



Sous embargo jusqu'au 16/05/2024 à 6 h

ÉTUDES et RÉSULTATS

mai 2024
n° 1300

Hospitalisations pour geste auto-infligé : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022

Les hospitalisations relatives aux gestes auto-infligés (tentatives de suicide et auto-agressions) montrent des tendances très différenciées selon l'âge et le sexe au cours des seize dernières années. Depuis la fin 2020, le nombre de jeunes femmes âgées de 10 à 24 ans hospitalisées a fortement augmenté. À l'inverse, le nombre de patients (hommes comme femmes) de 30 à 55 ans diminue de façon continue. De ce double mouvement résulte une stabilité apparente des taux d'hospitalisations pour ce type de gestes. Les données de la psychiatrie montrent également une très forte augmentation des hospitalisations pour ces motifs chez les adolescentes et les jeunes femmes.

Les habitants des communes défavorisées et les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sont surreprésentés parmi les patients hospitalisés pour geste auto-infligé et la hausse récente a renforcé l'intensité de ce gradient social. Les taux d'hospitalisations départementaux sont par ailleurs plus élevés dans les Hauts-de-France et la Bretagne qu'en région parisienne et dans les DROM. Le principal mode opératoire du geste auto-infligé est l'intoxication médicamenteuse volontaire, suivie des lésions par objet tranchant.

La hausse brutale des hospitalisations chez les adolescentes et les jeunes femmes depuis 2020 concerne tout le territoire, les différents niveaux socio-économiques, mais aussi tous les modes opératoires et niveaux de gravité. L'évolution observée ne résulterait ainsi pas uniquement d'une modification des pratiques de codage statistique dans les hôpitaux. L'absence d'évolution comparable chez les garçons et les hommes des mêmes âges suggère qu'il s'agit d'un phénomène genré, mais il reste possible qu'une éventuelle augmentation de la détresse psychologique masculine ne s'exprime pas de la même manière.

Jean-Baptiste Hazo (DREES), **Philippe Pirard** (direction des maladies non transmissibles et traumatismes, Santé publique France), **Fabrice Jollant** (faculté de médecine, université Paris-Saclay et hôpital Bicêtre, AP-HP, Le Kremlin-Bicêtre), **Albert Vuagnat** (DREES)
> **Les auteurs remercient** Valentin Berthou, Philippe Binder, Valérie Carrasco, Clémentine De Champ, Adrien Papuchon et Charline Sterchele

La surveillance des passages aux urgences et des appels à SOS Médecins met en évidence une hausse des recours à ces dispositifs de soins pour raisons psychologiques chez les enfants, adolescents et jeunes adultes à partir de la fin 2020 (Pirard, *et al.*, 2023 ; Du Roscoät, *et al.*, 2023).

Les données d'enquêtes révèlent, quant à elles, une vulnérabilité particulière des adolescentes et des jeunes femmes. Depuis 2020, les femmes de 15 à 24 ans sont surreprésentées parmi les personnes concernées par les syndromes anxio-

dépressifs et les pensées suicidaires, ce qui n'était pas le cas auparavant ; elles présentent également plus de comportements boulimiques que la population générale (Leon, *et al.*, 2024 ; Hazo, Boulch, 2022). Une forte hausse des recours déclarés aux professionnels de santé pour motifs psychologiques ainsi qu'une progression de la prise de psychotropes ont également été constatées dans cette population au décours de la crise sanitaire (Hazo, Rouquette, 2023 ; Hazo, Costemale, 2021). De plus, l'enquête EnCLASS 2022 montre



Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](https://data.drees.fr)



- une forte progression des pensées suicidaires chez les lycéennes et les lycéens entre 2018 et 2022, et plus généralement une dégradation de la santé mentale et du bien-être des collégiens et des lycéens sur la période, particulièrement marquée chez les filles (Léon, *et al.*, 2024).

Enfin, deux récentes publications portant sur les données du Système national des données de santé (SNDS¹) ont fait état d'une augmentation des hospitalisations à la suite de gestes auto-infligés (automutilations non suicidaires et tentatives de suicide [encadré 1]) chez les adolescentes et les jeunes femmes à partir de la fin de l'année 2020 et en 2021 par rapport à 2019 (Jollant, *et al.*, 2022 ; Pirard, 2023). Ces données d'hospitalisations sont disponibles chaque année et permettent la surveillance des gestes suicidaires dans le temps long (Chan-Chee, 2019). Pour autant, seulement une tentative de suicide sur deux ferait l'objet d'une hospitalisation. Ainsi, dans le Baromètre Santé 2021 de Santé publique France, 6,8 % des 18-85 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie et 58 % d'entre eux se sont rendus à l'hôpital à la suite de cet acte (dont 89 % ont été hospitalisés) [Leon, *et al.*, 2024].

Encadré 1 Sources, méthodes et définitions

Les données annuelles portant sur les hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et psychiatrie sont disponibles environ sept mois après la fin d'une année donnée. Tout séjour hospitalier (hors passage aux urgences sans hospitalisation) fait l'objet d'un résumé de sortie anonymisé (RSA) contenant diverses informations sur le patient et les actes de soins dont il a bénéficié pendant son séjour. Ce RSA contient notamment des diagnostics, principal, relié(s) et associé(s), en lien avec l'hospitalisation (encadré 2).

Les données d'hospitalisations des années 2007 à 2022 proviennent du programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) et du relevé d'information médicale en psychiatrie (RIM-P) en France entière. Elles ont été traitées par la DREES sur les plates-formes d'accès au PMSI de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM).

Ont été considérées ici l'ensemble des hospitalisations survenues en France et comportant un code diagnostic de geste auto-infligé pour lesquelles aucune anomalie* dans le codage de l'hospitalisation n'a été détectée. Chaque séjour hospitalier a été compté. Comme un patient peut faire l'objet de plusieurs hospitalisations au cours d'une même année en lien avec un ou plusieurs gestes auto-infligés, le nombre de patients uniques hospitalisés par année avec ce motif a également été calculé et rapporté à la population de l'année et de la tranche d'âge considérées afin de fournir un taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants. De manière à limiter les doubles comptes de patients hospitalisés deux fois à deux âges différents une même année, l'âge lors de la première hospitalisation a été retenu dans le décompte des patients uniques.

* Comme une absence de codage de la date de naissance ou une date de sortie antérieure à une date d'entrée en hospitalisation.

