

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La tentative de suicide : évaluation d'une
action d'incitation au codage en psychiatrie**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 10 juin 2021 à 16 Heures
au Pôle Recherche

par Juliette LANGER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Docteur Charles-Édouard NOTREDAME

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Philippe PARADIS

**Travail mené en collaboration avec la Fédération Régionale de
Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France**

Avertissement

**« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »**

Table des matières

RESUME	8
Liste des abréviations.....	10
Listes des tableaux et figures.....	12
Liste des annexes	13
INTRODUCTION.....	14
I. Définitions et concepts.....	15
1) Suicide	15
2) Tentative de suicide	16
3) Idées suicidaires.....	18
4) Crise suicidaire	18
II. Facteurs de risque suicidaire et risque suicidaire.....	18
III. Épidémiologie du suicide.....	19
1) Dans le monde	19
2) En France	20
3) Dans les Hauts-de-France	20
IV. Épidémiologie de la tentative de suicide.....	21
1) En France	21
2) Dans les Hauts-de-France	22
V. Le principe du codage	22
VI. Les sources de données sur les conduites suicidaires en France.....	24
1) La surveillance des décès par suicide	24
2) La surveillance des tentatives de suicide dans les bases médico administratives.....	24
3) La surveillance des antécédents de TS par des enquêtes déclaratives	28
VII. Contexte de l'étude	29
OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	30
I. Objectif principal	30
II. Objectifs secondaires.....	30
MATERIEL ET METHODES.....	31
Partie 1 : Les individus suicidants décrits dans le PMSI-MCO et le RIM-P.....	31

I. Critères d'inclusion	31
1) Pour le PMSI-MCO.....	31
2) Pour le RIM-P.....	32
II. Variables utilisées pour l'étude	32
1) Dans le PMSI-MCO et le RIM-P pour les Hauts-de-France.....	32
2) Dans le PMSI-MCO pour le Nord et le Pas-de-Calais.....	33
3) Dans le RIM-P pour le Nord et le Pas-de-Calais.....	33
III. Plan d'analyse	34
1) Évolution des effectifs codés dans le RIM-P et le PMSI-MCO.....	34
2) Évolution du codage des TS décrites dans le RIM-P par rapport au PMSI-MCO.....	34
3) Comparaison des évolutions entre le Nord/Pas-de-Calais et l'ancienne Picardie.....	35
4) Description de la population suicidante codée dans le RIM-P.....	35
5) Comparaison des suicidants décrits dans le RIM-P et le PMSI-MCO.....	36
Partie 2 : Une enquête par questionnaire auprès des psychiatres	36
I. Population de l'étude	36
II. Déroulement de l'étude	36
III. Variables étudiées au travers le questionnaire	37
IV. Plan d'analyse	39
RESULTATS	41
Partie 1 : Analyse du PMSI-MCO et du RIM-P	41
I. Évolution du codage de la TS dans le RIM-P dans le Nord et le Pas-de-Calais entre 2015 et 2017	41
II. Individus et séjours avec diagnostic de TS codé dans le RIM-P en 2017 dans le Nord et le Pas-de-Calais	42
1) Individus.....	42
2) Séjours (Provenance et destination).....	45
III. Comparaison des individus suicidants décrits dans le RIM-P et dans le PMSI-MCO en 2017	47
Partie 2 : Enquête autour des pratiques de codage dans le RIM-P	49
I. Caractéristiques des répondants	49
II. État des connaissances, représentations du RIM-P et pratiques du codage	51
1) Connaissance du RIM-P.....	51
2) Représentations du RIM-P.....	51

3) Codage de l'activité en pratique.....	53
4) Opinions sur le codage de la TS dans le RIM-P.....	54
5) Pratiques de codage des antécédents de TS.....	54
6) Consignes reçues pour coder la TS.....	56
7) Évolution des connaissances, opinions et pratiques de codage dans le RIM-P entre 2014 et 2019.....	56
III. Les consignes de codage de la TS diffusées par la F2RSM Psy	57
1) Connaissance.....	57
2) Opinions sur ces consignes	58
3) Utilisation de la fiche en pratique courante.....	58
IV. Opinions des « médecins chefs » concernant la fiche de codage de la TS diffusée par la F2RSM Psy	60
V. Réponses à l'enquête selon les caractéristiques des répondants	61
1) Âge.....	61
2) Statut	61
3) Prise en charge des suicidants	62
4) Département d'exercice	62
5) Type d'établissement d'exercice	62
VI. Difficultés, remarques, suggestions	63
1) Sur les consignes de codage présentées dans la fiche	63
2) Sur l'amélioration du codage des TS.....	63
3) Autres remarques sur la description des TS.....	64
DISCUSSION	65
I. Une amélioration limitée du codage des TS dans le Nord et le Pas-de-Calais.....	65
II. Caractéristiques des individus avec diagnostic de TS dans le RIM-P en 2017 dans le Nord et le Pas-de-Calais	67
III. Une connaissance insuffisante des consignes de codage de la F2RSM Psy	70
IV. Perception générale du RIM-P et du codage de l'activité par les psychiatres	73
V. Des problématiques liées à la définition de la TS et au concept de codage diagnostic.....	75
VI. Le codage des antécédents de TS reste insuffisant.....	77
VII. Des limites aux consignes diffusées par la F2RSM Psy	78
VIII. Les forces de l'étude.....	79

CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE.....	82
ANNEXES	90
Annexe 1 : Critères DSM-V « Trouble conduite suicidaire » et « lésions auto-infligées non suicidaires ».....	90
Annexe 2 : Modèle stress-vulnérabilité de Mann.....	94
Annexe 3 : Fiche de consignes de codage de la TS dans le RIM-P (7)	95
Annexe 4 : Questionnaire utilisé pour l'enquête auprès des psychiatres	97
Annexe 5 : Codes des lésions auto-infligées (X60-X84) selon la CIM-10	102
Annexe 6 : Caractéristiques comparées des psychiatres répondants et des psychiatres salariés et mixtes du Nord et du Pas-de-Calais.	103
Annexe 7 : Caractéristiques comparées des psychiatres répondants et des psychiatres exerçant dans les établissements hospitaliers du Nord et du Pas-de-Calais.....	103

RESUME

Contexte. Les TS représentent un problème majeur de santé publique. Pour en suivre l'évolution épidémiologique, dans le cas des TS médicalisées, deux bases médico-administratives, le PMSI-MCO et le RIM-P, peuvent être exploitées. En 2011, un défaut de codage des TS dans le RIM-P est mis en évidence dans le Nord-Pas-de-Calais (2,6 fois moins d'individus suicidants que dans le PMSI-MCO y sont décrits). En 2016, à la suite de ce constat, des recommandations pour faciliter et uniformiser leur codage dans la région, sont diffusées. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'effet de cette action d'incitation au codage des TS.

Méthode. Ce travail comporte plusieurs parties. La première consiste à mesurer l'évolution du codage de la TS dans le RIM-P entre 2015 et 2017 dans le Nord et le Pas-de-Calais en comparaison avec l'ancienne Picardie, zone voisine, non touchée par l'action. La seconde est une enquête quantitative réalisée auprès des psychiatres des établissements de santé publics et privés du Nord et du Pas-de-Calais, ayant une activité autorisée en psychiatrie, afin d'évaluer la connaissance des recommandations de codage de la TS, leur utilisation en pratique courante et les limites.

Résultats. Premièrement, on retrouve une hausse statistiquement significative du codage de la TS dans l'ensemble des Hauts-de-France mais de manière plus importante dans le Nord et le Pas-de-Calais que dans l'ancienne Picardie (OR=1,37 ; IC 95% [1,29-1,46] ; $p < 0,0001$, versus OR= 1,26 ; IC 95% [1,15-1,38] ; $p = 0,001$). Cette évolution est cependant limitée. En 2017, la part d'individus codés dans le RIM-P avec un diagnostic de TS ne représente en effet que 58,9% de l'effectif retrouvé dans le PMSI-MCO. Deuxièmement, seuls 31,1% des psychiatres connaissent et utilisent les recommandations pour coder la TS. Enfin, des limites concernant le codage des antécédents de TS sont repérées.

Conclusion. L'effet de la diffusion des consignes de codage de la TS est limité et insuffisant. L'évolution du codage ne peut être imputée aux seuls effets de l'action et le faible taux de participation à l'enquête limite l'extrapolation des résultats. Il serait pertinent de développer des formations sur les concepts généraux de codage de l'activité dans le RIM-P selon les règles de la CIM-10 en y associant les recommandations spécifiques à celui des TS afin d'améliorer la qualité et l'exhaustivité des données utilisables pour surveiller la morbidité suicidaire.

Liste des abréviations

ALI2P	Association Lilloise de l'Internat et du Post-Internat de Psychiatrie
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CAC	Centre d'Accueil et de Crise
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CATTP	Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
CépiDc	Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHG	Centre Hospitalier Général
CIM-10	Classification Statistique Internationale des Maladies, 10 ^e Edition
CME	Commission Médicale d'Établissement
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CRA	Centre Ressources Autismes
DAS	Diagnostic Associé Significatif
DIM	Département d'Information Médicale
DP	Diagnostic Principal
DPI	Dossier Patient Informatisé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSM	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
EnCLASS	Enquête Nationale en Collège et en Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FINESS	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
F2RSM Psy	Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale
HAD	Hospitalisation à Domicile

INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONS	Observatoire National du Suicide
OSCOUR	Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences
PH	Praticien Hospitalier
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
R3A	Résumé d'Activité Ambulatoire Anonymisé
RIM-P	Recueil d'Informations Médicalisé pour la Psychiatrie
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RPSA	Résumé par Séquence Anonymisé
RPU	Résumé de Passage aux Urgences
RSA	Résumé de Sortie Anonyme
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAE	Statistique Annuelle des Établissements
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional
SNDS	Système National des Données de Santé
SPF	Santé Publique France
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifification à L'Activité
TS	Tentative de suicide
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
VAD	Visite à Domicile

Listes des tableaux et figures

<u>Tableau I.</u> Évolution entre 2015 et 2017 de la proportion d'individus avec un diagnostic de TS codé dans le RIM-P par rapport à celle décrite dans le PMSI-MCO, dans le Nord et le Pas-de-Calais et dans les départements de l'ancienne Picardie.	41
<u>Tableau II.</u> Évolution du codage de la TS dans le RIM-P entre 2015 et 2017 dans le Nord et le Pas-de-Calais (Zone cas) et dans les départements de l'ancienne Picardie (Zone témoin). Régressions logistiques dans chacune des deux régions.	42
<u>Tableau III.</u> Distribution des patients avec un diagnostic de TS codé dans le RIM-P. 2017. N=4878. VM=valeurs manquantes.	43
<u>Tableau IV.</u> Distribution des DP retrouvés associés aux TS pour les individus pris en charge dans le Nord et le Pas-de-Calais. RIM-P 2017. N=4878.	45
<u>Tableau V.</u> Comparaison des patients suicidants décrits dans le RIM-P et le PMSI-MCO. Nord et Pas-de-Calais. 2017.	48
<u>Tableau VI.</u> Caractéristiques socio démographiques des répondants. N=74.	49
<u>Tableau VII.</u> Évolution entre 2014 et 2019 des connaissances et des représentations sur le RIM-P, du codage de l'activité et des antécédents de TS.	57
<u>Figure 1.</u> Répartition des patients de 10 ans et plus avec un diagnostic de TS codé dans le RIM-P, par classes d'âges et par sexe. Nord et Pas-de-Calais. 2017. N= 4878.	44
<u>Figure 2.</u> Provenance des patients pour lesquels un séjour pour TS est enregistré dans le RIM-P. Nord et Pas-de-Calais.2017. Effectifs et pourcentages. N=1852.	46
<u>Figure 3.</u> Destination des patients après un séjour pour TS enregistré dans le RIM-P. 2017.Nord et Pas-de-Calais. Effectifs et pourcentages. N=1852.	47
<u>Figure 4.</u> Répartition des répondants par lieux d'intervention (NB : plusieurs unités/lieux d'exercice possibles).....	50
<u>Figure 5.</u> Distribution des répondants selon leur connaissance du RIM-P. Effectifs et pourcentages. N=74.	51
<u>Figure 6.</u> Distribution des répondants selon leurs représentations et opinions concernant le RIM-P. Effectifs et pourcentages. N=74.	52
<u>Figure 7.</u> Distribution des répondants selon la fréquence de codage de l'activité dans le RIM-P. N=74.	53

<u>Figure 8.</u> Opinions des psychiatres sur le codage de la TS (plusieurs choix possibles). N =74.....	54
<u>Figure 9.</u> Fréquence de recherche des antécédents de TS en hospitalisation. N=74.....	54
<u>Figure 10.</u> Fréquence de recherche des antécédents de TS en ambulatoire. N=74.....	55
<u>Figure 11.</u> Fréquence du codage des antécédents de TS en hospitalisation. N=74.....	55
<u>Figure 12.</u> Fréquence du codage des antécédents de TS en ambulatoire. N=74.....	55
<u>Figure 13.</u> Opinions sur la fiche de consignes de codage de la TS. Effectifs et pourcentages. N=31.....	58
<u>Figure 14.</u> Avis des psychiatres sur l'évolution de leur pratique de codage de la TS en termes de fréquence. Effectifs et pourcentages. N=23.	59
<u>Figure 15.</u> Satisfaction à l'utilisation de la fiche de consignes en pratique pour coder la TS. N=23.	59
<u>Figure 16.</u> Estimation par les « médecins chefs » de l'évolution des pratiques de codage de la TS avec l'utilisation de la fiche de consignes. Effectifs et pourcentages. N=7.....	60

Liste des annexes

Annexe 1 : Critères DSM-V « Trouble conduite suicidaire » et « lésions auto-infligées non suicidaires ».

Annexe 2 : Modèle stress-vulnérabilité de Mann.

Annexe 3 : Fiche de consignes de codage de la TS dans le RIM-P.

Annexe 4 : Questionnaire utilisé pour l'enquête auprès des psychiatres.

Annexe 5 : Codes des lésions auto-infligées (X60-X84) selon la CIM-10.

Annexe 6 : Caractéristiques comparées des psychiatres répondants et des psychiatres salariés et mixtes du Nord et du Pas-de-Calais.

Annexe 7 : Caractéristiques comparées des psychiatres répondants et des psychiatres exerçant dans les établissements hospitaliers du Nord et du Pas-de-Calais.

INTRODUCTION

On compte aujourd'hui environ 800 000 suicides par an dans le monde. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'une personne met fin à sa vie toutes les 40 secondes dans le monde (1). Elle fait du suicide une priorité de santé publique et souhaite, par son rapport sur « *la prévention du suicide : l'état d'urgence mondial* », sensibiliser les pays à l'ampleur du phénomène, lutter contre la stigmatisation autour des conduites suicidaires et ainsi encourager et renforcer les stratégies de prévention (2).

Un suicide est un traumatisme pour l'entourage, touchant environ six proches et jusqu'à une vingtaine de personnes dans l'entourage plus large (3). Le risque suicidaire augmente dans l'entourage de la personne suicidée. C'est le phénomène de contagion suicidaire (4). C'est parce qu'il s'agit d'un phénomène évitable que les politiques publiques se mobilisent depuis plusieurs dizaines d'années autour de la prévention du suicide.

Différentes sources de données nous permettent aujourd'hui d'enrichir les connaissances sur les conduites suicidaires, de mesurer l'évolution de la morbi-mortalité suicidaire et ainsi d'évaluer l'efficacité des actions préventives.

Notre intérêt, dans cette étude, porte sur l'enregistrement des tentatives de suicide (TS) dans les bases de données médico-administratives, telles que le Recueil d'Informations Médicalisé pour la Psychiatrie (RIM-P) et le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information pour les services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (PMSI-MCO). Cet enregistrement est permis par une méthode de recueil de codage des pathologies.

A la suite d'une étude réalisée dans le Nord-Pas-de-Calais mettant en évidence, en 2011, un nombre d'individus pris en charge avec un diagnostic de TS codé en psychiatrie bien plus faible que celui des individus hospitalisés en MCO (5), la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM Psy) souhaite connaître les motifs de ce sous codage. Elle soutient alors, en 2014, une enquête portant sur les pratiques de

codage de la TS dans la région (6). En ce sens, un consensus pour coder les TS en psychiatrie voit le jour en 2016 (7). L'objectif de ces recommandations est d'améliorer leur codage et permettre un meilleur recensement des TS dans les bases nationales afin de disposer de données de morbidité exploitables d'un point de vue épidémiologique.

Ce travail de thèse est réalisé avec l'aide et le soutien méthodologique et statistique de la F2RSM Psy des Hauts-de-France. Il s'intéresse à évaluer l'impact de la diffusion de ces recommandations de codage en mesurant d'une part, l'évolution du codage de la TS dans le RIM-P dans le Nord et le Pas-de-Calais et d'autre part, leur connaissance et leur utilisation par les psychiatres.

I. Définitions et concepts

Selon l'OMS, les comportements suicidaires comprennent les idées suicidaires, la planification complète du suicide, la tentative de suicide (TS) et le suicide (2).

1) Suicide

Du latin « sui caedere », « se tuer soi-même », le suicide est l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie. En Grec, on parle aussi d'autolyse (« auto » : soi-même, et « lyse » : destruction).

Le suicide n'est plus considéré comme un crime depuis 1789 (8).

L'OMS définit le suicide comme « *l'acte de se donner délibérément la mort* »(2). La personne suicidée est l'individu qui s'est donné volontairement la mort (9).

Dans l'histoire du suicide, deux sociologues marquent par leur approche. Selon le sociologue Français Émile Durkheim, dans son livre *Le suicide* paru en 1897, le suicide représente « *tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat* » (10). En apportant une dimension sociologique au suicide, il exclut totalement les facteurs individuels. En effet, il décrit des « instances d'intégration et de régulation » qui protègent

ou non un individu des risques du suicide. Il cite la famille et les guerres comme des instances intégratives protectrices, et les règles sociales comme des instances de régulation qui protègent. A partir de ces concepts, Il propose plusieurs types de suicide, le « suicide fataliste » (en cas « d'excès de régulation, de réglementation » sociale), le « suicide anémique » (lors d'un « défaut de régulation » sociale), le « suicide altruiste » (par « excès d'intégration et de soumission » à la collectivité) et le « suicide égoïste » (par « défaut d'intégration » à la société) (10). L'élève de Durkheim, Halbwachs publie en 1930 *Les causes du suicide*, dans lequel il soulignera son désaccord avec les concepts de son maître. Il intègre dans le concept du suicide à la fois des facteurs individuels et collectifs (11).

2) Tentative de suicide

La tentative de suicide (TS) est un concept plus difficile à définir. L'OMS définit la TS comme « *tout comportement suicidaire non mortel et comme tout acte d'auto-intoxication, d'auto-mutilation ou d'auto-agression avec intention de mourir ou pas* » (2). L'inclusion de « *l'auto-agression non mortelle sans intention de mourir* » dans la définition soulève de nombreuses interrogations et désaccords quant au concept d'intention suicidaire. Pour Silverman, la TS doit inclure dans sa définition la notion de réelle intention de mourir (12) (13).

D'autre part, dans le référentiel de psychiatrie et d'addictologie, la TS est définie comme « *un comportement auto-infligé avec intention de mourir sans issue fatale (...) La TS est à différencier des conduites d'auto-mutilation, des prises de risque (...) du fait de l'absence d'intention de mourir* » (9).

En 2013, l'Association Américaine de Psychiatrie fait apparaître « *les lésions auto-infligées non suicidaires* » et le « *trouble conduite suicidaire* » dans le Manuel diagnostique et statistique des maladies, 5^e révision, DSM-V (14). Les conduites suicidaires sont alors identifiées spécifiquement dans la nosographie psychiatrique et non seulement comme

des symptômes de pathologies psychiatriques (15) (16). En effet, considérant qu'au moins 10% des suicidés ou des patients ayant fait une TS n'ont pas de comorbidités psychiatriques (17), les TS ne peuvent pas être appréhendées sous l'unique spectre des pathologies mentales. Le DSM-V distingue alors le « *trouble conduite suicidaire* » des « *lésions auto-infligées non suicidaires* » pour lesquelles l'intention suicidaire est absente (définitions en Annexe 1). Le « *trouble conduite suicidaire* » est défini par l'existence d'une TS dans les 2 ans. Il se différencie des auto-mutilations réalisées dans le but de « *soulagement d'émotions* » négatives et « *pour entraîner un état émotionnel positif* » sans intention de mourir (14). Il exclut les idées suicidaires et la planification de la TS. Le DSM-V précise que la TS est réalisée « avec une certaine intention de mourir » et que « *déterminer le degré d'intention peut constituer un défi* ». Les comportements au cours desquels l'individu change d'avis ou les TS interrompues après l'initiation du passage à l'acte sont inclus dans la définition, au contraire des TS « avortées » avant la préparation de l'acte (14).

La personne suicidante est l'individu qui survit à une TS.

On définit l'intention suicidaire comme « *le désir ou la volonté consciente de quitter (ou de s'échapper de) la vie que l'on connaît, ou comme l'intensité du désir du patient d'en finir avec sa vie* » (18). Si l'intention suicidaire est pour la plupart des auteurs un élément essentiel pour définir le suicide et les TS, son évaluation se révèle souvent difficile et complexe du fait de l'ambivalence fréquemment associée chez les patients et des possibles dissimulations (2) (19). Le clinicien peut s'aider d'échelles de mesure comme l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck (18).

Pour l'OMS, nous l'avons vu, les auto-mutilations répondent à la définition d'une TS alors que le clinicien est plus mitigé. Nombreux sont ceux qui les considèrent comme des comportements répétitifs utilisés dans le but de soulager une douleur morale ou des

émotions négatives (20). La mince limite entre les deux comportements vient complexifier le concept des conduites suicidaires.

3) Idées suicidaires

Les idées suicidaires sont « *des pensées concernant le désir (de mort) et les (moyens) de se donner la mort* ». Elles peuvent aller « *des idées morbides vagues et floues jusqu'à une planification élevée avec un scénario établi* ». La personne suicidaire est celle qui présente et/ou exprime des idées suicidaires (9).

4) Crise suicidaire

La crise suicidaire est définie par la conférence de consensus de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) en 2000, comme « *une crise psychique dont le risque majeur est le suicide* ». Cette crise est réversible. Pour reprendre la définition de l'ANAES, « *cette crise constitue un moment d'échappement* » ; « *un état d'insuffisance de moyens de défense et de vulnérabilité* » plaçant l'individu « *en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel* » ; « *elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes* » (21). La crise suicidaire est un phénomène complexe durant plusieurs semaines et la TS représente, pour l'individu, une issue possible pour sortir de cet état.

II. Facteurs de risque suicidaire et risque suicidaire

La connaissance des facteurs de risque suicidaire est permise par les études épidémiologiques. Un facteur de risque est défini comme une variable associée statistiquement à la survenue d'une maladie ou d'un phénomène de santé (16).

Ils sont à appréhender dans un modèle intégratif, le modèle « stress-vulnérabilité » de la crise suicidaire (Annexe 2). Ce modèle présente le suicide comme la conséquence d'une interaction entre des traits de vulnérabilité (génétiques, antécédents familiaux et personnels de TS, événements traumatiques dans l'enfance...) et des événements de vie

stressants (16). Les facteurs de risque ne peuvent expliquer à eux seuls la survenue d'un suicide.

