



La Bretagne en santé

PLAN RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Étude des tentatives de suicide prises en charge en court séjour

Étape 2 : travail exploratoire sur l'identification des récidives à partir des données du PMSI au sein des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo

Étude des tentatives de suicide prises en charge en court séjour

Étape 2 : travail exploratoire sur l'identification des récidives à partir des données du PMSI au sein des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo

Léna PENNOGNON, Chargée d'étude, ORS Bretagne
Philippe CLAPPIER, Chef de projet, ORS Bretagne
Docteur Isabelle TRON, Directrice, ORS Bretagne

Etude réalisée à la demande de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne et du Conseil Régional de Bretagne

Septembre 2009

Vertical line

Sommaire

	Pages
Contexte et objectifs	5
Méthode	7
Le principe	7
Construction de la cohorte	8
Hypothèses d'inclusion/exclusion des personnes et des séjours de la cohorte	10
Les limites de la méthode	13
Mise en oeuvre des hypothèses et composition de la population prise en compte	15
Caractéristiques des patients récidivistes et comparaison avec la cohorte de la première étude (primo-suicidants sur la période 2005-2006)	19
Répartition par sexe et âge	19
Taux d'hospitalisation selon le sexe et l'âge	21
Mode de suicide	22
Mode d'entrée	22
Mode de sortie	23
Durée moyenne de séjour	23

Caractéristiques des récidives	25
Estimation du nombre de récidives	25
Modes de suicide successifs lors des 5 premiers séjours et cohérence inter-séjours	26
Synthèse des résultats	27
Réflexion sur les difficultés liées au codage ou aux contraintes du PMSI. Perspectives	29
Annexes	33
Annexe 1 : Rappel des consignes de codage des modes d'entrée et de sortie dans le PMSI	35
Annexe 2 : Nombre de séjours dont le principe de codage de l'ATIH n'est pas respecté alors qu'une tentative de suicide est mentionnée en DAS	36

Contexte et objectifs

L'étude sur les tentatives de suicide hospitalisées en Bretagne, réalisée à la demande de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et du Conseil Régional de Bretagne, fait partie des travaux mis en œuvre dans le cadre de la convention additionnelle au contrat de projets État-Région relatif à l'observation de la santé en Bretagne. Elle s'inscrit dans le volet suicide du Plan régional de santé publique (PRSP) et dans les priorités du Conseil Régional de Bretagne.

Elle a pour objectif principal l'observation et la connaissance du phénomène suicidaire en Bretagne à partir des tentatives de suicide hospitalisées en court séjour.

Dans un premier volet¹ et à partir de la base PMSI court séjour de 2006, ont été étudiées toutes les prises en charge réalisées en Bretagne n'ayant pas donné lieu à une seconde hospitalisation liée à une tentative de suicide au cours de l'année et n'ayant pas été précédé par une hospitalisation pour le même motif en 2005. Cette analyse a été réalisée dans la perspective d'obtenir un corpus d'informations sur une population homogène. De fait, les patients hospitalisés pour une récurrence avérée ou pour lesquels subsistait un doute ont été exclus de cette première approche.

Dans un second volet, l'objectif a été d'améliorer la connaissance du phénomène suicidaire et en particulier du phénomène des récurrences ainsi que des difficultés d'analyse liées aux principes du codage ou aux contraintes engendrées par l'outil PMSI lui-même. Le présent rapport rend compte de ce second volet.

Au regard de l'objectif exploratoire de ce travail (reconstitution quasi individualisée des parcours et des prises en charge), ce second volet a concerné uniquement les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo.

¹ « Etude des tentatives de suicide prises en charge en court séjour en Bretagne : analyse réalisée à partir de la base PMSI court séjour 2006 ». ORS Bretagne – Novembre 2008.

Les différentes hypothèses ayant prévalu à la sélection des patients pris en compte dans ce second volet ainsi qu'à la méthode d'analyse des données ont été validées par le comité de pilotage régional du PRS suicide du 3 juillet 2009.

Après la présentation des hypothèses et de la méthode retenue, les caractéristiques des patients identifiés comme récidivistes sont confrontés à celles des patients étudiés dans le premier volet de l'étude. Une tentative de caractérisation des récidives est aussi présentée. Enfin, une réflexion sur les difficultés d'analyse liées à l'outil PMSI est abordée.

Méthode

Le principe

L'extraction des données régionales relatives aux tentatives de suicide est réalisée à partir de la base nationale du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) Médecine chirurgie obstétrique (MCO) 2006, diffusée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Le détail de la méthode est restitué en annexe du premier volet de cette étude.

Cette base de données regroupe les séjours des services de court séjour des établissements publics, PSPH et privés. Deux critères sont pris en compte dans cette étude pour extraire les séjours associés à une tentative de suicide :

- le code géographique du lieu de résidence du patient. Sont retenus les séjours des patients domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo quel que soit leur lieu d'hospitalisation.
- les diagnostics : au regard des règles de codage appliquées en MCO, les tentatives de suicide peuvent être étudiées en retenant les séjours présentant un code d'auto-intoxication (X60-) ou de lésions auto-infligées (X70- à X84-) en diagnostics associés significatifs ou en diagnostics reliés.

La méthode utilisée diffère de celle envisagée dans les travaux réalisés par l'ORS en 2006 et s'affilie à celle retenue pour le premier volet de l'étude dans la mesure où l'objectif épidémiologique s'appuie sur une approche par patient et non par séjour. Les différents séjours présents dans la base de données ont ainsi été chaînés, permettant d'obtenir un regard longitudinal sur le parcours des patients.

Construction de la cohorte

Dans le premier volet de l'étude de novembre 2008 et dans la perspective d'obtenir une cohorte homogène de patients n'ayant été hospitalisés qu'une seule fois en 2005 ou 2006, sur la base des 5.958 patients domiciliés en Bretagne et présents dans la base PMSI MCO 2006, 1.312 patients (soit 22%) ont été exclus du fait des caractéristiques suivantes :

- 756 patients présentaient en 2006 au moins deux hospitalisations en relation avec une tentative de suicide.
- 556 patients présentaient des hospitalisations associées à une tentative de suicide à la fois en 2005 et en 2006.

Dans le second volet, seule la population constituée des patients exclus initialement va être prise en compte.

Le champ géographique d'étude est restreint aux patients domiciliés dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo. La période d'étude est étendue aux années 2004 et 2007 (et donc les chaînages des séjours associés pour les patients concernés).