Les hospitalisations pour geste auto-infligé sont plus fréquentes dans les communes défavorisées

En 2022, 84 527 patients, dont 64 % de femmes, ont été hospitalisés au moins une fois pour un geste auto-infligé. Parmi ces patients, 10 % ont été hospitalisés dans un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, 50 % dans des établissements de soins somatiques (littéralement services de médecine, chirurgie et obstétrique [MCO²]) et 40 % ont fait l'objet d'hospitalisations à la fois en MCO et en psychiatrie³ la même année (tableau complémentaire A⁴). Rapporté à la population française, cela correspond, en 2022, à un taux de 124 patients pour 100 000 habitants, un chiffre bien plus important chez les femmes (154) que chez les hommes (93). En 2022, 10 % des patients hospitalisés en MCO pour geste auto-infligé l'ont également été en 2021 (11 % des femmes et 9 % des hommes) et 13 % l'ont été plusieurs fois en 2022 (14 % des femmes et 12 % des hommes). En psychiatrie, 14 % des patients de 2022 (15 % des femmes et 13 % des hommes) ont également été hospitalisés avec un code renseigné⁵ de geste auto-infligé en 2021 et 19 % l'ont été plusieurs fois en 2022 (20 % des femmes et 16 % des hommes).

Les codes diagnostics des gestes auto-infligés montrent une prédominance des intoxications médicamenteuses volontaires (75 % des hospitalisations en MCO et 61 % en psychiatrie) suivies des lésions par objet tranchant (10 % en MCO et 19 % en psychiatrie) et des gestes « violents⁶ » (6 % en MCO et 12 % en psychiatrie), les autres types de gestes (auto-intoxications à l'alcool, gaz, autres moyens et moyens non précisés) comptant pour 8 % des hospitalisations en psychiatrie comme en MCO. Enfin, 1,4 % des hospitalisations en MCO se sont achevées par le décès du patient.

Les personnes bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS, ex-CMU-C et ACS⁷) représentent un quart des patients hospitalisés avec un geste auto-infligé, contre 11 % de l'ensemble des personnes ayant consommé des soins en 2022⁸. En revanche, les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) ne représentent que 0,3 % des patients hospitalisés pour ce motif, contre 0,6 % parmi les personnes ayant consommé des soins en 2022 (tableau 1). Selon les classes d'âge, les 20 % des habitants résidant dans les communes les plus défavorisées⁹ sont 1,2 à 2,2 fois plus nombreux à avoir été hospitalisés pour geste auto-infligé que les 20 % résidant dans les communes les plus favorisées (graphique 1). Cette mesure territoriale du niveau socio-économique de la commune de résidence est informative, mais tend à minorer l'ampleur des inégalités sociales. En effet, un récent travail réalisé dans le cadre de l'Observatoire national du suicide a identifié des variations beaucoup plus importantes du taux d'hospitalisations pour geste auto-infligé selon le niveau de vie mesuré au niveau individuel. Ainsi, au cours de la période 2015-2017, le taux d'hospitalisations pour ce type de geste était globalement trois fois supérieur

1. Le SNDS répertorie toutes les consommations de soins en ville et à l'hôpital faisant l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie.

2. Également appelés services de court séjour ou MCO par distinction avec les services de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation (SSR) et d'hospitalisation à domicile (HAD). Le MCO comprend les unités de soins critiques, les différents services de médecine et de chirurgie, ainsi que les unités d'hospitalisation des urgences (mais n'inclut pas les passages aux urgences sans hospitalisation).

3. Tous les séjours en psychiatrie, indépendamment de leur codage, mais ayant eu lieu la même année qu'un séjour en MCO, qui comporte, lui, un code de geste auto-infligé, sont considérés ici. Seuls 8 % des patients ont été hospitalisés dans les deux types de service avec un code de geste auto-infligé codé dans les deux (encadré 2).

4. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à l'étude (lien en fin de publication).

5. Les hospitalisations pour geste auto-infligé sont identifiées par des « codes diagnostics » renseignés (de façon non obligatoire) par les équipes soignantes (encadrés 1 et 2).

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

7. Allouée aux personnes dont les ressources sont faibles (par exemple inférieures à 13 120 euros par an en 2023 pour une personne seule, non propriétaire et sans allocations logement), la présence de cette complémentaire permet de détecter une partie des assurés sociaux les moins fortunés.

8. Champ du SNDS 2022 : toute personne ayant reçu des soins de ville ou hospitaliers couverts par l'Assurance maladie.

9. La défavorisation socio-économique des communes de résidence est estimée à partir du French Deprivation Index (FDep) qui combine les quatre indicateurs communaux suivants : part des ouvriers dans la population active ; part des chômeurs ; part des diplômés de niveau baccalauréat (minimum) dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée ; revenu fiscal médian des ménages. L'indicateur est calculé sur les données de 2015.

Tableau 1 Caractéristiques des patients hospitalisés en 2022 avec un diagnostic de geste auto-infligé

	MCO		PSY		Tous patients
	Effectif	En %	Effectif	En %	En %
Patients uniques dans l'année	76 075	100 %	15 245	100 %	100 %
Sexe					
Femmes	48 453	64	10 107	66	52
Hommes	27 622	36	5 138	34	48
Classe d'âge					
Moins de 10 ans	261	0	3	0	14
10-14 ans	6 242	8	561	4	7
15-19 ans	13 291	17	2 834	19	7
20-24 ans	7 602	10	1 821	12	6
25-29 ans	4 871	6	1 096	7	6
30-39 ans	9 644	13	1 950	13	12
40-49 ans	11 038	15	2 232	15	12
50-64 ans	14 046	18	3 064	20	18
65 ans ou plus	9 069	12	1 647	11	19
Quintile de défavorisation de la commune de résidence					
Q1 (plus aisés)	10 437	14	2 462	18	21
Q2	12 686	17	2 665	19	21
Q3	15 203	21	2 992	22	20
Q4	16 661	23	2 868	21	19
Q5 (plus défavorisés)	17 815	24	2 850	21	19
Caractéristiques socio-économiques individuelles					
Complémentaire santé solidaire (ex-CMU)	18 982	25	3 523	23	11
Aide médicale de l'État	211	0	25	0	1
Modes opératoires*					
Intoxications médicamenteuses volontaires ¹	68 822	75	12 774	61	
Lésions avec un objet tranchant ²	9 124	10	3 899	19	
Lésions auto-infligées « violentes » ³	5 739	6	2 551	12	
Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool ⁴	2 953	3	520	3	
Autres auto-intoxications (gaz, produits chimiques, etc.) ⁵	2 223	2	391	2	
Autres moyens ou moyens indéterminés ⁶	2 810	3	647	3	

MCO : médecine, chirurgie et obstétrique ; PSY : psychiatrie ; Tous patients : toutes les personnes ayant consommé des soins (de ville ou hospitaliers) pris en charge par l'Assurance maladie ; CIM-10 : classification internationale des maladies 10^e édition.