Les facteurs de risque les plus décrits répondent à la classification présentée dans la conférence de consensus de l'ANAES sur la crise suicidaire (21). On peut citer d'abord, les facteurs de risque primaires (comme les troubles psychiatriques dont la dépression ; les antécédents personnels de TS ; les antécédents familiaux au 1^{er} degré de TS ; la communication d'une intentionnalité suicidaire ; l'impulsivité et l'agressivité). Ensuite, il existe des facteurs secondaires (tels que les pertes parentales, les maltraitances, les négligences graves, les abus sexuels, l'isolement social et affectif ou géographique ; les difficultés financières et professionnelles) et des facteurs tertiaires (le sexe masculin, les âges avancés).

L'antécédent de TS représente le facteur de risque le plus associé au suicide (22,23).

L'évaluation du risque suicidaire est permise grâce la méthode RUD (Risque-Urgence-Dangerosité) qui classe le risque en faible, moyen, élevé afin de guider la prise en charge. Le risque est évalué par l'analyse des facteurs de risque, des facteurs de prédisposition, des évènements de vie et des facteurs protecteurs. L'urgence est déterminée selon l'imminence du passage à l'acte et la dangerosité, par la létalité du moyen et son accessibilité (21) (8).

III. Épidémiologie du suicide

1) Dans le monde

Les suicides représentent la quinzième cause de mortalité en 2012, avec environ 800 000 décès par suicide par an dans le monde. La part des suicides concerne 1,4% de l'ensemble des décès (2) (24).

Il s'agit d'un phénomène qui touche tous les âges mais son poids est plus important chez les 15-29 ans, représentant ainsi la deuxième cause de mortalité en 2016 après les

accidents de la route dans cette population (1) (25). Trois fois plus d'hommes que de femmes se suicident dans les pays à revenu élevé. Cette différence s'amenuise entre les hommes et les femmes dans les pays à revenu faible ou moyen (2).

Malgré une baisse du suicide, le taux mondial de suicides standardisé par âge en 2016 est de 10,5 pour 100 000 habitants (1). Cependant, un risque de sous-estimation des données existe du fait d'une hétérogénéité dans les modes de recueil et des risques de non-déclaration liés à certaines représentations culturelles et judiciaires du suicide (2).

2) En France

Selon les données 2016 du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) publiées dans l'Observatoire National du Suicide (ONS) 2020, malgré une décroissance de 33,5% du taux de décès par suicide, entre 2000 et 2016, nous enregistrons environ 9000 décès par suicide par an tout âge confondu (soit un taux standardisé global de suicide par âge de 14 pour 100 000 habitants). Comme au niveau mondial, les décès par suicide concernent surtout des hommes (avec un taux de suicide 3,7 fois supérieur à celui des femmes). Le taux de suicide augmente avec l'âge, surtout chez les hommes. Cependant, la part des suicides dans la mortalité globale est plus importante chez les jeunes entre 25 et 34 ans (représentant la première cause de décès et 18% des décès toutes causes confondues) puis entre 15 et 24 ans (15,2% de tous les décès, soit la deuxième cause de décès après les accidents de la route) (26).

3) Dans les Hauts-de-France

Selon les données du CépiDc publiées dans l'ONS 2020, entre 2014 et 2016, le taux de décès par suicide dans les Hauts-de-France est de 19 pour 100 000 habitants. Ce taux baisse de 28,9% par rapport à 2000-2002 (26). Le taux standardisé de décès par suicide dans la région des Hauts-de-France est supérieur de 30,2% au taux moyen national. Les

Hauts-de-France représentent alors la troisième région la plus touchée par le phénomène (27). Comme au niveau national, le suicide touche surtout les hommes.

Une analyse récente des données dans les Hauts-de-France (28) montre que le Pas-de-Calais est le département à la plus faible baisse des taux de suicide. Il représente entre 2014 et 2016, le département à la situation la plus défavorable concernant la surmortalité par suicide (+ 57% par rapport à la France). Chez les hommes comme chez les femmes, le nombre de suicides augmente avec l'âge et les 45-49 ans sont les plus touchés dans la région. Le taux de mortalité par suicide baisse ensuite pour ré-augmenter chez les hommes après 75 ans (27).

IV. Épidémiologie de la tentative de suicide

1) En France

L'exploitation du PMSI-MCO permet d'obtenir des données sur le nombre de séjours en MCO pour TS et sur le nombre de personnes hospitalisées pour TS.

On enregistre en France en 2017, 88 762 séjours hospitaliers MCO pour TS dans les unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) pour 77 066 patients âgés de 10 ans ou plus, dont 29 956 hommes et 47 110 femmes. Les femmes sont ainsi plus représentées parmi les individus pour lesquels un séjour pour TS est enregistré (représentant 61,3% de l'ensemble des séjours pour TS) (29) (26).

Entre 2008 et 2017, le taux d'hospitalisations pour TS en UHCD diminue (174 séjours pour TS pour 100 000 habitants versus 151 pour 100 000) avec une décroissance plus marquée chez les femmes et notamment chez les 20 à 49 ans. Le taux le plus élevé de TS est retrouvé de manière stable chez les adolescentes de 15 à 19 ans (taux annuel moyen de 410 séjours en MCO pour TS pour 100 000 habitants). Un deuxième pic chez les femmes de 45 à 49 ans est constaté (taux annuel moyen de 290 séjours pour 100 000

habitants). Chez les hommes, les taux de séjours pour TS augmentent avec l'âge jusque 40-44 ans (200 pour 100 000 habitants) pour diminuer ensuite (29) (26).

2) Dans les Hauts-de-France

Malgré une baisse du taux d'hospitalisations pour TS de 16% depuis 2010, la région Hauts-de-France représente, en 2017, la 1^{ère} région en termes d'hospitalisations pour TS dans les services de MCO. Son taux standardisé d'hospitalisations pour TS est supérieur de près de 80% au taux national (268 séjours MCO pour 100 000 habitants) (27). Comme au niveau national, les femmes sont plus représentées que les hommes lors des séjours enregistrés dans le PMSI-MCO (8469 femmes pour 6370 hommes en 2018) (28). Elles sont surreprésentées dans la région avec un taux de séjours en MCO pour TS supérieur de 66 % au taux national. Elles sont plus décrites que les hommes dans toutes les tranches d'âges sauf chez les 25-39 ans.

Les adolescentes et jeunes adultes (15-24 ans) sont les plus concernées, comme au niveau national (avec un taux d'hospitalisations pour TS en 2018 de 550 séjours en MCO pour 100 000 habitants).

La Somme et le Nord présentent les deux départements des Hauts-de-France aux taux standardisés d'hospitalisations en MCO les plus élevés en 2018 (respectivement 396 et 322 pour 100 000 habitants) (28).

V. Le principe du codage

En France, dans le cadre du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI), pour chaque patient pris en charge lors d'un séjour hospitalier ou d'une activité ambulatoire, les professionnels de santé retranscrivent, dans le dossier du patient (le plus souvent le Dossier Patient Informatisé (DPI)), les motifs de recours aux soins et problèmes de santé. Ces motifs sont décrits sous forme de codes diagnostics comportant 3 à 5 caractères. C'est le principe du codage. Un ensemble de données

médico-administratives est ensuite adressé, après extraction, à l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour validation, puis transmission à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). L'ATIH se charge alors d'enregistrer les données dans les bases médico-administratives nationales (PMSI et RIM-P). La 10^e révision de la classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes (CIM-10) sert de référence pour ce codage. La CIM-10 est une classification médicale proposée par l'OMS, utilisée dans plusieurs pays. Elle permet l'enregistrement et le classement des maladies, des signes, des symptômes et également des problèmes de santé, dans les bases de données nationales. Le codage, par la mise à disposition de données de morbi-mortalité, a un intérêt épidémiologique, médico-économique et de planification des systèmes de santé. Il n'a pas de finalité descriptive. Des mises à jour ont lieu régulièrement (30) (31). L'ATIH publie chaque année des guides méthodologiques comportant, entre autres, des règles de codage pour des maladies en utilisant la CIM-10 révisée afin d'aider les professionnels à hiérarchiser et à retranscrire les situations cliniques rencontrées (32) (33).

Plusieurs diagnostics peuvent être codés dans les bases médico-administratives, dont le diagnostic principal (DP) obligatoire et un ou plusieurs diagnostic(s) (ou facteur(s)) associé(s) significatif(s) (DAS). Ils sont « *renseignés(s) exclusivement par un code de la CIM-10 à usage PMSI* ». Le DP ou « motif principal de prise en charge » est « *celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant la séquence* ». En psychiatrie, Il peut s'agir d'un trouble mental ou du comportement (codes en F), d'une affection somatique, de symptômes, de signes ou d'un résultat anormal d'examen (codes en R), d'un autre motif de recours aux soins ou de facteurs influant l'état de santé de la personne (codes en Z). L'ATIH précise que les codes en V, W, X et Y de « *causes externes de morbi-mortalité* », sont interdits en position de DP (33). Les DAS ou facteurs associés correspondent « à *une morbidité associée au diagnostic principal (...) ayant contribué à alourdir la prise en*

charge, et aux facteurs permettant de mieux décrire les circonstances des problèmes de santé ». En psychiatrie, cela peut concerner une pathologie psychiatrique, somatique, un facteur extérieur influant l'état de santé ou une « *cause externe de mortalité et de morbidité* ». On peut coder jusqu'à 99 DAS (33). Nous le verrons, les suicides et des TS sont définis avec les codes DAS X60-X84 de « lésions auto-infligées » qui comprennent les « *intoxications ou lésions traumatiques que s'inflige délibérément un individu* », les « *suicides et tentatives de suicide* » (30).

VI. Les sources de données sur les conduites suicidaires en France

1) La surveillance des décès par suicide

Les données de mortalité par suicide sont obtenues à partir de la statistique annuelle des causes médicales de décès produite par le CépiDC. Ces données proviennent des certificats de décès (34). Toutefois, on considère une sous-évaluation de 10% des données liée à la part des décès de cause indéterminée. Les codes générés à partir des certificats médicaux de décès sont ceux des lésions auto-infligées X60-X84 de la CIM-10 (35). Des délais de deux à trois ans sont actuellement nécessaires pour disposer des données sur les causes de décès, délais qui devraient être raccourcis avec la certification électronique en cours d'extension (26) (36).

2) La surveillance des tentatives de suicide dans les bases médico administratives

Les données de TS issues des bases médico administratives ont l'avantage d'être rapidement disponibles et de concerner tout le territoire national (37). Il s'agit de données enregistrées systématiquement.

a. Le PMSI-MCO

Le PMSI est mis en place en 1991 pour décrire l'activité médicale et administrative des séjours en MCO des établissements de santé publics et privés en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Il sert à la planification des soins et permet la tarification à l'activité (T2A) des établissements (37). Il décrit uniquement des séjours.

Les passages aux urgences sans hospitalisation ne sont pas enregistrés dans ce recueil (27).

À la fin de tout séjour, un résumé de sortie standardisé (RSS) contenant des informations médicales et administratives est produit et adressé à l'ATIH après anonymisation, sous la forme d'un Résumé de sortie anonyme (RSA) (38).

Les séjours sont reliés par chaînage aux individus grâce à la genèse d'un code patient permanent évitant ainsi des doubles comptes (29).

Les données des TS sont exploitables dans le PMSI depuis 2003. Dans le cas des séjours pour TS, l'ATIH fournit des recommandations de codage selon la CIM-10, présentes dans le guide méthodologique depuis 2004. Un DP doit être enregistré avec un code S00-T98 de « *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe* » et au moins un DAS avec un code X60-X84 de « *lésions auto-infligées* » pour préciser le caractère intentionnel de la lésion ou de l'intoxication (39).

b. Le RIM-P

Depuis 2007, le RIM-P s'applique à tous les établissements de santé publics et privés en France ayant une activité autorisée en psychiatrie. Il s'agit d'un recueil utilisé pour décrire, à la fois, les séjours en hospitalisation (complète ou partielle) sous la forme de Résumé par Séquence (RPS) et les soins ambulatoires sous la forme de Résumé d'Activité Ambulatoire (RAA) (40) (41) (33). C'est l'équivalent du PMSI-MCO mais il n'est pas jusqu'alors employé directement à des fins d'attribution financière (37). Les établissements transmettent à l'ATIH les RPS et RAA après anonymisation. Le RIM-P

enregistre des données médicales et administratives concernant l'individu et sa prise en charge. L'individu est repérable par son Identifiant Permanent Patient (IPP).

Depuis janvier 2016, l'ATIH publie des recommandations de codage de la TS et des idées suicidaires selon la CIM-10 dans le guide méthodologique du RIM-P. Ces recommandations décrites ci-dessous sont reprises et adaptées du guide méthodologique du RIM-P, version 2017 (33).

Pour décrire une TS, l'ATIH demande de préciser :

- La temporalité de la TS par rapport à la prise en charge.

Une TS « actuelle » se différencie d'un « antécédent » de TS ;

- Le moyen utilisé : « *empoisonnement ou auto intoxication* » ou/et « *lésions auto-infligées* » selon les codes X60-X84 de la CIM-10. Ils doivent figurer en position de DAS ;

- Le lieu de la TS en ajoutant les codes de 0 à 9 selon les lieux désignés.

L'ATIH précise que dans le cas d'une TS « *actuelle, objet d'une prise en charge* », les DAS doivent comporter des codes des catégories d'intoxications et/ou de lésions traumatiques (T36-T50 et/ou S00-T35) pour décrire la manifestation de la TS ainsi que des codes de lésions auto-infligées (X60 à X84) pour décrire le caractère intentionnel.

Dans le cas d'un antécédent de TS, les codes de la catégorie « Z91.5 » « *Antécédents personnels de lésions auto-infligées* » doivent être utilisés. Le Z91.50 est employé en cas d'« *antécédent personnel récent de lésions auto-infligées* » de moins de 30 jours. Au-delà, on enregistre la TS selon le code Z91.58 d'« *antécédent personnel de lésions auto-infligées, autre et non précisé* ».

Le RIM-P ne permet pas de distinguer les TS d'un même patient, plusieurs actes de prise en charge pouvant concerner une seule personne (5).

c. Le Système national des données de santé, SNDS

Le SNDS est né de l'article 193 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (26). Il s'agit d'un regroupement de plusieurs bases de données dont celles de l'Assurance Maladie, du PMSI, du CépiDC et de celle de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). L'apport de ce groupement de données dans le cas spécifique des conduites suicidaires peut permettre d'enrichir les données sociodémographiques des individus suicidants ou suicidés afin de mieux orienter les programmes de prévention (42).

d. Les appels au SAMU-centre 15 pour TS

Les appels entrant au SAMU-centre 15 pour TS sont saisis dans chaque département. L'interlocuteur recueille des informations sur le lieu, la date et l'heure de la TS mais également des données sociodémographiques concernant l'individu (34) (5).

e. Les passages aux urgences pour TS

Le réseau OSCOUR est l'organisation de la surveillance coordonnée des urgences. Il est mis en place en 2004 en France et coordonné par Santé Publique France (SPF). Les services des urgences (SU) qui participent à ce réseau transmettent chaque jour à SPF, les données anonymisées de Résumé de Passage aux Urgences (RPU) pour chaque individu de 10 ans ou plus pris en charge. Il ne permet pas d'identifier des personnes distinctes (43).

Les principales variables collectées comprennent des éléments médicaux, socio démographiques et administratifs (44). Le regroupement syndromique « Geste suicidaire » qui figure dans les RPU comprend les diagnostics utilisés dans le PMSI-MCO pour décrire les TS. Ce réseau s'étend depuis sa création, pour couvrir en 2015, 86% des passages aux urgences sur le territoire national (45) et 92 % des SU des Hauts-de-France en 2017 (27).

3) La surveillance des antécédents de TS par des enquêtes déclaratives

Les enquêtes déclaratives permettent d'estimer la prévalence des IDS et TS déclarées en population et d'étudier les facteurs associés (37). Elles complètent en ce sens les données des bases médico-administratives en intégrant les personnes non prises en charge par le système de soin (16).

On peut évoquer :

- Le Baromètre Santé : Il s'agit d'un ensemble d'enquêtes périodiques, transversales et répétées, réalisées en population générale âgée de 15 à 85 ans. Elles abordent différentes thématiques de santé dont les TS, les idées suicidaires et l'état de santé mentale de la population (37,46).
- L'enquête « Santé mentale en population générale » est une enquête nationale, réalisée entre 1999 et 2003. Elle mesure une prévalence de troubles mentaux dans la population générale d'adultes majeurs (47).
- L'enquête Escapad concerne la santé et les consommations des jeunes de 17ans. Ces enquêtes multicentriques sont répétées depuis 2000 lors des journées de préparation à la défense (48). Depuis 2011, des questions abordent les conduites suicidaires (37).
- Le Dispositif EnCLASS, Enquête nationale en Collège et en Lycée chez les Adolescents sur la Santé et les Substances, est un dispositif récent. Une première enquête réalisée en 2018 aborde dans leur globalité, la santé et le bien-être des adolescents. La thématique du suicide ne concerne que les lycéens (26).

VII. Contexte de l'étude

En 2011, l'analyse des données enregistrées dans les bases médico-administratives par la F2RSM Psy, met en évidence, dans le Nord-Pas-de-Calais, un défaut de codage des TS dans le RIM-P. En effet, par rapport au PMSI-MCO, 2,6 fois moins de personnes avec un diagnostic de TS codé y sont décrites (5). L'étude TsPSY menée en 2014 en collaboration avec la F2RSM psy autour des représentations et pratiques de codage de la TS par les professionnels de psychiatrie dans le Nord-Pas-de-Calais relève une insuffisance globale de codage dans le RIM-P et un défaut de renseignement des antécédents de TS par les professionnels. Dans un souci d'améliorer le recueil épidémiologique des TS dans la région, des consignes de codage prenant en considération les recommandations de l'ATIH sont élaborées en 2016. Ces consignes sont reprises dans une fiche (Annexe 3) (7) envoyée à tous les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais. Cette étude sur les représentations et pratiques de codage dans le RIM-P, suivie du travail de recherche d'un consensus de codage de la TS, a fait l'objet d'un travail de thèse réalisé par Monsieur le Docteur Pierre Parmentier (49).

Quelques années plus tard, nous souhaitons étudier l'impact de la diffusion de ces consignes de codage de la TS auprès des établissements psychiatriques et praticiens, dans le Nord et le Pas-de-Calais.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

I. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'effet de la diffusion des consignes de codage de la TS, dans le Nord et le Pas-de-Calais, en mesurant d'une part l'évolution du codage des TS dans le RIM-P entre 2015 et 2017 et d'autre part, leur connaissance auprès des psychiatres.

II. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de plusieurs ordres. Ils sont premièrement, de décrire les caractéristiques de la population suicidante prise en charge dans ces départements et codée dans le RIM-P en 2017 et, deuxièmement, de comparer certaines caractéristiques décrites entre le PMSI-MCO et le RIM-P.

MATERIEL ET METHODES

L'étude se déroule en 2 temps :

1/ Premièrement, il s'agit de réaliser une étude observationnelle, descriptive et quantitative dans le Nord et le Pas-de-Calais, à partir des données du RIM-P et du PMSI-MCO en 2015 et en 2017, concernant les individus pour lesquels un diagnostic de TS est codé.

2/ Deuxièmement, une enquête quantitative par questionnaire est réalisée auprès des psychiatres des établissements privés et publics du Nord et du Pas-de-Calais, ayant une activité autorisée en psychiatrie.

Les accords de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sont obtenus par la F2RSM Psy préalablement à l'extraction des données du PMSI-MCO et du RIM-P nécessaires pour l'étude.

Partie 1 : Les individus suicidants décrits dans le PMSI-MCO et le RIM-P

I. Critères d'inclusion

1) Pour le PMSI-MCO

L'identifiant unique du patient obtenu à partir des RSS des séjours enregistrés dans le PMSI-MCO permet de rapporter les données à l'individu.

Respectivement pour les années 2015 et 2017, sont inclus les patients distincts âgés de 10 ans et plus pour lesquels un diagnostic de TS est codé :

- Lorsqu'un séjour en MCO est enregistré dans des établissements privés et publics des Hauts-de-France ;

- En distinguant les individus pris en charge dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais de ceux pris en charge dans les départements de l'ancienne Picardie.

Afin d'augmenter l'exhaustivité des données recueillies, nous incluons les TS décrites en position de DP ou de DAS selon les codes diagnostics de lésions auto-infligées et d'auto-intoxications X60 à X84 de la CIM-10 (Annexe 5).

2) Pour le RIM-P

A partir de l'identifiant unique de l'individu au sein d'un établissement, respectivement pour les années 2015 et 2017, sont inclus les patients distincts âgés de 10 ans et plus pour lesquels un diagnostic au moins de TS est codé :

- Lors de séjour(s) et/ou d'acte(s) ambulatoire(s) enregistré(s) dans des établissements privés et publics ayant une activité autorisée en psychiatrie des Hauts-de-France ;
- En distinguant les individus pris en charge dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais de ceux pris en charge dans les départements de l'ancienne Picardie.

Afin d'augmenter l'exhaustivité des données recueillies, nous incluons les TS décrites en position de DP ou de DAS selon les codes diagnostics de lésions auto-infligées et d'auto-intoxications X60 à X84 de la CIM-10 (Annexe 5).

II. Variables utilisées pour l'étude

1) Dans le PMSI-MCO et le RIM-P pour les Hauts-de-France

Dans les bases obtenues pour les années 2015 et 2017 en région Hauts-de-France à partir du PMSI-MCO et du RIM-P, nous recueillons un nombre d'individus distincts répondant aux critères d'inclusion cités ci-dessus, répartis selon les départements de prise en charge, de l'ancienne Picardie (Oise, Somme, Aisne) d'une part et du Nord et du Pas-de-Calais d'autre part.

2) Dans le PMSI-MCO pour le Nord et le Pas-de-Calais

Dans la base de patients obtenue pour l'année 2017 dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, les variables suivantes sont recueillies pour l'étude :

- Sexe ;
- Âge de l'individu avec regroupement par tranches d'âges ;
- Département de prise en charge, Nord ou Pas-de-Calais.

3) Dans le RIM-P pour le Nord et le Pas-de-Calais

Dans la base des patients obtenue pour l'année 2017 dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, les variables suivantes sont recueillies pour l'étude :

- Sexe ;
- Âge avec regroupement par tranches d'âges ;
- Identifiant anonyme de l'individu (IPP) ;
- Établissement de prise en charge selon le numéro du Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) ;
- Département de prise en charge ;
- DP selon la CIM-10 ;
- Mode légal de soins ;
- Provenance et destination pour les séjours ;
- Antécédent de TS selon les codes Z91.50 et Z91.58 retrouvés à partir des DP ou DAS lorsque le patient présente un code X60-X84.

Les DP sont regroupés selon les grandes catégories de diagnostics présentés dans la CIM-10. Les diagnostics les moins représentés sont regroupés en « autre DP ».

L'âge, le mode légal de soins et l'antécédent de TS sont recherchés au premier acte/séjour de l'année.

A partir du numéro FINESS de l'établissement, nous procédons à des regroupements selon le type d'établissement : Centre Hospitalier Général (CHG), Centre Hospitalier Universitaire (CHU), Établissement Public de Santé Mentale (EPSM), Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), Clinique privée.

III. Plan d'analyse

1) Évolution des effectifs codés dans le RIM-P et le PMSI-MCO

Premièrement, pour chacune des bases PMSI-MCO et RIM-P obtenues en 2015 et en 2017, nous recueillons un nombre d'individus distincts avec un code de TS, pris en charge dans le Nord et le Pas-de-Calais d'une part, et dans les départements de l'ancienne Picardie d'autre part.