Toutefois et pour parvenir à une cohorte homogène, les patients inclus au cours du premier volet de l'étude (hospitalisations en 2006 et non récidivistes sur les années 2005 et 2006) ont été aussi observés au cours des années 2004 et 2007, conduisant certains d'entre eux à réintégrer le second volet (tentative de suicide en 2006, absence de récurrence sur la période 2005-2006 mais ayant fait au moins une autre tentative au cours des années 2004 et/ou 2007).

Au final, la cohorte étudiée est constituée de 146 patients correspondant à 503 séjours présentant au moins 2 séjours sur la période 2004-2007 avec un code d'auto-intoxication ou de lésion auto-infligée en diagnostic associé ou en diagnostic relié.

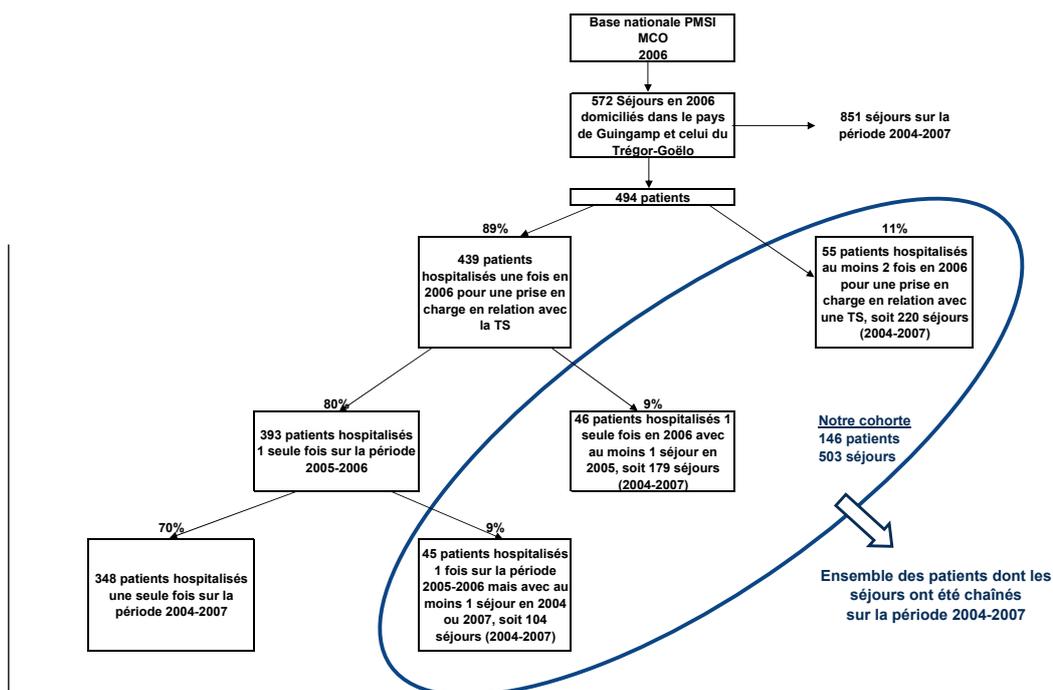
Parmi les patients inclus dans ce second volet de l'étude :

- 101 (pour 399 séjours) sont issus de ceux exclus au cours du premier volet de l'étude,
- 45 (pour 104 séjours) ont été extraits des patients inclus au cours du premier volet de l'étude et, après chaînage des séjours, ont témoigné d'au moins un autre séjour pour tentative de suicide au cours des années 2004 ou 2007.

L'extension de l'observation aux années 2004 et 2007 permet donc d'augmenter de près de 50% les effectifs de la cohorte des patients considérés comme récidivistes potentiels.

Le schéma ci-après présente la démarche mise en œuvre pour constituer la cohorte étudiée.

Schéma de l'identification de la cohorte étudiée sur le pays de Guingamp et le pays du Trégor-Goëlo



Vis-à-vis de l'ensemble des personnes prises en charge pour suicide en 2006 issues des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo, la cohorte représente 29,6% (146/494) des patients pris en charge (données non redressées²).

Nous allons tout d'abord poser les hypothèses permettant de définir des règles pour différencier les hospitalisations :

- Correspondant à une récurrence réelle,
- Occasionnées par un suivi consécutif à la prise en charge de la tentative de suicide initiale (ré-hospitalisation),
- Dont on ne peut être certains de la catégorie d'appartenance.

² Les patients résidant dans une zone géographique correspondant à un code PMSI qui se trouve à cheval entre plusieurs pays sont affectés d'un coefficient de pondération. Le coefficient de pondération est établi à partir de la population au recensement général de la population de 1999 qui tient compte du poids de la population dans chaque commune.

Hypothèses d'inclusion/exclusion des personnes et des séjours de la cohorte

Ces hypothèses sont imposées par les contraintes actuelles liées aux données disponibles dans le PMSI.

En effet, les données disponibles reposent actuellement sur les informations contenues dans le Résumé de Sortie Anonyme (RSA). Elles sont de 2 types :

- Des informations temporelles (mois, année de sortie et durée de séjour),
- Des informations relatives à la trajectoire du patient (mode d'entrée, provenance, mode de sortie et destination).

■ Hypothèse basée sur les informations temporelles : critère de délai

La majorité des séjours (52%) constituant notre cohorte a une durée inférieure à 2 jours. La durée moyenne est de 5 jours (écart-type : 5,7 jours). La durée maximale est de 62 jours.

Plus de 95 % des séjours ont une durée inférieure ou égale à 10 jours, les séjours de plus de 11 jours étant beaucoup plus rares (4%).

A partir de ce constat, l'hypothèse du « critère de délai » est appliquée à l'ensemble des séjours dont la durée n'excède pas 10 jours. Les séjours d'une durée supérieure ou égale à 11 jours ont quant à eux été examinés au cas par cas.

Sur cette base, on observe qu'un certain nombre de contraintes sont liées au PMSI lui-même : en effet, **le RSA ne contient que le mois et l'année de sortie sans renseignement sur la datation de l'entrée**. Cette contrainte conditionne donc le calcul d'un délai comme illustré par le dessin ci-après.

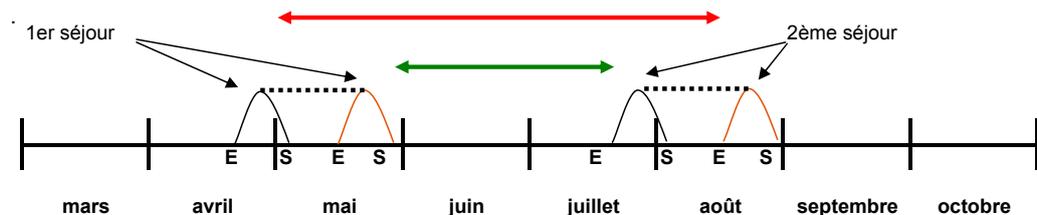
- Les « ponts » symbolisent les séjours sur l'axe chronologique.
- Les deux ponts noir et orange reliés par une ligne de pointillé représentent les différentes possibilités en terme de dates précises d'entrée et de sortie pour un séjour d'une durée inférieure ou égale à 10 jours. La sortie ayant pu avoir lieu entre le premier et le dernier jour du mois.
- La double flèche rouge représente le délai maximum entre la sortie d'un premier séjour et l'entrée du suivant.
- La double flèche verte représente le délai minimum.