* Les modes opératoires sont rapportés sur le nombre d'hospitalisations, et non de patients, soit 91 671 en MCO et 20 782 en psychiatrie.

Codes CIM-10 : 1. X60 à 64 ; 2. X78 ; 3. X70 à 82 sauf 78 ; 4. X65 ; 5. X66 à 69 ; 6. X83 et 84.

Lecture > 48 453 femmes ont été hospitalisées en MCO en 2022 avec un code de geste auto-infligé (code CIM-10 de X60 à X84, encadré 2), elles représentent 64 % de cette patientèle contre 36 % d'hommes.

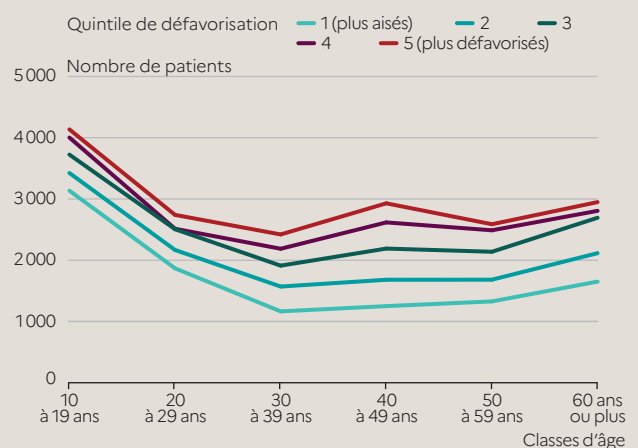
Champ > Tous patients ayant reçu des soins de ville ou hospitaliers couverts par l'Assurance maladie en 2022.

Source > CNAM, Système national des données de santé, 2022.

> Études et Résultats n° 1300 © DREES

parmi les 25 % des personnes les plus défavorisées financièrement que chez les 25 % les plus aisées, et tous les âges étaient concernés par cette inégalité (Sterchele, 2022).

Selon le département de résidence, le taux de patients hospitalisés en MCO pour geste auto-infligé varie fortement, de 30 pour 100 000 habitants en Guadeloupe jusqu'à 260 dans la Somme (carte 1). Les forts taux de gestes auto-infligés en Bretagne, sur le littoral ouest et dans les Hauts-de-France contrastent avec ceux au sud de la Garonne, sur le littoral méditerranéen, le bassin parisien, les départements d'outre-mer et la Corse, bien plus faibles. Chez les jeunes âgés de 10 à 24 ans, ces différences territoriales sont assez proches de celles retrouvées pour les taux départementaux de décès par suicide bien qu'il faille prendre des précautions dans ce type de comparaisons : aussi contre-intuitif que cela paraisse, gestes auto-infligés et suicides ne doivent pas se confondre et concernent des populations sensiblement différentes. Cela étant, ces variations soulignent la diversité territoriale des rapports culturels au geste suicidaire – fortement influencé notamment par la religiosité, les structures familiales, l'emploi ou encore l'accès aux soins psychologiques (Hansen, Pritchard ; 2008, Inder, et al., 2014, Pavicic, et al., 2023, Sterchele, 2022) – que ce soit en ce qui concerne la propension individuelle au passage à l'acte, la verbalisation des personnes concernées et leur entourage ou encore l'enregistrement de ces actes par les professionnels (carte 2).

Graphique 1 Répartition de la patientèle hospitalisée pour geste auto-infligé selon le niveau de défavorisation de la commune de résidence, par âge

Note > Défavorisation socio-économique des communes de résidence estimée à partir du FDep.

Lecture > Les habitants des communes les moins favorisées sont surreprésentés dans les effectifs de patients hospitalisés pour geste auto-infligé, quelle que soit la tranche d'âge considérée.

Champ > France, patients de 10 ans ou plus hospitalisés au moins une fois en MCO avec un code de lésion auto-infligée renseigné (code CIM-10 de X60 à X84).

Source > CNAM, Système national des données de santé, 2022.

> Études et Résultats n° 1300 © DREES

Le nombre de patients hospitalisés pour geste auto-infligé progresse en psychiatrie mais reste stable en MCO

Au cours de la période considérée (2007 à 2022), c'est entre 2009 et 2011 que le nombre de patients hospitalisés pour geste auto-infligé a été le plus élevé, chez les femmes comme chez les hommes, avant de baisser en 2012 et 2013. Au-delà des biais induits par la montée en

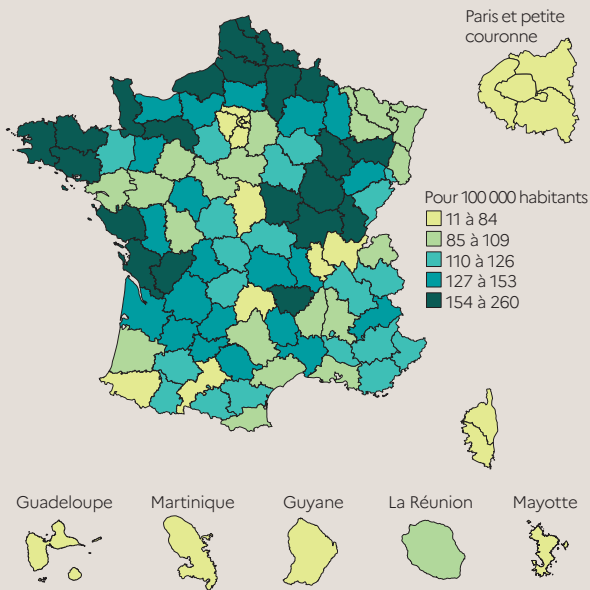
charge du codage statistique de la patientèle en psychiatrie au cours de cette période, ce profil en « cloche » s'explique par la hausse des hospitalisations en MCO pour les hommes avant 2009, suivie d'une baisse pour les deux sexes entre 2011 et 2013 (**encadré 2**).

Entre 2013 et 2019, cette patientèle totale est restée relativement stable, autour de 52 000 femmes et 33 000 hommes par an ; elle est également globalement stable selon le secteur considéré (psychiatrie ou MCO). À l'instar d'autres motifs d'hospitalisation hors Covid-19, ces effectifs baissent en 2020 : de 8 % chez les hommes et de 11 % chez les femmes par rapport à la moyenne des sept années précédentes (Naouri, 2021). À partir de 2021, les tendances diffèrent selon le sexe, avec une remontée chez les femmes à des niveaux supérieurs à ceux d'avant la crise sanitaire, alors que le nombre de patients masculins se maintient au niveau de 2020 (**tableau complémentaire A**).