Deuxièmement, nous mesurons l'évolution 2017 versus 2015 à la fois dans le RIM-P et dans le PMSI-MCO, du nombre de personnes distinctes avec les mêmes critères d'inclusion dans les mêmes départements.

Les calculs réalisés avec les logiciels SAS 9.4 (SAS Institute Inc, Cary, NC) et Excel 2011 (Microsoft, Redmond, WA) portent sur des sommes, des évolutions d'effectifs, des proportions et des évolutions de proportions.

2) Évolution du codage des TS décrites dans le RIM-P par rapport au PMSI-MCO

Afin de déterminer l'exhaustivité du codage de la TS dans le RIM-P, un rapprochement avec les données du PMSI-MCO est réalisé. Il s'agit de calculer, tant en 2015 qu'en 2017, le rapport entre le nombre d'individus distincts pris en charge en services de psychiatrie avec diagnostic de TS codé et le nombre d'individus hospitalisés en MCO avec diagnostic de TS codé. Ce ratio est calculé au niveau de l'ensemble des départements des Haut-de-France et par département de prise en charge. Nous étudions l'évolution de cette

proportion 2017-2015. Le logiciel Excel 2011 (Microsoft, Redmond, WA) est utilisé pour les calculs de proportions et d'évolution de proportions.

3) Comparaison des évolutions entre le Nord/Pas-de-Calais et l'ancienne Picardie

Afin de mesurer l'effet de la diffusion des recommandations de codage de la TS, nous voulons rechercher l'évolution du codage dans le RIM-P pour des individus distincts, dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, par rapport aux départements de l'ancienne Picardie. Pour ce faire, nous comparons l'évolution du nombre de cas codés dans la zone de diffusion (le Nord et le Pas-de-Calais, zones cas) à une zone proche (l'ancienne Picardie, zone témoin), entre 2015 et 2017. Sous l'hypothèse d'une présence dans le PMSI-MCO, de tous les cas de TS codés dans le RIM-P, des régressions logistiques sont réalisées sur le codage (en variable à expliquer), et sur les variables temps (avant/après programme) et groupe (zones cas/témoin) (en variables modélisées). Le test de Chi² de Wald est utilisé pour apprécier la significativité de l'effet sur le codage avec un seuil de significativité fixé à 5%.

Un autre calcul de régression logistique est employé pour analyser l'interaction entre les variables temps (2017/2015) et groupe (Nord et Pas-de-Calais / ex-Picardie) afin de rechercher si l'évolution du codage varie en fonction de la zone géographique.

4) Description de la population suicidante codée dans le RIM-P

Nous caractérisons les individus avec diagnostic de TS codé dans le RIM-P, pris en charge dans le Nord et le Pas-de-Calais en 2017. Pour l'ensemble de la description, l'unité statistique est l'individu hormis pour la description des provenances et destinations qui concerne uniquement les séjours. Les calculs de sommes et de proportions sont réalisés avec Excel 2011 (Microsoft, Redmond, WA).

5) Comparaison des suicidants décrits dans le RIM-P et le PMSI-MCO

Sur l'année 2017, est réalisée une analyse comparative selon les tranches d'âges, le sexe et les départements de prise en charge des individus enregistrés dans le RIM-P avec ceux du PMSI-MCO. Pour mesurer la significativité des écarts, le test de Chi 2 est employé avec un seuil de significativité fixé à 5%.

Partie 2 : Une enquête par questionnaire auprès des psychiatres

I. Population de l'étude

L'étude s'adresse à l'ensemble des internes de psychiatrie, des psychiatres et pédopsychiatres, chefs de pôle, chefs de secteur(s), chefs de service des établissements publics et médecins psychiatres des établissements privés du Nord et du Pas-de-Calais, ayant une activité autorisée en psychiatrie.

Une partie du questionnaire concerne spécifiquement les chefs de pôle, chefs de secteur(s), chefs de service et médecins responsables.

II. Déroulement de l'étude

Il s'agit d'une enquête quantitative par questionnaire en ligne anonyme diffusé via la plateforme en ligne Google Forms. Le questionnaire utilisé est à branchements conditionnels. Cette méthode permet de créer des chemins variables au sein du questionnaire en fonction des réponses à certaines questions.

L'enquête est réalisée du 23 juillet 2019 au 30 octobre 2019. Un courriel d'information est envoyé au préalable aux directeurs des établissements et présidents de la Commission Médicale d'Établissement (CME). Le 23 juillet 2019, le lien vers le questionnaire est

adressé par courriel aux psychiatres et pédopsychiatres des établissements. Nous utilisons le répertoire de la F2RSM Psy contenant les adresses mail professionnelles de 511 psychiatres et pédopsychiatres des établissements publics et privés adhérents du Nord et du Pas-de-Calais, ayant une activité autorisée en psychiatrie. Les internes n'étant pas comptabilisés dans ce répertoire, nous publions le lien vers le questionnaire, à partir d'un réseau social, par l'intermédiaire de l'Association Lilloise de l'Internat et du Post-Internat de Psychiatrie (ALI2P).

Une première relance est effectuée un mois plus tard auprès de la population concernée, une deuxième mi-septembre et une dernière fin septembre 2019. L'enquête est clôturée le 30 octobre 2019.

III. Variables étudiées au travers le questionnaire

Le questionnaire servant de support à l'enquête en ligne est présenté en Annexe 4.

Les données recueillies au travers du questionnaire portent sur :

- Les caractéristiques des psychiatres répondants : l'âge, la fonction, le département d'exercice, le domaine d'exercice (addictologie, psychiatrie adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent), le(s) type(s) d'établissement(s) dans le(s)quel(s) exerce le médecin (CHU, CHG, EPSM, ESPIC, clinique privée) ainsi que les différents services d'intervention ;

Des regroupements par classes d'âge sont réalisés pour la description des résultats.

En cas de réponses multiples sur le domaine d'exercice, un regroupement sous la catégorie « domaine d'activité mixte » est réalisé.

- La fréquence de prise en charge des suicidants ;
- Les connaissances et représentations des psychiatres sur le RIM-P ;
- Les pratiques de codage de l'activité en psychiatrie et les raisons d'un non-codage ;
- Les opinions des psychiatres concernant le codage de la TS dans le RIM-P ;

- Les pratiques de codage des antécédents de TS ;
- L'organisation du codage de la TS dans les services ;
- La connaissance des recommandations de codage de la TS de l'ATIH ;
- La connaissance des consignes de codage de la TS élaborées en collaboration avec la F2RSM Psy ainsi que leur utilisation en pratique courante ;
- Les opinions concernant la fiche et les consignes ainsi que la satisfaction à son utilisation.

Pour décrire les opinions des psychiatres concernant les recommandations de codage de la TS décrites dans la fiche, des regroupements de réponses sont réalisés. L'opinion des psychiatres est mesurée en interrogeant sur la clarté de la fiche, son utilité au codage, son caractère facilitateur ou sur l'absence d'intérêt porté.

Ainsi, pour chaque qualificatif, les réponses sont regroupées comme telles :

- « *Tout à fait d'accord* » et « *Plutôt d'accord* » regroupées en « *oui* »
- « *Ni d'accord, ni pas d'accord* » regroupées en « *sans opinion* »
- « *Plutôt pas d'accord* » et « *Pas du tout d'accord* » regroupées en « *non* »

La satisfaction des médecins à l'utilisation de la fiche est estimée grâce à une échelle allant de 1 à 5 (1 = pas du tout satisfait ; 2 = pas d'avis ; 3 = moyennement satisfait ; 4 = satisfait ; 5 = très satisfait).

Nous interrogeons aussi, par des questions à réponses ouvertes, les difficultés et remarques à l'utilisation des consignes présentées dans la fiche, les suggestions d'amélioration et les moyens pour faciliter la description des TS.

Ces données présentées ci-dessus concernent l'ensemble des psychiatres et internes de psychiatrie ciblés par l'étude.

Par ailleurs, des données spécifiques aux psychiatres responsables d'établissement privé, chefs de service, chefs de secteur(s) et chefs de pôle portent sur :

- L’avis qu’ils ont de la connaissance et l’utilisation de la fiche de consignes dans leur(s) service(s)/ secteur(s)/ établissement(s) ;
- Leur opinion concernant un éventuel changement dans les pratiques depuis la diffusion de cette fiche ;
- La mise en évidence de retours et de limites perçus par les professionnels concernant les consignes présentées.

Par commodité, pour la description des résultats, les termes « chefs de pôle, chefs de secteur(s), chefs de service et médecins responsables d’établissement », sont regroupés en « médecins chefs ».

La partie du questionnaire spécifique pour les « médecins chefs » n’est visible des répondants qu’après attribution de la fonction correspondante « chef de pôle, de secteur, de service ou médecin responsable » à la question posée.

IV. Plan d’analyse

Le taux de réponse est calculé en tenant compte de la population cible touchée par courriel.

Une première étape d’analyse descriptive des réponses au questionnaire est réalisée. Les logiciels SAS 9.4 (SAS Institute Inc, Cary, NC) et Excel 2011 (Microsoft, Redmond, WA) sont utilisés. Les calculs portent sur des effectifs, des proportions, des sommes d’effectifs et de proportions.

Par ailleurs, des regroupements thématiques des réponses aux questions ouvertes sont réalisés.

Dans un second temps, pour étudier l’influence de certaines caractéristiques des répondants sur les réponses à l’enquête, nous utilisons le test de Chi 2 pour connaître la significativité des écarts (si les effectifs théoriques sont supérieurs à 5) et le test de Fischer (s’ils sont inférieurs à 5). Le seuil de significativité est fixé à 5%.

Enfin, pour mesurer l'évolution des connaissances du RIM-P, des opinions sur ce recueil et des pratiques de codage, nous comparons certaines réponses de notre étude avec celles de l'enquête de 2014 décrite dans la thèse de Monsieur le Docteur Pierre Parmentier (49). Pour ce faire, pour les besoins statistiques, nous regroupons les réponses aux questions dont l'intitulé est identique sur les deux années. Pour les calculs de comparaison, les tests de Chi 2 (lorsque les effectifs théoriques sont supérieurs à 5) et de Fischer (lorsque les effectifs théoriques sont inférieurs à 5) sont employés avec un seuil de significativité fixé à 5%.

Pour la question sur la connaissance du RIM-P, les réponses « *Très bien et bien* » sont regroupées en « *oui* » ; les réponses « *Mal et très mal* » en « *non* ».

Concernant les opinions sur le RIM-P, pour chaque qualificatif, les réponses « *Tout à fait d'accord et plutôt d'accord* » sont regroupées en « *oui* » ; les réponses « *Pas du tout d'accord et plutôt pas d'accord* » en « *non* » ; les réponses « *Ni d'accord ni pas d'accord* » ne sont pas intégrées dans les comparaisons.

Pour la question sur la fréquence de codage dans le RIM-P, les réponses « *Toujours et souvent* » sont regroupées en « *oui* » et les réponses « *Parfois et jamais* » en « *non* ».

Pour les questions sur le codage des antécédents de TS en ambulatoire et en hospitalisation, les réponses « *toujours et souvent* » apparaissent en réponse « *oui* », les réponses « *parfois et jamais* » en « *non* ».

RESULTATS

Partie 1 : Analyse du PMSI-MCO et du RIM-P

I. Évolution du codage de la TS dans le RIM-P dans le Nord et le Pas-de-Calais entre 2015 et 2017

Entre 2015 et 2017, la part d'individus avec diagnostic de TS codé dans le RIM-P par rapport à ceux codés en MCO augmente de 14% dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais et de 12,6% dans les départements de l'ancienne Picardie.

En 2017, la part d'individus avec diagnostic de TS codé dans le RIM-P en 2017 représente 58,9% de ceux codés dans le PMSI-MCO dans le Nord et le Pas-de-Calais et 36,4% dans les départements de l'ancienne Picardie (Tableau I).

		2015	2017	Évolution 2015/2017(%)
Nord et Pas-de-Calais	PMSI-MCO	8325	8281	-0,5%
	RIM-P	4302	4878	13,4%
	RIM-P/PMSI-MCO	51,7%	58,9%	14%
Aisne, Oise, Somme	PMSI-MCO	4147	3950	-4,8%
	RIM-P	1342	1439	7,2%
	RIM-P/PMSI-MCO	32,4%	36,4%	12,6%

Tableau I. Évolution entre 2015 et 2017 de la proportion d'individus avec un diagnostic de TS codé dans le RIM-P par rapport à celle décrite dans le PMSI-MCO, dans le Nord et le Pas-de-Calais et dans les départements de l'ancienne Picardie.

Entre 2015 et 2017, l'augmentation du codage de la TS pour des individus distincts est statistiquement significative dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais ($p < 0,0001$) et également dans ceux de l'ancienne Picardie ($p = 0,001$). L'augmentation du codage est cependant plus importante pour les départements du Nord et du Pas-de-Calais (Odds Ratio, OR=1,37) que pour ceux de l'ancienne Picardie (OR= 1,26) (Tableau II).

Groupe		P chi2	OR*	IC 95%**
Nord et Pas-de-Calais	2017 vs 2015	<0,0001	1,373	1,291-1,460
Ancienne Picardie	2017 vs 2015	0,001	1,260	1,149-1,382

*odds ratio - ** intervalle de confiance de Wald à 95%.

Tableau II. Évolution du codage de la TS dans le RIM-P entre 2015 et 2017 dans le Nord et le Pas-de-Calais (Zone cas) et dans les départements de l'ancienne Picardie (Zone témoin). Régressions logistiques dans chacune des deux régions.

II. Individus et séjours avec diagnostic de TS codé dans le RIM-P en 2017 dans le Nord et le Pas-de-Calais

1) Individus

4878 individus distincts de 10 ans et plus, pris en charge avec un diagnostic de TS codé sont enregistrés dans le RIM-P.

Davantage d'individus avec diagnostic de TS codé sont enregistrés dans le Nord (56,5% contre 43,5% dans le Pas-de-Calais). Ils sont principalement codés dans les CHG ou CHU (56,3% des cas) et dans les EPSM (29,5%).

On retrouve une prédominance de femmes (57,6%) qui sont plus décrites que les hommes dans toutes les tranches d'âges sauf chez les 25-34 ans (51,5% d'hommes dans cette tranche). Les 15-24 ans comptabilisent le plus de suicidants (représentant près de 22% de tous les individus avec diagnostic de TS codé) suivis des 45-54 ans. Ces deux tranches d'âges correspondent également aux deux pics de TS féminines (24,5% des femmes avec diagnostic de TS codé sont enregistrées chez les 15-24 ans et 19,4% chez les 45-54 ans). La plus grande part de suicidants chez les hommes se situe entre 35 et 54 ans (22,8% d'hommes avec diagnostic de TS codé entre 35 et 44 ans et 22,9% entre 45 et 54 ans) (Tableau III, Figure 1).

		Nombre	%
Ensemble		4878	100,0%
Sexe	Hommes	2067	42,4%
	Femmes	2811	57,6%
Age (années)	10-14	162	3,3%
	15-24	1057	21,7%
	25-34	806	16,5%
	35-44	958	19,6%
	45-54	1020	20,9%
	55-64	526	10,8%
	65-74	203	4,2%
	75-84	104	2,1%
	85 ans et plus	42	0,9%
Mode légal de soins	Libre	4636	95,0%
	Sans consentement	229	4,7%
	VM	13	0,3%
Département de prise en charge	Nord	2757	56,5%
	Pas-de-Calais	2121	43,5%
Type d'établissement	CH	2744	56,3%
	EPSM	1438	29,5%
	ESPIC	593	12,2%
	Clinique privée	103	2,1%

Tableau III. Distribution des patients avec un diagnostic de TS codé dans le RIM-P. 2017. N=4878. VM=valeurs manquantes.

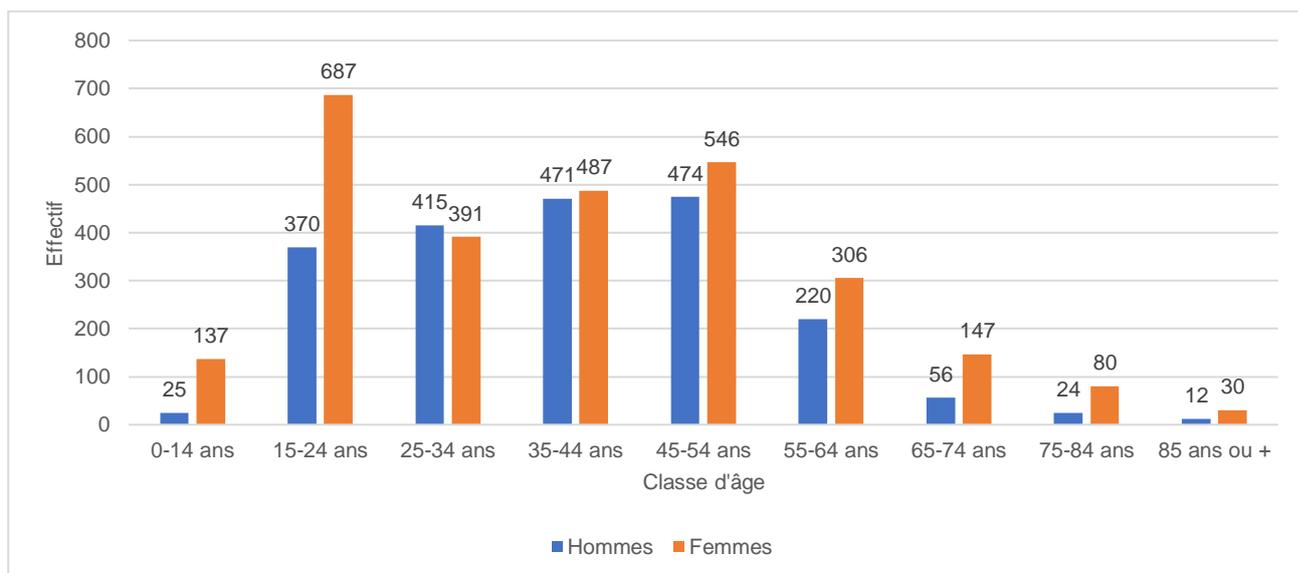


Figure 1. Répartition des patients de 10 ans et plus avec un diagnostic de TS codé dans le RIM-P, par classes d'âges et par sexe. Nord et Pas-de-Calais. 2017. N= 4878.

95% des individus enregistrés avec un diagnostic de TS sont pris en charge en soins libres.

Un antécédent de TS est retrouvé avec les codes DP ou DAS Z91.50 ou Z91.58 dans 3,4% des cas.

Les DP de troubles mentaux et du comportement sont les plus retrouvés associés aux TS (59,5% des cas), parmi lesquels les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F48) représentent le type de DP le plus associé aux TS (25,5% de l'ensemble). Les troubles de l'humeur (F30-F39) représentent le troisième type de DP le plus retrouvé (13,6%).

Les diagnostics de lésions auto-infligées (X60-X84) et agressions (X85-X89) sont les deuxièmes DP les plus fréquemment retrouvés associés aux TS (19,7% des cas) (Tableau IV).

Codes CIM10	Diagnostics	N	%
F00-F09	<i>Troubles mentaux organiques y compris troubles symptomatiques</i>	22	0,5%
F10-F19	<i>Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives</i>	397	8,1%
F20-F29	<i>Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants</i>	84	1,7%
F30-F39	<i>Troubles de l'humeur</i>	662	13,6%
F40-F48	<i>Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes</i>	1245	25,5%
F50-F59	<i>Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques</i>	19	0,4%
F60-F69	<i>Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte</i>	361	7,4%
F70-F79	<i>Retard Mental</i>	26	0,5%
F80-F89	<i>Troubles du développement psychologique</i>	3	0,1%
F90-F99	<i>Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence+ Trouble mental sans précision</i>	83	1,7%
Sous-total	Troubles mentaux et du comportement	2902	59,5%
T00-T79	<i>Lésions traumatiques, brûlures et corrosions, intoxications par médicaments et substances biologiques, effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale, effets de causes externes, autres et non précisés, certaines complications précoces des traumatismes</i>	488	10,0%
X60-X89	<i>Lésions auto-infligées (X60-X84) / Agressions (X85-89)</i>	959	19,7%
Z00-Z99	<i>Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé</i>	376	7,7%
Autres		152	3,1%
Valeur manquante		1	<0,1%
TOTAL		4878	100,0%

Tableau IV. Distribution des DP retrouvés associés aux TS pour les individus pris en charge dans le Nord et le Pas-de-Calais. RIM-P 2017. N=4878.

Adapté à partir des codes et de la nomenclature de la CIM-10, version 2015 (30).

2) Séjours (Provenance et destination)

Les données sont disponibles pour 1852 séjours de patients enregistrés en psychiatrie avec un diagnostic de TS codé dans le Nord et le Pas-de-Calais en 2017.

La Figure 2 décrit la provenance des patients lorsqu'un séjour pour TS en psychiatrie est enregistré.

Les patients proviennent principalement du domicile ou d'une structure médico-sociale (46,6% des séjours) ou d'un service de MCO (43,6% des séjours).

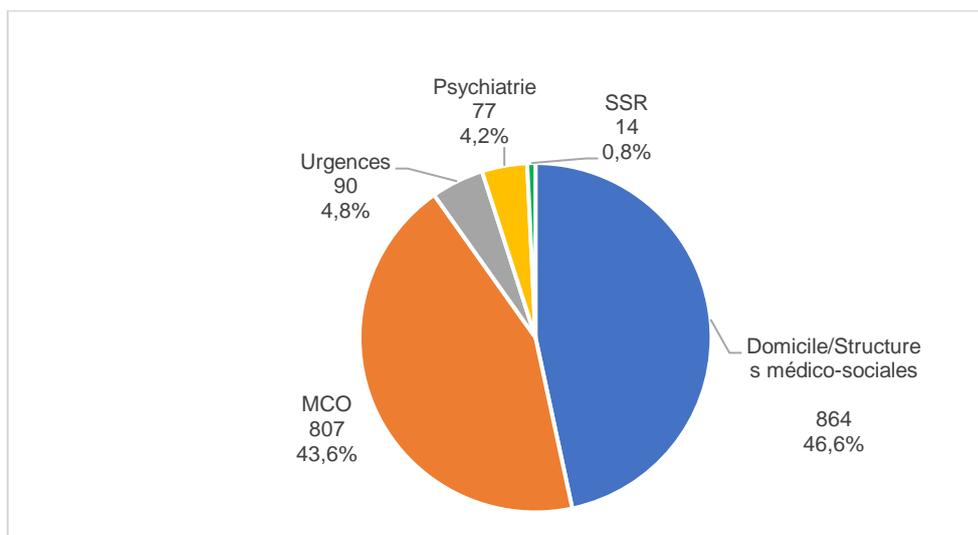


Figure 2. Provenance des patients pour lesquels un séjour pour TS est enregistré dans le RIM-P. Nord et Pas-de-Calais.2017. Effectifs et pourcentages. N=1852.

SSR=Soins de suite et de réadaptation.

Après un séjour en psychiatrie, les patients repartent dans la plupart des cas au domicile ou dans une structure médico-sociale (86% des cas). Dans 9 % des cas, le patient est muté ou transféré vers un service de psychiatre (5,8%), de MCO (2,3%), de SSR (0,6%), vers une unité de soins longue durée (USLD) (0,1%) ou vers une prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) (0,2%). Les autres modes de sortie (1% des cas) concernent les sorties sans autorisation et des décès de patients (Figure 3).