Prenons l'exemple illustré dans le dessin ci-après.

Soit un patient pour lequel 2 séjours d'une durée inférieure ou égale à 10 jours sont décrits. Le patient a effectué un premier séjour dont la sortie a eu lieu au mois de mai et le séjour suivant a pour sortie le mois d'août.

Comme le montre le dessin ci-après, sur la base de séjours ayant une durée de 10 jours ou moins (96% des séjours) :

- La flèche rouge représente le délai maximum entre la sortie du premier séjour et l'entrée du second, soit une durée maximum d'environ 4 mois. En effet dans ce cas de figure, le patient est sorti du premier séjour au plus tôt le 1^{er} mai et est entré au plus tard le 20 août pour son second séjour.
- La flèche verte représente le délai minimum entre la sortie du premier séjour et l'entrée du second, soit une durée minimale égale à 1 mois et 3 semaines. En effet, dans ce cas de figure, le patient est sorti du premier séjour au plus tard le 30 mai et est entré au plus tôt le 21 juillet pour son second séjour



Légende du dessin :

- ↔ (vert) Délai minimum
- ↔ (rouge) Délai maximum
- ⌒ Séjour d'une durée inférieure ou égale à 10 jours
- E : entrée, S : sortie

Hypothèse : deux hospitalisations sont considérées **de façon certaine** comme liées à des tentatives de suicide différentes s'il s'est écoulé au minimum un délai supérieur à 2 mois « pleins » entre les deux sorties.

L'option d'une différence d'un mois conduirait en effet à une durée minimale entre 2 hospitalisations consécutives de 20 jours, seuil considéré comme insuffisant pour déterminer de manière sûre la présence d'une récurrence plutôt que d'une ré-hospitalisation consécutive au premier séjour.

Dans ce cas, la récurrence est donc **considérée comme incertaine**.

■ Hypothèse basée sur les informations relatives à la trajectoire du patient : critère de la trajectoire³

Hypothèses :

Sur ce critère, le passage par le service des urgences ne peut être pris en compte, les établissements ne codant pas cette variable de façon homogène.

- Sont considérées comme **récurrences certaines** les séjours consécutifs ayant chacun pour mode d'entrée le domicile (à partir du moment où les critères de délai sont respectés).
- Sont **considérés comme suivis d'une prise en charge initiale** pour tentative de suicide, les séjours faisant suite à une mutation ou à un transfert d'un premier séjour, lui-même codé pour tentative de suicide (avec concordance entre la sortie du premier séjour et l'entrée du séjour en question).
- Les séjours dont le mode d'entrée est un transfert ou une mutation sans séjour précédant identifié (pas de concordance) sont considérés comme des **récurrences incertaines**.

A l'inverse, sont considérés comme **récurrences certaines**, les séjours dont la sortie s'effectue par mutation ou transfert sans que le séjour suivant ne soit identifié (toujours en respectant les critères de délai vis-à-vis d'un séjour initial.

Précision méthodologique :

Le résumé de sortie anonyme est un enregistrement unique qui comprend le mode d'entrée de la première unité médicale fréquentée dans l'ordre chronologique dans le cas de séjours multi-unités et le mode de sortie de la dernière unité.

³ Pour information, les consignes officielles de codage des modes d'entrée et de sortie des séjours hospitaliers sont restituées en annexe 1.

■ Au final

Sur la base des hypothèses établies ci-avant, l'étude prendra en compte uniquement les récidives considérées comme certaines, c'est-à-dire respectant à la fois les critères de délai et de trajectoire.

Elle excluera :

- Les séjours (voire les patients si l'exclusion de ces séjours conduisait à ne plus les identifier comme récidivistes sur la période) issus d'une mutation ou d'un transfert d'une hospitalisation précédente, elle-même codée pour tentative de suicide (séjour par transfert ou mutation avec concordance des séjours entre eux).
- Les séjours pour lesquels la récurrence est incertaine (non respect des critères de délai ; séjours issus d'un transfert ou d'une mutation sans que le séjour initial ne soit identifié : absence de concordance).

Les limites de la méthode

■ En relation avec le type de prise en charge

Cette méthode permet d'identifier les tentatives de suicide qui ont fait l'objet d'une prise en charge dans un établissement hospitalier (public ou privé) à l'exclusion des passages dans les services d'urgence non suivis d'hospitalisation en MCO, ces derniers ne faisant pas l'objet d'un recueil systématisé dans le cadre du PMSI : il s'agit des retours à domicile sans hospitalisation et des hospitalisations directes en psychiatrie après la prise en charge aux urgences. D'après les études réalisées par la DREES, au niveau national⁴, environ la moitié des arrivées aux urgences pour tentative de suicide sont hospitalisées en MCO. (La DREES estime par ailleurs que les tentatives de suicide passant aux urgences représentent 83% des tentatives de suicide prises en charge par l'ensemble du système de soins.)

■ En relation avec le codage

En raison d'erreurs ou d'oublis, les codes d'auto-intoxication ou de lésions auto-infligées peuvent être omis, induisant une sous-estimation des prises en charge pour tentative de suicide.

⁴ DREES – Suicide et tentatives de suicide en France. Etudes et résultats n° 488 – mai 2006.

■ En relation avec les variables disponibles

Les séjours issus de la base PMSI regroupent sous les mêmes règles de codage les prises en charge initiales pour une tentative de suicide, les ré-hospitalisations consécutives à la tentative de suicide initiale et les récidives sans qu'il soit possible de les distinguer à partir des variables présentes dans un RSA (Résumé de sortie anonymisé). Le document présenté ci-après s'appuie sur un ensemble d'hypothèses où, après chaînage des séjours, des critères de sélection ont été mis en œuvre afin de tenter d'identifier les séjours correspondant à des tentatives de suicide et les séjours liés à un suivi d'une tentative de suicide initiale.