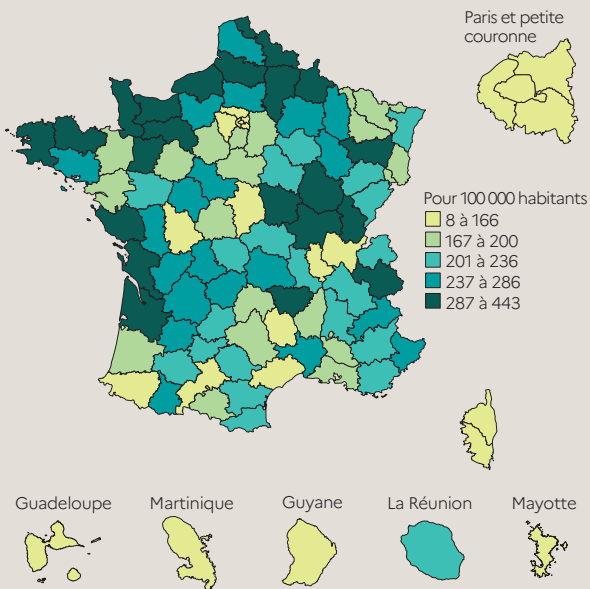
Selon le secteur de soins considéré, les tendances divergent également. En MCO, la patientèle diminue pour les deux sexes en 2020, puis rebondit à son niveau d'avant la crise pour les femmes. Le nombre d'hommes hospitalisés en psychiatrie avec un code renseigné de geste auto-infligé reste stable entre 2009 et 2021 – autour de 4 400 patients par an – avant de dépasser 5 000 en 2022 (+16 % par rapport à 2021). Toujours en psychiatrie, le nombre annuel de femmes hospitalisées est resté stable, autour de 6 600, de 2012 à 2018, année au cours de laquelle une tendance à la hausse s'amorce et se poursuit pour atteindre un peu plus de 10 000 patientes en 2022 (+24 % par rapport à 2021). Il s'agit là de niveaux inédits dans les bases de données à disposition, dans un contexte où le nombre total de patients hospitalisés en psychiatrie a plutôt tendance à diminuer. Il est cependant à noter que la réforme du financement de la psychiatrie intervenue en 2022 peut avoir eu une incidence sur la qualité du codage dans ce secteur et sur les effectifs de patients ayant un code de geste auto-infligé renseigné (**encadré 2**).

Carte 1 Taux départementaux de patients hospitalisés en MCO pour geste auto-infligé, en 2022

1a. Taux standardisés sur l'âge, population ayant 10 ans ou plus



1b. Taux bruts, population ayant entre 10 ans et 24 ans



Note > Hospitalisations en MCO. Pour les adultes, taux standardisés sur l'âge quinquennal, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Chez les 10-24 ans, taux bruts rapportés à 100 000 habitants de 10 à 24 ans dans le département.

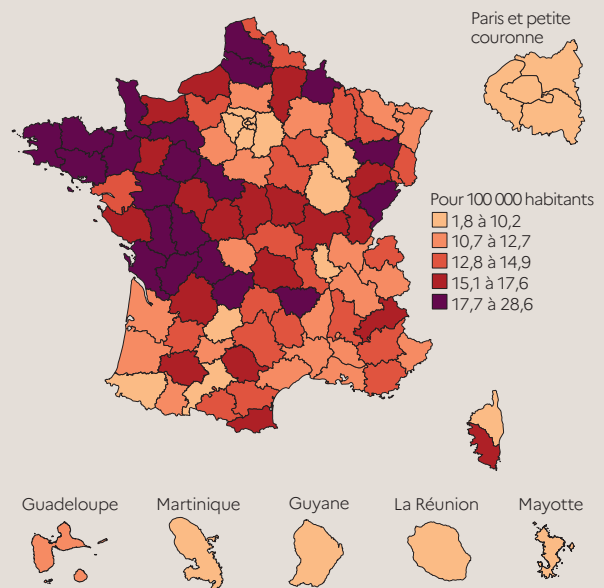
Lecture > Les départements en jaune, comme à Paris, en Guadeloupe ou en Corse, et ceux en vert clair ont des taux inférieurs à la moyenne nationale (113 pour 100 000 chez les 10 ans ou plus ; 218 pour 100 000 chez les 10-24 ans).

Champ > France, tous âges et 10-24 ans, patients hospitalisés au moins une fois en 2022 à la suite d'un geste auto-infligé.

Sources > CNAM, Système national des données de santé ; Insee, recensement de la population.

> Études et Résultats n° 1300 © DREES

Carte 2 Taux départementaux de décès par suicide ou lésions auto-infligées, en 2021



Note > Taux standardisés sur l'âge quinquennal pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Lecture > Les départements en violet ont des taux de décès par suicide supérieur à la moyenne nationale (13,2 pour 100 000).

Champ > France, tous âges, patients décédés avec comme cause de décès un suicide (code CIM-10 de X60 à X84).

Sources > CépiDC, Inserm ; Insee, recensement de la population.

> Études et Résultats n° 1300 © DREES

De très fortes hausses chez les adolescentes et les jeunes femmes

Les taux annuels de patients hospitalisés à la suite d'un geste auto-infligé varient selon l'âge et le sexe. En 2022, en MCO, ils vont de 33 patients pour 100 000 habitants parmi les garçons de 10 à 14 ans à 527 pour 100 000 chez les femmes de 15 à 19 ans, avec un pic à 689 pour 100 000 chez les filles de 15 ans. En psychiatrie, ces taux sont inférieurs, mais la variation est également très forte : de 3 patients pour 100 000 habitants parmi les garçons de 10 à 14 ans à 116 pour 100 000 chez les femmes de 15 à 19 ans (*graphique 2*). Bien qu'il soit reconnu que les adolescentes et les jeunes femmes sont une des populations les plus à risque concernant les gestes auto-infligés, les récentes hausses d'effectifs et de taux de patientes âgées de 10 à 19 ans et, dans une moindre mesure, âgées de 20 à 24 ans, en psychiatrie comme en MCO, inquiètent. En effet, leurs taux moyens en 2021 et 2022 atteignent des niveaux très élevés par rapport à la moyenne de 2010 à 2019 : +71 % chez les filles de 10 à 14 ans en MCO (+246 % en psychiatrie), +44 % pour les adolescentes de 15 à 19 ans (+163 % en psychiatrie) et +21 % chez les femmes de 20 à 24 ans

(+106 % en psychiatrie). La crise sanitaire pourrait avoir accéléré des tendances préexistantes, particulièrement en psychiatrie. Dans ce secteur de soins, le taux d'hospitalisations pour geste auto-infligé de la patientèle féminine âgée de 10 à 19 ans double entre 2012 et 2020 puis double de nouveau entre 2020 et 2022.