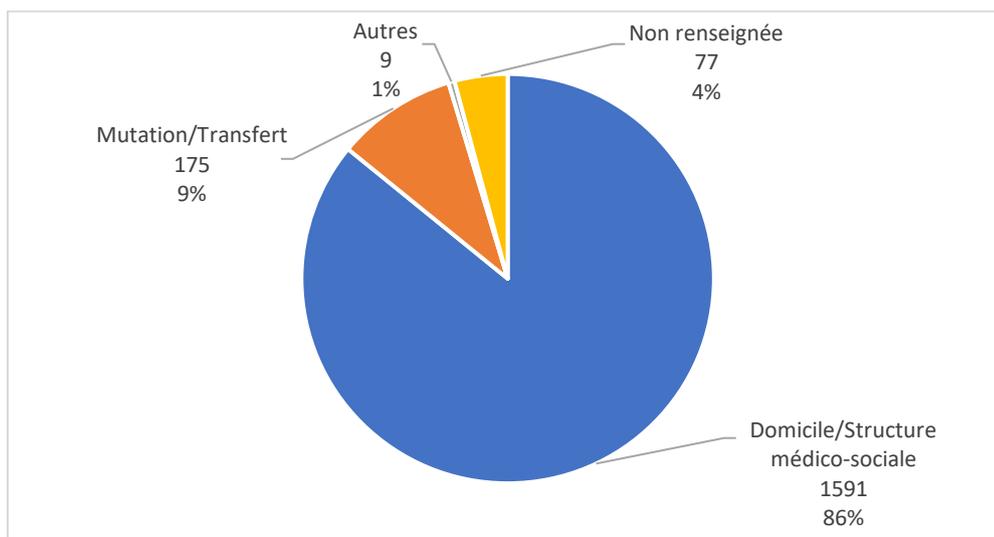


Figure 3. Destination des patients après un séjour pour TS enregistré dans le RIM-P. 2017. Nord et Pas-de-Calais. Effectifs et pourcentages. N=1852.

III. Comparaison des individus suicidants décrits dans le RIM-P et dans le PMSI-MCO en 2017

Les femmes sont majoritairement décrites dans les deux bases sans qu'une différence statistiquement significative ne soit retrouvée ($p=0,319$).

On retrouve une différence statistiquement significative selon l'âge des individus entre les deux bases ($p=0,002$), mais les écarts sont très faibles. Le RIM-P enregistre plus d'individus âgés de 15 à 24 ans, avec diagnostic de TS codé, que le PMSI-MCO (variation de +1,6%) et moins de personnes de 10 à 14 ans (variation de -1,4%). Les 15-24 ans représentent les individus parmi lesquels le RIM-P enregistre le plus de suicidants (21,7%). Pour le PMSI-MCO, ce sont les personnes âgées de 45-54 ans qui sont majoritairement retrouvées parmi les suicidants (20,8%).

On constate une différence significative statistiquement selon le département de prise en charge entre le RIM-P et le PMSI-MCO ($p < 0,001$). Davantage d'individus avec diagnostic de TS codé sont enregistrés dans le Nord dans les deux bases. Cependant, le RIM-P enregistre plus de suicidants dans le Pas-de-Calais que le PMSI-MCO (43,5% versus 35,4%) (Tableau V).

		RIM-P		PMSI-MCO		Chi 2
		Effectif	%	Effectif	%	P
Ensemble		4878	100%	8281	100%	
Sexe	Hommes	2067	42,4%	3584	43,3%	0,319
	Femmes	2811	57,6%	4697	56,7%	
Age (années)	10-14	162	3,3%	388	4,7%	0,002
	15-24	1057	21,7%	1668	20,1%	
	25-34	806	16,5%	1356	16,4%	
	35-44	958	19,6%	1602	19,3%	
	45-54	1020	20,9%	1720	20,8%	
	55-64	526	10,8%	879	10,6%	
	65-74	203	4,2%	375	4,5%	
	75-84	104	2,1%	186	2,2%	
	85 ou +	42	0,9%	107	1,3%	
Département de prise en charge	Nord	2757	56,5%	5350	64,6%	<0,001
	Pas-de-Calais	2121	43,5%	2931	35,4%	

Tableau V. Comparaison des patients suicidants décrits dans le RIM-P et le PMSI-MCO. Nord et Pas-de-Calais. 2017.

Partie 2 : Enquête autour des pratiques de codage dans le RIM-P

I. Caractéristiques des répondants

Les caractéristiques des psychiatres répondants sont présentées dans le tableau VI.

		Effectif	%
Ensemble		74	100,0
Département d'exercice	Nord	51	68,9
	Pas-de-Calais	23	31,1
Age	<30 ans	10	13,5
	30-39 ans	31	41,9
	40-49 ans	8	10,8
	50-59 ans	12	16,2
	60 ans et +	4	5,4
	Données manquantes	9	12,2
Statut	Praticien Hospitalier	27	36,5
	Assistant/chef de clinique	3	4,0
	Chef de pôle/de secteur/ de service/ médecin responsable	19	25,7
	Interne	7	9,5
	Psychiatre libéral	1	1,3
	Données manquantes	17	23,0
Lieu d'exercice	CHU	11	14,8
	CH Général	21	28,4
	Clinique privée	3	4,1
	EPSM	37	50,0
	ESPIC	2	2,7

Tableau VI. Caractéristiques socio démographiques des répondants. N=74.

59,5 % des psychiatres répondent prendre en charge souvent des suicidants, 29,7% quotidiennement et 10,8% peu souvent.

65% des répondants exercent exclusivement en psychiatrie adulte générale, 27% exclusivement en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et 8% ont une activité mixte (psychiatrie adulte et addictologie ou psychiatrie adulte et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent).

Les services d'intervention des psychiatres répondants sont présentés dans la Figure 4. Les « autres » lieux concernent 23% de l'activité des répondants et correspondent à une activité en CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce), en CRA (centre ressources autismes), en SMPR (service médico-psychologique régional), en maison d'arrêt, EHPAD, en structures médico-sociales, en structures de réhabilitation psycho-sociale (Figure 4).

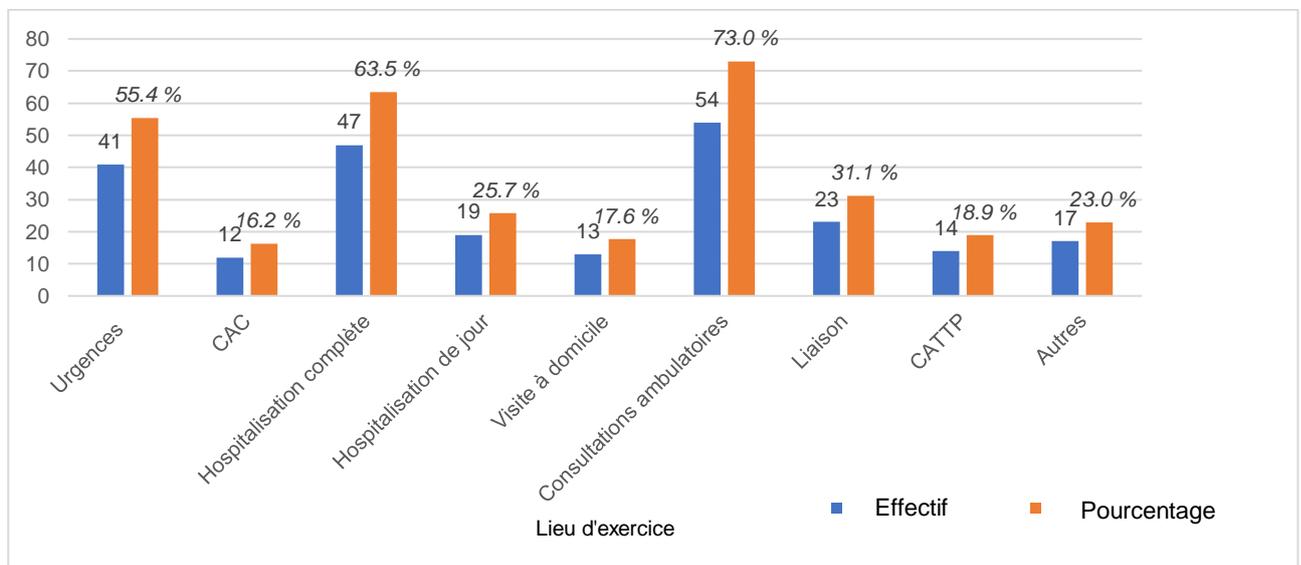


Figure 4. Répartition des répondants par lieux d'intervention (NB : plusieurs unités/lieux d'exercice possibles).

CAC=Centre d'accueil et de crise.

II. État des connaissances, représentations du RIM-P et pratiques du codage

1) Connaissance du RIM-P

53% des répondants estiment connaître mal ou très mal le RIM-P et 47 % bien ou très bien le connaître, avec la répartition ci-dessous.

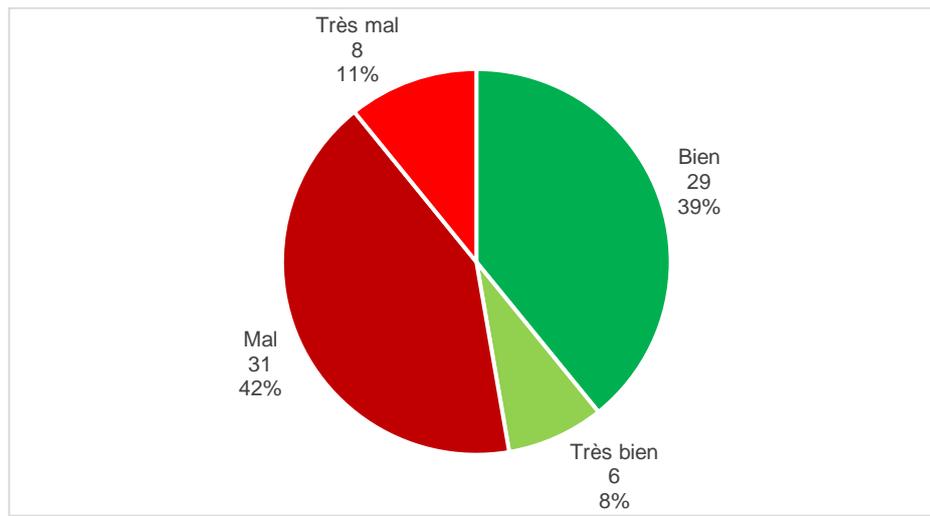


Figure 5. Distribution des répondants selon leur connaissance du RIM-P. Effectifs et pourcentages. N=74.

2) Représentations du RIM-P

Le RIM-P est considéré par les répondants comme un outil :

- Utile en épidémiologie (77% des répondants) ;
- Chronophage (61% des cas) ;
- Indispensable (59,4% des répondants) ;
- Utile à la tarification (53% des cas) ;
- Complexe (50% des cas) ;
- Nuisible à la confidentialité des données (14% des cas) ;
- Inutile (4% des cas).

(Voir Figure 6)

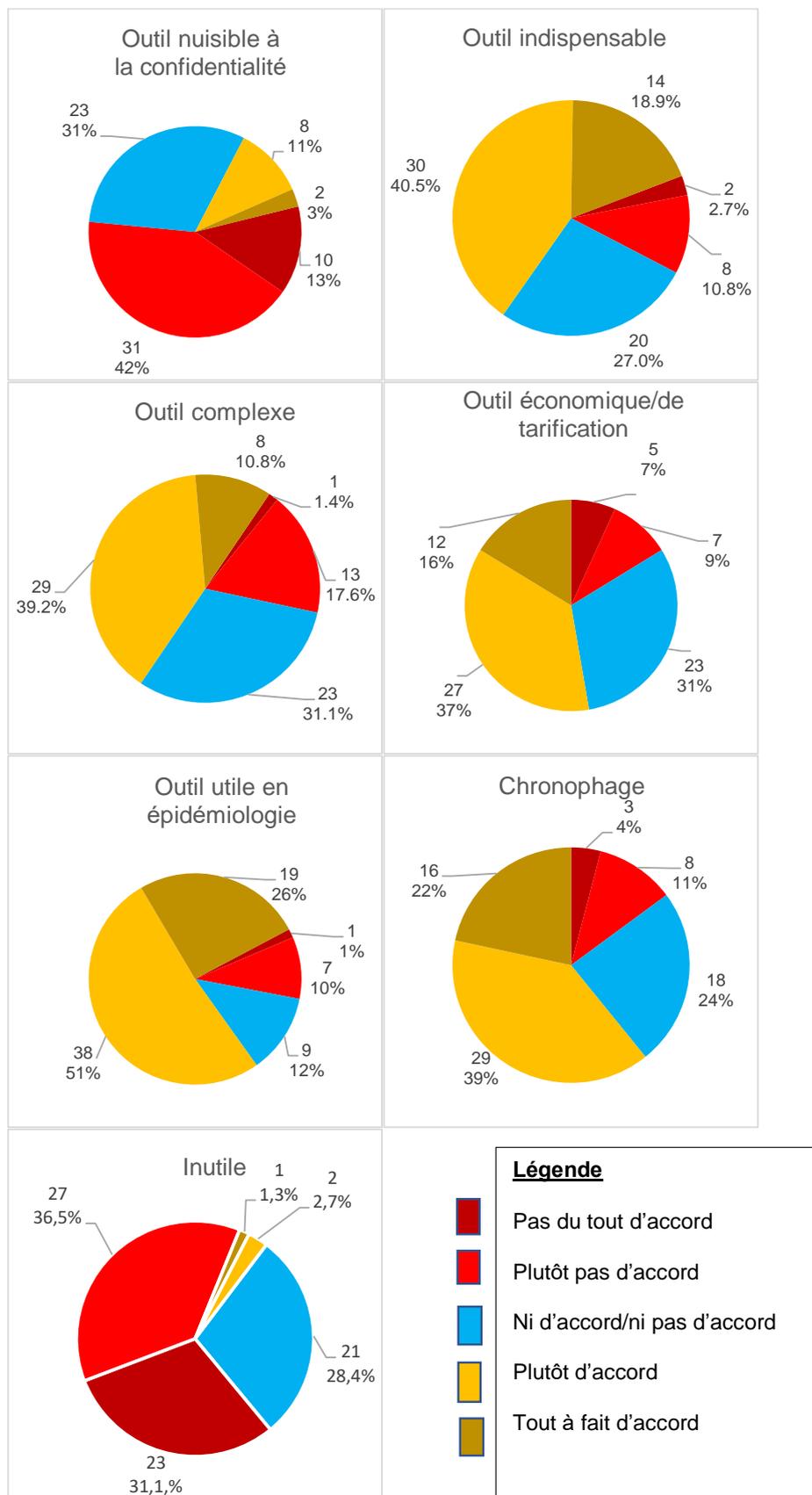


Figure 6. Distribution des répondants selon leurs représentations et opinions concernant le RIM-P. Effectifs et pourcentages. N=74.

3) Codage de l'activité en pratique

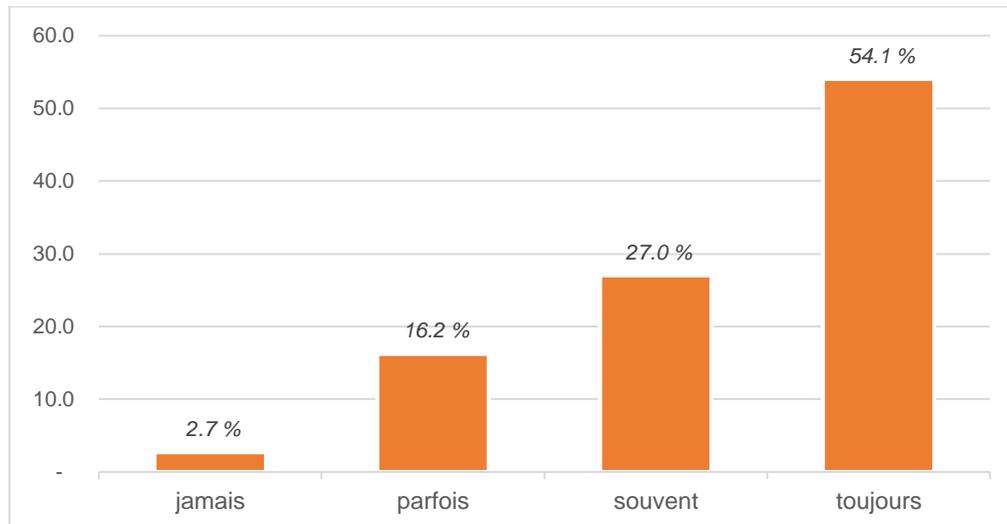


Figure 7. Distribution des répondants selon la fréquence de codage de l'activité dans le RIM-P. N=74.

81% répondent coder souvent ou systématiquement leur activité dans le RIM-P.

Les motifs évoqués pour les 14 psychiatres qui ne codent jamais ou parfois (plusieurs motifs possibles) sont :

- Manque de temps (71% d'entre eux) ;
- Manque d'information sur la manière de coder (57% d'entre eux) ;
- Pénibilité du codage (50% d'entre eux) ;
- Oubli (50% d'entre eux) ;
- Absence d'importance accordée au codage (21% d'entre eux) ;
- Choix de ne pas mettre d'étiquette au patient (7% d'entre eux) ;
- Absence de clarté des outils informatiques utilisés (0,1% d'entre eux) ;
- Absence d'informatisation du codage (0,1% d'entre eux) ;
- Délégation de la tâche (0,1% d'entre eux).

4) Opinions sur le codage de la TS dans le RIM-P

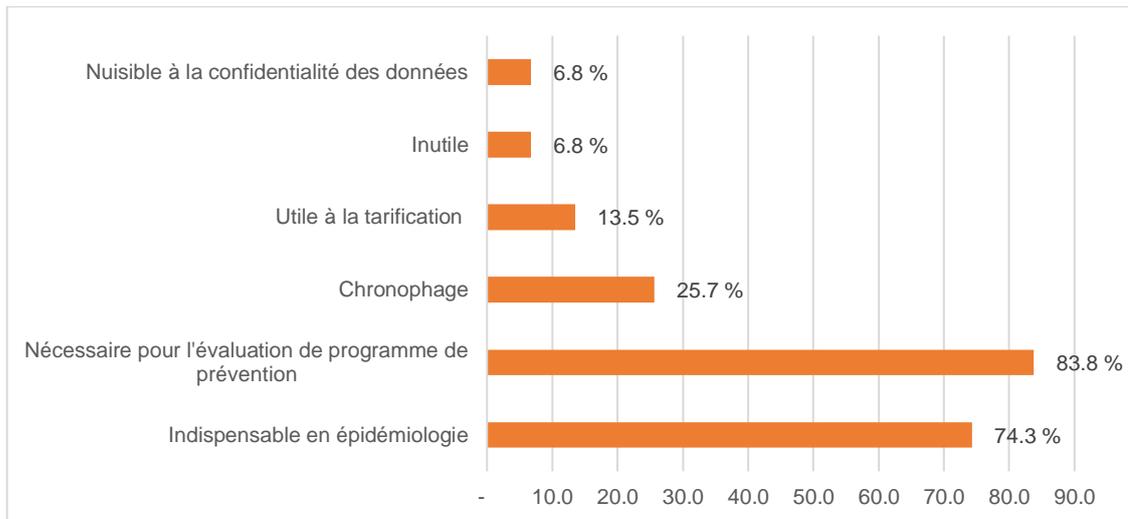


Figure 8. Opinions des psychiatres sur le codage de la TS (plusieurs choix possibles). N=74.

5) Pratiques de codage des antécédents de TS

Les psychiatres répondent rechercher systématiquement les antécédents de TS en hospitalisation pour 75,7% d'entre eux ; et en ambulatoire pour 70,3% des répondants (Figures 9 et 10). Ils répondent ne jamais coder les antécédents de TS des patients en hospitalisation pour 35,1 % d'entre eux ; et en ambulatoire pour 40,5% (Figures 11 et 12).

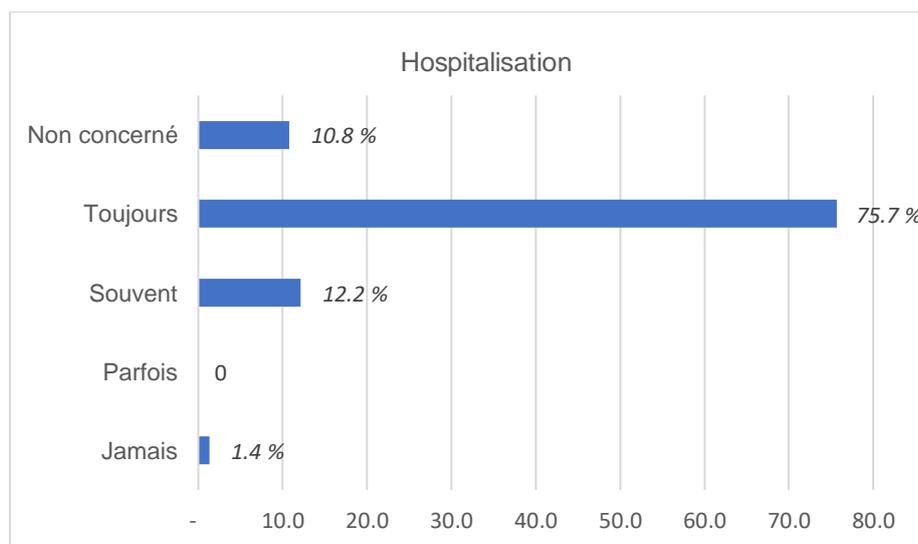


Figure 9. Fréquence de recherche des antécédents de TS en hospitalisation. N=74.

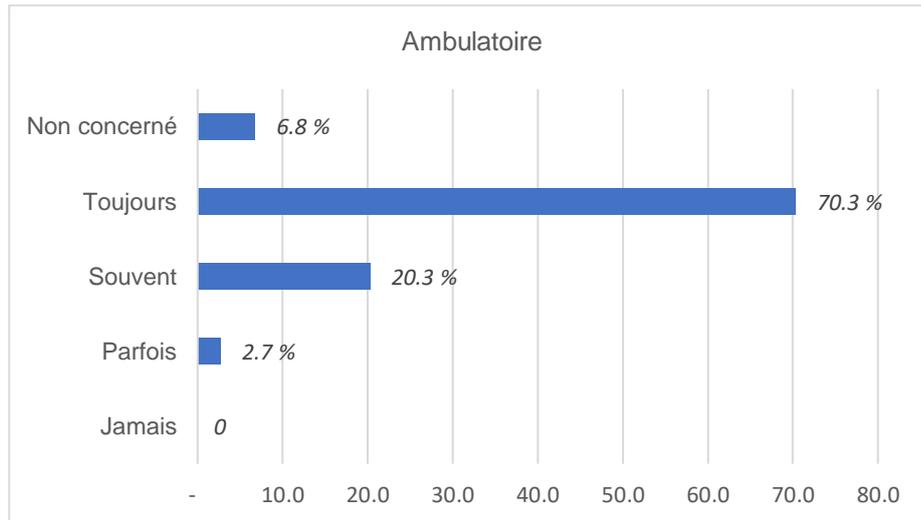


Figure 10. Fréquence de recherche des antécédents de TS en ambulatoire. N=74.