Mise en oeuvre des hypothèses et composition de la population prise en compte

L'application des hypothèses à la cohorte initiale de 146 patients pour 503 séjours scinde cette population en 4 sous-groupes :

- **Les patients pour qui la récurrence est certaine sur la totalité des séjours enregistrés**
Ce sous-groupe qui représente 81 patients pour 206 séjours (soit 55 % des patients et 41 % des séjours de la cohorte initiale) sera inclus dans l'étude.
- **Les patients pour qui une partie seulement des séjours peut être considérée comme une récurrence certaine. L'autre partie des séjours étant soit considérée comme un suivi (critère de trajectoire avec concordance), soit considérée comme des récurrences incertaines (critère de délai non respecté, critère de trajectoire sans concordance).**
Les patients de ce sous-groupe qui représentent 41 personnes (28% des patients de la cohorte initiale) seront inclus dans l'étude.
Seuls les 128 séjours considérés comme récurrences certaines seront pris en compte (25 % des séjours de la cohorte initiale). Les séjours (102 : soit 20 % des séjours de la cohorte initiale) considérés soit comme incertains (96/503 soit 20%), soit comme des suivis (6/503 soit 1 % des séjours) seront exclus de l'étude.
- **Les patients pour qui la totalité des hospitalisations ne peut être considérée comme récurrence certaines.**
Ce sous-groupe qui représente 18 patients pour 55 séjours (soit 12% des patients et 11% des séjours de la cohorte initiale) sera exclu de l'étude.

- **Les patients pour qui l'ensemble des hospitalisations consécutives à un séjour initial peut être considéré comme un suivi (critère de trajectoire avec concordance).**

Ce sous-groupe qui représente 6 patients pour 12 séjours (soit 4% des patients et 2% des séjours de la cohorte initiale) sera exclu de l'étude. Ils sont considérés sur la base des hypothèses posées comme des primo-suicidants.

Ces quatre sous-groupes peuvent donc être répartis selon le schéma ci-après :

Découpage de la population

A	Patients pour lesquels la récurrence est certaine sur tout ou partie des hospitalisations	A1	Patients dont la récurrence est certaine sur la totalité des hospitalisations	206 séjours 81 patients	Exclus les 104 séjours "non sûrs" dont 98 séjours "non sûrs" (délai et/ou trajectoire) et 6 séjours correspondant à une ré-hospitalisation	INCLUS 335 séjours 123 patients
		A2	Patients pour lesquels la récurrence est certaine sur une partie des hospitalisations seulement	233 séjours 42 patients		
B	Patients pour lesquels tous les séjours sont "non sûrs" ou correspondent à des ré-hospitalisations	B1	Patients pour lesquels la récurrence n'est pas certaine sur la totalité des hospitalisations	Non sûrs : 17 patients 52 séjours	Remarque : Ces patients n'ont pas été pris en compte dans la 1ère étude. Ils sont pourtant considérés ici comme "primo-suicidants"	EXCLUS 64 séjours 23 patients
		B2	Patients pour lesquels les hospitalisations consécutives à la première correspondent à des ré-hospitalisations	Réhospitalisations 6 patients 12 séjours		

Erratum :

Un individu pour lequel ne subsistait, après application des hypothèses d'inclusion, qu'un seul séjour considéré comme certain n'avait pas été repéré lors de la présentation des résultats au cours de la réunion du comité technique régional le 3 juillet 2009. Les résultats présentés ici tiennent compte de cette correction.

Au final

Sur la base des hypothèses posées, l'étude retiendra, en tant que récidivistes certains, 122 patients pour 334 séjours soit :

- 84 % des patients et 66 % des séjours de la cohorte initiale (incluant les patients et les séjours incertains).
- 25 % des patients et 39 % des séjours de l'ensemble des patients hospitalisés, récidivistes ou non.

On peut aussi remarquer que la part des séjours considérés comme récidives incertaines mesurée par rapport à l'activité totale de prise en charge des tentatives de suicide (pour l'année 2006 uniquement) représente 10 % de l'ensemble des séjours (55/572).

La part des séjours que l'on peut qualifier de ré-hospitalisations pour suivi d'une tentative initiale (incluant donc les 2 séjours successifs) mesurée par rapport à l'activité totale de prise en charge des tentatives de suicide (pour l'année 2006 uniquement) représente 2 % de l'ensemble des séjours (12/572).

Les analyses qui suivent et qui portent sur la population considérée comme récidiviste seront confrontées aux résultats issus de la première étude portant sur la population des individus ayant effectué un seul séjour pour tentative de suicide en 2005 ou 2006. Toutefois, du fait de l'extension de la période d'observation aux années 2004-2007, des individus inclus dans la première étude ont été repérés comme ayant aussi effectué un séjour pour tentative de suicide en 2004 ou en 2007. A l'échelle du pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo, 45 patients sont dans ce cas de figure parmi les 393 patients qui constituent la population de la première étude (cf schéma page 8).

Précisions méthodologiques :

Les hypothèses présentées précédemment permettent de caractériser une population de patients et les séjours qui s'y rapportent vis-à-vis de récidives considérées comme certaines. Ces hypothèses permettent donc d'estimer à minima les récidives qui sont vraisemblablement plus importantes dans la réalité mais qui, du fait des limites et des contraintes liées à l'outil PMSI, n'ont pu être incluses de façon certaine dans l'étude.

Vertical line

Caractéristiques des patients récidivistes⁵ et comparaison avec la cohorte de la première étude⁶ (primo-suicidants sur la période 2005-2006)

Répartition par sexe et âge

Une prédominance féminine davantage marquée dans les tranches d'âge de la population active

Les patients hospitalisés plusieurs fois pour tentatives de suicides sont à prédominance féminine : 82 femmes et 39 hommes, soit respectivement 68% et 32%. Le sex ratio est égal à 2,1, soit plus de deux hospitalisations féminines pour une hospitalisation masculine. La prédominance féminine est plus marquée que dans la première étude pour laquelle le sex ratio était égal à 1,54.

Globalement, 6 patients sur 10 (61%) sont âgés de 35 à 54 ans, les hospitalisations répétées pour tentative de suicide concernent le plus souvent des patients âgés de 15 à 24 ans et de 35 à 44 ans chez les hommes tandis que chez les femmes ce sont les tranches d'âge de 35 à 54 ans qui sont les plus concernées.