Ces hausses inédites chez les adolescentes et les jeunes femmes contrastent avec la stabilité ou la baisse des patientèles issues des autres catégories d'âge et de sexe. Notamment, depuis plus de dix ans, le nombre de patientes et de patients âgés de 30 à 50 ans hospitalisés en MCO avec un code de geste auto-infligé baisse de façon continue. Ces tendances de fond pourraient renvoyer à un phénomène générationnel, comme le suggère le décalage d'année en année des taux par âge (*tableaux complémentaires B et C*). Les données portant sur l'ensemble des pays d'Europe occidentale montrent la même tendance à la baisse des tentatives de suicide et des suicides chez les 30 ans ou plus au cours de la période 2010-2019 (IHME, 2024).

Chez les 65 ans ou plus, peu d'hospitalisations sont codées avec un geste auto-infligé relativement aux autres classes d'âge, sauf

Encadré 2 La question du codage statistique

Certains codes diagnostics accompagnant les résumés de sortie anonymisés sont utilisés pour identifier le « groupe homogène de séjours », duquel dépend le paiement du séjour à l'établissement par l'Assurance maladie – ce qui implique qu'ils sont généralement bien codés et transmis par les établissements. D'autres codes diagnostics ont une valeur plus documentaire, car ils ne conditionnent aucun paiement et apportent plutôt des données de contexte du séjour hospitalier. C'est le cas des codes de gestes auto-infligés*, regroupés dans la classification internationale des maladies sous les codes X60 à X84. Ils incluent toutes les formes d'auto-agressions volontaires : auto-intoxication (médicaments, alcool, produits d'entretien ou phytosanitaires, monoxyde de carbone, etc.), tentative de pendaison ou d'étouffement, lésions volontaires obtenues à partir d'un objet tranchant ou contondant, chute d'une hauteur, décharge d'arme à feu, collision volontaire avec un objet ou véhicule en mouvement, etc. Une part importante de ces hospitalisations recouvre donc des tentatives de suicide mais également des « violences cutanées auto-infligées » ou « automutilations non suicidaires » qui regroupent des lésions volontairement infligées mais sans intention suicidaire (ecchymoses, scarifications, brûlures, abrasions, etc.).

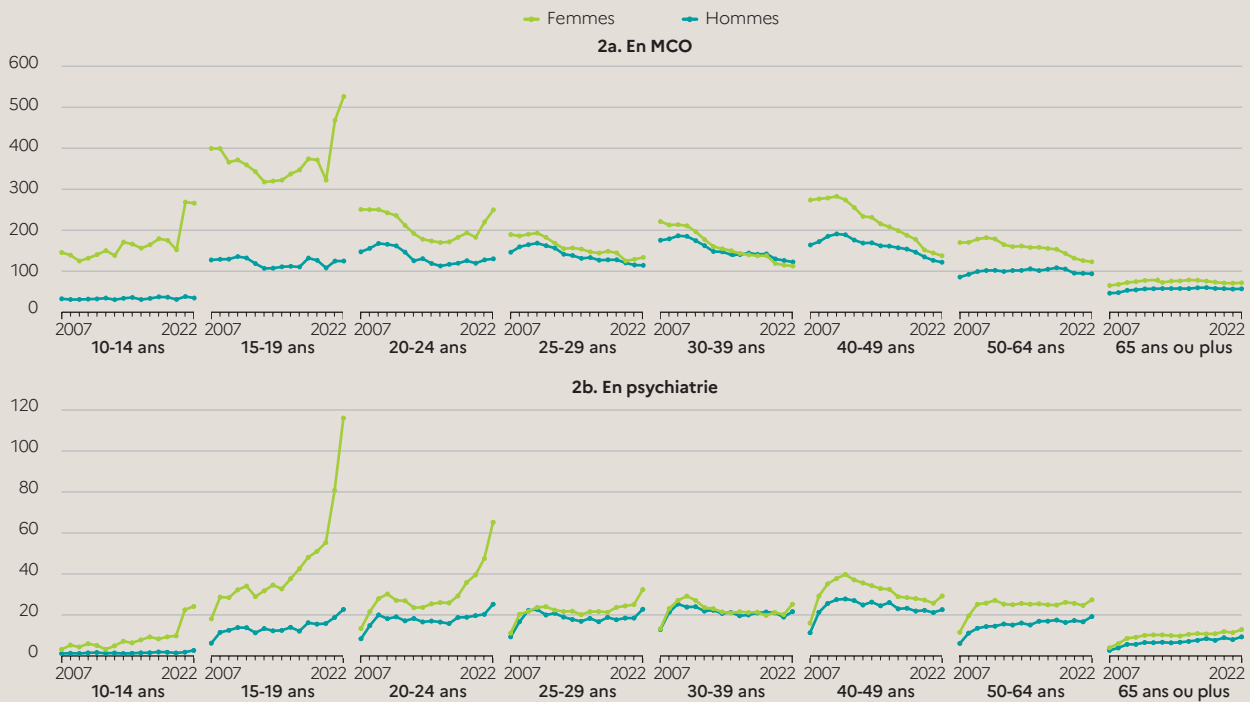
Certaines précautions sont à prendre avec ces données, notamment le fait que ce codage est facultatif : bien que cela leur soit demandé, il n'existe aucune obligation pour l'équipe soignante ou celle en charge du codage de renseigner ce code de diagnostic. Cette limite est renforcée en psychiatrie, où la culture du codage statistique – dont par ailleurs ne dépend que très peu la rétribution de l'établissement – est beaucoup moins développée qu'en MCO. La qualité du codage est donc très variable d'un établissement à l'autre. Ainsi, parmi les patients hospitalisés en psychiatrie ayant également été hospitalisés la même année en MCO avec un code de geste auto-infligé, il y a cinq fois plus de patients sans code de geste auto-infligé que de patients « codés » comme tels en psychiatrie ; cela donne un aperçu du défaut de codage de ces gestes en psychiatrie (*tableau complémentaire A*). Autre limite propre à la psychiatrie : une part des progressions de taux d'hospitalisations constatées en 2007-2008, puis en 2022, communes à toutes les classes d'âge, sont à mettre sur le compte de changements de pratiques de codage. En 2007-2008, il s'agit de la montée en charge du codage statistique dans le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P), créé en 2006. Entre 2021 et 2022, l'amélioration du codage serait, quant à elle, plutôt liée à une incitation financière en ce sens, introduite par la réforme du financement de l'hospitalisation en psychiatrie en 2022. Cette amélioration statistique va certainement perdurer et être partiellement responsable d'une augmentation des hospitalisations codées avec un geste auto-infligé.