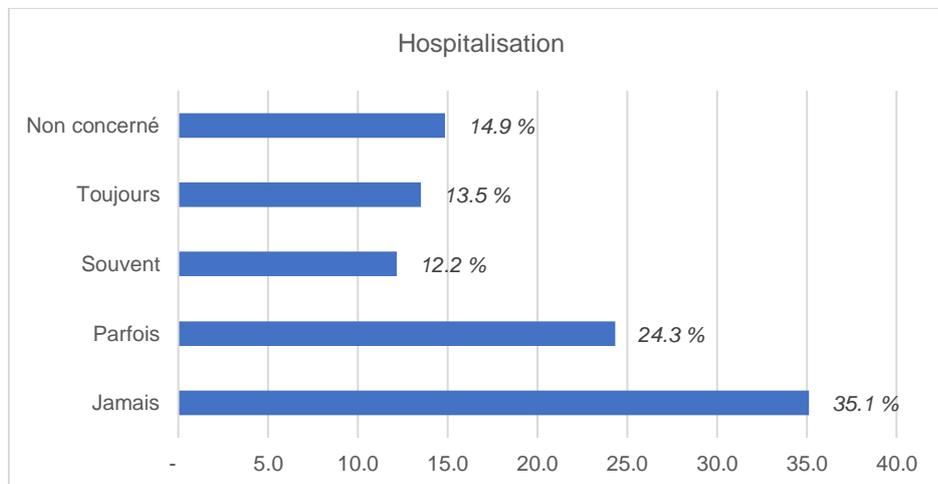


Figure 11. Fréquence du codage des antécédents de TS en hospitalisation. N=74.

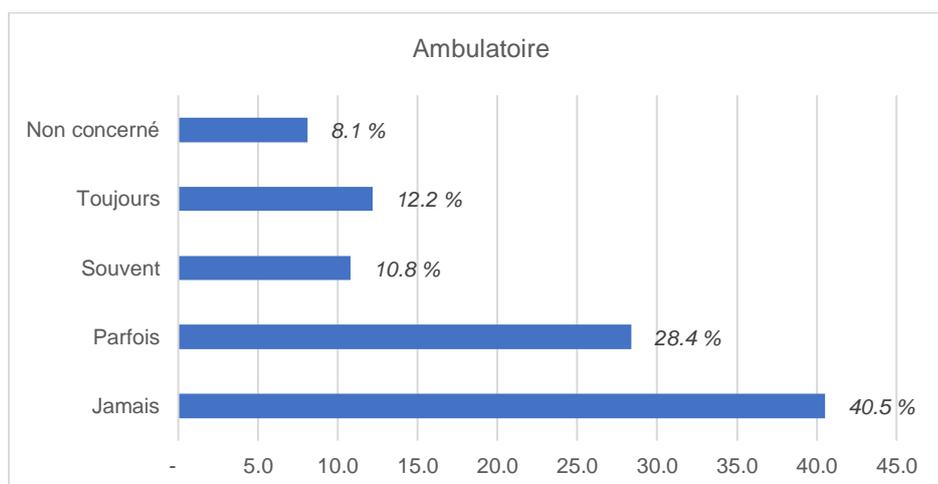


Figure 12. Fréquence du codage des antécédents de TS en ambulatoire. N=74.

6) Consignes reçues pour coder la TS

85,1% des psychiatres répondent ne pas recevoir de consignes pour coder les TS.

Parmi les 14,9% de répondants (N=11) qui en reçoivent, elles proviennent de (plusieurs réponses possibles) :

- Médecins et personnels des départements de l'information médicale (DIM) (45,4%) ;
- Chefs de service (36,3%) ;
- Présidents de CME (18,2%) ;
- La direction (9%) ;
- La F2RSM psy (9%) ;
- Auteurs des consignes non connus (18,2%).

7) Évolution des connaissances, opinions et pratiques de codage dans le RIM-P entre 2014 et 2019

On retrouve une tendance à la baisse de la connaissance du RIM-P et du codage de l'activité de manière générale. La perception de l'intérêt épidémiologique du recueil a tendance à augmenter. Le codage des antécédents de TS a tendance à augmenter en ambulatoire et à baisser en hospitalisation.

Cependant, aucune différence significative statistiquement n'est observée dans les comparaisons 2014-2019 (Tableau VII).

	2014		2019		P	P
	Effectif « Oui »	Effectif « Non »	Effectif « Oui »	Effectif « Non »	Chi 2	Fischer
Connaissance du RIM-P	25	14	35	39	0,089	
Opinions sur le RIM-P						
Inutile	2	30	3	50	Invalide	1
Complexe	27	4	37	14	0,122	
Outil économique	23	7	39	12	0,984	
Utile en épidémiologie	29	6	57	8	Invalide	0,553
Indispensable	28	1	44	10	Invalide	0,087
Chronophage	25	5	45	11	0,735	
Nuisible à la confidentialité des données	7	19	10	41	0,464	
Codage de l'activité	69	8	60	14	0,137	
Codage des antécédents de TS en ambulatoire	8	26	17	51	0,87	
Codage des antécédents de TS en hospitalisation	14	18	19	44	0,188	

Tableau VII. Évolution entre 2014 et 2019 des connaissances et des représentations sur le RIM-P, du codage de l'activité et des antécédents de TS.

III. Les consignes de codage de la TS diffusées par la F2RSM Psy

1) Connaissance

41,9 % des psychiatres (N=31) répondent connaître la fiche de consignes de codage de la TS diffusée par la F2RSM Psy.

6,8% des répondants (N=5) déclarent avoir eu connaissance des recommandations de codage de la TS de l'ATIH.

2) Opinions sur ces consignes

Les opinions recueillies portant sur les consignes de codage de la TS présentées dans la fiche concernent les 31 psychiatres qui répondent connaître l'existence de la fiche. Elles sont regroupées dans la Figure 13.

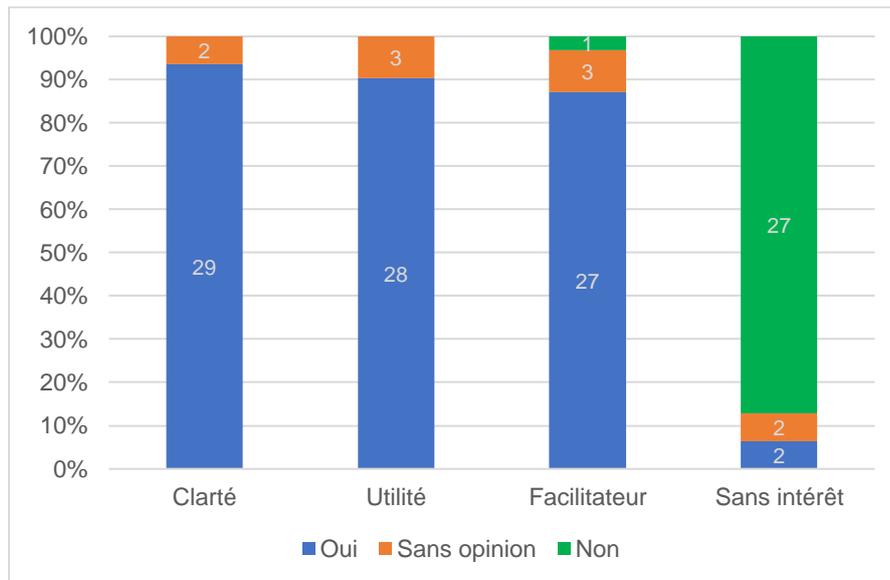


Figure 13. Opinions sur la fiche de consignes de codage de la TS. Effectifs et pourcentages. N=31.

3) Utilisation de la fiche en pratique courante

Parmi les 31 personnes répondant connaître la fiche, 74,2% (N=23) l'utilisent conformément aux consignes présentées pour coder la TS (dont 44% toujours, 52% souvent et 4% parfois).

La Figure 14 présente l'avis des psychiatres répondants sur l'évolution de leur pratique de codage de la TS depuis l'utilisation des consignes.

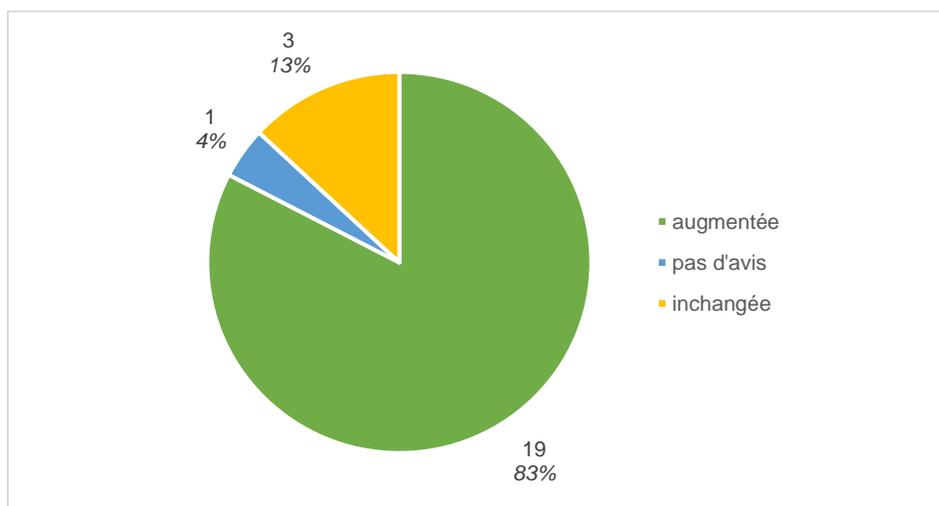


Figure 14. Avis des psychiatres sur l'évolution de leur pratique de codage de la TS en termes de fréquence. Effectifs et pourcentages. N=23.

Huit psychiatres répondent avoir connaissance des consignes mais ne les utilisent pas en pratique courante pour coder les TS. Ils répondent utiliser :

- Aucun protocole (N=5) ;
- Des consignes propres au service (N=1) ;
- Les recommandations de l'ATIH (N=1) ;

Une donnée est manquante sur les huit.

La satisfaction à l'utilisation de la fiche de consignes est présentée dans la Figure 15.

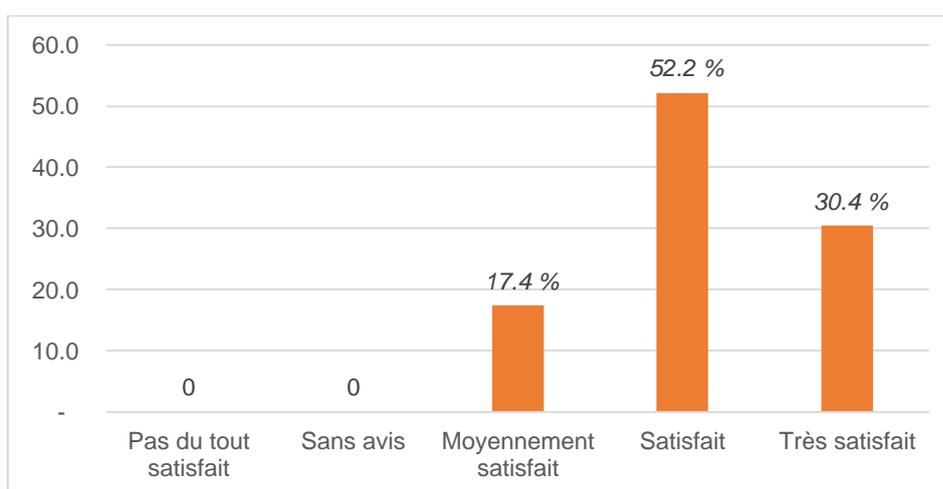


Figure 15. Satisfaction à l'utilisation de la fiche de consignes en pratique pour coder la TS. N=23.

IV. Opinions des « médecins chefs » concernant la fiche de codage de la TS diffusée par la F2RSM Psy

Cette partie spécifique du questionnaire est remplie par 19 « médecins chefs » soit 25,7% de l'ensemble des répondants.

36,8% des « médecins chefs » (N=7) répondent que la fiche est employée par les professionnels dans les services avec une satisfaction à son utilisation, rapportée par 42,9% d'entre eux (N=3). Avec l'utilisation de la fiche pour coder les TS, 72% des « médecins chefs » répondent estimer que les pratiques de codage de la TS dans les services ont augmenté (Figure 16).

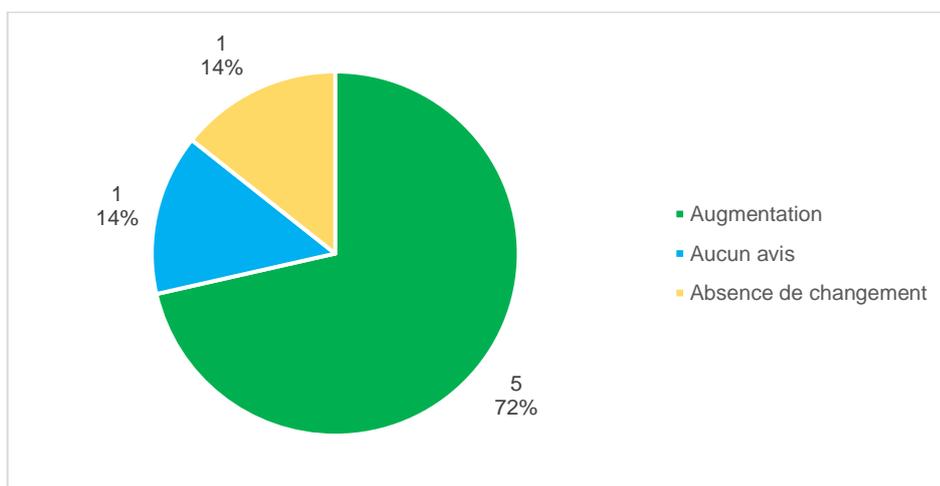


Figure 16. Estimation par les « médecins chefs » de l'évolution des pratiques de codage de la TS avec l'utilisation de la fiche de consignes. Effectifs et pourcentages. N=7.

63,1% (N=12) des « médecins chefs » répondent que les professionnels des services n'utilisent pas les consignes de codage de la F2RSM Psy et qu'ils se servent alors de :

- Aucun protocole (41,7% d'entre eux, N=5) ;
- Un protocole spécifique au service (33,3% d'entre eux, N=4) ;
- Les recommandations de l'ATIH (8,3% d'entre eux, N=1) ;
- Support utilisé non connu (8,3% d'entre eux, N=1) ;

- Autre : « oublis fréquents » des professionnels malgré une diffusion récurrente des consignes de codage présentes dans la fiche (8,3% d'entre eux, N=1).

V. Réponses à l'enquête selon les caractéristiques des répondants

Des différences statistiquement significatives sont retrouvées selon :

1) Âge

- Opinions sur le RIM-P

Concernant l'intérêt épidémiologique du RIM-P, les moins de 40 ans le perçoivent d'avantage que les 40 ans et plus (83,7% versus 65,2% ; $p=0,043$).

Les moins de 40 ans sont moins d'accord sur son caractère nuisible à la confidentialité des données, que les psychiatres de 40 ans et plus (70,4% versus 39,1% ; $p=0,047$).

- Pratiques de codage de l'activité

Les plus de 40 ans codent davantage dans le RIM-P que les psychiatres plus jeunes (87% codent souvent ou toujours versus 77% ; $p=0,030$).

- Connaissance de la fiche

Les plus de 40 ans connaissent plus de deux fois plus la fiche que les moins de 40 ans (65,2% versus 30,2% ; $p=0,009$).

2) Statut

- Connaissance du RIM-P

Ce sont les « médecins chefs » qui connaissent le mieux le RIM-P (63,1% d'entre eux répondent le connaître bien ou très bien) alors que les internes, assistants et chefs de clinique sont ceux qui le connaissent le moins (81,8% des internes, assistants ou chefs de cliniques répondent mal ou très mal le connaître) ($p=0,033$).

- Pratiques de codage de l'activité

Les praticiens hospitaliers (hors « médecins chefs ») codent davantage leur activité que les « médecins chefs », les internes, assistants et chefs de clinique (codent souvent ou toujours respectivement pour 92,6% versus 73,7% versus 45,4% ; $p=0,011$).

- Connaissance de la fiche

Les « médecins chefs » connaissent mieux la fiche de consignes que les praticiens hospitaliers et que les chefs de clinique/assistants et internes (63,2% versus 48,2% versus 45,4% ; $p=0,0045$).

3) Prise en charge des suicidants

Les répondants prenant en charge quotidiennement ou souvent des suicidants connaissent près de 4 fois plus la fiche que ceux qui en rencontrent peu souvent (50% des psychiatres prenant en charge quotidiennement des suicidants la connaissent versus 43,2% pour ceux qui en évaluent souvent versus 12,5% de ceux qui en rencontrent peu souvent ; $p=0,0119$).

4) Département d'exercice

Les psychiatres exerçant dans un établissement du Pas-de-Calais connaissent plus de deux fois plus les consignes de la fiche que ceux exerçant dans le Nord (69,6% versus 29,4% ; $p=0,0012$).

5) Type d'établissement d'exercice

- Pratiques de codage

Les répondants exerçant en clinique privée ou en ESPIC codent plus que ceux travaillant en EPSM et en Centre hospitalier (codage systématique respectivement pour 100% versus 91,9% versus 65,7% d'entre eux ; $p=0,031$).

- Connaissance de la fiche

Les psychiatres des établissements privés connaissent mieux la fiche que ceux exerçant dans des EPSM et en CH (80% versus 48,7% versus 28,1% ; $p=0,045$).

VI. Difficultés, remarques, suggestions

Les parties suivantes concernent des réponses en textes libres.

1) Sur les consignes de codage présentées dans la fiche

- Difficultés pour différencier une TS actuelle d'un antécédent de TS (N=2)
- L'absence de limite temporelle pour différencier un antécédent de TS récent des autres antécédents de TS (N=1)
- Un questionnement porte sur les antécédents de TS qui doivent être codés dans le RIM-P, le répondant demandant si le codage concerne tout antécédent significatif de TS confondu ou seulement ceux en rapport avec le motif de prise en charge (N=1)
- Remarque sur l'utilisation du DAS et non du DP pour un patient évalué aux urgences par le psychiatre dans les suites d'une TS (N=1)
- La difficulté à coder les modes de TS et les lieux (N=1)
- Mémorisation des consignes (N=1)
- Manque de temps (N=1)

2) Sur l'amélioration du codage des TS

Différentes suggestions pour améliorer le codage sont apportées telles que :

- Diffusion de la fiche « aux internes au cours de leur formation » et sensibilisation au RIM-P (N=1)
- Information et diffusion de manière régulière (N=1)
- Affichage des consignes dans les endroits visibles des professionnels (N=1)
- Présentation de parcours et d'exemples types sur une fiche (N=1)

- Codage en DP (N=1)
- Généralisation de l'informatisation du codage (N=1)
- Différenciation par des codes distincts, la crise suicidaire, de la TS « avortée », de la TS réalisée et du suicide (N=1)

3) Autres remarques sur la description des TS

- Importance d'identifier le sens de la TS par l'évaluation de l'intentionnalité suicidaire (en différenciant les « appels à l'aide », les TS « camouflées » et les TS dont l'intention est évoquée clairement) et de sa gravité également (N=1)
- Intérêt d'une « description exhaustive du contexte qui sous-tend la TS »
- Description clinique du nombre de TS, du moyen utilisé et de l'intention suicidaire au moment du passage à l'acte
- Pas d'intérêt du codage des TS hormis dans le « cadre épidémiologique et de prévention » (N=1)
- Intérêt de rendre accessibles des outils d'évaluation validés et traduits (exemples d'échelles telles que SBQ, SSI, SBS¹) (N=1)

¹ SBQ : Suicidal Behaviors Questionnaire (questionnaire sur les comportements suicidaires) ; SSI : Suicide Intent Scale (échelle d'intentionnalité suicidaire) ; SSB : Beck Scale for Suicide Ideation ou BSS (échelle d'idéation suicidaire de Beck)

DISCUSSION

I. Une amélioration limitée du codage des TS dans le Nord et le Pas-de-Calais

Le codage de la TS pour des individus distincts, augmente entre 2015 et 2017 de manière significative dans les Hauts-de-France mais de manière plus importante dans le Nord et le Pas-de-Calais. Malgré cette hausse, le RIM-P recense, en 2017, entre 1,5 et 2 fois moins de suicidants que le PMSI-MCO.

Cette hausse ne peut pas être attribuée au seul effet de diffusion de la fiche de consignes de codage de la TS par la F2RSM Psy, d'autant plus que l'évolution est également significative dans les départements de l'ancienne Picardie, non touchée par l'action.

Cette augmentation peut être liée à d'autres facteurs :

- Une amélioration globale du codage en psychiatrie , du fait de l'antériorité du RIM-P (50) ;
- Le développement, dans le Nord et le Pas-de-Calais, d'actions spécifiques sur les conduites suicidaires qui peut amener à une meilleure vigilance quant aux données disponibles et donc à un meilleur codage. On peut évoquer la création en 2007 de la F2RSM Psy (51) soutenant plusieurs travaux de recherche et, le déploiement en 2015, du dispositif de prévention de la récurrence suicidaire (*VigilanS*) (52) (53) ;
- Des actions de formation et de communication réalisées par les médecins et professionnels des DIM , à propos des recommandations de codage de l'ATIH publiées début 2016 dans le guide méthodologique du RIM-P (33).

Le court délai entre la diffusion des consignes de codage en 2016 et l'analyse des données du RIM-P sur l'année 2017, peut expliquer, en partie, une évolution limitée. Des délais plus importants sont généralement nécessaires pour observer un changement

dans les pratiques (40). La réplication d'analyses ultérieures permettrait de vérifier cette hypothèse.

Certaines limites dans l'analyse des résultats sont à prendre en compte. D'abord, il existe un léger risque de surestimation des effectifs recueillis dans le RIM-P. En effet, l'absence de chaînage de l'activité ambulatoire au reste des données nationales, peut être à l'origine de doublons, si l'individu est pris en charge dans un autre établissement (40). Ensuite, un biais existe dans la mesure de l'effet de l'action d'incitation au codage. Pour les besoins statistiques, nous avons fait l'hypothèse que tous les cas de TS codés dans le RIM-P étaient présents dans le PMSI-MCO. Or, les psychiatres devraient être sollicités pour l'évaluation de tout patient après un geste suicidaire, également lorsque le patient ne séjourne pas en MCO (transfert direct en service de psychiatrie depuis un service d'urgences sans passer en UHCD, consultation ambulatoire au CMP au décours d'une TS n'ayant pas donné lieu préalablement à une hospitalisation) (54) (55). Enfin, les séjours et les actes ambulatoires recherchés dans l'analyse du RIM-P n'incluent pas les codes Z91.50 et Z91.58 d'antécédents de TS, ce qui peut être à l'origine d'un biais de mesure. Des études complémentaires incluant les codes d'antécédents de TS et ceux de lésions auto-infligées permettraient d'augmenter l'exhaustivité des données recueillies.

Une augmentation du codage des TS dans le RIM-P en Picardie indépendamment de la diffusion de la fiche de consignes, nous interroge sur l'organisation du codage de la psychiatrie dans ces départements, non touchés par l'action. On peut alors poser l'hypothèse d'actions de formation et de communication menées par les médecins et professionnels des DIM, concernant les recommandations de codage de l'ATIH publiées début 2016 dans le guide méthodologique du RIM-P (33). Une enquête auprès des DIM de ces départements pour connaître les modalités de codage dans le RIM-P et celles des

TS, pourrait être conduite pour étayer cette hypothèse. Cette hausse est associée à une diminution des effectifs enregistrés avec diagnostic de TS dans le PMSI-MCO. Elle peut être induite par plusieurs facteurs. D'abord, il peut s'agir d'une diminution du phénomène suicidaire, qui peut être mise en relief avec la baisse de la prévalence des TS déclarées chez les 18-75 ans entre 2010 et 2017 dans les Hauts-de-France (27) (46). Ensuite, cette évolution peut être secondaire à une diminution des recours aux soins somatiques après un geste suicidaire (baisse des TS graves). Enfin, on peut supposer l'existence de variations du codage des DAS de lésions auto-infligées entre praticiens, du fait de l'absence de valorisation financière en MCO de ces codes X60-X84, mais également du refus de renseigner l'intentionnalité suicidaire (26) pour certains.