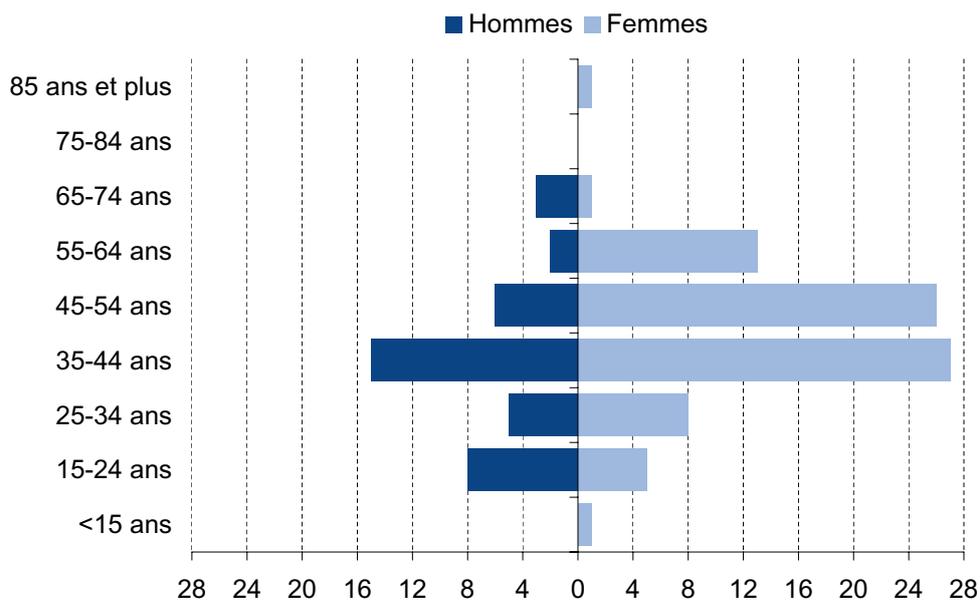
L'âge moyen est de 39,9 ans pour les hommes et de 43,6 ans pour les femmes, sans différence statistiquement significative entre les deux sexes.

En comparaison de la population des patients hospitalisés pour tentative de suicide une seule fois en 2005 et 2006 (étude 1), la population des récidivistes est légèrement plus âgée chez les femmes (43,6 ans vs 39,2 ans) et chez les hommes (39,9 ans vs 39,1 ans).

⁵ Les caractéristiques des patients sont étudiées sur la base du premier séjour effectué pour tentative de suicide en 2006 afin d'être homogène pour la comparaison avec la population étudiée lors du premier volet de l'étude de décembre 2008. De fait et par rapport à notre cohorte, seul 121 patients sur 122 sont pris en compte. Un patient étant exclu du fait d'une non satisfaction des hypothèses d'inclusion sur son séjour réalisé en 2006.

⁶ CHAMPION F., TRON I., Etude des tentatives de suicide prises en charge en court séjour en Bretagne : Analyse réalisée à partir de la base PMSI court séjour 2006, ORS Bretagne, décembre 2008.

Pyramides des âges des patients hospitalisés plusieurs fois pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge dans le pays de Guingamp et dans le pays du Trégor-Goëlo



Source : PMSI MCO 2004-2007

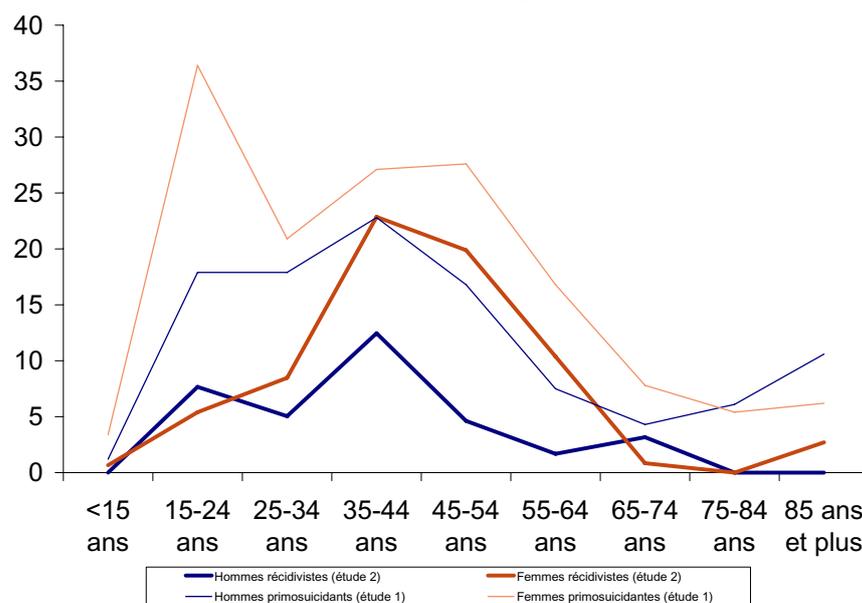
Taux d'hospitalisation selon le sexe et l'âge

Des taux d'hospitalisation plus élevés chez les femmes entre 15 et 75 ans

L'étude des taux d'hospitalisation confirme les constats précédents :

- Quel que soit le sexe, le taux d'hospitalisation est maximal entre 35 et 44 ans.
- Globalement et jusqu'à 75 ans, les femmes présentent des taux d'hospitalisation plus élevés que ceux des hommes, ceux-ci pouvant être jusqu'à environ 2 fois supérieurs sur la tranche d'âge allant de 35 à 44 ans.

Taux d'hospitalisation des patients hospitalisés pour tentative de suicide pour 10.000 habitants selon le sexe et l'âge dans le pays de Guingamp et dans le pays du Trégor-Goëlo



Sources : PMSI MCO 2004-2007, ATIH, INSEE – projections de population

Le profil de la courbe des taux d'hospitalisation des femmes récidivistes diffère de celle de la population de la première étude. En effet, le pic du taux d'hospitalisation qui s'observait chez les femmes de 15 à 24 ans n'apparaît pas. La forte différenciation sexuelle à cet âge est également gommée puisque les taux d'hospitalisation des hommes et des femmes récidivistes dans cette tranche d'âge sont relativement proches alors que les taux féminins à cet âge étaient deux fois supérieurs à ceux des hommes au cours de la première étude. En fait et comme déjà énoncé ci-dessus, le pic et l'écart maximal peuvent s'observer chez la population récidiviste mais de façon décalée et atténuée vis-à-vis de l'âge des primosuicidants.

Mode de suicide⁷

Une intoxication : 8 fois sur 10

Plus de 8 tentatives de suicide sur 10 sont le résultat d'une intoxication (83%), plus fréquemment chez les femmes (87% vs 74% chez les hommes, $p=0,04$). L'intoxication apparaît plus souvent privilégiée par les récidivistes que par les individus de la première étude puisque 75% de ces derniers avaient eu recours à ce mode de suicide contre 83% actuellement. Cette tendance se vérifie chez les hommes comme chez les femmes.