Une autre incitation à la documentation statistique de ces gestes et plus globalement à leur prise en charge est la publication, en 2021, par la Haute Autorité de santé, d'une recommandation de bonnes pra-

tiques sur les idées et conduites suicidaires chez les enfants et adolescents ; il est probable que ces recommandations aient été suivies d'une augmentation du repérage et de la prise en charge de la problématique suicidaire par les équipes, qui se répercute dans les données étudiées ici, sans expliquer le décalage de genre observé dans les dernières évolutions.

En outre, le repérage des gestes auto-infligés dans les données du SNDS, et par conséquent le comptage des effectifs de séjours ou de patients en lien avec un geste auto-infligé, fait l'objet d'améliorations constantes pouvant expliquer certaines évolutions marginales au fil des publications (Chan-Chee, 2019). Enfin, la réalité clinique derrière le code statistique peut varier de façon importante. La distribution du taux d'hospitalisations pour geste auto-infligé chez les femmes montre un pic à 15-16 ans constant sur la période considérée (*tableau complémentaire B*). Les adolescentes et les jeunes femmes sont une population particulièrement concernée par les automutilations non suicidaires, c'est-à-dire les scarifications (coupures volontaires), coups intentionnels sur une surface dure, brûlures de cigarette, etc. qui sont volontairement infligées à soi-même mais sans intention suicidaire. Dans de nombreux cas, la distinction avec la tentative de suicide n'est pas aisée en clinique ; *a fortiori*, elle est quasiment impossible à faire dans les bases statistiques mobilisées ici. Il est possible qu'une amélioration du codage statistique spécifique à ces gestes non suicidaires entraîne une hausse du nombre d'hospitalisations pour geste auto-infligé chez les adolescentes et les jeunes femmes sans que cela ne corresponde à une augmentation réelle de ces gestes dans cette population. Afin d'examiner cette éventualité, plusieurs caractéristiques des hospitalisations en MCO en lien avec un geste auto-infligé des patientes âgées de 10 à 24 ans entre 2008 et 2022 ont été analysées : mode opératoire, éventuel passage en réanimation ou en soins intensifs lors de l'hospitalisation, type urbain, région et niveau de déprivation des communes de résidence des patientes, type des établissements de santé. Il s'agit de vérifier si la hausse des gestes auto-infligés dans cette population est homogène sur le territoire, ainsi que relativement aux caractéristiques de ces gestes et de leur prise en charge. Plus particulièrement, le mode opératoire renvoyant à une « lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant** » est présumé marqueur à la fois des tentatives de suicide par phlébotomie*** et des scarifications, sans qu'il soit possible de les distinguer. Ces analyses dédiées montrent que la progression continue des hospitalisations pour geste auto-infligé chez les adolescentes et les jeunes femmes est probablement liée pour une part à une amélioration du codage des gestes sans intention suicidaire, mais sans que cela soit son principal élément d'explication.

* En MCO, le code de geste auto-infligé est réservé aux « diagnostics associés », ce n'est pas le cas en psychiatrie où il arrive qu'il soit noté comme « diagnostic principal ».
** Code diagnostic X78.
*** Incision d'une veine.

Graphique 2 Taux de patients hospitalisés pour geste auto-infligé, par sexe et classe d'âge, entre 2007 et 2022

MCO : médecine et chirurgie et obstétrique.

Note > Taux pour 100 000 habitants.

Lecture > Entre 2007 et 2022, le taux d'hospitalisation en MCO pour geste auto-infligé des filles âgées de 10 à 14 ans passe de 144 à 265 pour 100 000 habitants. Chez les garçons de la même tranche d'âge, ce taux reste stable, autour de 30.

Champ > France, patients de 10 ans ou plus hospitalisés au moins une fois en MCO avec un code de lésion auto-infligée (code CIM-10 de X60 à X84).

Source > CNAM, Système national des données de santé, 2007-2022.

> Études et Résultats n° 1300 © DREES

chez les hommes pour qui les taux ont tendance à s'élever à partir de 75 ans. Les décès par suicide sont moins souvent détectés, et donc sous-estimés, chez les personnes âgées par rapport au reste de la population (Aouba, *et al.*, 2011). Il est possible que ce soit également le cas pour les hospitalisations à la suite d'un geste auto-infligé, non identifié comme tel par les équipes soignantes et les familles, et peut-être également moins verbalisé par la personne âgée. En outre, c'est dans cette catégorie d'âge que le risque léthal en cas de geste auto-infligé est le plus élevé (Wang, *et al.*, 2020), un phénomène que les données étudiées ici vérifient : 5,8 % des hospitalisations pour geste auto-infligé finissent avec le décès du patient chez les 65 ans ou plus, contre 1,8 % chez les 50-64 ans et moins de 0,2 % chez les 10-19 ans (*tableau complémentaire D*).

Des hausses qui concernent tous les territoires, niveaux de gravité et modes opératoires

À partir de 2021, les hausses des hospitalisations d'adolescentes et de jeunes femmes concernent tous les grands groupes de mode opératoire. Les auto-intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) constituent, depuis 2014, près des trois quarts des causes de ces hospitalisations et augmentent de 40 % en 2021 et 2022 par rapport à la moyenne des années 2015 à 2019, les lésions obtenues avec un objet tranchant (incluant les scarifications, non suicidaires) progressent de 64 %, les gestes violents croissent, quant à eux, de 36 % (*graphique 3*).