II. Caractéristiques des individus avec diagnostic de TS dans le RIM-P en 2017 dans le Nord et le Pas-de-Calais

On retrouve une répartition par âge et sexe relativement similaire à celle documentée dans la littérature (5,28,29,44,46). On retrouve en effet :

- Une prédominance féminine dans toutes les tranches d'âges sauf chez les individus de 25-34 ans ;
- Des pics féminins chez les 15-24 ans et, de moindre ampleur, entre 45-54 ans ;
- Des effectifs masculins plus importants entre 35-45 ans et 45-54 ans ;
- Une baisse du nombre de cas après 54 ans.

La similitude des caractéristiques d'âge et de sexe permet de conclure à la fiabilité de la source pour décrire une population suicidante.

La répartition des individus selon le type d'établissement de prise en charge n'est pas homogène au regard de leur file active. En effet, en 2019, les patients des services de psychiatrie des CH représentent 37,8% de la file active globale de psychiatrie du Nord et du Pas-de-Calais, ceux des EPSM, 55,8%, et les patients des ESPIC, 2,9% de la file active (56).

Selon les données du RIM-P 2017, les personnels des ESPIC déclarent donc proportionnellement beaucoup plus de personnes suicidantes (12,2% de l'ensemble des individus pris en charge dans le Nord et le Pas-de-Calais avec diagnostic de TS) que leur file active ne laisse attendre, de même pour les centres hospitaliers (56,3% des effectifs avec diagnostic de TS dans le Nord et le Pas-de-Calais), alors que les praticiens des EPSM sont moins « déclarants » (29,5% de l'ensemble).

Les centres hospitaliers ayant une activité autorisée en psychiatrie ont tous des services d'urgences de rattachement, au contraire des EPSM. Ceci pourrait expliquer l'influence de la MCO sur la psychiatrie dans les pratiques de codage.

Une deuxième explication concerne la présence de CAC au sein des CH dans la région, à l'origine possiblement d'une plus grande part de suicidants pris en charge au décours d'une TS, pouvant alors inciter à leur enregistrement.

Les troubles névrotiques, liés à un facteur de stress et troubles somatoformes sont les DP les plus fréquemment retrouvés associés aux TS, suivis des troubles de l'humeur. Cependant, il apparaît dans la littérature que les troubles de l'humeur (surtout la dépression) et les troubles mentaux et du comportement liés à l'usage de l'alcool sont les diagnostics les plus décrits associés aux TS dans le PMSI-MCO (29,54). Cette association avec la dépression est retrouvée également en 2017 dans des enquêtes déclaratives en population générale (46) et chez les adolescents (48).

Les distinctions retrouvées peuvent provenir d'un moins bon repérage des troubles somatoformes et liés à un facteur de stress par les médecins de MCO (54). Prenons en compte que la recherche des comorbidités associées dans notre étude, n'a inclus que les DP alors que les données de la littérature citées concernent les DAS. Cette différence méthodologique peut alors induire un défaut d'exhaustivité dans la fréquence des troubles comorbides repérés dans l'étude. Une autre limite dans l'analyse des données de DP en psychiatrie est également à soulever : poser un diagnostic psychiatrique dans certaines

situations, et notamment dans les troubles débutants peut être délicat et entraîner un défaut de codage. De plus, certains professionnels refuseraient d'attribuer au patient un diagnostic « stigmatisant » (40). Dans ces cas-là, lorsque le diagnostic n'est pas encore déterminé, il est conseillé de coder des symptômes en DP.

Des différences de répartition des individus sont observées dans le RIM-P et le PMSI-MCO selon leur âge et le département de prise en charge.

– Les suicidants sont plus décrits dans le Nord dans les deux bases. Ceci paraît cohérent au regard de la file active de psychiatrie dans le Nord qui représente près du double de celle du Pas-de-Calais (57), et de la taille des populations en 2017 (environ 2,6 millions d'habitants dans le Nord contre environ 1,5 dans le Pas-de-Calais) (58). Cependant, le RIM-P décrit significativement plus de patients pris en charge dans le Pas-de-Calais par rapport au PMSI-MCO. On peut poser l'hypothèse d'un meilleur codage par les professionnels dans ce département. Cette hypothèse peut être rapprochée aux résultats de notre enquête montrant une meilleure connaissance de la fiche de recommandations par les psychiatres exerçant dans le Pas-de-Calais.

– Le PMSI-MCO décrit plus de sujets âgés de 10-14 ans d'une part et de 65 ans et plus d'autre part. Les gestes suicidaires chez les enfants et les adolescents pourraient entraîner d'avantage de recours aux services de soins somatiques. Toutefois, une évaluation par la psychiatrie de liaison est recommandée lors d'une prise en charge hospitalière des adolescents après une TS (59). Cette différence PMSI-MCO/RIM-P illustre le défaut de codage en psychiatrie. De même, les comorbidités somatiques associées avec l'avancée en âge peuvent induire plus de séjours en MCO suite au geste suicidaire. Des analyses montrent, que les niveaux de recours aux services de psychiatrie baissent après 65 ans pour ré-augmenter après 85 ans chez l'homme (60). En revanche, les personnes plus âgées devraient également bénéficier d'une évaluation

par un psychiatre de liaison lors de leur séjour en MCO. Un code de TS devrait alors également apparaître dans le RIM-P.

– Le RIM-P décrit davantage les 15-24 ans. L'hypothèse de conséquences somatiques moins importantes dans cette population peut être évoquée, induisant moins de recours aux soins somatiques après une TS.

Ces différences retrouvées au sein des bases confirment leur complémentarité pour caractériser la population et laissent supposer qu'un effet âge peut exister dans le mode de prise en charge des personnes au décours d'une TS.

III. Une connaissance insuffisante des consignes de codage de la F2RSM Psy

L'impact des consignes de codage de la TS peut être qualifié de modeste puisqu'une faible part de psychiatres connaît la fiche et utilise les consignes en pratique courante (31,1% de l'ensemble des répondants soit moins de 5% des psychiatres ciblés par l'enquête). Lorsqu'ils les utilisent, les psychiatres se conforment systématiquement ou souvent à ces consignes. Malgré une faible connaissance, les retours sont encourageants, la fiche étant jugée utile, claire et facilitatrice pour presque la totalité de ceux qui la connaissent et l'utilisent. Parmi eux, il ressort que cet outil leur a permis d'améliorer leur pratique de codage de la TS (pour plus de 8 psychiatres sur 10).

Aussi, les « médecins chefs » rapportent une connaissance et une utilisation modérées de ces recommandations dans les unités. En effet, moins de 40% des « médecins chefs » (soit moins de 10% de l'ensemble des répondants) estiment que la fiche est utilisée dans les services, avec une satisfaction des personnels des unités (rapportée pour 20% des « médecins chefs ») et une augmentation des pratiques de codage pour la plupart.

La connaissance de la fiche de consignes de codage diffusée par la F2RSM Psy est influencée par certaines caractéristiques. Ceux qui les connaissent mieux sont :

- Les psychiatres de plus de 40 ans (65,2% versus 30,2% ; $p=0,009$) ;
- Les « médecins chefs » (63,2% versus 48,2% pour les PH versus 45,4% pour les internes/assistants/chefs de clinique ; $p=0,004$) ;
- Ceux exerçant dans le Pas-de-Calais (69,6% versus 29,4% ; $p=0,001$) ;
- Les psychiatres prenant en charge quotidiennement ou souvent des suicidants (50% des psychiatres prenant en charge quotidiennement des suicidants la connaissent versus 43,2% pour ceux qui en rencontrent souvent versus 12,5% de ceux qui en prennent en charge peu souvent ; $p=0,012$) ;
- Les psychiatres des établissements privés par rapport à ceux des EPSM et des CH (80% versus 48,7% versus 28,1% ; $p=0,045$).

Les « médecins chefs », de par leur statut hiérarchique et institutionnel, peuvent être davantage concernés par les logiques d'organisation des soins et de planification de l'activité et donc plus à même de connaître les consignes de codage existantes.

La différence retrouvée selon les deux départements interroge sur les modes de diffusion à l'ensemble du territoire du Nord-Pas-de-Calais ainsi que sur les fonctionnements des DIM de ces départements.

Par ailleurs, la plus grande préoccupation des DIM des CH généraux et universitaires pour le PMSI-MCO, sous-tendue par la tarification à l'activité, peut contribuer à une moins bonne diffusion de ce consensus comparativement aux établissements spécialisés en santé mentale.

D'autre part, il est possible que dans les établissements psychiatriques privés, de par leur système de financement, les psychiatres soient davantage dans une culture du « rendre compte » de leur activité et donc plus sensibilisés et informés des consignes de codage existantes que dans les établissements publics. Notons cependant que seuls 5 répondants exercent dans les établissements privés.

Il serait intéressant de réaliser une étude auprès des médecins et techniciens des DIM des centres hospitaliers, des EPSM, des ESPIC et des cliniques privées ayant une activité autorisée en psychiatrie afin de connaître leur organisation concernant le codage de l'activité et plus spécifiquement de celle du codage diagnostic des TS en les interrogeant sur la connaissance des consignes présentées par la F2RSM Psy.

Les psychiatres confrontés à la problématique du suicide et des conduites suicidaires dans leur pratique quotidienne seraient plus sensibilisés à l'étude du phénomène suicidaire et à son suivi épidémiologique. Ils pourraient donc être plus à même de coder les TS et de connaître la fiche.

De par la faible connaissance de ces recommandations de codage, nous pouvons nous interroger sur la qualité de leur diffusion mais également sur les modalités de transmission de l'information auprès des professionnels des établissements, auprès des psychiatres et des internes lors de leur prise de fonctions dans les services. Des communications régulières de ces recommandations auprès des professionnels des établissements adhérents en incluant les internes paraissent importantes afin d'améliorer quantitativement et qualitativement le codage des TS en psychiatrie.

Une comparaison complémentaire des caractéristiques des répondants avec celles des psychiatres en exercice dans le Nord et le Pas-de-Calais est réalisée indépendamment de la méthodologie initiale de l'étude. Cette comparaison, présentée en Annexes 6 et 7, permet de souligner que les moins de 40 ans sont plus représentés parmi les répondants que parmi l'ensemble des psychiatres en exercice, avec une différence statistiquement significative. Il est important de tenir compte par ailleurs, des nombreuses données manquantes sur l'âge et le statut des répondants pour l'interprétation de ces comparaisons.

Discussion de la méthode de l'enquête :

- Un biais de sélection peut être généré, sous-tendu par l'intérêt que porteraient les répondants à la thématique du suicide. Ils pourraient ainsi être plus sensibles à l'utilité épidémiologique du RIM-P. Nous constatons par ailleurs que les psychiatres confrontés régulièrement à des patients en crise suicidaire connaissent mieux la fiche. Il existe donc un risque de surreprésentation de la connaissance de ces consignes parmi les répondants.
- Un défaut d'exhaustivité, lié au mode de recrutement de la population de l'enquête, est à prendre en compte. La F2RSM Psy estime en effet à 10% le taux de mise à jour annuelle de sa base de correspondants.
- Le taux de participation est faible (14,5%). Ceci nous interroge sur la généralisation des résultats de l'enquête.

IV. Perception générale du RIM-P et du codage de l'activité par les psychiatres

Malgré une mauvaise connaissance du RIM-P pour la moitié des répondants, une majorité perçoit son intérêt épidémiologique dans le domaine de la santé mentale. En revanche, des aspects plus contraignants pouvant limiter le recueil d'information (comme la complexité du recueil et son caractère chronophage) sont soulevés pour au moins la moitié d'entre eux.

Les 10 à 30% de répondants qui n'émettent pas d'opinion quant aux représentations sur le RIM-P, nous interrogent sur leur désintérêt quant à ce champ d'activité et/ou quant au défaut de connaissance de cet outil.

En dépit d'une mauvaise connaissance de ce recueil, les psychiatres sont nombreux à coder leur activité. Cependant, les représentations négatives et les contraintes (manque de temps, défaut d'information sur la manière de coder, oubli, pénibilité, refus de rendre compte de l'activité, crainte de la non-confidentialité des données...) soulevées par les

« non codeurs » peuvent induire un défaut de codage des actes et des pathologies de manière plus générale, impactant alors l'enregistrement des TS.

Des réticences et résistances au codage sont également documentées dans la littérature. Pour certains, le non-codage de l'activité et des pathologies soulignerait leur désaccord quant à l'utilisation des données du recueil à des fins économiques et de planification de l'activité, comme pour les services de MCO (61). D'autres, s'opposent à rendre visible leur activité afin de ne pas être évalués sur la qualité de leur exercice (62). Aussi, certains soignants pourraient considérer cette mission comme «non prioritaire» au regard de leur activité clinique (50).

En comparaison à l'enquête réalisée en 2014, nous ne mettons pas en évidence d'évolution significative de la connaissance du RIM-P, ni des représentations des professionnels concernant ce recueil et du codage de l'activité. Notons que les populations répondantes diffèrent en fonction de l'intitulé des questions selon les deux années de l'enquête induisant une limite méthodologique pour l'interprétation des résultats. (En 2014, la connaissance du RIM-P et l'évaluation des opinions concernent les chefs de pôle alors que la fréquence de codage de l'activité et les raisons de ne pas coder concernent les professionnels intervenant auprès des suicidants (IDE, Psychologues, psychiatres, internes...)) (49).

Ce sont les internes, assistants et chefs de clinique qui connaissent et renseignent le moins le RIM-P. Et alors que les médecins chefs connaissent mieux ce recueil, ce sont les PH qui codent davantage leur activité. Ces différences interrogent sur le transfert de compétences entre les professionnels. Il serait intéressant d'évaluer les besoins et demandes de formation des internes et chefs de clinique/assistants concernant les modalités de renseignement de l'activité médicale et le codage de l'activité en psychiatrie. Une réflexion pourrait porter sur la mise en place d'enseignements spécifiques dans le cadre de la formation initiale.

Enfin, il apparait que de nombreux répondants (N=63) déclarent ne pas recevoir de consignes pour coder les TS. Ceci peut être à l'origine d'un défaut d'exhaustivité et d'une non-conformité des codes employés pour retranscrire la TS dans le RIM-P, pouvant rendre les données difficilement exploitables en épidémiologie.

V. Des problématiques liées à la définition de la TS et au concept de codage diagnostic

Ce travail nous amène à poser d'autres hypothèses explicatives à la faible part des TS codées dans le RIM-P et mises en évidence dans l'analyse. Il s'agit d'hypothèses parfois plus générales liées au concept de codage pouvant concerner également les TS.

Des désaccords liés à la définition de la TS peuvent entraîner un défaut de codage.

Premièrement, la vision que le praticien se fait du phénomène suicidaire et d'une situation clinique peut impacter le codage. En effet, comme évoqué en introduction, les représentations de la TS peuvent varier selon les cliniciens, en absence de définition unique. L'évaluation clinique est également soumise à la perception que l'individu a de son geste. Dans le cas des auto-mutilations sans intention de mourir, certains psychiatres ou médecins somaticiens peuvent les considérer comme des TS (en référence à la définition de l'OMS) et ainsi employer les codes X78-X79 de lésions auto-infligées de la CIM-10 pour renseigner les bases (54). Pour d'autres, au contraire, l'emploi des codes de lésions auto infligées dans cette situation ne sera pas conforme à leur conception.

Deuxièmement, la TS peut être considérée par certains auteurs, comme un symptôme intégrant un trouble mental sous-jacent et non comme une entité nosographique spécifique. Dans ces cas-là, le trouble mental serait renseigné dans le RIM-P et non la TS (54) (14). Il est cependant recommandé de coder à la fois, la pathologie et le geste suicidaire.

Troisièmement, la difficulté à évaluer l'intentionnalité suicidaire, parfois dissimulée, cachée, voire incertaine, peut induire une réticence de certains médecins à coder un évènement incertain.

Enfin, la distinction entre une TS « actuelle » et un « antécédent de TS » peut varier selon la perception que le codeur se fait du concept d'« antécédent ». En effet, l'ATIH, dans son guide méthodologique, définit, selon la CIM-10, un antécédent personnel comme « *une affection ancienne qui n'existe plus* » au moment du séjour ou de l'acte concerné par le recueil (33). Cette définition peut paraître inadéquate dans le cas des TS prises en charge en psychiatrie.

Des difficultés de hiérarchisation et de retranscription d'une situation clinique en codes diagnostics peuvent impacter la qualité et l'exhaustivité des données recueillies. Le psychiatre peut en effet être confronté à des difficultés pour retranscrire une situation clinique complexe (définition de la TS non consensuelle, intentionnalité suicidaire, représentation que le patient a de son geste ...) en une codification selon les règles de la CIM-10.

Des difficultés de codage peuvent être liées à la méconnaissance du guide méthodologique de l'ATIH et des règles de la CIM-10.

Certains psychiatres n'auraient pas connaissance du guide méthodologique et des codes de DAS de lésions auto-infligées X60-X84 de la CIM-10 à employer pour coder dans le RIM-P (54). De plus, en cas de lésion et d'intoxication dont l'intentionnalité suicidaire est incertaine, il convient selon la CIM-10, d'employer les codes « Y10-Y34 » « *évènements dont l'intention n'est pas déterminée* » (30). Cette information n'apparaît cependant ni dans les recommandations de codage des TS de l'ATIH (33), ni dans celles diffusées par la F2RSM Psy.

D'autre part, la distinction entre DP et DAS pour coder les TS selon les règles de la CIM-10 ne semble pas assimilée. Aux urgences notamment, un psychiatre qui évalue un

individu suicidant peut vouloir renseigner la TS en position de DP en considérant qu'il s'agit du motif «*mobilisant l'essentiel de l'effort*» lors de la prise en charge (33). Cependant, rappelons que les codes X60-X84 de TS ne sont pas autorisés en DP (63). L'analyse des données du RIM-P en 2017 dans ce travail relève une part non négligeable de codes X60-X89 (intégrant les X60-X84 de lésions auto-infligées, dont la part n'a pas été quantifiée) en position de DP, illustrant alors le manque de connaissances des règles de codage par les psychiatres. Certains logiciels DPI ne disposeraient pas de paramètres bloquant la saisie de DP non conformes. Un étude récente (50) éclaire ce défaut de conformité en mettant en évidence que, en 2016, 8,5% des codes de TS et d'idées suicidaires selon la CIM-10, et 7,6% en 2017, sont retrouvés en position de DP.

VI. Le codage des antécédents de TS reste insuffisant

De nombreux psychiatres ne codent jamais les antécédents de TS, notamment en ambulatoire (40,5%) alors qu'ils sont recherchés par près des trois quarts d'entre eux.

Seuls 10 à 15% d'entre eux les codent systématiquement. Bien que l'on constate une tendance à la hausse de son codage en hospitalisation et à la baisse en ambulatoire dans notre enquête, comparativement à celle de 2014, cette évolution n'est pas significative.

Notons, que les populations interrogées sont différentes, puisque en 2014, cette question n'était posée qu'aux chefs de pôle, ce qui peut biaiser l'interprétation des comparaisons.

L'absence de codage des antécédents de TS peut être le résultat d'une méconnaissance des recommandations de codage de la TS de l'ATIH (pour 93% des répondants) et de celles présentées par la F2RSM Psy (pour plus des deux tiers des répondants) qui abordent cette notion.

Notons qu'aucune limite temporelle dans la fiche diffusée par la F2RSM Psy (7), comme dans les recommandations de l'ATIH (33), ne précise quels antécédents de TS doivent être codés. Cette absence de précision peut induire une réticence à son codage.

Lors de la recherche de consensus pour coder les TS décrite dans la thèse de Monsieur le Docteur Parmentier (49), il était proposé de coder la TS en antécédent dans le RIM-P « *dès que l'épisode aigu est passé lors de la prise en charge de la TS avec une limite de 12 mois et, si en rapport avec le motif de prise en charge* ». Cependant, cette limite de 12 mois n'apparaît ni dans la fiche, ni dans les recommandations de l'ATIH du guide méthodologique du RIM-P. On peut en déduire que tous les antécédents de TS, qui sont des antécédents significatifs, doivent être codés.

VII. Des limites aux consignes diffusées par la F2RSM Psy

Malgré des avantages certains de la fiche, il semble que certaines notions ne soient pas intégrées. D'abord, l'absence de précision d'une limite temporelle pour différencier un antécédent de TS « récent » (selon le code Z91.50), d'un antécédent « autre non précisé » (selon le code Z91.58) peut impacter le professionnel dans le choix du code à renseigner. Il serait judicieux de s'appuyer sur les recommandations de l'ATIH, qui fixent à 30 jours, la limite au-delà de laquelle un antécédent de TS n'est plus considéré comme récent (33) et, d'apporter cette précision sur la fiche.

En outre, la fiche n'évoque pas les codes à adopter en cas de doute sur l'intentionnalité suicidaire d'une lésion auto-infligée ou d'une auto-intoxication. Il serait intéressant d'évaluer la pertinence d'intégrer une consigne pour les « *événements dont l'intention n'est pas déterminée* » désignés dans la CIM-10, par les codes « Y10-Y34 » (30). Notons que des règles de codage des TS à usage interne, du DIM du Groupement Hospitalier Universitaire (GHU) Psychiatrie et Neurosciences de Paris, validées par le Docteur Valérie Le Masson, suggèrent qu'un code « Z03.8 » correspondant à une « *mise en observation pour suspicion d'autres maladies* » soit employé en cas de doute sur une TS (64). Ces recommandations internes suggèrent par ailleurs, de coder la TS en DP (et non en DAS) avec le code Z91.50 lorsque « *la TS est le motif de prise en charge* » pour un

patient transféré d'un service de MCO après une TS. Elles préconisent d'y associer les codes de lésions auto-infligées X60-X84 en DAS.

Enfin, un répondant propose de différencier la TS « réalisée », de la TS « avortée » dans le codage. Lors de la recherche de consensus avant l'élaboration de la fiche, une question portait sur le code à employer en cas de « *TS arrêtée avant sa réalisation avec intentionnalité avérée* ». Il était proposé de soumettre à l'ATIH un code en « Y » « *contexte suicidaire* » de « *plus ou moins 24 heures* » pour identifier les « *TS arrêtées* » (49). Cette proposition n'apparaissant ni dans la fiche ni dans le guide méthodologique, ne semble pas avoir été retenue. La fiche recommande dans ce cas, l'utilisation du code R45.8 (« autres symptômes et signes relatifs à l'humeur »).

Rappelons que l'intérêt du codage est médico-économique et qu'il n'a pas vocation à décrire précisément une situation clinique. Augmenter la précision du codage en ajoutant des consignes, risquerait de le rendre moins attractif.

VIII. Les forces de l'étude

D'abord, ce travail a l'avantage de constituer une première étude d'impact de la diffusion de recommandations de codage des TS en psychiatrie.

D'autre part, l'étude des bases du RIM-P et du PMSI-MCO nous a permis d'obtenir des données d'effectifs conséquentes sur la région.

