Bulletin

Santé mentale

Santé publique France

Date de publication : 26.11.2026

ÉDITION NATIONALE

Surveillance des conduites suicidaires

Bilan 2025

La Stratégie nationale de prévention du suicide et la Feuille de route santé mentale et psychiatrie ont conduit entre autres aux déploiements successifs du dispositif de prévention de la réitération suicidaire VigilanS, du numéro national de prévention du suicide 3114 et du dispositif de prise en charge de la souffrance psychologique « Mon soutien psy ». Dans ce cadre, Santé publique France analyse annuellement avec ses partenaires, à la demande de la Direction générale de la santé, les données de recours à ces dispositifs de prévention et au système de santé pour fournir une vision globale sur l'épidémiologie et le poids des conduites suicidaires, décrire les évolutions en cours et s'assurer de l'adéquation entre les besoins de santé observés dans la population et les dispositifs de prévention mis en regard pour y répondre sur le territoire national, y compris à une maille géographique infranationale.

Points clés

- Des indicateurs relatifs aux conduites suicidaires toujours contrastés en fonction du sexe et de l'âge avec une situation toujours préoccupante chez les jeunes de 11-24 ans, et notamment les jeunes filles, pour les idées suicidaires et les gestes auto-infligés (tentatives de suicide déclarées, passages aux urgences et hospitalisations pour geste auto-infligé), et des décès par suicide restant plus fréquents chez les 45 ans et plus, notamment les hommes.
- Des disparités territoriales confirmées, toujours marquées et variables selon les indicateurs considérés avec des taux plus élevés dans le nord et l'ouest de la France hexagonale, mais potentiellement impactés par l'offre de soins psychiatrique et les pratiques de codage.
- Une poursuite de la dégradation en 2025 des indicateurs d'hospitalisations pour geste auto-infligé avec un taux national de 146 hospitalisations pour 100 000 habitants (+ 3 %). Cette dégradation, constatée dans toutes les régions hexagonales, est principalement portée par une hausse des indicateurs chez les jeunes de 11-24 ans, notamment les jeunes filles de 11-17 et 18-24 ans, qui présentent des taux respectivement 4 et 2,5 fois supérieurs à ceux des autres classes d'âge.
- Un taux de décès par suicide restant stable en 2024 autour de 13 décès pour 100 000 habitants au cours des cinq dernières années au niveau national masquant des évolutions contrastées selon les régions, ainsi qu'une hausse faible mais récente des taux de décès chez les plus jeunes entre 11 et 24 ans compensant la baisse observée dans les classes d'âges les plus élevées.
- Une nette hausse de l'activité des dispositifs de prévention des conduites suicidaires en 2025 avec près de 550 000 appels au 3114 et plus de 45 000 personnes entrées dans le dispositif VigilanS. Cette hausse est vraisemblablement due à une meilleure notoriété des dispositifs

En partenariat avec :

EnCLASS Enquête Nationale en Collèges et en Lycées chez les Adolescents sur la Santé et les Substances

Sentinelles Réseau Sentinelles

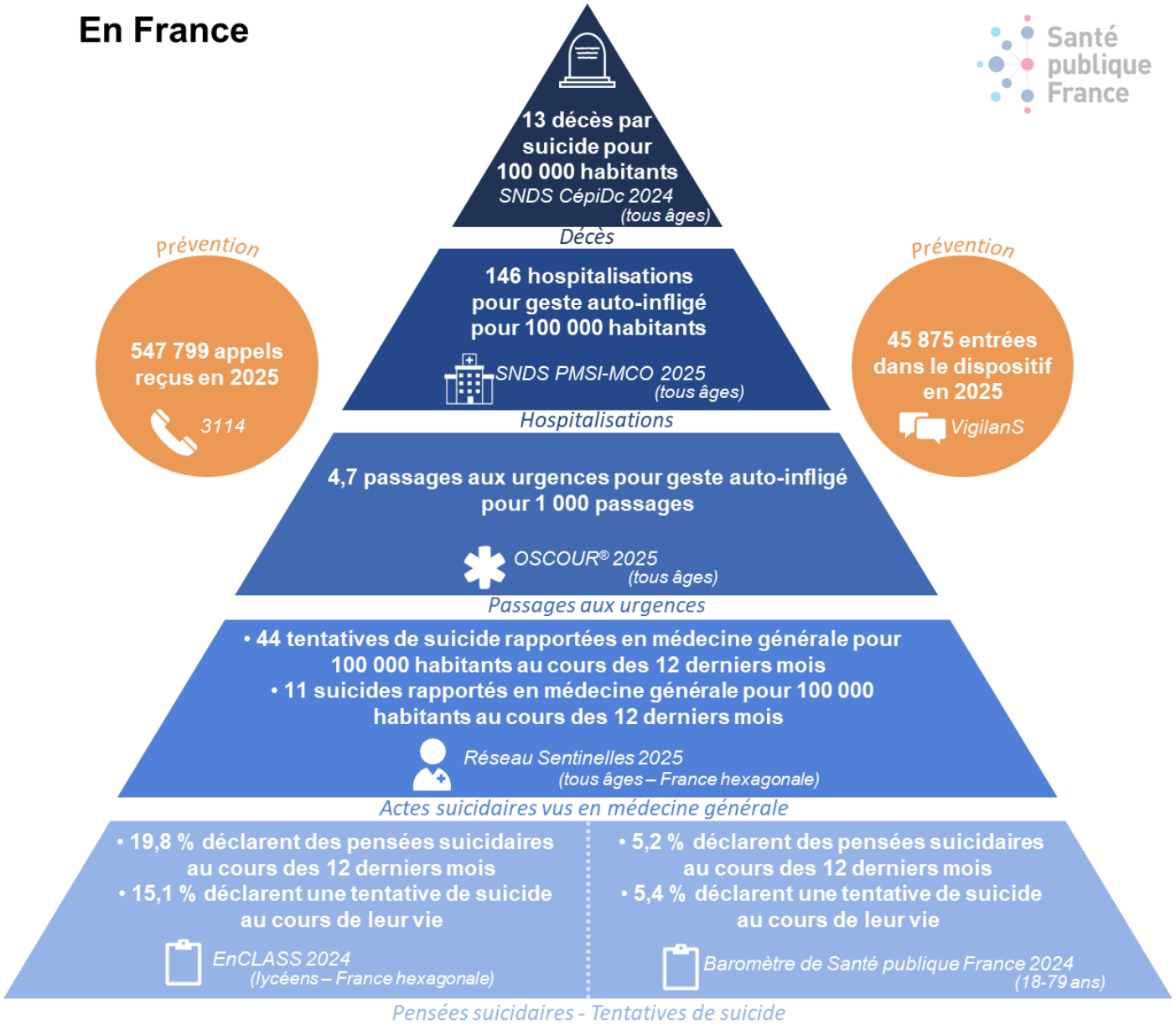
l'Assurance Maladie Agir ensemble, protéger chacun

3114 Numéro national de prévention du suicide

VigilanS

et une appropriation croissante de ces derniers par la population et les équipes professionnelles.

- Une forte hausse du recours à « Mon soutien psy » avec près de 530 000 personnes ayant bénéficié du dispositif en 2025, vraisemblablement aussi due à une meilleure notoriété du dispositif et une meilleure accessibilité avec l'accès direct aux psychologues.



Si vous êtes en détresse et/ou avez des pensées suicidaires, si vous voulez aider une personne en souffrance, vous pouvez contacter le numéro national de prévention du suicide, le 3114
(ouvert 24h/24h et 7j/7j, gratuit, confidentiel et professionnel)

3114
NUMÉRO NATIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Les données du Baromètre de Santé publique France, concernant les pensées suicidaires et les tentatives de suicide déclarées, ne sont pas reprises dans ce bulletin, car présentées dans l'édition 2025 du bulletin, vous pouvez en trouver les principaux résultats dans le Panorama national sur le site de Santé publique France.

Temps forts et prévention en santé mentale

« Parlons santé mentale ! » La santé mentale, Grande Cause Nationale 2025 et 2026. L'année 2025 a été une année de sensibilisation pour libérer la parole, décomplexer les conversations et promouvoir l'écoute et l'inclusion dans tous les pans de la société. L'année 2026 vient consolider et amplifier la transformation déjà engagée. En savoir plus

Plan interministériel de prévention du mal-être en agriculture. Reconduite en 2025, la feuille de route interministérielle de prévention du mal-être en agriculture renforce trois axes prioritaires : mieux documenter et évaluer le risque suicidaire en agriculture ; intégrer pleinement les enjeux de santé mentale dans les politiques de prévention ; et consolider la coordination territoriale, notamment au travers des Maisons France Services. Dans ce cadre, Santé publique France contribue à une meilleure connaissance de la santé mentale des agriculteurs et à la détection précoce de l'évolution des conduites suicidaires avec son dispositif PsyAgri mobilisant les données de passages aux urgences pour geste auto-infligé en fonction de la localisation des patients. En savoir plus

Lancement d'une étude pilote en vue de la préparation d'une nouvelle enquête sur la santé et le bien-être de l'enfant (FrisBEE). Santé publique France, en collaboration avec l'Education nationale et le Secrétariat général de l'enseignement catholique, lance en octobre 2026 le pilote de l'enquête FrisBEE, comprenant une partie sur la santé mentale des enfants de 6 à 11 ans. Résultat de la fusion de l'enquête Enabee (Enquête nationale sur le bien-être des enfants de 3 à 11 ans) et de l'enquête « Corpulence CE1/CE2 », l'enquête se déroulera en 2028.