Mode de suicide utilisé selon le sexe

Mode	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Auto-intoxication	29	74,4%	71	86,6%	100	82,6%
Lésion auto-infligée	3	7,7%	8	9,8%	11	9,1%
Les deux	7	17,9%	3	3,7%	10	8,3%
Total	39	100,0%	82	100,0%	121	100,0%

Sources : PMSI MCO 2004-2007, ATIH, INSEE

Mode d'entrée

74% des récidivistes sont passés par les urgences avant leur hospitalisation.

Les trois quarts des tentatives de suicide hospitalisées en court séjour ont fait l'objet d'un passage par le service des urgences, l'arrivée directe en provenance du domicile concernant un quart des patients. Toutefois, compte tenu du fait que la provenance n'est pas une variable renseignée de façon homogène selon les établissements, ces résultats sont à interpréter avec prudence⁸.

⁷ Contrairement à la première étude réalisée à l'échelle régionale, les effectifs des patients concernés par la seconde étude ne permettent pas une analyse par tranche d'âge.

⁸ La provenance « passage au service des urgences a été ajoutée au mode d'entrée en 2004. Cette nouvelle variable n'est pas utilisée par tous les établissements, ainsi, il est difficile de distinguer les entrées en provenance du domicile ayant occasionné un passage aux urgences de celles n'étant pas passées par le service des urgences avant leur hospitalisation en court séjour.

Mode de sortie

Un retour au domicile 7 fois sur 10

Si 30% des récidivistes sont transférés vers une autre unité médicale, plus des deux tiers (70%) regagne son domicile. Ces chiffres sont proches de ceux observés lors de la première étude. Les unités médicales vers lesquelles les récidivistes ont été principalement orientées sont : la psychiatrie (62%, 23 patients sur 37) puis la médecine (32%, soit 12 patients) et enfin 2 patients ont été accueillis en soins de suite et de réadaptation.

Mode de sortie des hospitalisations selon le mode utilisé pour la tentative de suicide

Mode de sortie	Auto-intoxication		Lésion auto-infligée		Les deux		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Domicile	72	72%	8	73%	5	50%	85	70%
transféré d'une unité de psychiatrie	19	19%	2	18%	1	10%	22	18%
transféré d'une unité de médecine	7	7%	1	9%	4	40%	12	10%
transféré d'une unité SSR	2	2%	0	0%	0	0%	2	2%
Total	100	100%	11	100%	10	100%	121	100%

Sources : PMSI MCO 2004-2007, ATIH, INSEE

Les modes de sortie ne diffèrent pas significativement selon le mode de suicide utilisé ($p=0,1346$).

Durée moyenne de séjour

Une tentative sur deux est hospitalisée moins de 48 heures

La moitié des hospitalisations dure moins de 2 jours et 4 sur 10 entre 2 et 5 jours. Les hospitalisations plus longues sont plus rares : seuls 2% des patients ont séjourné plus de 15 jours à l'hôpital suite à leur tentative de suicide.

La durée moyenne de séjour⁹ est de 4,8 jours contre 2,7 jours chez les suicidants de la première étude. De fait et en moyenne, les récidivistes sont hospitalisés 2 fois plus longtemps que les suicidants de la première étude.

⁹ Comme pour la première étude, la durée moyenne de séjour est calculée en excluant les séjours de moins de 2 jours.

**Répartition des hospitalisations pour tentative de suicide
selon la durée de séjour**

	Effectif	%
<2 jours	60	50%
2 à 5 jours	47	39%
6 à 10 jours	10	8%
11 à 15 jours	1	1%
>15 jours	3	2%
Total	121	100%

Sources : PMSI MCO 2004-2007, ATIH, INSEE

Caractéristiques des récidives

Estimation du nombre de récidives

En moyenne, les patients pris en compte dans l'étude ont effectué 2,8 séjours pour tentatives de suicide sur la période 2004-2007. Plus de la moitié (58%) en ont effectué deux, 22% trois et une personne sur cinq (20 % des patients) a été hospitalisée entre 4 et 6 fois pour tentative de suicide sur la période.

Nombre de patients selon le nombre de tentatives de suicide identifiées comme certaines

Nombre de tentatives	Effectifs bruts	%
2	70	58%
3	27	22%
4	13	11%
5	5	4%
6	6	5%
Total	121	100%

Comme explicité précédemment, il n'est pas possible de calculer un délai moyen entre 2 hospitalisations successives du fait de l'absence, au sein du PMSI, des dates d'entrée et de sortie précises. Seuls sont en effet renseignés le mois et l'année de sortie.

Modes de suicide successifs lors des 5 premiers séjours et cohérence inter-séjours

Une tentative d'analyse de l'évolution des modes de suicide chez les patients récidivistes conduit à exclure 15 patients parmi les 121 pris en compte dans l'étude. En effet, pour ces 15 patients et parmi l'ensemble de leurs séjours, deux séjours successifs sont considérés comme incertains du fait du non respect des critères de délai. Pour ces deux séjours, le mode de passage à l'acte évolue conduisant ainsi à une incertitude vis-à-vis du mode à prendre en compte pour cette analyse (incertitude du séjour à considérer comme certain parmi les 2 séjours concernés).

De fait et à l'issue des procédures de chaînage des séjours, 106 patients parmi les 121 ont été pris en compte, soit 88% des patients.

Globalement et quel que soit le nombre de tentatives commises par les personnes prises en compte, environ les trois quart (73 %) présentent un profil stable quant au mode de recours employé (auto-intoxication ou lésion auto-infligée). Cette proportion étant d'ailleurs quasiment identique selon le nombre de tentatives effectuées.

Le nombre de patients ayant eu recours à des modes différents et ayant effectué plus de deux tentatives sur la période est trop faible pour porter un regard sur l'aggravation du caractère léthal du mode de recours. Concernant les patients ayant effectué deux tentatives au cours desquelles le mode de recours a évolué (18 patients), on observe que 12 d'entre eux (soit les deux tiers) ont recours à une lésion auto-infligée après une auto-intoxication. Une forte majorité de ces patients s'engage donc dans un processus présentant à priori un risque potentiel de létalité plus important ou tout au moins plus péjoratif pour leur santé.

Synthèse des résultats

Sur la base des hypothèses d'inclusion des patients et des séjours validées par le Comité technique régional, 122 personnes issues des pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo peuvent être considérées comme récidivistes de façon certaine (hospitalisées au moins à deux reprises pour deux tentatives de suicide différentes) sur la période 2004-2007.

L'application des hypothèses d'inclusion conduit à exclure pour incertitude quant à la récurrence (incertitude entre hospitalisation pour deux tentatives différentes ou pour suivi d'une tentative initiale) 18 patients et 157 séjours. De fait, la population et les séjours identifiés comme récidives certaines correspondent à un effectif à minima, une partie des séjours et des patients considérés comme incertains, et donc exclus de l'étude, étant vraisemblablement des récidives.