Enfin, nous pouvons mettre en avant la richesse des informations recueillies dans cette étude. Cette densité d'informations est permise par l'emploi d'une méthodologie mixte, alliant l'analyse de données de codage des TS dans les bases médico-administratives ainsi qu'une enquête quantitative auprès des professionnels de la psychiatrie appréhendant leur point de vue sur le codage et sur les consignes présentées par la F2RSM Psy.

CONCLUSION

Malgré une hausse observée du codage des TS depuis la diffusion des consignes par la F2RSM Psy, celle-ci reste limitée et insuffisante. La connaissance de ces consignes par les psychiatres de notre enquête est également modeste. Il apparaît nécessaire de poser le socle des connaissances autour du RIM-P, de son intérêt et de son utilisation, mais également autour des concepts généraux du codage selon les règles du guide méthodologique de l'ATIH et de la CIM-10. Ces concepts complexes, semblent peu connus et mal intégrés par les professionnels. La mauvaise connaissance des règles générales de codage mais plus spécifiquement de celles des TS, nous l'avons vu, peut limiter la qualité et l'exhaustivité des données recueillies. Il serait alors pertinent de proposer aux professionnels des établissements, et aux internes dans le cadre de la formation initiale, des modules de formations sur le recueil de l'information médicale et son codage en y associant les consignes de la F2RSM Psy tout en tenant compte des limites soulevées. Des rediffusions régulières de la fiche de consignes aux adhérents et dans les services permettraient également d'augmenter le renseignement des TS dans le RIM-P. La réforme de financement des établissements psychiatriques, attendue pour 2022 (65) devrait, en outre, amener un changement des pratiques et améliorer indirectement l'exhaustivité et la qualité du codage de l'activité en psychiatrie, dont celui des TS. L'amélioration du système d'information sur les conduites suicidaires doit ainsi faire l'objet d'une attention soutenue. Des données épidémiologiques régulières sont en effet nécessaires pour mesurer l'efficacité des actions de prévention. Les bases médico-économiques en font partie, mais ne peuvent prétendre décrire l'ensemble du phénomène étudié. Une analyse du Baromètre Santé a, par exemple, permis d'apprendre que 39,3% des personnes déclarant avoir fait une TS ne s'étaient pas présentées à l'hôpital (55).

L'utilisation de plusieurs sources est donc nécessaire dans l'approche épidémiologique de la morbidité suicidaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Suicide: toutes les 40 secondes, une personne met fin à ses jours [Internet]. [cité 15 avr 2021]. Disponible sur:
<https://www.who.int/fr/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
2. Organisation Mondiale de la Santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial [Internet]. 2014 [cité 14 avr 2021]. Disponible sur:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf;jsessionid=4E0B8E416019076E0E1FC79BF6323E55?sequence=1
3. Vaiva G. Les suicidants et leur entourage familial. *Perspectives Psy.* oct 2008;47(4):330-4.
4. Thomas P. Prévention du suicide : l'évaluation est indispensable. *BEH, bulletin épidémiologique hebdomadaire.* févr 2019;2.
5. Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amariei A, et al. Les sources d'information sur les tentatives de suicide dans le Nord - Pas-de-Calais. Apports et limites. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* déc 2014;62(6):351-60.
6. Dumesnil C, Parmentier P, Plancke L. Le codage des tentatives de suicide en psychiatrie, dans le Nord - Pas-de-Calais [Internet]. Lille: F2RSM Psy; 2015 janv [cité 21 mai 2019] p. 6. (PsyBrèves). Report No.: 6. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/085-psy-brevs-nd6-janvier-2015-codage-tentatives-suicide-psychiatrie-nord-pas-calais.html>
7. Parmentier P, sous la direction du Dr Anne-Claire Stona, en Collaboration avec la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale. Tentative de suicide : quel codage dans le RimP ? [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11850.pdf>
8. Passamar, Vilamot, Marthur. Situations cliniques selon le comportement-Conduites suicidaires. In: *Les urgences psychiatriques* [Internet]. Elsevier Masson; 2008 [cité 19 avr 2021]. p. 336-354. (URGENCES). Disponible sur:
<https://www.em-consulte.com/article/658967/situations-cliniques-selon-le-comportement>
9. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour

l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2020.

10. Durkheim E. Le suicide. Paris: Félix Alcan; 1897.
11. Halbwachs M. Les causes du suicide. Félix Alcan; 1930.
12. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner Jr. TE. Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors: Part II: Suicide-related ideations, communications and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37(3):264-77.
13. Silverman MM. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. oct 2006;36(5):519-32.
14. Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux Version en français de l'Association américaine de psychiatrie [Internet]. Elsevier Masson. 2015 [cité 17 avr 2021]. 1176 p. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294739293.html>
15. Courtet P, Sénèque M, Olié É. Le DSM-5 prend en compte les conduites suicidaires. *avr* 2014;X(2):46-49.
16. Observatoire National du Suicide. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives [Internet]. 2016. 479 p. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ons2016_mel_220216.pdf
17. Oquendo M, Baca-Garcia E, Mann JJ, Giner J. Issues for DSM-V: Suicidal Behavior as a Separate Diagnosis on a Separate Axis. *Am J Psychiatry*. nov 2008;165(11):1383-4.
18. Beck RW, Morris JB, Beck AT. Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychol Rep*. avr 1974;34(2):445-6.
19. Ionita A, Courtet P. Peut-on définir les conduites suicidaires ? In: *Suicides et tentative de*

- suicide-Sous la direction de Philippe Courtet [Internet]. Lavoisier; 2010 [cité 19 avr 2021]. p. 22-26. (Psychiatrie). Disponible sur:
<https://www.cairn.info/suicides-et-tentatives-de-suicide--9782257203984-page-22.htm>
20. de Tournemire R. Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. « Données épidémiologiques : comment s'y retrouver ? ». Archives de Pédiatrie. août 2010;17(8):1202-9.
21. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. 2000 oct [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
22. Pirlot G, Cupa D. Tentatives de suicide (TS). In: Approche psychanalytique des troubles psychiques [Internet]. Dunod; 2019 [cité 4 mai 2021]. p. 125;129. (Univers Psy). Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/approche-psychanalytique-des-troubles-psychiques--9782100785421-page-125.htm>
23. Courtet P (dir.). Suicides et tentatives de suicide [Internet]. 2010 [cité 20 avr 2021]. 368 p. Disponible sur:
<https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/suicides-et-tentatives-de-suicide--9782257203984.htm>
24. Organisation Mondiale de la Santé. Données et statistiques sur le suicide [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/
25. Observatoire Nationale du Suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence [Internet]. 2018 [cité 19 avr 2021]. 218 p. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ons3.pdf>
26. Observatoire National du Suicide. Suicide. Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information [Internet]. 2020 [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/ons_2020.pdf
27. Santé Publique France. Conduites suicidaires Hauts-de-France. févr 2019 [cité 9 oct 2020];

Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2019-02/BSP_ConduitesSuicidaires_Hauts%20de%20France.pdf

28. Coton C, Plancke L, Amariei A, Thève A, Langer J, Danel T. Tentatives de suicide et suicides dans les Hauts-de-France. Évolutions récentes. [Internet]. Saint-André-lez-Lille: F2RSM Psy; 2019 oct [cité 21 mai 2019] p. 6. (PsyBrèves). Report No.: 6. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11605.pdf>

29. Chan-Chee C. Les hospitalisations pour tentatives de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. :7.

30. Ministère des affaires sociales et de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes-CIM-10 FR à usage PMSI [Internet]. [cité 1 mai 2021]. (Bulletin officiel). Report No.: Bulletin Officiel N°2015/9 Bis-Fascicule spécial. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.pdf

31. CépiDc Inserm. Classification internationale des maladies (CIM) | CépiDc [Internet]. [cité 30 avr 2021]. Disponible sur:<https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/classification-internationale-des-maladies-cim>

32. Ministère des solidarités et de la santé. Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [Internet]. [cité 30 avr 2021]. Report No.: 2017/6bis-Fascicule spécial. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bos/2017/sts_20170006_0001_p000.pdf

33. Ministère des affaires sociales et de la santé. Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie [Internet]. [cité 30 avr 2021]. Report No.: N°2017/4 BIS-Fascicule Spécial. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bos/2017/sts_20170004_0001_p000.pdf

34. Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord-Pas-de-Calais. Les conduites suicidaires dans le Nord-Pas-de-Calais; Une synthèse des données disponibles [Internet]. 2014 oct [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11533.pdf>

35. CépiDc-Inserm. La codification des décès [Internet]. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cepidec.inserm.fr/la-codification-des-deces>
36. Inserm. Inserm CépiDc - Certification électronique de décès / Aide à la certification [Internet]. Inserm. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: https://sic.certdc.inserm.fr/public_view.php?ihm=108-1
37. Observatoire National du suicide (France). Suicide : état des lieux des connaissances et perspective de recherche [Internet]. Paris, France: Observatoire national du suicide (ONS); 2014. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/rapportons2014-mel.pdf>
38. Ministère des solidarités et de la santé. Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie/2020 [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Report No.: N°2020/6 bis fascicule spécial. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sts_20200006_0001_p000.pdf
39. ATIH. Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique Applicable au 1er janvier 2004 [Internet]. [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1200/GuideProdResumeSortieMCO.pdf>
40. Magali Coldefy CN, Zeynep Or. Etude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie [Internet]. 2012 nov [cité 4 mai 2021]. Report No.: 555(biblio n°1896). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1896.pdf>
41. ATIH. Présentation du Recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P) [Internet]. [cité 12 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/psy/presentation>
42. SNDS: système National des Données de Santé [Internet]. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Accueil>
43. Nadège Caillère¹, , Anne Fouillet¹, , Valérie Henry¹, , Pascal Vilain², , Arnaud Mathieu³,

- , Maurice Raphaël⁴, et al. La surveillance des urgences par le réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences). Saint-Maurice: institut de veille sanitaire [Internet]. 2012 [cité 26 avr 2021]. 12 p. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-surveillance-des-urgences-par-le-reseau-oscour-R-organisation-de-la-surveillance-coordonnee-des-urgences>
44. institut de veille sanitaire. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011 [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_hospitalisations_tentative_suicide_france_pmsi-mco_oscour_2007-2011-2.pdf
45. Réseau Oscour® - Organisation de la surveillance coordonnée des urgences [Internet]. 2012 [cité 14 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/reseau-oscour-R-organisation-de-la-surveillance-coordonnee-des-urgences>
46. Léon C, Chan-Chee C, Du Roscoät E, Le groupe Baromètre de Santé publique France 2017*. Baromètre de Santé Publique France 2017. Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans. 5 févr 2019;(3-4):38-47.
47. Observatoire national du suicide (France). Suicide: état des lieux des connaissances et perspective de recherche. Paris, France: Observatoire national du suicide (ONS); 2014.
48. Janssen E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. :9.
49. Parmentier P. Recommandations de codage des tentatives de suicide dans le RIM-P en région Nord-Pas-de-Calais [Internet]. [Lille]: Lille 2; 2016 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-7377>
50. Richaud-Eyraud E, Ellini A, Clément M-C, Menu A, Dubois J. Qualité du codage des diagnostics et motifs de prise en charge (principal et associés) dans le recueil d'informations

médicalisé en psychiatrie (RIM-P) en 2015 et 2016, France. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. sept 2019;67(5):337-44.

51. Danel T. Promotion des recherches clinique et épidémiologique en santé mentale par les établissements de soins du Nord – Pas-de-Calais. L'information psychiatrique. 15 nov 2012;Volume 88(4):295-8.

52. Jardon V, Debien C, Duhem S, Morgiève M, Ducrocq F, Vaiva G. Un exemple de système de veille post-hospitalière des suicidants : Vigilans. L'Encéphale. 1 janv 2019;45:S13-21.

53. Vaiva G, Plancke L, Amariei A, Demarty AL, Lardinois M, Creton A, et al. Évolutions du nombre de tentatives de suicide dans le Nord - Pas-de-Calais depuis l'implantation de Vigilans : premières estimations. L'Encéphale. janv 2019;45:S22-6.

54. Chan Chee C, Paget L-M. Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. sept 2017;65(5):349-59.

55. Jollant F, Hawton K, Vaiva G, Chan-Chee C, du Roscoat E, Leon C. Non-presentation at hospital following a suicide attempt: a national survey. Psychol Med. 3 juill 2020;1-8.

56. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/la-statistique-annuelle-des-etablissements-sae>

57. Statistique annuelle des établissements de santé. Recherche - SAE Diffusion-Pas-de-Calais [Internet]. 2017 [cité 3 mai 2021]. Disponible sur:

<https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>

58. Insee, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Au 1^{er} janvier 2017, 2 604 400 habitants dans le Nord - Insee Flash Hauts-de-France - 82 [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4269748>

59. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). recommandations

professionnelles-Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide [Internet]. 1998 [cité 25 avr 2021]. Disponible sur:

<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicideVF.pdf>

60. Plancke L. Personnes âgées. Contexte épidémiologique et sociologique [Internet]. 12e Journée scientifique de la F2RSM Psy; 2020 nov; Lille. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/save-the-date-journee-scientifique-2020.html>

61. Odier B. Du PMSI à la T2a, de la fiche par patient au RIMpsy : la grande peur de la VAP. L'information psychiatrique. 2007;Volume 83(7):539-49.

62. Lombrail P, Brémond M, de Pourville G, Hofdijk jacob, Naiditch M, Pibarot M-L, et al. Cahier d'IMAGE n°2- L'information médicale et la qualité: Gérer la qualité à l'hôpital: pour un usage raisonnable de l'information médicale. Rennes: Ecole Nationale de la Santé Publique(ENSP). 1992. 37 p. (Cahier d'IMAGE (Information Médicale pour l'Aide à la Gestion des Établissements).

63. ATIH. Codes de la CIM-10 interdits pour l'« affection principale » | Publication ATIH [Internet]. ATIH Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/codes-de-la-cim-10-interdits-pour-l-affection-principale>

64. Saintaraille M-R, Validé par Docteur Valérie Le Masson, GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences. Suicide et codage CIM-10. 2017.

65. Santé mentale. Un amendement au PLFSS reporte à 2022 la réforme du financement de la psychiatrie [Internet]. Santé Mentale.fr. [cité 19 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/actualites/un-amendement-au-plfss-prevoit-le-report-de-la-reforme-du-financement-de-la-psychiatrie.html>

66. SAE Diffusion. Recherche - Statistique annuelle des établissements-SAE Diffusion [Internet]. [cité 5 mai 2021]. Disponible sur:

<https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>

ANNEXES

Annexe 1 : Critères DSM-V « Trouble conduite suicidaire » et « lésions auto-infligées non suicidaires »

Source : définitions retranscrites du DSM-V (14)

Critères proposés pour le « trouble conduite suicidaire » :

« A. **Au cours des 24 derniers mois**, le sujet a fait une tentative de suicide.

N.B. : Une TS est une séquence de comportements initiés par un individu qui, au moment de l'initiation, s'attend à ce que cet ensemble d'actions conduise à sa propre mort. (Le « moment de l'initiation » est l'instant où le comportement se manifeste par l'utilisation d'un moyen.)

B. L'acte ne satisfait pas aux critères des lésions auto-infligées non suicidaires – c'est-à-dire ne concerne pas les blessures auto-infligées à la surface du corps, réalisées pour soulager des émotions/états cognitifs négatifs ou pour atteindre un état émotionnel positif.

C. Le diagnostic ne s'applique pas aux idéations suicidaires ni aux actes préparatoires.

D. L'acte n'a pas été initié au cours d'un état confusionnel ou d'un délirium.

E. L'acte n'a pas été entrepris uniquement dans un but politique ou religieux.

Spécifier si : Actuel : moins de 12 mois depuis la dernière tentative. En rémission précoce : 12-24 mois depuis la dernière tentative.

Spécifications :

*Le **comportement suicidaire** est souvent **catégorisé en fonction de la violence de la méthode**. En général, les surdoses en substances légales ou illégales sont considérées comme des méthodes non violentes, alors que le fait de sauter dans le vide, les blessures par balle et d'autres méthodes sont considérés comme violentes. Une autre dimension pour la classification est représentée par les **conséquences médicales du comportement**, les tentatives à **hautes létalités** étant définies comme celles requérant une hospitalisation en médecine au décours d'une consultation dans un service d'urgence. Une dimension supplémentaire comprend le **degré de préparation par opposition à l'impulsivité** de la tentative, une caractéristique qui pourrait avoir des répercussions sur les conséquences médicales d'une tentative de suicide. Si la conduite suicidaire est survenue 12 à 24 mois avant l'évaluation, le trouble est considéré comme étant en rémission précoce. Les individus restent à haut risque de récurrence de TS et de décès dans les 24 mois après une TS, et la période de 12 à 24 mois après que le comportement ait eu lieu est spécifiée en « rémission précoce ».*

Caractéristiques diagnostiques :

La manifestation essentielle du trouble conduite suicidaire est la TS. Une TS est un comportement que l'individu a entrepris avec **une certaine intention de mourir**. Le comportement peut ou non conduire à une blessure ou à des conséquences médicales sérieuses. Plusieurs facteurs peuvent influencer les conséquences médicales de la TS, incluant une absence de préparation, un manque de connaissance sur la létalité de la méthode choisie, une faible intentionnalité, ou une ambivalence, ou une intervention fortuite par d'autres personnes après que le comportement ait été engagé. Ces éléments ne doivent pas être considérés lorsque l'on porte le diagnostic. **Déterminer le degré d'intention peut constituer un défi**. Les individus peuvent ne pas reconnaître l'intention, en particulier dans les situations où cela pourrait conduire à une hospitalisation ou causer de la peine aux êtres aimés. Les marqueurs de risque comprennent le degré de préparation, incluant le choix d'un moment et d'un lieu censés réduire au minimum les possibilités d'être secouru ou d'un acte interrompu, l'état mental du sujet au moment du comportement, une agitation aiguë étant particulièrement inquiétante, une sortie d'hospitalisation récente ou l'interruption récente d'un stabilisateur de l'humeur comme le lithium ou d'un antipsychotique comme la Clozapine dans le cas d'une schizophrénie. Des exemples de « facteurs déclenchants » environnementaux comprennent le fait d'avoir récemment appris un diagnostic médical potentiellement fatal comme un cancer, ou d'avoir vécu la perte soudaine et inattendue d'un proche ou d'un conjoint, une perte d'emploi ou d'un déménagement. A l'inverse, les caractéristiques telles que parler aux autres des événements à venir ou se préparer à signer un contrat pour sa sécurité sont des indicateurs moins fiables. Pour que les critères soient réunis, le sujet doit avoir fait au moins une TS. Les TS peuvent inclure les comportements au cours desquels, **après avoir engagé la TS**, l'individu a changé d'avis ou quelqu'un est intervenu. Par ex : un sujet peut avoir l'intention d'ingérer une certaine quantité de médicaments ou de toxiques mais soit stoppe ou soit est stoppé par une autre personne avant d'avoir ingéré la quantité totale.

L'acte ne doit pas répondre aux critères de lésions auto-infligées non suicidaires, c'est-à-dire ne doit pas impliquer des épisodes d'automutilation répétés accomplis pour obtenir un **soulagement d'émotions ou d'états cognitifs négatifs** ou pour **entraîner un état émotionnel positif**. L'acte ne doit pas avoir été initié au cours d'un délirium ou état confusionnel. Si l'individu est dissuadé par une autre personne ou change d'avis avant d'initier le comportement, le diagnostic ne doit pas être posé. Si l'individu s'est volontairement mis en état d'ébriété avant d'initier le comportement, afin de diminuer l'anxiété anticipatoire et de minimiser la perturbation du comportement prévu, le diagnostic doit être posé. »

Critères proposés pour les « lésions auto-infligées non suicidaires » :

*« A : Au cours de l'année écoulée, le sujet a provoqué, pendant au moins 5 jours, des lésions auto-infligées intentionnelles sur la surface de son corps, susceptibles de provoquer saignement, contusion ou douleur, en supposant que la blessure ne conduise qu'à un dommage physique mineur ou modéré (c'est-à-dire **qu'il n'y a pas d'intentionnalité suicidaire**).*

L'absence d'intention suicidaire a été indiquée par le sujet ou peut être déduite par l'accomplissement répété par le sujet d'un comportement dont il sait, ou a appris, qu'il était peu probable qu'il entraîne la mort.

B : Le sujet se livre à un comportement de blessure auto-infligée avec au moins une des attentes suivantes :

- 1. Obtenir un soulagement d'émotions ou d'états cognitifs négatifs.*
- 2. Résoudre une difficulté interpersonnelle.*
- 3. Entraîner un état émotionnel positif.*

Le soulagement désiré ou la réponse est ressenti pendant ou peu après la blessure auto-infligée, et le sujet peut manifester des tendances comportementales faisant suggérer une dépendance à s'y livrer à maintes reprises.

C : La blessure auto-infligée est associée à au moins une des manifestations suivantes :

- 1. Difficultés interpersonnelles ou émotions ou pensées négatives telles que dépression, anxiété, tension, colère, détresse générale ou autocritique, survenant dans la période précédant immédiatement l'acte de blessure auto-infligée.*
- 2. Avant de se livrer à l'acte, une période de préoccupation liée à la difficulté de contrôler l'acte prévu.*
- 3. Survenue fréquente de pensées relatives à la blessure auto-infligée, même lorsque l'acte n'est pas exécuté.*

D : Le comportement n'est pas approuvé socialement (exemples : piercing, tatouage, partie d'un rituel culturel ou religieux) et n'est pas limité au fait de se gratter des croûtes ou de se ronger les ongles.

E : Le comportement ou ses conséquences causent une souffrance cliniquement significative ou interfèrent avec le fonctionnement interpersonnel, scolaire ou dans d'autres domaines importants.

F : Le comportement ne survient pas exclusivement lors d'épisodes psychotiques, confusionnels, d'intoxication à une substance ou de sevrage d'une substance.

Chez les individus ayant un trouble neuro-développemental, le comportement ne fait pas partie d'un système répétitif de stéréotypies. Le comportement n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental ou pas une affection médicale (par exemple trouble psychotique, trouble du

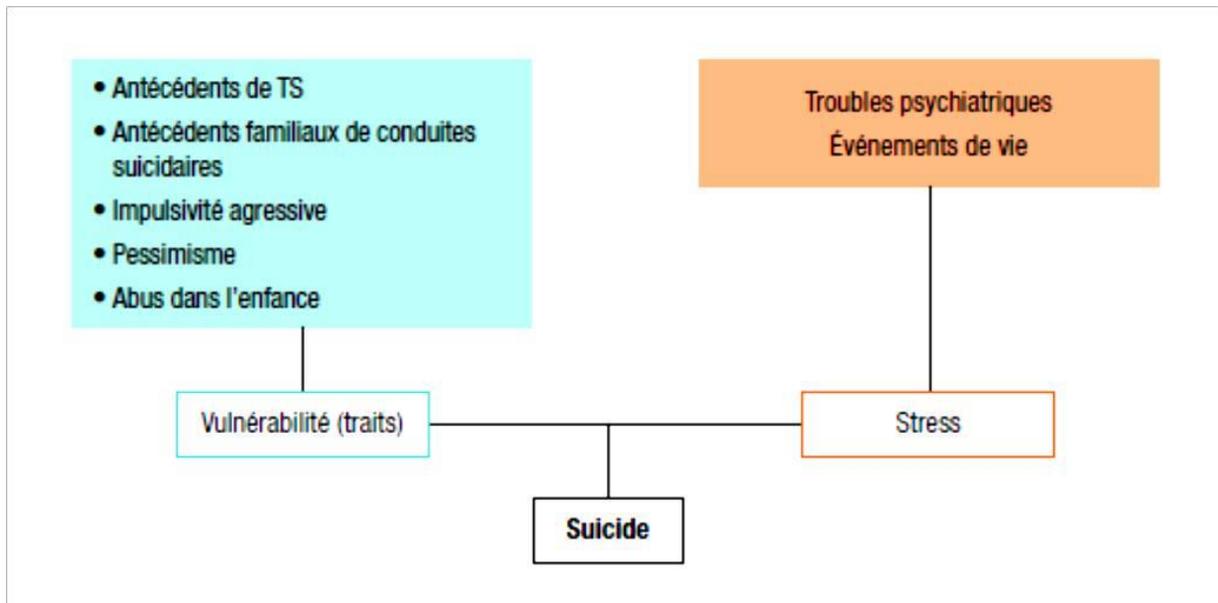
spectre de l'autisme, handicap intellectuel, syndrome de Lesch-Nyhan, mouvements stéréotypés avec blessures auto-infligées, trichotillomanie, dermatillomanie).