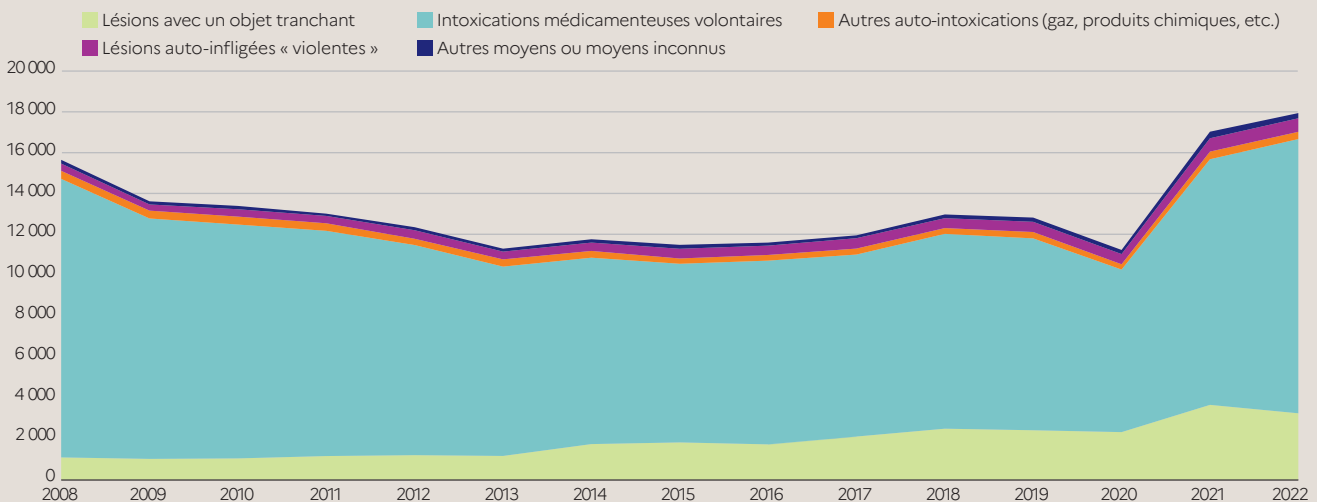
La part des hospitalisations d'adolescentes et de jeunes femmes faisant l'objet d'un passage en unité d'hospitalisation de courte durée au sein des services d'urgence¹⁰ reste stable, autour de 47 % ; de même que celles ayant nécessité une prise en charge en réanimation ou en soins intensifs (autour de 10 %), laissant à penser que ces hausses d'hospitalisations concernent différents niveaux de gravité (*tableau complémentaire E*). En outre, la part des patientes non hospitalisées à l'issue d'un passage aux urgences après intoxication médicamenteuse est restée stable au cours de la période 2018 à 2022 (35 %).

Au niveau territorial, la hausse des hospitalisations d'adolescentes et de jeunes femmes pour geste auto-infligé est généralisée, même si elle présente d'importantes variations selon les régions : la hausse moyenne des hospitalisations en 2021 et 2022 par rapport à la moyenne des années 2012 à 2019 varie de +16 % à La Réunion à +80 % en Occitanie, sans que ces différences géographiques de variation semblent corrélées aux différences de niveau de prévalence. Les évolutions au cours des mêmes périodes sont négatives dans seulement cinq départements, et la moitié d'entre eux voient les effectifs moyens d'adolescentes et de jeunes femmes augmenter de 40 % ou plus en 2021 et 2022 par rapport à la moyenne des années 2012 à 2019 (*tableau complémentaire F*). Tous les types de communes sont concernées : entre +34 % de patientes issues de communes rurales et +47 % de patientes issues de villes-centres¹¹, celles vivant dans les communes de banlieue et de villes isolées augmentent, quant à elles, de 45 % chacune (*tableau complémentaire G*).

¹⁰. Également appelés « lits portes », ces services dépendant des urgences ont vocation à accueillir des patients en surveillance et soins avant retour à domicile sous 24 heures si l'amélioration favorable le permet. En pratique, ils sont également utilisés dans l'attente de la libération d'une place dans le service d'hospitalisation en aval du passage aux urgences.

¹¹. Ville centrale d'une agglomération multicomcommunale, les autres communes étant des villes de banlieue, selon la base des unités urbaines de l'Insee 2010.

Graphique 3 Hospitalisations pour lésions auto-infligées chez les femmes de 10 à 24 ans entre 2008 et 2022, selon le mode opératoire



MCO : médecine, chirurgie et obstétrique ; CIM-10 : classification internationale des maladies 10^e édition.

Lecture > L'augmentation des hospitalisations pour geste auto-infligé de patientes âgées de 10 à 24 ans concerne particulièrement les intoxications médicamenteuses volontaires et, dans une moindre mesure, les lésions obtenues avec un objet tranchant.

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

Source > ATIH, Programme de médicalisation des systèmes d'information, 2008-2022.

> Études et Résultats n° 1300 © DREES

Dans 84 % des établissements concernés¹², la moyenne des hospitalisations en 2021 et 2022 augmente par rapport à celle de 2015 à 2019, la variation moyenne est de +43 % (médiane : +39 % ; étendue : de -100 % à +213 %), et ce, quel que soit le type d'établissement : de +25 % pour les privés lucratifs à +51 % dans les centres hospitaliers universitaires (*tableaux complémentaires H et I*).

Enfin, la hausse concerne les adolescentes et les jeunes femmes résidant dans les communes de tous niveaux de défavorisation, mais elle est plus importante chez celles des communes les plus favorisées : entre 2019 et 2022, +63 % dans les communes comptant 20 % de la population la plus aisée contre +28 % dans les communes les plus défavorisées (*tableau complémentaire J*).

Des expressions différenciées de la souffrance psychique chez les adolescents et les jeunes hommes ?

Le caractère « genré » du phénomène est particulièrement marqué : les hospitalisations en MCO pour geste auto-infligé parmi les garçons et les jeunes hommes restent stables et relativement peu nombreuses au cours de la période. Plusieurs éléments explicatifs peuvent être proposés. Tout d'abord, il est possible que la santé mentale des garçons ne se soit pas autant dégradée que celle des filles et des femmes du même âge. En effet, les enquêtes épidémiologiques montrent que la hausse des syndromes dépressifs chez les 15-24 ans entre 2014 et 2021 a beaucoup plus concerné les femmes que les hommes. Ces dernières auraient été davantage affectées sur le plan psychologique par les évolutions culturelles et sociétales des années 2015 à 2021 (Hazo et Boulch, 2022).

Cependant, les différences d'expression du mal-être psychique selon les sexes sont cliniquement reconnues. Chez les hommes,

cette expression est dite plus « externalisée » : addictions, comportements violents ou à risque plutôt que dépressions et angoisses, qui sont des formes dites « intériorisées » de la détresse psychologique, plus répandues chez les femmes. Il est donc également possible que la santé mentale des adolescents et des jeunes hommes se soit en moyenne tout autant dégradée que celles des adolescentes et jeunes femmes, mais sous une expression différente. Sans répondre directement à cette question complexe, il est éclairant d'examiner, à titre de comparaison, l'évolution du nombre de patients hospitalisés avec un diagnostic inclus dans les « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives¹³ », ceux liés aux intoxications alcooliques¹⁴ ainsi que ceux incluant le code « agressions¹⁵ » ou « accidents de transport¹⁶ ». Or le nombre de patients masculins dont l'hospitalisation est liée à l'utilisation de substances psychoactives (avec ou sans addiction) ou à des intoxications alcooliques régresse entre 2012 et 2022, tout particulièrement chez les 15-30 ans et les 40-55 ans, à l'inverse de chez les 65 ans ou plus pour lesquels il progresse de façon continue (*tableaux complémentaires K et L*). Cela vient corroborer les tendances à la baisse de consommations de toxiques chez les jeunes des deux sexes également observées dans les enquêtes de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). Ces enquêtes soulignent par ailleurs la dégradation, entre 2017 et 2022, des indicateurs de santé mentale liés à la dépression et aux pensées suicidaires chez les jeunes filles de 17 ans (OFDT, 2023).