EnCLASS 2026. Une nouvelle édition de l'enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS) s'est déroulée entre mars et juin 2026. Au total, 19 620 élèves de France hexagonale et d'outre-mer ont accepté de répondre au questionnaire, soit un taux de participation de 80 %. En savoir plus

Baromètre de Santé publique France 2026. Une nouvelle édition du Baromètre de Santé publique France s'est déroulée entre mars et juillet 2026 incluant les thématiques suivantes autour de la santé mentale : le bien-être, l'épisode dépressif caractérisé, les conduites suicidaires, la santé mentale au travail et les troubles des conduites alimentaires. Les résultats de cette nouvelle édition seront publiés en 2027. En savoir plus

Mon Journal mental. Proposée par l'Assurance maladie, Mon Journal mental est une application mobile gratuite, anonyme et sans recueil des données utilisateurs. Conçue pour tous, elle permet d'observer et suivre l'évolution de son état mental, y compris lorsque tout semble aller bien, grâce à des indicateurs et des objectifs totalement personnalisables. En savoir plus

Santé Mentale info service.fr

Sante-mentale-info-service.fr, un site de Santé publique France dédié à la santé mentale. Grâce à des contenus simples et validés par des experts, il propose des conseils pour prendre soin de sa santé mentale, des informations sur les différents signes de souffrance psychique, et des ressources pour se faire aider ou aider un proche. La santé, c'est aussi la santé mentale. En savoir plus

Fil santé jeunes, un dispositif de prévention, financé par Santé publique France, répondant à distance aux questions de santé physique, mentale et sociale que se posent les jeunes de 12 à 25 ans. Ce dispositif répond à deux actions principales : une activité d'écoute à distance anonyme et gratuite, via le numéro vert accessible à tous (0 800 235 236), et une mission d'information et d'accompagnement en ligne sur diverses thématiques, aux formats variés, dont le mal-être et la santé mentale. En savoir plus



Dispositif Mon soutien psy



Source de données

Lancé en avril 2022, Mon soutien psy est un **dispositif de prise en charge psychologique**, porté par l'Assurance Maladie, s'inscrivant dans la stratégie nationale pour la santé mentale. Il poursuit trois objectifs :

- Faciliter l'accès aux soins psychologiques pour le plus grand nombre, quel que soit le niveau de revenus ;
- Désengorger les services psychiatriques en prenant en charge les situations légères à modérées en amont ;
- Intégrer le psychologue dans le parcours de soins coordonnés, en favorisant le lien entre professionnels de santé.

Ce dispositif est **ouvert à toute personne dès l'âge de 3 ans en souffrance psychique d'intensité légère à modérée** : trouble anxieux d'intensité légère à modérée, trouble dépressif d'intensité légère à modérée, stress chronique, détresse psychique liée à un évènement de vie difficile, troubles des conduites alimentaires sans critère de gravité immédiate, mésusage de tabac, d'alcool et/ou de cannabis (hors dépendance). Une personne en souffrance psychique peut être adressée par un médecin généraliste, une sage-femme, un médecin scolaire, un médecin de PMI (Protection maternelle et infantile), des services de santé des universités ou hospitaliers ; ou peut prendre directement rendez-vous avec un psychologue conventionné partenaire via l'annuaire dédié en ligne, l'ensemble du territoire français (y compris l'Outre-mer) étant couvert.
Après un premier entretien d'évaluation et selon les besoins, le psychologue peut **proposer jusqu'à 11 séances de suivi psychologique** (renouvelable dans la limite de 12 séances par année civile) d'un montant de 50 € remboursées selon le taux de droit commun de 60 % par l'Assurance Maladie obligatoire (voire entièrement prises en charge pour les personnes bénéficiant du tiers payant obligatoire) puis à hauteur de 40 % par la complémentaire.

Les **idées suicidaires constituent un critère d'exclusion** à l'entrée dans le dispositif, les psychologues conventionnés renvoyant les personnes concernées vers une prise en charge adaptée.

Retrouvez l'annuaire des psychologues conventionnés proches de chez vous participants au dispositif et plus d'informations sur le site Ameli.fr.

Définition

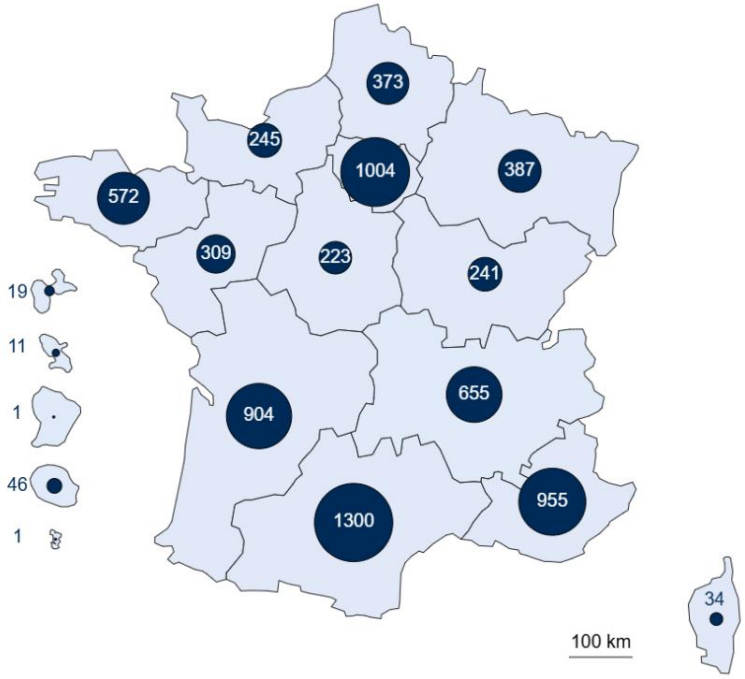
Une **personne est considérée comme incluse dans le dispositif** Mon soutien psy une année donnée dès qu'elle réalise un premier entretien d'évaluation ou une séance de suivi par un psychologue conventionné du dispositif lors de cette année.

Offre de psychologues conventionnés

Au 31 décembre 2025, 7 280 psychologues étaient conventionnés en France entière pour le dispositif Mon soutien psy. Parmi les psychologues candidats, 13 % ne sont pas éligibles dans la majorité des cas pour le non-respect du critère de 3 ans d'expérience professionnelle demandée. Les psychologues conventionnés sont en majorité des femmes (80 % contre 85 % parmi l'ensemble des psychologues installés en France) et ont un âge moyen de 50 ans. Parmi eux, 10 % sont installés en zone rurale et 90 % en zone urbaine, dont 48 % en centre-ville, 33 % en banlieue et 9 % au sein d'une ville isolée.

En 2025, un psychologue conventionné a reçu en moyenne 138 patients et a réalisé 646 séances dans le cadre de Mon soutien psy.

Figure 1. Nombre de psychologues conventionnés avec le dispositif Mon soutien psy par région, France entière, 2025

