pourrait constituer une incitation au codage. Sa mise en place à Dijon est postérieure à la période analysée dans la présente recherche, mais il est monté en charge progressivement à l'échelle du pays entre 2016 et 2022. Des travaux non publiés indiquent une absence d'effet de la mise en place de Vigilans sur le PMSI en MCO, ce qui tend à confirmer le caractère exhaustif de celui-ci. Cette évaluation reste à faire pour le RIM-P : au vu de la rareté du codage des GAI en psychiatrie, la mise en place de Vigilans pourrait améliorer notablement les pratiques de codage, ce dont il faudrait tenir compte pour l'interprétation des indicateurs, une augmentation du nombre de GAI recensés pouvant alors indiquer une progression de la qualité du codage et non une hausse du nombre de GAI pris en charge.

Le défaut de complétude de codage des GAI observé pour les fichiers issus de l'activité des urgences (RPU) est en partie attendu, du fait de l'absence des codes CIM-10 de GAI dans le thésaurus proposé par la Société française de médecine d'urgence (SFMU). Les discussions en cours concernant les modifications à apporter au recueil des RPU pourraient conduire à une amélioration de la situation, via l'adjonction d'un champ « circonstance » comportant une modalité « tentative de suicide ». Le défaut observé pour les RPU apparaît aussi être la conséquence de la fragilité observée de ce recueil de routine : au niveau national, le codage de tout diagnostic est absent dans un quart des résumés, et la connexion de ces résumés à chaque système d'information hospitalier (SIH) est problématique, comme le montrent les discordances entre les RPU et le PMSI<sup>45</sup> sur le devenir des patients au sortir des urgences, ou encore l'absence de RPU pour l'accueil pédiatrique des urgences constatée dans cette investigation.

Une façon indirecte d'estimer voire corriger le défaut de complétude du codage des GAI, au fil des années dans les établissements ayant une activité autorisée pour l'accueil et le traitement des urgences, pourrait être de prendre appui sur les codes d'intoxication (codes Txx de la CIM-10), comme le montre la liste des codes figurant dans les résumés d'admission avec GAI mais non documentés (tableau).

Enfin, le développement, tout juste commencé, des entrepôts de données de santé rassemblant les textes médicaux enregistrés informatiquement et en continu (données disponibles dans les 24 heures), permet d'envisager la réalisation de recherches automatiques directement dans les textes des dossiers médicaux. Ce type d'approche nouvelle (Bey, *et al.*, 2024) pourrait permettre d'étendre les investigations présentées ici à un plus grand nombre

45. Le PMSI est, par construction, connecté au SIH.

de services hospitaliers<sup>46</sup>, mais aussi de préciser les informations contenues dans les données PMSI et permettre de nouvelles recherches scientifiques. Ce type d'approche pourrait aussi fournir des alertes pour les équipes réalisant le codage PMSI, ou conduire à une automatisation du codage, la fiabilité des algorithmes dans le cas des GAI, voire plus spécifiquement des tentatives de suicide, restant encore à évaluer. Un dernier point pouvant être investigué à l'avenir consisterait à évaluer la possibilité d'approcher le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les adultes à partir du nombre d'hospitalisations à la suite d'un GAI, les résultats de la recherche dont il est ici question suggérant que, chez les adultes, très peu de GAI codés dans le PMSI-MCO correspondent à des gestes réalisés sans intention suicidaire, contrairement à ce qui peut être observé chez les enfants et les adolescents.

## Références bibliographiques

- **Bernier, M.O., et al.** (2012). Utilisation des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans les études épidémiologiques : application à la Cohorte Enfant Scanner. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 60(5), p. 363-70.
- **Bey, R., et al.** (2024). Natural language processing of multi-hospital electronic health records for public health surveillance of suicidality. *npj Mental Health Research*, 3(6).
- **Giroud, M., et al.** (2016). Évaluation de la qualité métrologique des données du PMSI concernant l'accident vasculaire cérébral en France. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 1, p. 8-15.
- **Goeslard, K., et al.** (2020). Validation study: evaluation of the metrological quality of french hospital data for perinatal algorithms. *BMJ Open*, 10(5):e035218.
- **Grammatico-Guillon, L., et al.** (2012). *Épidémiologie et impact économique des infections ostéo-articulaires chez les patients hospitalisés, France, 2018*. CHRU de Tours, service d'information médicale, épidémiologie et économie de la santé.
- **Haguenoer, K., et al.** (2008). *Épidémiologie des tentatives de suicide en région Centre - Données PMSI 2004 à 2006*. CHRU de Tours, service d'information médicale, épidémiologie et économie de la santé.
- **Quantin, C., et al.** (2024). Reliability of a french hospital administrative database to measure self-harm in epidemiology studies. *General Hospital Psychiatry*.
- **Rouquette, A., Davisse-Paturet, C., Hazot, J.-B.** (2022). Prévalence des pensées suicidaires et facteurs associés en France au cours de la pandémie de Covid-19 – Résultats de l'enquête en population générale EpiCov. Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*, 5<sup>e</sup> rapport de l'ONS, p. 268-270. Paris, France : DREES.

<sup>46</sup>. Chaque établissement de santé dispose en effet d'une organisation propre pour la collecte de l'information médicale.