À minima, les récidivistes « certains » pris en compte dans l'étude représentent 25 % des patients et 39 % de l'ensemble des séjours effectués pour tentative de suicide sur la période 2004-2007. Si l'on y ajoute les patients et les séjours exclus car considérés comme incertains, ils représentent 30 % des patients et 59 % des séjours effectués sur la période. La réalité du poids de la récurrence pour notre étude se situe donc dans cette fourchette.

Le profil des patients se caractérise par une nette prédominance féminine, plus fortement marquée encore que pour la population considérée comme primo-suicidante (cf. étude 1). Cette prédominance s'accroît dans les tranches d'âge les plus concernées par la récurrence, particulièrement entre 35 et 54 ans.

A l'image de la première étude, l'intoxication est le mode de suicide très majoritairement utilisé (plus de 80 %) même si l'on peut observer, avec toutes les limites que comporte cette analyse, que parmi les récidivistes qui font évoluer leur mode de passage à l'acte (environ un quart de la population), deux tiers approximativement le font vers un mode plus péjoratif pour la santé et la survie (passage d'une intoxication à une lésion auto-infligée).

Enfin la durée moyenne de séjour (4,8 jours) est sensiblement plus longue que pour les personnes de la première étude considérées comme primo-suicidante (2,7 jours). Le mode de sortie est quant à lui comparable dans les deux études avec notamment 70 % des sorties qui s'effectuent en direction du domicile.

Réflexion sur les difficultés liées au codage ou aux contraintes du PMSI. Perspectives

Cette étude portant sur les récives suicidaires se voulait exploratoire et avait pour objectifs à la fois d'obtenir un regard sur le profil et les caractéristiques des patients récidivistes et de leurs séjours ainsi que sur les possibilités et les limites de l'analyse à partir de l'exploitation des données issues du PMSI. Elle a donc été réalisée à l'échelle géographique de deux pays de Bretagne avant extension éventuelle à l'échelle régionale au regard des conclusions et des difficultés rencontrées.

L'identification des tentatives de suicide et/ou des récives parmi les séjours présentant un code mentionnant le suicide en Diagnostic Associé Significatif (DAS) dans le PMSI s'avère délicat. En effet, plusieurs difficultés sont identifiables.

Les premières sont directement liées aux contraintes du PMSI et les secondes tiennent aux pratiques de codage.

- **Difficultés liées aux contraintes du PMSI**

Elles se réfèrent en tout premier lieu au format du Résumé de Séjour Anonymisé (RSA) puisque au sein de ce dernier n'existe pas de variable permettant le repérage des réhospitalisations.

La prise en compte des séjours et des patients récidivistes ne peut donc s'effectuer qu'à partir d'hypothèses d'inclusion tentant de différencier les tentatives des hospitalisations pour suivis d'une tentative initiale. Pour notre étude, ces hypothèses ont concerné à la fois le délai entre deux hospitalisations et la trajectoire des patients.

Si l'hypothèse concernant la trajectoire paraît relativement stable, l'hypothèse concernant les délais paraît plus arbitraire et imprécise, en particulier du fait de l'absence des dates exactes d'entrée et de sortie des séjours hospitaliers dans les RSA (seuls sont mentionnés le mois et l'année de sortie). Cette contrainte conduit vraisemblablement à une exclusion de séjours et de patients considérés comme « incertains » vis-à-vis de la récurrence et par répercussion, à une diminution artificielle des séjours et des patients réellement récidivistes.

- **Difficultés liées aux pratiques de codage**

En fonction des établissements, l'hétérogénéité des pratiques de codage de l'information au sein du PMSI concernant les passages aux urgences interdit de s'appuyer sur cette variable pour différencier des séjours se rapportant à des réhospitalisations pour suivi (en partant du principe qu'un patient attendant à ses jours passe systématiquement par les urgences à chaque fois qu'il commet une nouvelle tentative).

Par ailleurs, des patients ayant des séjours codés pour tentative de suicide avec une entrée par transfert d'un autre établissement sans que le séjour initial ne porte un code en rapport avec la tentative de suicide dans les DAS, ont pu être repérés au sein de notre étude. Ces observations sont le témoin de pratiques de codage en DAS hétérogènes d'un établissement à l'autre avec pour répercussion potentielle des omissions dans les séjours pour tentative de suicide sans que celles-ci ne soient mesurables.

De plus et concernant les pratiques de codage, le tableau ci-dessous rappelle les consignes de codage des tentatives de suicide définies par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Consignes de codage des tentatives de suicide dans le PMSI

Les séjours dont le suicide et la tentative de suicide sont le motif doivent toujours mentionner :

- un diagnostic principal (DP) codé avec le chapitre XIX de la CIM 10 « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe » (code S00 à T98) qui décrit la conséquence du suicide ou de la tentative de suicide. Il n'y a donc pas de Diagnostic Relié (DR).

ET

- un diagnostic associé significatif (DAS) mentionnant un code du groupe X60 à X84 du chapitre XX de la CIM 10 pour enregistrer le ou les moyens utilisés

D'autres DAS peuvent être renseignés en plus si nécessaire pour signaler un problème de santé associé au DP ou d'éventuelles complications

Si le principe d'inclusion des séjours dans notre étude se limitait aux seuls séjours respectant strictement les consignes de codage des suicides et des tentatives de suicide définies par l'ATIH, cela conduirait à ignorer plus d'un séjour sur cinq de l'ensemble des séjours pris en compte. Pourtant, ces séjours portent en DAS un ou plusieurs codes du groupe X60-X84 mentionnant explicitement une tentative de suicide¹⁰.

Cette situation illustre aussi l'hétérogénéité des pratiques de codage vis-à-vis des recommandations délivrées par l'ATIH.

Enfin et vis à vis de la description des parcours de prise en charge, celle-ci est vraisemblablement dépendante, à l'échelle des deux pays pris en compte dans l'étude, de l'offre de soins disponible sur les territoires concernés.

¹⁰ Pour information est restituée en annexe 2 la liste des diagnostics principaux des séjours pour lesquels seul le DAS mentionne l'existence d'une tentative de suicide.

Au final et en perspective

L'ensemble des éléments évoqués ci-dessus montre d'une part la difficulté d'identification des séjours pour tentative de suicide et d'autre part la difficulté de différenciation des séjours pour tentative de suicide de ceux pour récurrence ou pour suivi d'une tentative initiale. L'absence dans le RSA d'une variable permettant de coder les séjours pour récurrence ou pour suivi limite fortement la possibilité d'étude épidémiologique du phénomène de la récurrence suicidaire à partir de l'outil PMSI.