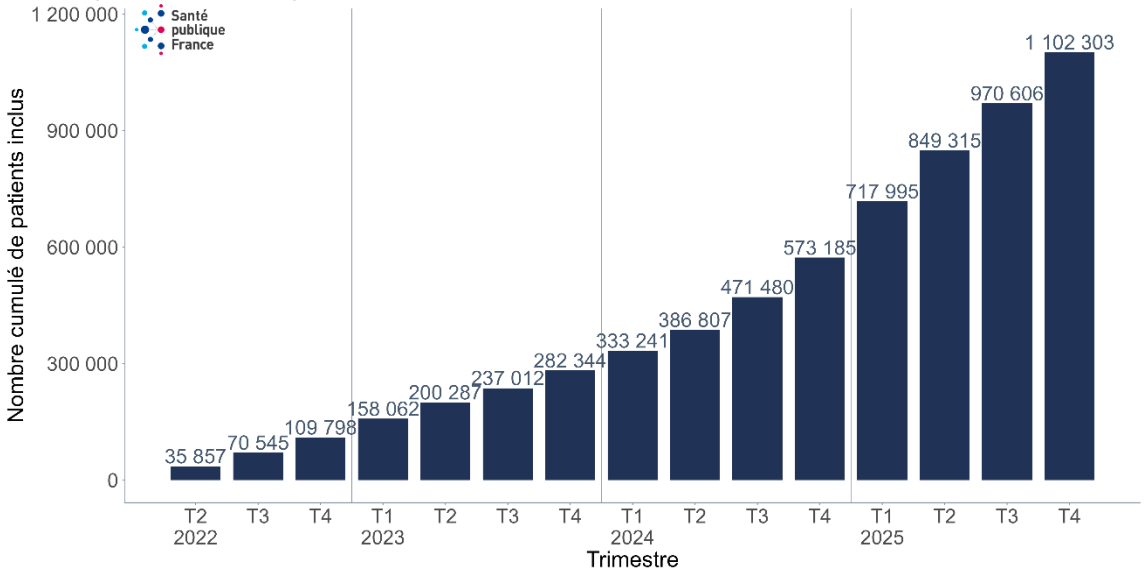


Recours au dispositif

En 2025, 529 118 patients ont été inclus dans le dispositif Mon soutien psy, dont 12 % étaient bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) (par rapport à 13 % en population générale). Plus de 68 % des patients sont des femmes et 21 % ont entre 11 et 24 ans. Depuis le début du dispositif en 2022 et jusqu'au 31 décembre 2025, 1 102 303 patients ont bénéficié du dispositif. En moyenne, les bénéficiaires du dispositif réalisent 5 séances. La quasi-totalité des patients (98 %) est suivie de façon régulière par un seul psychologue. Depuis le 15 juin 2024, il est possible d'accéder directement au dispositif, sans avoir à être adressé par un médecin ou un professionnel de santé (avant cette date, 94 % des médecins adresseurs étaient des médecins généralistes). Depuis cette évolution, un patient sur dix a été adressé par un médecin.

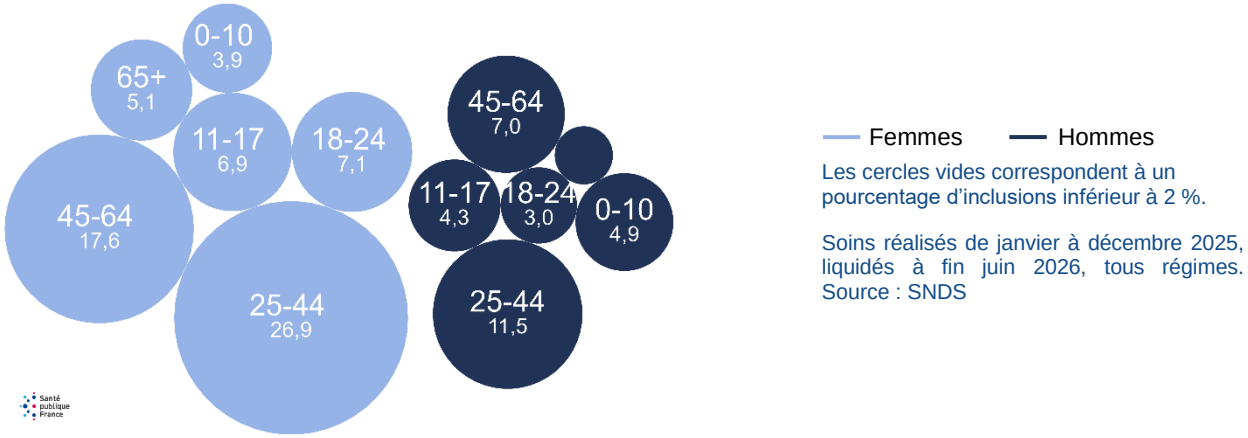
Près de 3 millions de séances ont été réalisées en 2025 dans le cadre du dispositif pour un montant remboursé par l'Assurance Maladie de 93,5 millions d'euros. Parmi ces séances, 78 % sont des séances de suivi en présentiel ou en distanciel, les autres étant des premiers entretiens d'évaluation. Le recours aux séances de suivi à distance demeure limité avec seulement 2,5 % des séances de suivi, ces dernières concernant principalement des patients adultes. Depuis le début du dispositif et jusqu'au 31 décembre 2025, un total de 7,6 millions de séances a été réalisé pour un montant remboursé par l'Assurance Maladie de 219,1 millions d'euros, soit un coût moyen par patient de 194 €.

Figure 2. Évolution du nombre de patients (en cumulé) inclus dans le dispositif Mon soutien psy par trimestre, France entière, 2022-2025



Champ : Soins réalisés du 5 avril 2022 à fin 2025, liquidés à fin juin 2026, tous régimes. Source : SNDS

Figure 3. Part des patients inclus dans le dispositif Mon soutien psy (%) par classe d'âge et sexe, France entière, 2025



Des disparités régionales et départementales apparaissent dans le recours à Mon soutien psy. Ainsi, la Bretagne, la Nouvelle-Aquitaine, l'Occitanie et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) sont les régions avec le taux de recours le plus important. Néanmoins, ces différences peuvent principalement être dues à une offre de psychologues conventionnés hétérogène entre les territoires, mais aussi à un ancrage territorial plus ancien du fait de l'expérimentation santé mentale pilotée par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) entre 2018 et 2022 dans les départements de la Haute-Garonne, des Bouches-du-Rhône, du Morbihan et des Landes.

Figure 4. Taux standardisé de patients inclus dans Mon soutien psy pour 100 000 habitants par région, France entière, 2025

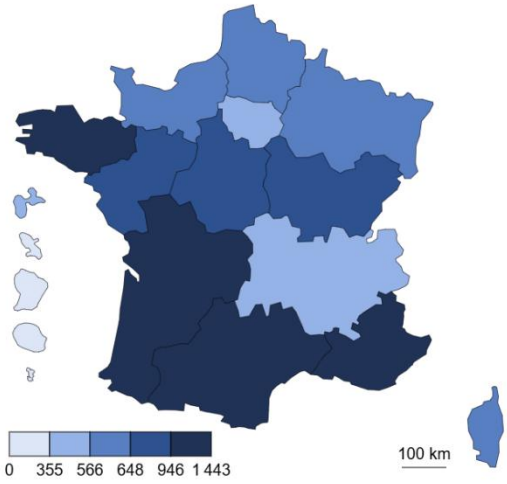
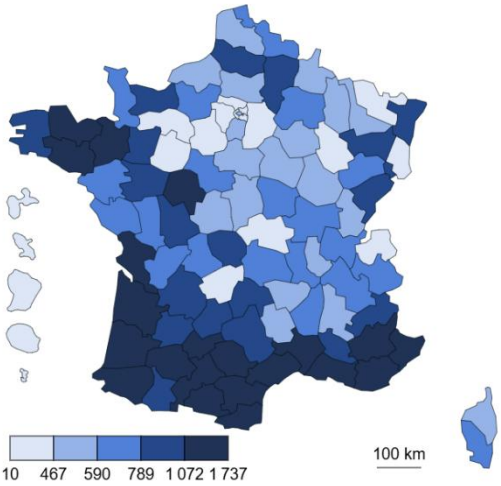


Figure 5. Taux standardisé de patients inclus dans Mon soutien psy pour 100 000 habitants par département, France entière, 2025



Source : Soins réalisés de janvier à décembre 2025, liquidés à fin juin 2026, tous régimes. Source : SNDS

Note sur l'interprétation des résultats

Les **disparités territoriales** s'expliquent pour partie par les différences d'offre de soins (nombre de psychologues conventionnés), mais aussi à un ancrage territorial plus ancien du fait de l'expérimentation santé mentale pilotée par la CNAM entre 2018 et 2022 dans les départements de la Haute-Garonne, des Bouches-du-Rhône, du Morbihan et des Landes.

Pensées suicidaires et tentatives de suicide des lycéens – Résultats EnCLASS 2024

Source de données

L'**Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS)** dresse un état des lieux sur le bien-être, les comportements de santé et les modes de vie des adolescentes et des adolescents, leurs loisirs, leurs relations, leurs consommations de substances psychoactives, etc. Il s'agit d'une enquête anonyme reposant sur un questionnaire auto-administré en ligne proposé à des élèves de la sixième à la terminale scolarisés dans les établissements relevant du ministère de l'Éducation nationale, publics ou privés sous contrat et, des adolescents scolarisés atteignant l'âge de 16 ans au cours de l'année de l'enquête. En 2024, la collecte a eu lieu dans 99 collèges et 175 lycées de France hexagonale et correspondait à 14 298 élèves (5 003 collégiens et 9 295 lycéens). Après suppression des questionnaires inexploitables, **les résultats portent sur 11 398 élèves, dont 3 967 collégiens et 7 431 lycéens** ; soit un taux de participation global de 80 %.

Le dispositif EnCLASS est coordonné par l'Association pour le développement d'EnCLASS. L'enquête a été menée avec le soutien de la Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesco) et la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp) du ministère de l'Éducation nationale, de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), de l'École des hautes études en santé publique (E)HE)SP)) et de Santé publique France.

Plus d'informations sur l'enquête EnCLASS : www.enclass.fr et sur les résultats de l'édition 2024.