Concernant les patients hospitalisés avec un code renseigné d'accident de transport ou d'agression, ils sont rares, car ces motifs sont probablement très peu et mal codés et seules les agressions entraînant des lésions sévères nécessitent une hospitalisation. Les hommes sont de loin les plus concernés, avec un pic à 20 ans et un

¹². Établissements ayant au moins dix hospitalisations pour lésions auto-infligées de patientes âgées de 10 à 24 ans en moyenne par an sur la période 2015-2019.

¹³. Codes CIM-10 : F10 à F19.

¹⁴. Codes CIM-10 : F10, T51, X45, X65, Y15, X90 et X91.

¹⁵. Code CIM-10 : X85 à Y09.

¹⁶. Code CIM-10 : V01 à V99.

nombre en augmentation continue depuis 2012. Cependant, cette hausse touche toutes les classes d'âge de chaque sexe de façon relativement homogène (*tableaux complémentaires M et N*). La progression des hospitalisations dues à un accident de transport est probablement plutôt le fait d'une amélioration progressive du codage que le reflet d'une évolution réelle des accidents, qui n'est pas observée dans les sources statistiques dédiées (ONISR, 2024). Pour les agressions, il est également délicat de distinguer ce qui est lié à l'amélioration du codage statistique de ce qui relève d'une progression des agressions physiques. Les données de police et de gendarmerie sur les coups et blessures volontaires et les violences sexuelles montrent une progression des mis en causes masculins au cours de la période de 2016 à 2021. Celle-ci n'est, en revanche, pas spécifique aux adolescents et hommes jeunes (SSMSI, 2023). Les victimes enregistrées progressent également et particulièrement parmi les jeunes femmes et les adolescentes. Il faut cependant interpréter ces données avec

précaution. Elles sont fortement déterminées par la propension à porter plainte, les incitations légales et les pratiques et délais des services de police dans un contexte de libération de la parole sur les agressions sexuelles intra et extrafamiliales. L'augmentation des délais de prescription et la priorisation de la thématique sont également des phénomènes pouvant affecter le nombre de victimes enregistrées par les services. Cela étant, il est possible qu'une hausse des violences et victimations soit un des éléments explicatifs de la dégradation de la santé mentale des adolescentes et des jeunes filles. Il s'agit en tout cas d'une dégradation dont le pendant masculin n'apparaît pas dans les données à disposition et dont les origines explicatives restent à mettre à jour, notamment à partir de travaux cliniques et de données plus qualitatives. ●



Télécharger les données associées à l'étude



Accéder au code source

Mots clés : **Adolescent** **Suicide** **Santé mentale** **Hospitalisation** **Dépression**

Pour en savoir plus

Les données sur les tables des hospitalisations et patients uniques/an en MCO et PSY par grands groupes diagnostics psychiatriques, âge et sexe sont disponibles en Open Data sur le site Data.DREES.

- > **Aouba, A., Pequignot, F., Camelin, L., Jouglu, E.** (2011). Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. *Bull épidémiol hebd*, 47-48, pp. 497-500.
- > **Bagein, G., et al.** (2022, septembre). L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 102.
- > **Chan-Chee, C.** (2019). Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. *Bull épidémiol hebd*, 3-4, pp. 48-54.
- > **Du Roscoät, E., et al.** (2023). La santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 : principaux résultats de la surveillance et des études conduites par Santé publique France entre mars 2020 et janvier 2022. *Bull épidémiol hebd*, 26, pp. 570-89.
- > **Hansen, L., Pritchard, C.** (2008) Consistency in Suicide Rates in TwentyTwo Developed Countries by Gender over Time 1874-78, 1974-76, and 1998-2000. *Archives of Suicide Research*, 12:3, pp. 251-262.
- > **Hazo, J.-B., et al.** (2021, octobre). Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020. Résultats issus de la 2e vague de l'enquête EpiCov. DREES, *Études et Résultats*, 1210.
- > **Hazo, J.-B., Boulch, A.** (2022, Juin). Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes. DREES, *Études et Résultats*, 1233.
- > **Hazo J.-B., Rouquette, A.** (2023, juillet). Près d'un enfant sur six a eu besoin de soins de santé mentale entre mars 2020 et juillet 2021. DREES, *Études et Résultats*, 1271.
- > **Inder, K.J., et al.** (2014). Determinants of suicidal ideation and suicide attempts: parallel cross-sectional analyses examining geographical location. *BMC Psychiatry*, 14, p. 208.
- > **Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).** *GBD Compare*. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2015. Consulté en 2024.
- > **Jollant, F., et al.** (2022). Prolonged impact of the COVID-19 pandemic on self-harm hospitalizations in France: A nationwide retrospective observational study. *European Psychiatry*, 65(1), E35. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.26.
- > **Léon, C., Du Roscoät, E., Beck, F.** (2024). Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. *Bull épidémiol hebd*, 3, pp. 42-56.
- > **Léon, C., et al., Semaille, C. (dir.)** (2024, avril). *La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances – EnCLASS 2022*. Paris, France : Santé publique France, coll. Le point sur.
- > **Naouri, D.** (2021, septembre). En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1204.
- > **Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR).** Open data consulté en 2024.
- > **Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT)** (2023, mars). Les drogues à 17 ans – Analyse de l'enquête ESCAPAD 2022. *Tendances*, 155.
- > **Pavicic, M., et al.** (2023). Using iterative random forest to find geospatial environmental and sociodemographic predictors of suicide attempts. *Front. Psychiatry*, 14:1178633.
- > **Pirard, P, et al.** (2023). Hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins aigus en France lors de l'infection à Covid-19 : tendances temporelles nationales en 2020-2021. *Bull épidémiol hebd*, 12-13, pp. 230-7.
- > **Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI)** (2023, septembre). *Insécurité et délinquance en 2022 : bilan statistique complet*.
- > **Wang, J., et al.** (2020). Trends in the incidence and lethality of suicidal acts in the United States, 2006 to 2015. *JAMA psychiatry*, vol. 77, 7, pp. 684-693.

> **Publications**
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Open Data**
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Nous contacter**
DREES-INFO@santer.gouv.fr

> **Contact presse**
DREES-PRESSE@santer.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Chargée d'édition : Élisabeth Castaing
Composition et mise en pages : Julie Eneau
Conception graphique : DREES

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
 ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@santer.gouv.fr