Il faut par ailleurs souligner la nécessité d'une reconstitution quasi individualisée et au cas par cas des parcours de prise en charge, dans la perspective d'un regard porté sur la récurrence, reconstitution nécessairement très chronophage.

L'ensemble de ces éléments ne milite pas en faveur d'une extension à l'échelle régionale de cette étude exploratoire menée à l'échelle de deux pays.

Par contre l'étude a bien souligné l'importance du phénomène de la récurrence qui reste un problème insuffisamment connu au regard du poids qu'il représente en terme de santé publique.

De fait, une expertise collective relative aux possibilités d'amélioration du codage PMSI et au contournement des contraintes liées à l'outil permettra de préciser les orientations méthodologiques nécessaires (exploitation de l'outil PMSI ou mise en place d'un recueil ad hoc) pour l'observation et l'amélioration de la connaissance du phénomène suicidaire. Cette connaissance est notamment à privilégier vis à vis des récurrences dans un objectif d'amélioration de la prévention ainsi que des modalités de prise en charge et de suivi.

Annexes

Vertical line

Annexe 1 : Rappel des consignes de codage des modes d'entrée et de sortie dans le PMSI

Rappel des consignes de codage des modes d'entrée et de sortie dans le PMSI

Codage du mode d'entrée et de la provenance

Le mode d'entrée se code comme suit :

- * 6 : mutation (La mutation signifie la provenance d'une autre unité médicale de la même entité juridique.)
- * 7 : transfert normal (Le transfert normal signifie la provenance d'une autre entité juridique pour une hospitalisation à part entière, à distinguer du cas de la prestation réalisée pour le compte de l'établissement
- * 8 : domicile (Le patient vient de chez lui.)
- * 0 : transfert pour ou après réalisation d'un acte

Codage de la provenance

- en cas d'entrée par mutation ou transfert. Il se code comme suit :

- * 1 : d'une unité de soins de courte durée
- * 2 : d'une unité de soins de suite et de réadaptation
- * 3 : d'une unité de soins de longue durée
- * 4 : de psychiatrie

- en cas d'entrée à partir du domicile

- * 5 : Avec passage dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement (depuis 2004)
- * 6 : hospitalisation à domicile
- * 7 : structure d'hébergement médico-sociale

Notes :

- Les codes de provenance 1, 2, 3 et 4 ne peuvent s'utiliser qu'en combinaison avec les modes d'entrée 6, 7 et 8
- Les codes de provenance 5, 6 et 7 ne peuvent s'utiliser qu'en combinaison avec le mode d'entrée 8. Le code de provenance 5 doit être privilégié aux dépens des codes 6 et 7 lorsqu'un patient bénéficie d'une hospitalisation à domicile ou vient d'une structure d'hébergement médico-sociale et passe par la structure

Codage du mode de sortie et de la destination

Le mode de sortie se code comme suit :

- * 6 : mutation (La mutation signifie le départ vers une autre unité médicale de la même entité juridique.)
- * 7 : transfert normal (Le transfert normal signifie le départ vers une autre entité juridique, à distinguer du cas d'un retour à l'établissement d'origine après la réalisation d'une prestation, codé 0.)
- * 8 : domicile (Le patient rentre chez lui.)
- * 9 : décès (Le patient est décédé dans l'unité médicale.)
- * 0 : transfert pour ou après réalisation d'un acte

Codage de la destination

- en cas de sortie par mutation ou transfert. Il se code comme suit :

- * 1 : d'une unité de soins de courte durée
- * 2 : d'une unité de soins de suite et de réadaptation
- * 3 : d'une unité de soins de longue durée
- * 4 : de psychiatrie

- en cas de sortie vers le domicile

- * 6 : hospitalisation à domicile
- * 7 : structure d'hébergement médico-sociale

Note : Les codes de la destination 6 et 7 ne peuvent s'utiliser qu'en combinaison avec le mode de sortie 8.

Source : <http://www.atih.sante.fr/>

Annexe 2 : Nombre de séjours dont le principe de codage de l'ATIH n'est pas respecté alors qu'une tentative de suicide est mentionnée en DAS

Code CIM10	Libellé	Nombre de séjours
A410	Septicémies autres	1
F10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	15
F29	Psychose non organique sans précision	1
F31à39	Trouble de l'humeur (hors épisode maniaque)	48
F41	Autres troubles anxieux	5
F44	Troubles dissociatifs (de conversion)	1
F60	Troubles spécifiques de la personnalité	1
F69	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte sans précision	1
F91	Troubles des conduites	1
G92	Encéphalopathie toxique	1
I26	Embolie pulmonaire	1
I45	Autres troubles de la conduction	1
J15	Pneumopathies bactériennes, non classées ailleurs	2
J44	Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques	1
J69	Pneumopathies due à des substances solides et liquides	1
J80	Syndrome de détresse respiratoire chez l'adulte	1
J81	Œdème pulmonaire	1
J93	Pneumothorax	1
J96	Insuffisance respiratoire, non classée ailleurs	1
K65	Péritonite	1
M62	Autres atteintes musculaires (myopathie)	1
N17	Insuffisance rénale aiguë	3
R10	Douleur abdominale et pelvienne	1
R40	Somnolence, stupeur et coma	10
Z51	Autres soins médicaux	1
Z75	Difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé	1
Total		103

Exemple d'incohérence de codage :

Le code R40 « Somnolence, stupeur et coma », est bien détaillé dans le guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI de l'ATIH (cf. page 51). En effet, ce code ne doit pas figurer en DP lorsque le séjour est motivé par une intoxication médicamenteuse volontaire. Ainsi, par exemple, « pour une intoxication volontaire par prise de psychotrope sédatif ou hypnotique à l'origine des troubles de la conscience », le code exact qui doit être portée en DP est celui de l'intoxication par le produit (T42.-) ».



Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Bretagne
20 rue d'Isly - CS. 84224 - 35042 Rennes Cedex
Tél - 02 99 35 29 00 - Fax - 02 99 30 59 03
Portail des services de l'Etat : <http://www.bretagne.pref.gouv.fr>



Observatoire Régional de Santé de Bretagne
8D rue Franz Heller - CS 70625 - 35 706 RENNES CEDEX 7
Tél - 02 99 14 24 24 • Fax - 02 99 14 25 21
<http://www.orsbretagne.fr>



Conseil Régional de Bretagne
283, avenue du Général PATTON - CS 21 101 - 35 711 Rennes Cedex
Tél - 02 99 27 10 10 • Fax - 02 99 27 11 11
<http://www.bretagne.fr>