Définitions

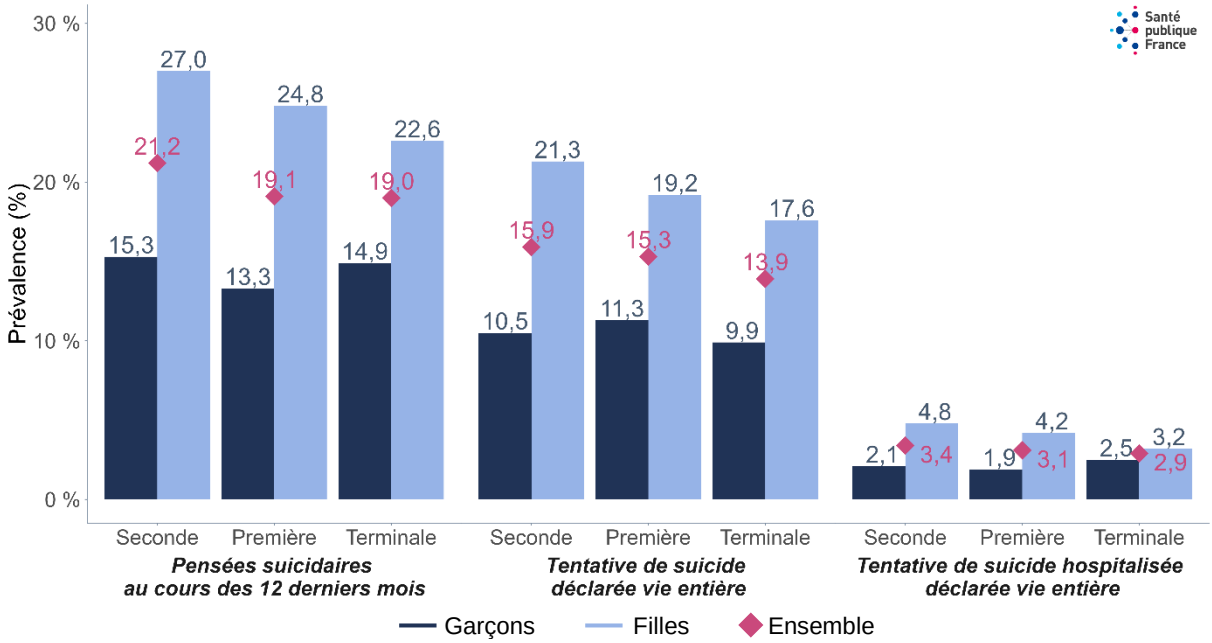
Les questions sur les comportements suicidaires ont été uniquement posées aux lycéens (pour rappel, 7 431 lycéens ont répondu à l'enquête en 2024). Ont été évaluées les **pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois** (« Au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé à te suicider ? »), les **tentatives de suicide au cours de la vie** (« Au cours de ta vie, as-tu fait une tentative de suicide ? ») et les **tentatives de suicide hospitalisées au cours de la vie** (« Au cours de ta vie, as-tu fait une tentative de suicide qui t'a amené·e à l'hôpital ? »). Chaque lycéen était invité à répondre à chacune des questions *via* trois possibilités de réponse : « Non », « Oui, une fois » et « Oui, plusieurs fois ». Les indicateurs ont été mesurés chez les lycéens dans les éditions 2018 et 2022 d'EnCLASS, permettant d'analyser les tendances au cours des dernières années. EnCLASS ne permet pas d'estimer des indicateurs au niveau régional, notamment compte tenu des effectifs trop faibles, les résultats présentés dans ce bulletin sont donc estimés pour la France hexagonale (hors DROM).

Conduites suicidaires parmi les lycéens en 2024

En 2024, près d'un lycéen sur cinq (19,8 %) a déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Les filles avaient des prévalences plus élevées que les garçons (24,9 % contre 14,5 % en moyenne) et ce quelle que soit la classe. Aucune différence n'a été observée selon le niveau de scolarité.

Au total, 15,1 % des lycéens ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie, avec une prévalence presque deux fois plus élevée chez les filles (19,4 %) que chez les garçons (10,6 %). Enfin, 3,1 % des élèves de lycée ont déclaré avoir fait, au cours de leur vie, une tentative de suicide ayant nécessité une hospitalisation. Comme pour les deux précédentes prévalences, cette dernière était plus élevée chez les filles (4,1 %) que chez les garçons (2,2 %). La proportion de ces tentatives reste stable selon le niveau de scolarité.

Figure 6. Prévalences des comportements suicidaires chez les élèves de lycée (%) selon le sexe et le niveau scolaire, France hexagonale, 2024



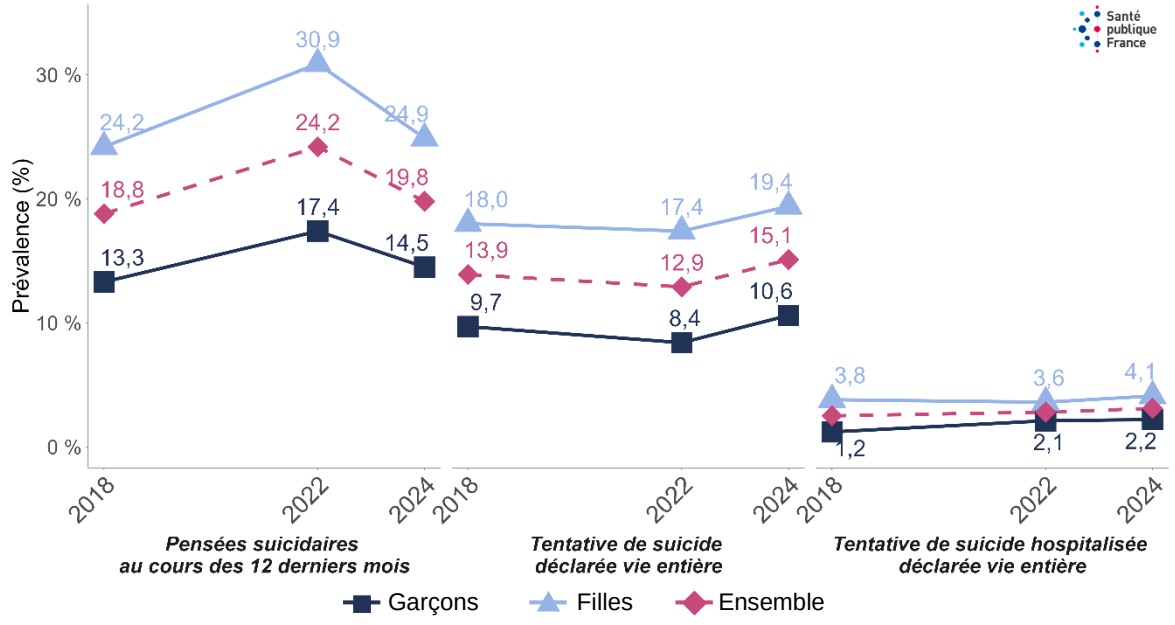
Source : EnCLASS 2024. Exploitation : Santé publique France

Évolution temporelle entre 2018 et 2024

Après une hausse de la prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les lycéens entre 2018 et 2022 (de 18,8 % à 24,2 %), cette dernière est redescendue en 2024 proche du niveau initial de 2018 à 19,8 %. Cette baisse au cours des deux dernières années est observée pour les deux sexes, même si elle reste plus élevée chez les filles passant de 30,9 % à 24,9 %, que chez les garçons (de 17,4 % à 14,5 %).

A l'inverse, la prévalence des tentatives de suicide déclarées au cours de la vie a augmenté entre 2022 et 2024, évoluant de 12,9 % à 15,1 %, dépassant le niveau de 2018 (13,9 %). Cette hausse a été observée tant chez les lycéennes (de 17,4 % à 19,4 %) que chez les lycéens (de 8,4 % à 10,6 %). Concernant les tentatives de suicide déclarées au cours de la vie ayant mené à une hospitalisation, leur prévalence est restée stable autour de 2,8 % depuis 2018.

Figure 7. Évolution annuelle de la prévalence des comportements suicidaires chez les élèves de lycée (%) selon le sexe, France hexagonale, années 2018, 2022 et 2024



Source : EnCLASS 2018-2024. Exploitation : Santé publique France

Actes suicidaires en médecine générale suivis par le réseau Sentinelles

Source de données

Le **réseau Sentinelles** (http://www.sentiweb.fr) est un réseau de recherche et de veille en soins primaires (médecine générale et pédiatrie) en France hexagonale. Créé en 1984, son objectif principal est la constitution d'une grande base de données en médecine générale et en pédiatrie, à des fins de veille sanitaire et de recherche. Pendant l'année 2025, neuf indicateurs de santé ont été surveillés dont les actes suicidaires.

Au 1er janvier 2026, 1 284 médecins volontaires en activité étaient inscrits au réseau Sentinelles. Au total, 1 157 médecins généralistes (soit 2,1 % des médecins généralistes libéraux de France hexagonale ayant une activité libérale exclusive ou mixte) répartis dans 94 des 96 départements hexagonaux participaient au réseau. Ils étaient 127 pédiatres (soit 4,8 % des pédiatres libéraux de France hexagonale ayant une activité libérale exclusive ou mixte) couvrant 50 départements.