Caractéristiques diagnostiques : la caractéristique essentielle des lésions auto-infligées non suicidaires est que l'individu s'inflige de façon répétée des blessures superficielles, douloureuses, sur la surface du corps ; Le plus souvent, l'objectif est de réduire des émotions négatives, comme une tension, de l'anxiété et des reproches adressés à soi-même, et/ou de résoudre une difficulté interpersonnelle. Dans certains cas, la blessure est réalisée en tant qu'autopunition méritée. L'individu rapporte souvent une sensation immédiate de soulagement qui apparaît au cours de l'acte. Quand le comportement survient fréquemment, il peut être associé à la notion d'urgence et de besoin impérieux, le type de comportement ressemblant à une addiction. Les blessures infligées peuvent devenir plus profondes et plus nombreuses.

L'engagement dans des lésions auto-infligées non suicidaires avec des méthodes multiples est associé à une psychopathologie plus grave, incluant des TS.

La grande majorité des individus qui réalisent des lésions auto infligées non suicidaires ne cherchent pas de soins médicaux. On ne sait pas si cela traduit la fréquence de l'engagement dans le trouble car le rapporter de façon fidèle est stigmatisant ou si les comportements sont vécus positivement par la personne qui s'y engage et n'est pas motivée pour recevoir un traitement. »

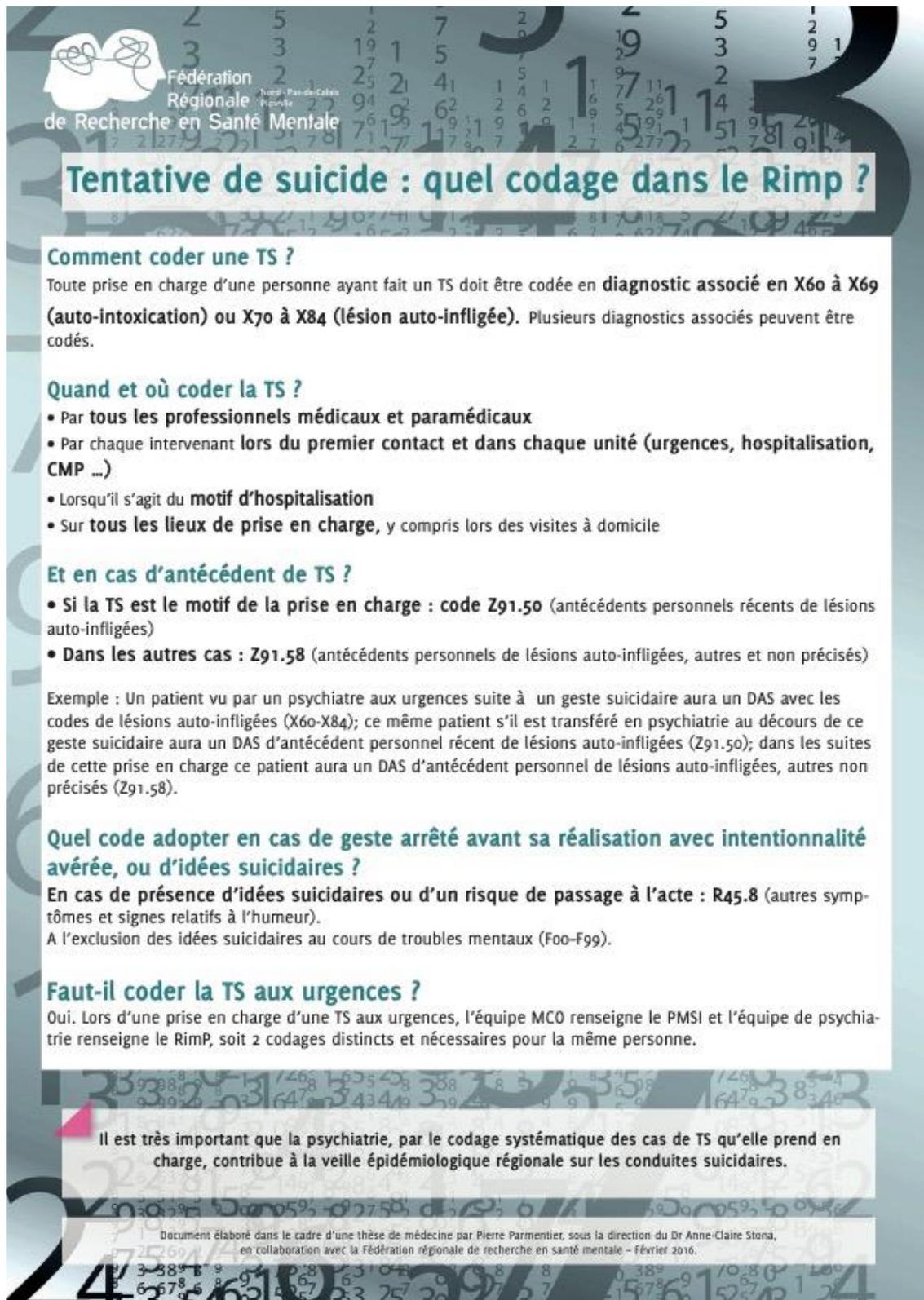
Annexe 2 : Modèle stress-vulnérabilité de Mann



*Source • Mann et al., Am J Psychiatry, 1999. Oquendo et al., Am J Psychiatry, 2004.
(Schéma retranscrit du rapport de l'Observatoire National du Suicide 2016) (16)*

Annexe 3 : Fiche de consignes de codage de la TS dans le RIM-P (7)

(Recto et verso présentés)



Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale
Nord-Pas-de-Calais Picardie

Tentative de suicide : quel codage dans le Rimp ?

Comment coder une TS ?

Toute prise en charge d'une personne ayant fait un TS doit être codée en **diagnostic associé en X60 à X69 (auto-intoxication) ou X70 à X84 (lésion auto-infligée)**. Plusieurs diagnostics associés peuvent être codés.

Quand et où coder la TS ?

- Par **tous les professionnels médicaux et paramédicaux**
- Par chaque intervenant **lors du premier contact et dans chaque unité (urgences, hospitalisation, CMP ...)**
- Lorsqu'il s'agit du **motif d'hospitalisation**
- Sur **tous les lieux de prise en charge**, y compris lors des visites à domicile

Et en cas d'antécédent de TS ?

- Si la TS est le motif de la prise en charge : **code Z91.50** (antécédents personnels récents de lésions auto-infligées)
- Dans les autres cas : **Z91.58** (antécédents personnels de lésions auto-infligées, autres et non précisés)

Exemple : Un patient vu par un psychiatre aux urgences suite à un geste suicidaire aura un DAS avec les codes de lésions auto-infligées (X60-X84); ce même patient s'il est transféré en psychiatrie au décours de ce geste suicidaire aura un DAS d'antécédent personnel récent de lésions auto-infligées (Z91.50); dans les suites de cette prise en charge ce patient aura un DAS d'antécédent personnel de lésions auto-infligées, autres non précisés (Z91.58).

Quel code adopter en cas de geste arrêté avant sa réalisation avec intentionnalité avérée, ou d'idées suicidaires ?

En cas de présence d'idées suicidaires ou d'un risque de passage à l'acte : **R45.8** (autres symptômes et signes relatifs à l'humeur).
A l'exclusion des idées suicidaires au cours de troubles mentaux (F00-F99).

Faut-il coder la TS aux urgences ?

Oui. Lors d'une prise en charge d'une TS aux urgences, l'équipe MCO renseigne le PMSI et l'équipe de psychiatrie renseigne le Rimp, soit 2 codages distincts et nécessaires pour la même personne.

Il est très important que la psychiatrie, par le codage systématique des cas de TS qu'elle prend en charge, contribue à la veille épidémiologique régionale sur les conduites suicidaires.

Document élaboré dans le cadre d'une thèse de médecine par Pierre Parmentier, sous la direction du Dr Anne-Claire Stona, en collaboration avec la Fédération régionale de recherche en santé mentale - Février 2016.

Codes CIM-10 X60-X84. Lésions auto-infligées : intoxication ou lésion traumatique que s'inflige délibérément un individu ; suicide (tentative de).

Auto-intoxications

- X60 Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés et exposition à ces produits
- X61 Auto-intoxication par des antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs
- X62 Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs
- X63 Auto-intoxication par d'autres substances pharmacologiques agissant sur le système nerveux autonome et exposition à ces produits
- X64 Auto-intoxication par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision
- X65 Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool
- X66 Auto-intoxication par des solvants organiques et des hydrocarbures halogénés et leurs émanations et exposition à ces produits
- X67 Auto-intoxication par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits
- X68 Auto-intoxication par des pesticides et exposition à ces produits
- X69 Auto-intoxication par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision

Lésions auto-infligées

- X70 Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation
- X71 Lésion auto-infligée par noyade et submersion
- X72 Lésion auto-infligée par décharge d'une arme de poing
- X73 Lésion auto-infligée par décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille
- X74 Lésion auto-infligée par décharge d'armes à feu, autres et sans précision
- X75 Lésion auto-infligée par utilisation de matériel explosif
- X76 Lésion auto-infligée par exposition à la fumée, au feu et aux flammes
- X77 Lésion auto-infligée par exposition à la vapeur d'eau, à des gaz et objets brûlants
- X78 Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant
- X79 Lésion auto-infligée par utilisation d'objet contondant
- X80 Lésion auto-infligée par saut dans le vide
- X81 Lésion auto-infligée en sautant ou en se couchant devant un objet en mouvement
- X82 Lésion auto-infligée par collision d'un véhicule à moteur
- X83 Lésion auto-infligée par d'autres moyens précisés
- X84 Lésion auto-infligée par un moyen non précisé

Les extensions de lieu à préciser

- .0 **Au domicile**
- .1 **Dans un établissement collectif**
- .2 Dans une école, autre institution et lieu d'administration publique
- .3 Dans un lieu de sport et d'athlétisme
- .4 **Dans la rue ou sur la route**
- .5 **Dans une zone de commerce et de services**
- .6 **Dans un local industriel et chantier de construction**
- .7 Dans une exploitation agricole
- .8 **Dans d'autres lieux précisés**
- .9 **Dans un lieu sans précision**

NB : le nombre de diagnostics associés n'étant pas limité, plusieurs diagnostics de suicide peuvent être employés si plusieurs moyens ont été employés (alcool et psychotropes par exemple).

Annexe 4 : Questionnaire utilisé pour l'enquête auprès des psychiatres

« TSPsy2 » : Évaluation de l'impact de la diffusion d'une fiche d'aide au codage de la tentative de suicide en psychiatrie dans le Nord et le Pas-de-Calais

La Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM Psy) des Hauts de France, fait des conduites suicidaires une des priorités dans les projets d'étude. En 2011, l'exploitation des données du RIM-P (Recueil d'information médicale en psychiatrie) montrait que le nombre de séjours et d'actes ambulatoires concernant les patients avec un diagnostic de tentative de suicide (TS) était beaucoup plus faible que celui des patients décrits en MCO. Ainsi, une étude, nommée « TS PSY » menée en 2014 a permis l'élaboration d'un consensus de codage de la TS. Une fiche d'aide au codage de la TS a ainsi été diffusée dans des établissements du Nord-Pas-de-Calais. A ce jour, dans le cadre de ma thèse et d'un stage d'interne de psychiatrie à la F2RSM psy, nous réalisons une étude d'impact de la diffusion de cette fiche auprès des chefs de pôle, chefs de secteur d'établissements publics et médecins responsables d'établissements privés ainsi qu'auprès de tous les psychiatres et internes de psychiatrie du Nord et du Pas-de-Calais.

C'est en ce sens, que nous vous invitons à répondre à ce questionnaire, qui ne vous prendra que quelques minutes.

Les données recueillies seront analysées anonymement et n'ont pas pour but de juger les pratiques professionnelles.

Nous vous remercions pour votre participation !



Juliette Langer, interne de psychiatrie à la F2RSM.

*Obligatoire

1-Quel est votre département d'exercice ? *

- Nord
- Pas-de-Calais

2-Quel est votre âge ?

3-Dans quel(s) établissement(s) exercez-vous (plusieurs réponses possibles) ? *

- Centre Hospitalier Général
- Centre Hospitalier Universitaire
- EPSM
- ESPIC (établissement de santé privé d'intérêt collectif)
- Clinique privée

4-Vous exercez, en (plusieurs réponses possibles) ? *

- Psychiatrie adulte générale
- Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- Addictologie

5-Quel(s) est (sont) votre (vos) lieu(x) d'intervention (plusieurs réponses possibles) ? *

- Service d'urgences générales
- Services d'urgences psychiatriques
- Centre d'accueil et de crise
- Hospitalisation temps plein
- Hospitalisation temps partiel
- Visites à domicile
- CMP
- CATTTP
- Liaison (hors urgences)
- Autres

6-Connaissez-vous le RIM-P ou PMSI Psy ?

- Très bien
- Bien
- Mal
- Très mal

7-Pour chacune des qualifications relatives à ce recueil, quel est votre degré d'accord ? *

Ce recueil est :

- Indispensable
- Inutile
- Complexe
- Un outil économique, de tarification
- Utile en épidémiologie
- Chronophage
- Nuisible à la confidentialité
- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

8-Codez- vous votre activité en psychiatrie : *

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

9-Si votre activité n'est pas systématiquement codée, quelle(s) est (sont) la (les) raison(s) (plusieurs réponses possibles) ?

- Manque de temps
- Manque d'information sur la manière de coder
- Pas d'importance accordée
- Pénibilité
- Oubli
- Volonté de ne pas mettre d'étiquette au patient
- Autre

10-Etes-vous amené à prendre en charge des suicidants ? *

- Jamais
- Peu souvent
- Souvent
- Quotidiennement

11-Vous trouvez le codage de la TS (plusieurs choix possibles) : *

- Indispensable en épidémiologie
- Nécessaire pour évaluer les programmes de prévention
- Chronophage
- Utile à la tarification
- Inutile
- Nuisible à la confidentialité des données

12-veuillez préciser pour chaque situation, si : *

- En CMP ou autre lieu de prise en charge ambulatoire, vous recherchez les antécédents de TS :
 - En CMP ou autre lieu de prise en charge ambulatoire, quand un antécédent de TS est repéré, vous effectuez son codage :
 - En Hospitalisation en service de psychiatrie, vous recherchez les antécédents de TS :
 - En hospitalisation en service de psychiatrie, quand un antécédent de TS est repéré, vous effectuez son codage :
-
- Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Toujours
 - Non concerné

13-Recevez-vous des consignes de codage dans le RIM-P concernant les TS et idées suicidaires ? *

- Oui
- Non

14-Si oui, qui vous donne ces consignes ? (Plusieurs choix possibles)

- La direction
- Le chef de pôle/de secteur ou médecin responsable
- Les médecins/personnels du DIM
- Le président de CME
- Autre

15-Avez-vous eu connaissance des recommandations de l'ATIH concernant le codage de la TS ? *

- Oui
- Non

16-Avez-vous eu connaissance de la fiche d'aide au codage de la TS réalisée en collaboration avec la F2RSM et diffusée en mars 2016 ? *

- Oui
- Non

17-Si oui, vous trouvez cette fiche : *

- Claire
- Utile au codage
- Facilitant le codage
- Sans intérêt

Pour chacun des qualificatifs ci-dessus, veuillez préciser votre degré d'accord :

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

18-Pour coder la TS, utilisez-vous cette fiche ? *

- Oui
- Non

19-Si vous n'utilisez pas cette fiche, pour coder la TS, vous utilisez alors (plusieurs réponses possibles) : *

- Les recommandations de l'ATIH
- Un protocole spécifique au service
- Aucun protocole
- Non concerné

20-Si oui, vous codez conformément aux consignes de cette fiche : *

- Toujours
- Souvent
- Parfois

21-Avec l'utilisation de cette fiche, pensez-vous que votre pratique de codage de la TS : *

- A augmenté
- Est restée inchangée
- Je n'ai pas d'avis sur la question

22- Êtes-vous satisfait de l'utilisation de la fiche ? *

- 1-Pas du tout satisfait
- 2
- 3
- 4
- 5-très satisfait

23- Si vous présentez des difficultés avec l'utilisation de la fiche, quelles sont-elles ?

24- Quelles sont vos suggestions pour l'améliorer ?

25- Quelle est votre fonction ?

- Chef de pôle/de secteur/de service/ médecin responsable

- Chef de clinique
- Assistant
- Praticien hospitalier
- Interne
- Psychiatre libéral en établissement privé

26-Y a-t-il selon vous, des moyens pour faciliter la description de la TS en psychiatrie ?

27-Avez-vous des remarques concernant les sujets abordés dans ce questionnaire ?

Partie du questionnaire uniquement pour les chefs de pôle/chefs de secteur/chefs de service et médecins responsables d'établissement :

28-Dans votre secteur/service/établissement, pensez-vous que les professionnels utilisent la fiche d'aide au codage de la TS ? *

- Oui
- Non

29-Si non, pensez-vous qu'ils utilisent alors ? * (plusieurs choix possibles)

- Les recommandations de l'ATIH
- Un protocole spécifique au service/à l'établissement
- Aucun protocole
- Autre

30-Avez-vous des retours des professionnels concernant le codage de la TS depuis la diffusion de cette fiche ? *

- Oui
- Non

31- Si oui, ces retours mettent en évidence : *

Veillez préciser la fréquence de ces retours pour chaque situation ci-dessous :

- Toujours
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

- Une satisfaction du personnel codant
- Des limites au codage

32-Si des limites à cette fiche sont repérées, qu'elles sont-elles ?

33-Avec l'utilisation de cette fiche, pensez-vous que les pratiques de codage de la TS dans votre secteur/service/établissement :*

- Ont augmenté
- N'ont pas été modifiées
- Je n'ai pas d'avis sur la question

Annexe 5 : Codes des lésions auto-infligées (X60-X84) selon la CIM-10

Comprend les intoxications et lésions traumatiques que l'individu s'inflige délibérément, les suicides et tentatives de suicides

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

Source : *Retranscrits et adaptés de la CIM-10 Version 2015 (30).*

Annexe 6 : Caractéristiques comparées des psychiatres répondants et des psychiatres salariés et mixtes du Nord et du Pas-de-Calais.

Année 2019

		Répondants		Psychiatres en exercice		Chi2
		N	%	N	%	
Ensemble		74	100,0%	584	100,0%	-
Département	Nord	51	68,9%	337	57,7%	0,06
	Pas-de-Calais	23	31,1%	247	42,3%	
Age	20-29 ans	10	15,4%	18	3,1%	<0,001
	30-39 ans	31	47,7%	195	33,4%	
	40-49 ans	8	12,3%	109	18,7%	
	50-59 ans	12	18,5%	141	24,1%	
	60 ans et +	4	6,2%	121	20,7%	
	Données manquantes	9	12,2%	-	-	

Source : données issues du RPPS 2019.

Annexe 7 : Caractéristiques comparées des psychiatres répondants et des psychiatres exerçant dans les établissements hospitaliers du Nord et du Pas-de-Calais.

Année 2019

		Répondants		Psychiatres en exercice		Chi 2
		N	%	N	%	
Ensemble		74	100,0%	589	100,0%	
Discipline	Psychiatrie adulte générale	48	64,9%	439	74,5%	0,57
	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	20	27,0%	150	25,5%	
	Mixte	6	8,1%			
Lieu d'exercice	Privé+ESPIC	5	6,8%	92	15,6%	0,12
	EPSM	37	50,0%	251	42,6%	
	CHG	21	28,4%	185	31,4%	
	CHU	11	14,8%	61	10,4%	

Source : données issues de la Statistique Annuelle des Établissements de Santé. SAE 2019 (66).

AUTEUR : Nom : LANGER Prénom : Juliette

Date de soutenance : Jeudi 10 juin 2021 à 16H00

Titre de la thèse : La tentative de suicide : évaluation d'une action d'incitation au codage en psychiatrie

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Thèse d'exercice- Diplôme d'État de Docteur en médecine

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : tentative de suicide, RIM-P, codage, CIM-10, recommandations

Résumé

Contexte. Les TS représentent un problème majeur de santé publique. Pour en suivre l'évolution épidémiologique, dans le cas des TS médicalisées, deux bases médico-administratives, le PMSI-MCO et le RIM-P, peuvent être exploitées. En 2011, un défaut de codage des TS dans le RIM-P est mis en évidence dans le Nord-Pas-de-Calais (2,6 fois moins d'individus suicidants que dans le PMSI-MCO y sont décrits). En 2016, à la suite de ce constat, des recommandations pour faciliter et uniformiser leur codage dans la région, sont diffusées. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'effet de cette action d'incitation au codage des TS.

Méthode. Ce travail comporte plusieurs parties. La première consiste à mesurer l'évolution du codage de la TS dans le RIM-P entre 2015 et 2017 dans le Nord et le Pas-de-Calais en comparaison avec l'ancienne Picardie, zone voisine, non touchée par l'action. La seconde est une enquête quantitative réalisée auprès des psychiatres des établissements de santé publics et privés du Nord et du Pas-de-Calais, ayant une activité autorisée en psychiatrie, afin d'évaluer la connaissance des recommandations de codage de la TS, leur utilisation en pratique courante et les limites.

Résultats. Premièrement, on retrouve une hausse statistiquement significative du codage de la TS dans l'ensemble des Hauts-de-France mais de manière plus importante dans le Nord et le Pas-de-Calais que dans l'ancienne Picardie (OR=1,37 ; IC 95% [1,29-1,46] ; p<0,0001, versus OR= 1,26 ; IC 95% [1,15-1,38] ; p=0,001). Cette évolution est cependant limitée. En 2017, la part d'individus codés dans le RIM-P avec un diagnostic de TS ne représente en effet que 58,9% de l'effectif retrouvé dans le PMSI-MCO. Deuxièmement, seuls 31,1% des psychiatres connaissent et utilisent les recommandations pour coder la TS. Enfin, des limites concernant le codage des antécédents de TS sont repérées.

Conclusion. L'effet de la diffusion des consignes de codage de la TS est limité et insuffisant. L'évolution du codage ne peut être imputée aux seuls effets de l'action et le faible taux de participation à l'enquête limite l'extrapolation des résultats. Il serait pertinent de développer des formations sur les concepts généraux de codage de l'activité dans le RIM-P selon les règles de la CIM-10 en y associant les recommandations spécifiques à celui des TS afin d'améliorer la qualité et l'exhaustivité des données utilisables pour surveiller la morbidité suicidaire.

Composition du Jury :

Président : Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs : Professeur Renaud JARDRI, Docteur Charles-Édouard NOTREDAME

Directeur de thèse : Docteur Philippe PARADIS