Les bilans annuels d'activité du réseau Sentinelles sont disponibles ici.

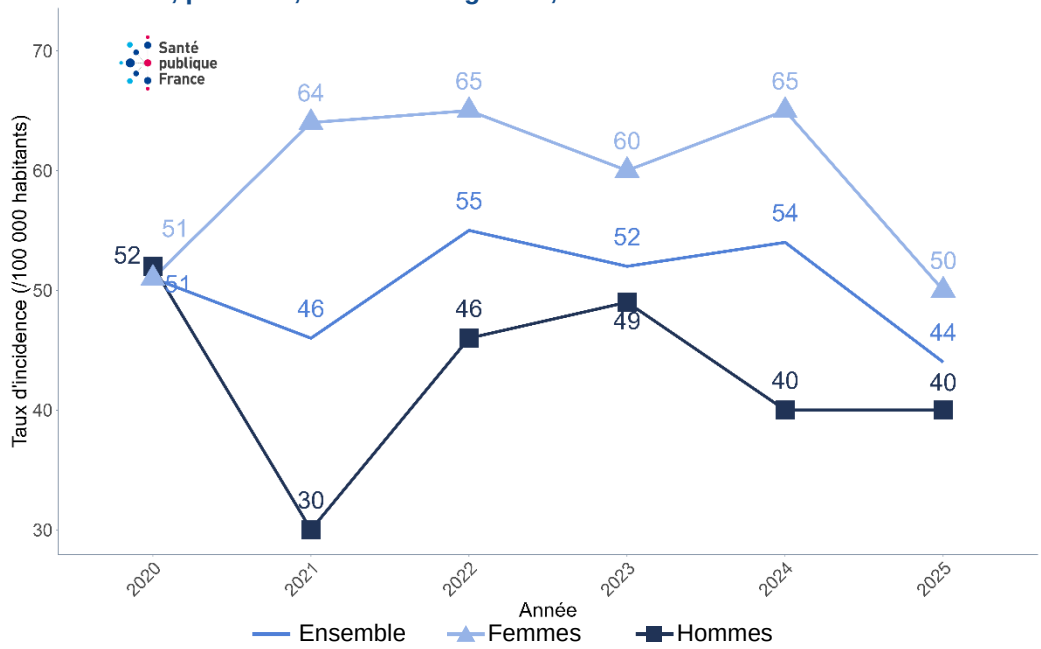
Définitions

Un **acte suicidaire** est défini dans le réseau Sentinelles comme une tentative de suicide ou un suicide. Une **tentative de suicide** (TS) est définie comme tout acte délibéré réalisé dans l'intention de se donner la mort sans conduire au décès : geste de violence sur sa propre personne ou ingestion d'une substance toxique ou de médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel : les conduites addictives (alcool, drogues, etc.) en sont exclues ainsi que les automutilations répétées et les refus de s'alimenter. Un **suicide**, de définition identique, conduit au décès de la personne. Le taux d'incidence, pour une année donnée, est défini comme le rapport entre le nombre d'actes suicidaires et la population française pour l'année considérée.

Evolution temporelle entre 2020 et 2025

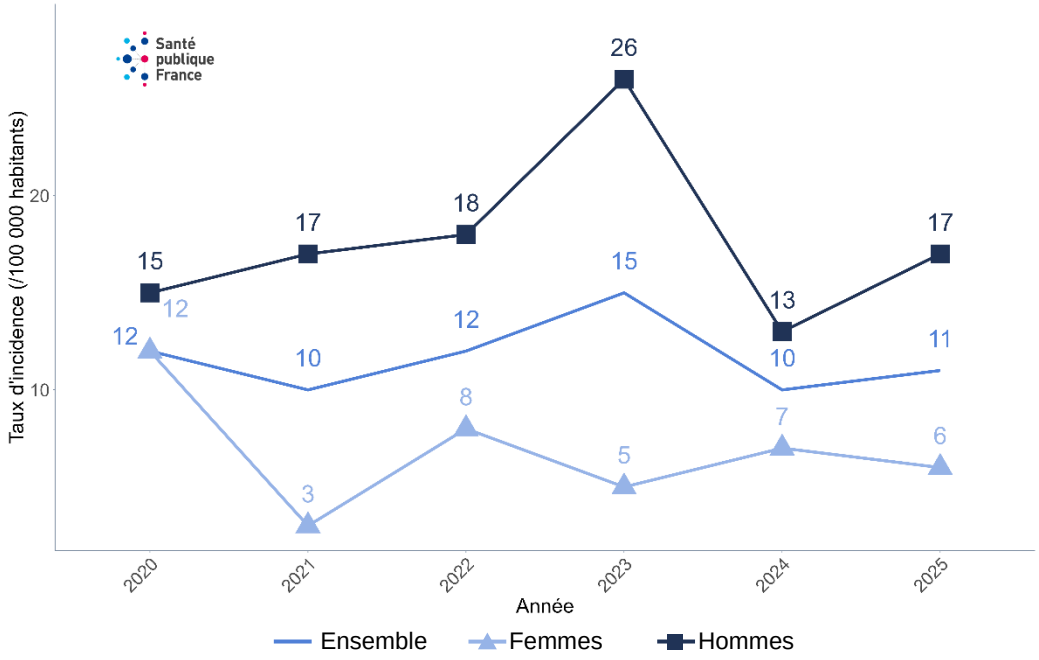
En 2025, 44 tentatives de suicide (TS) et 11 suicides pour 100 000 habitants ont été estimés par les médecins Sentinelles en France hexagonale. Entre 2020 et 2025, les taux d'incidence des actes suicidaires estimés par les médecins Sentinelles dans leur patientèle, que ce soient des TS ou des suicides, ont présenté une stabilité relative.

Figure 8. Évolution du taux d'incidence des tentatives de suicide estimés par les médecins Sentinelles pour 100 000 habitants, par sexe, France hexagonale, 2020-2025



La pandémie de Covid-19 peut avoir impacté les indicateurs de l'année 2020. Source : Réseau Sentinelles

Figure 9. Évolution du taux d'incidence des suicides estimés par les médecins Sentinelles pour 100 000 habitants, par sexe, France hexagonale, 2020-2025



La pandémie de Covid-19 peut avoir impacté les indicateurs de l'année 2020. Source : Réseau Sentinelles

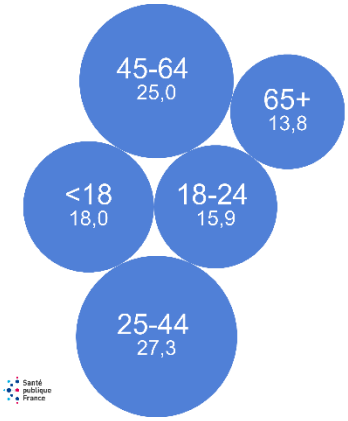
Caractéristiques des actes suicidaires entre 2022 et 2025

Les données suivantes décrivent l'ensemble des actes suicidaires rapportés par les médecins Sentinelles dans leur patientèle au cours des années post-Covid, entre 2022 et 2025. La prise en compte de plusieurs années de surveillance permet de présenter des indicateurs plus robustes en maximisant les effectifs disponibles.

Tentatives de suicide (n = 579)

Parmi les 579 TS rapportées par les médecins généralistes Sentinelles entre 2022 et 2025 en France hexagonale, 59 % concernent des femmes. Les 25-44 ans et les 45-64 ans représentent chacun un quart des effectifs des TS rapportées. Une proportion similaire de personnes sont en couple (46 %) ou célibataires (43 %) tandis que 11 % présentent une situation affective « Autre ». Les personnes présentant un niveau de diplôme égal ou supérieur au Baccalauréat et celles présentant un niveau de diplôme inférieur au Baccalauréat (CEP, BEPC, BEP, CAP) représentent des proportions similaires, avec respectivement 42 % et 39 %, tandis que 19 % ne présentent pas de diplôme.

Figure 10. Part (%) des tentatives de suicide rapportées par les médecins Sentinelles par classe d'âge, France hexagonale, 2022-2025



Source : Réseau Sentinelles

Sur le plan clinique, pour un peu moins de la moitié des cas rapportés (45 %), le médecin généraliste mentionne un antécédent de TS. Le médecin généraliste a connaissance de difficultés (sentimentales, familiales, professionnelles, scolaires ou financières) dans la majorité des situations (86 %), et d'un événement de vie marquant dans les 12 mois qui ont précédé la tentative de suicide pour un peu moins de la moitié des situations (44 %). Dans près de 70 % des TS, le médecin généraliste a rapporté un trouble psychiatrique (trouble dépressif, trouble anxieux, trouble de la personnalité, trouble de l'usage de produits…).

S'agissant du recours aux soins primaires, 42 % des médecins généralistes avaient reçu le patient en consultation dans les 4 semaines qui ont précédé sa TS. Cette consultation couvrait un motif psychologique dans 52 % des situations, un motif somatique pour 48 % des situations ou un suivi de maladie chronique dans 24 % des situations. Au cours de la ou des dernière(s) consultation(s), le patient avait évoqué spontanément des idées suicidaires auprès du médecin généraliste dans près d'un quart des situations (25 %) et le médecin généraliste avait exploré les idées suicidaires du patient dans 56 % des situations, conduisant à l'expression d'idées suicidaires par le patient dans la moitié des cas (51 %).

Le médecin a indiqué que le patient avait pris contact avec la ligne nationale de prévention du suicide (3114) dans 5 % des cas et qu'il était inclus dans le dispositif VigilanS dans 28 % des cas (dont 12 % pour la première fois).

L'auto-intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) avec 59 % des cas rapportés est le moyen le plus fréquemment utilisé lors d'une tentative de suicide, suivie par la pendaison (9 %) et l'utilisation d'objet tranchant (8 %).

Tableau 1. Répartition (%) des tentatives de suicide rapportées par les médecins Sentinelles selon les moyen utilisé, France hexagonale, 2022-2025

Moyen utilisé	*Effectif*	*Pourcentage*
IMV	326,0	59 %
Autre/multiple	88,0	16 %
Pendaison*	51,0	9 %
Objet tranchant	43,0	8 %
Saut dans le vide*	21,0	4 %
Collision intentionnelle*	12,0	2 %
Armes à feu*	7,0	1 %
Noyade*	2,5	0 %

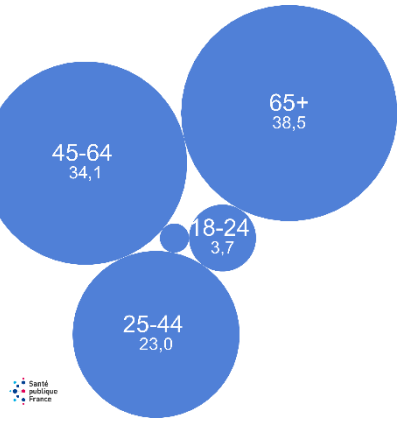
IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire. Autres auto-intoxications : Auto-intoxications au gaz, aux produits chimiques ou aux solvants.
* indique les moyens considérés comme violents.

Source : Réseau Sentinelles

Suicides (n = 136)

Un total de 136 suicides a été rapporté par les médecins généralistes Sentinelles entre 2022 et 2025 en France hexagonale. D'un point de vue socio-démographique, 71 % des suicides rapportés concernent des hommes et près de trois-quarts (73 %) des personnes âgées de 45 ans ou plus. Plus de la moitié des personnes sont en couple (53 %), un tiers (34 %) sont célibataires tandis que 13 % présentent une situation affective « Autre ». Les personnes présentant un niveau de diplôme égal ou supérieur au Baccalauréat et celles présentant un niveau de diplôme inférieur au Baccalauréat (CEP, BEPC, BEP, CAP) représentent des proportions similaires, avec respectivement 45 % et 49 %, tandis que 6 % ne présentent pas de diplôme.

Figure 11. Part (%) des suicides rapportés par les médecins Sentinelles par classe d'âge, France hexagonale, 2022-2025



Le cercle vide correspond à une part des suicides inférieure à 2 %.

Source : Réseau Sentinelles

Sur le plan clinique, pour un peu plus d'un tiers des cas rapportés (37 %), le médecin généraliste mentionne un antécédent de TS. Il a connaissance de difficultés (sentimentales, familiales, professionnelles, scolaires ou financières) dans la majorité des situations (77 %), et d'un événement de vie marquant dans les 12 mois qui ont précédé le suicide pour un peu moins de la moitié des situations (43 %). Pour un peu plus de 60 % des suicides, le médecin généraliste a rapporté un trouble psychiatrique (trouble dépressif, trouble anxieux, trouble de la personnalité, trouble de l'usage de produits…).

S'agissant du recours aux soins primaires, 54 % des médecins généralistes avaient reçu le patient en consultation dans les 4 semaines qui ont précédé son suicide. Cette consultation couvrait un motif somatique dans 45 % des situations, un motif psychologique ou un suivi de maladie chronique dans un tiers des situations chacun. Au cours de la ou des dernière(s) consultation(s), le patient avait évoqué spontanément des idées suicidaires auprès du médecin généraliste dans un quart des cas et le médecin généraliste avait exploré les idées suicidaires du patient dans 59 % des situations, conduisant à l'expression d'idées suicidaires par le patient dans 39 % des cas.

Les moyens les plus fréquemment utilisés lors d'un suicide sont la pendaison avec 46 % des cas rapportés, suivie par l'auto-intoxication médicamenteuse volontaire (IMV, 16 %) et le saut dans le vide (9 %).

Tableau 2. Répartition (%) des suicides rapportés par les médecins Sentinelles selon les moyen utilisé, France hexagonale, 2022-2025

Moyen utilisé	*Effectif*	*Pourcentage*
Pendaison*	59,0	46 %
IMV	21,0	16 %
Saut dans le vide*	12,0	9 %
Collision intentionnelle*	10,0	8 %
Armes à feu*	10,0	8 %
Autre/multiple	8,0	6 %
Noyade*	7,0	5 %
Objet tranchant	2,5	2 %

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire. Autres auto-intoxications : Auto-intoxications au gaz, aux produits chimiques ou aux solvants.
* indique les moyens considérés comme violents.

Source : Réseau Sentinelles

Passages aux urgences pour geste auto-infligé

Source de données
Les données d'activité des services d'urgences sont issues du **réseau OSCOUR®** qui compte près de 700 services d'urgences générales (seuls 2 services d'urgences psychiatriques participent actuellement au dispositif) participants en 2025 et couvre 97 % des passages aux urgences de France (Hexagone + DROM). Le taux de codage des diagnostics médicaux toutes causes confondues au niveau national était de 90 % en 2025. Avant 2022, aucune donnée de Martinique ne remontait via le dispositif OSCOUR®.

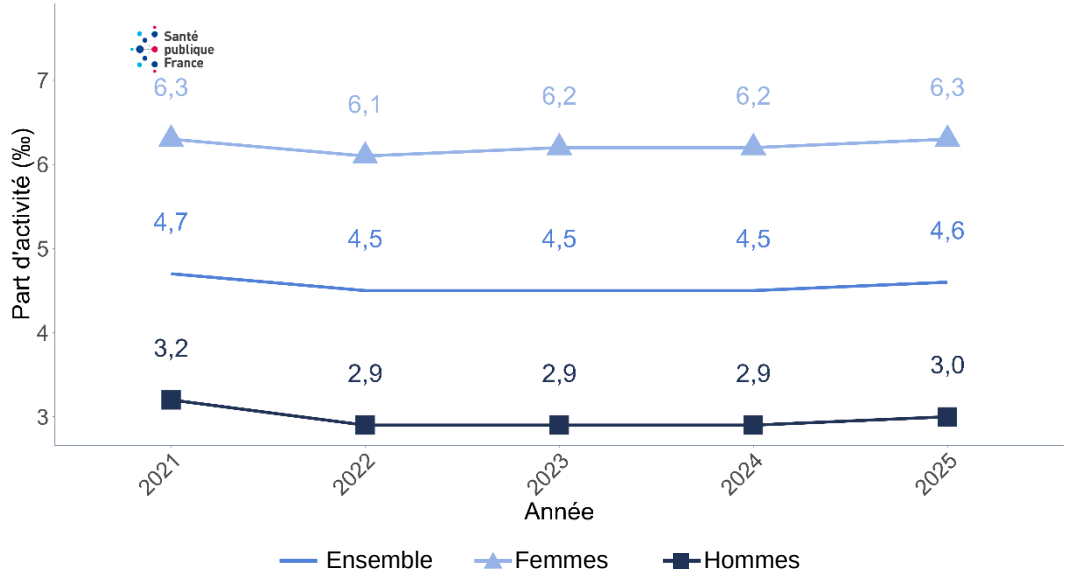
Définitions
Un **passage aux urgences pour geste auto-infligé** (GAI) est défini comme une tentative de suicide ou une automutilation sans possibilité de pouvoir faire la différence entre les deux. Les diagnostics étant réalisés majoritairement par des urgentistes et la circonstance de l'événement n'étant pas forcément connue au moment de l'enregistrement, les codes sélectionnés en lien avec un GAI étaient ceux pour **auto-intoxications et lésions auto-infligées** (hors auto-intoxication par l'alcool et l'exposition à l'alcool), **et séquelles d'une lésion auto-infligée** ; ainsi que ceux pour **intoxications médicamenteuses, effet toxique de pesticides et asphyxie d'intention non déterminée**.
La **part d'activité représentée par les gestes auto-infligés** correspond au rapport entre le nombre de passages aux urgences pour ce motif et le nombre total de passages aux urgences avec un diagnostic codé durant une période donnée.

Évolution temporelle entre 2021 et 2025

En 2025, un total de 89 371 passages aux urgences pour geste auto-infligé (GAI) a été dénombré en France entière. En 2024, suite à un problème de logiciel, les données des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Corse n'étaient pas exploitables pour une partie de l'année, elles n'avaient donc pas été considérées. En se basant sur le même périmètre (France entière hors PACA-Corse), 79 842 passages aux urgences pour GAI ont été dénombrés en 2025, soit une légère hausse de + 4 % par rapport à 2024. Depuis 2021, le nombre de passages aux urgences pour GAI au niveau France entière est en augmentation de + 16 %, avec une augmentation beaucoup plus importante chez les femmes (+ 21 %) que chez les hommes (+ 8 %).

Les passages aux urgences pour GAI représentent une part d'activité de 4,7 ‰ au sein des services d'urgence au niveau France entière. A périmètre constant par rapport à 2024 (France entière hors PACA-Corse), cette part d'activité reste stable par rapport à 2024 (+ 3 %). Depuis 2021, la part d'activité des passages aux urgences pour GAI au niveau France entière est stable (- 2 %), avec une diminution chez les hommes (- 7 %) alors qu'elle reste stable chez les femmes (+ 0 %). Parmi l'ensemble des passages pour GAI, environ deux tiers (62,7 %) sont suivis par une hospitalisation, stable par rapport à 2025, même si cet indicateur est à interpréter avec précaution du fait de différences de pratiques de prise en charge entre les services d'urgence sur le territoire.

Figure 12. Évolution de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰), par sexe, France entière hors PACA et Corse, 2021-2025



Source : OSCOUR®

Note sur l'interprétation des résultats

En 2022, une modification technique du logiciel Terminal Urgences (principalement utilisé dans les services d'urgences implantés en PACA et en Corse) a impacté le codage des diagnostics des passages aux urgences pour geste auto-infligé, entrainant ainsi une **forte sous-estimation des effectifs** dans les deux régions et donc au niveau national. Ce problème ayant persisté en 2023 (résolu depuis avril 2024 mais sans reprise d'historique pour les années 2022, 2023 et le début de l'année 2024), les évolutions temporelles sont basées sur les indicateurs issus du réseau des urgences OSCOUR® pour la France entière hors régions PACA et Corse.

Caractéristiques des passages aux urgences

Parmi les passages pour GAI, près de 2 sur 3 concernent des femmes (66,5 %). Chez les femmes, les 11-17 ans et les 18-24 ans sont les classes d'âge avec les parts d'activité les plus élevées en 2025 (respectivement 19,0 ‰ et 15,2 ‰). A un niveau plus fin chez les 11-17 ans, la part d'activité des 11-14 ans est égale à 14,0 ‰ alors qu'elle est égale à 24,6 ‰ chez les 15-17 ans. À périmètre constant (France entière hors PACA-Corse), les parts d'activité chez les femmes de moins de 25 ans sont en légère augmentation par rapport à 2024, d'environ + 5 % dans chaque classe d'âge, alors qu'elles diminuent chez les 45-64 ans (- 5 %) et restent stables dans les deux autres classes d'âge (25-44 et 65 ans et plus). Au cours des cinq dernières années, les 11-17 ans et les 18-24 ans sont les seules classes d'âge chez les femmes pour lesquelles la part d'activité augmente, avec des hausses respectives de + 17 % et + 28 %. Elles sont en baisse chez les 45-64 ans et les 65 ans et plus (respectivement - 25 % et - 20 %) et restent stables chez les 0-10 ans et 25-44 ans.

Chez les hommes, les 18-24 ans et les 25-44 ans sont les classes d'âge avec les parts d'activité les plus élevées en 2025 (respectivement 5,7 ‰ et 5,0 ‰), à des niveaux nettement inférieurs à ceux des femmes. Plus précisément, chez les 11-17 ans, la part d'activité des 11-14 ans est égale à 1,4 ‰ alors qu'elle est égale à 4,8 ‰ chez les 15-17 ans. À périmètre constant (France entière hors PACA-Corse), les parts d'activité chez les hommes de moins de 45 ans sont en légère augmentation par rapport à 2024, de + 5 % chez les 25-44 ans à + 12 % chez les 0-10 ans, alors qu'elles restent stables dans les deux autres classes d'âge (45-64 et 65 ans et plus). Au cours des cinq dernières années, les 18-24 ans sont la seule classe d'âge chez les hommes pour laquelle la part d'activité augmente avec une hausse de + 14 %. Elles sont en baisse chez les 45-64 ans et les 65 ans et plus (respectivement - 14 % et - 19 %) et restent stables chez les 0-10 et 25-44 ans.

Figure 13. Part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par classe d'âge et sexe, France entière, 2025

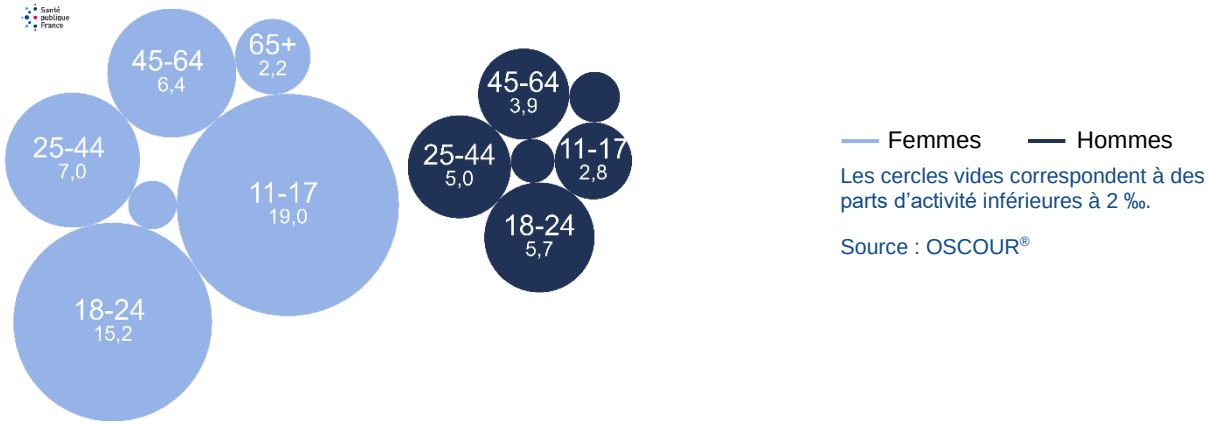
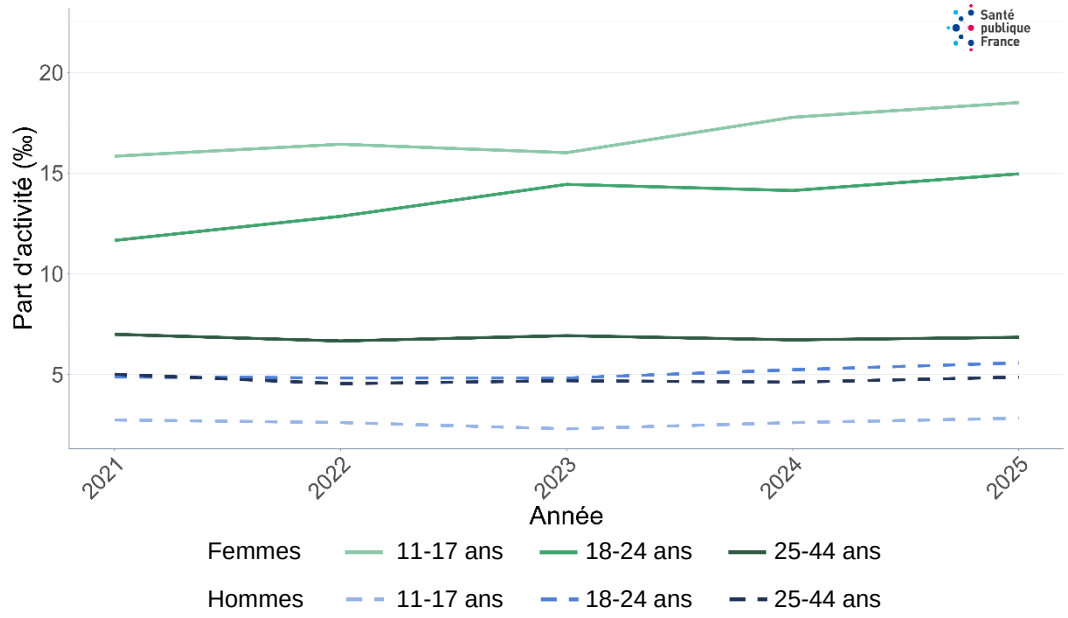


Figure 14. Évolution de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé des 11-44 ans (‰) par classe d'âge et sexe, France entière hors PACA et Corse, 2021-2025



Source : OSCOUR®

Note sur l'interprétation des résultats
Les **indicateurs relatifs aux enfants de moins de 10 ans** sont à interpréter avec précaution, puisqu'il est difficile à cet âge de déterminer l'intentionnalité du geste auto-infligé avec les données dont nous disposons.

Disparités territoriales

Des disparités territoriales au niveau des parts d'activité des passages aux urgences pour GAI sont observées entre les régions et les départements français. Les parts d'activité sont les plus importantes dans les départements et régions de l'ouest et dans les Hauts-de-France. Néanmoins, ces disparités territoriales peuvent être en partie expliquées par le fait que les diagnostics sont codés majoritairement par des urgentistes avec des pratiques de codage différentes entre services d'urgence et par des différences d'offre de soins, notamment psychiatrique.

Note sur l'interprétation des résultats
Les **disparités territoriales** peuvent être en partie expliquée par le fait que les diagnostics sont réalisés majoritairement par des urgentistes et par des différences d'offre de soins entre territoires, notamment l'activité des services d'urgences psychiatriques ne relevant pas d'un établissement de santé participant à OSCOUR®.

Figure 15. Part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par région, France entière, 2025

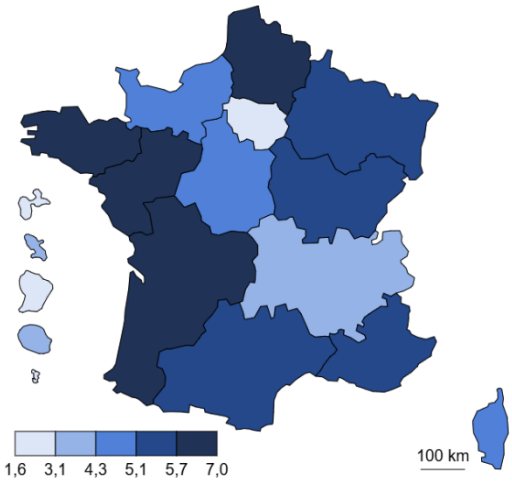
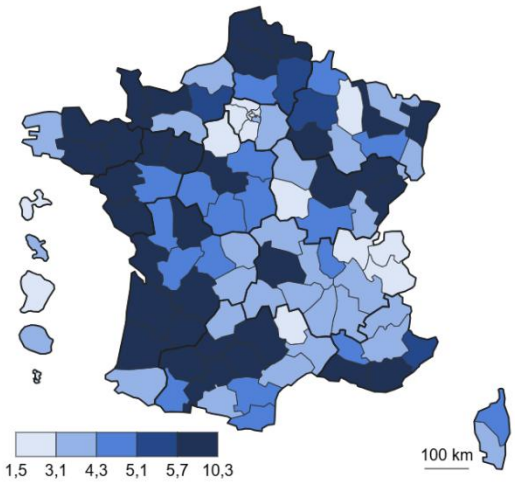


Figure 16. Part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par département, France entière, 2025



Source : OSCOUR®

La part d'activité des passages aux urgences pour GAI est en hausse par rapport à 2021 dans quatre régions françaises. Les hausses les plus importantes sont observées en Pays de la Loire avec + 15 % et en Centre-Val de Loire avec + 10 %. A l'inverse, elle est en baisse dans cinq régions, principalement des régions d'outre-mer, hormis Mayotte, et en Île-de-France ainsi qu'en Corse. A un niveau plus fin, 37 départements sur 101 voient la part d'activité pour passages aux urgences pour GAI augmenter par rapport à 2021. De même, 37 départements la voient diminuer sur la même période, marquant des disparités au sein d'une même région.

Figure 17. Évolution (%) de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé par région par rapport à 2021, France entière

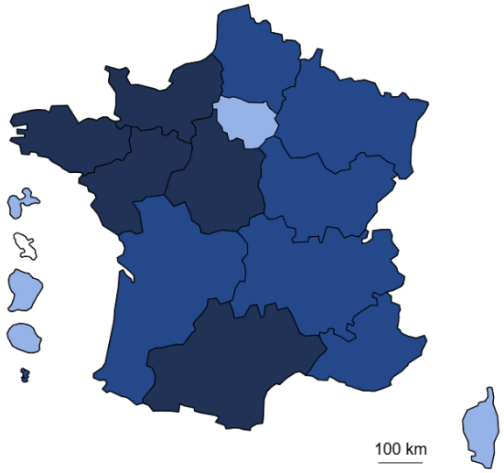
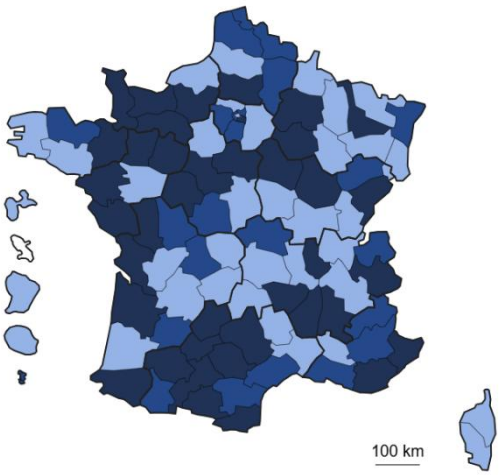
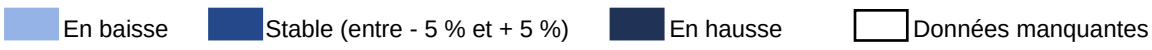


Figure 18. Évolution (%) de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé par département par rapport à 2021, France entière





Source : OSCOUR®

Hospitalisations pour geste auto-infligé

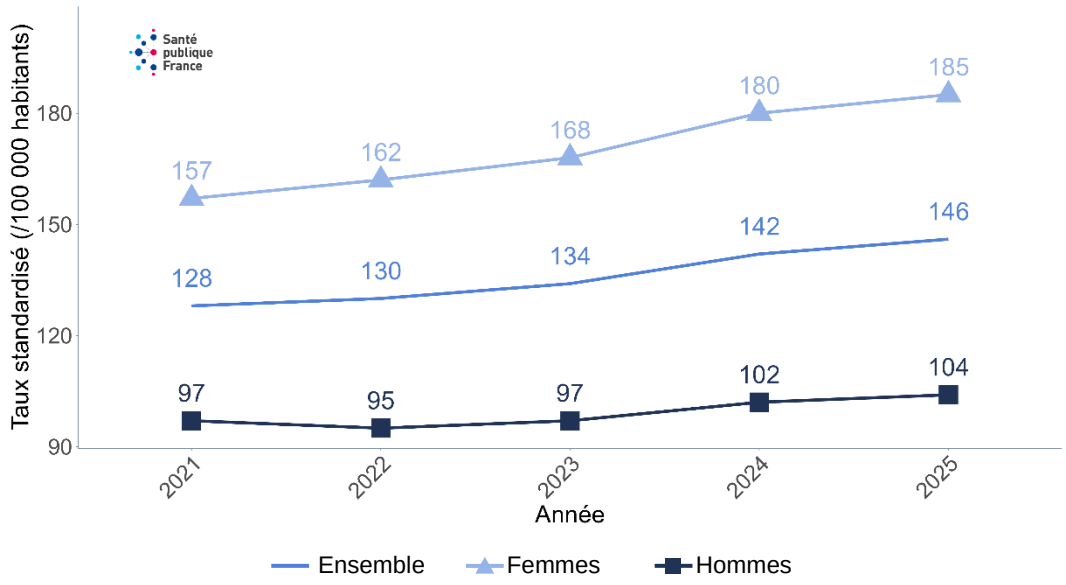
Source de données
Les données d'hospitalisations pour geste auto-infligé proviennent du « Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (**PMSI-MCO**) » mis à disposition dans le Système national des données de santé (SNDS). Cette base recueille les données médico-administratives exhaustives relatives aux **séjours dans tous les établissements publics et privés de santé de courte durée de la France entière** (Hexagone + DROM). Les **séjours au sein des établissements psychiatriques**, étant recueillis dans une autre base (Recueil d'information médicalisé en psychiatrie - RIM-P), **ne sont pas considérés** dans cette analyse et peuvent donc expliquer des disparités territoriales.

Définition
Une **hospitalisation pour geste auto-infligé (HGAI)** est définie comme une hospitalisation pour tentative de suicide ou une automutilation sans possibilité de pouvoir faire la différence entre les deux. Contrairement aux passages aux urgences pour geste auto-infligé, les diagnostics sélectionnés sont uniquement ceux en lien avec des **auto-intoxications et des lésions auto-infligées**.

Évolution temporelle entre 2021 et 2025

Le nombre d'hospitalisations pour geste auto-infligé (HGAI) au niveau France entière poursuit sa hausse en 2025, avec 100 726 hospitalisations recensées (+ 4 % par rapport à 2024), soit un taux brut de 146 hospitalisations pour 100 000 habitants. Par rapport à 2024, le taux standardisé est en très légère hausse de + 3 %, avec une évolution semblable chez les deux sexes. Depuis 2021, le taux standardisé d'HGAI a augmenté de + 14 %, avec une hausse de + 18 % chez les femmes et + 7 % chez les hommes. Au total, 82 655 personnes (+ 3 % par rapport à l'année précédente) ont été hospitalisées au moins une fois en 2025 pour un geste auto-infligé, équivalent à un taux brut de 120 pour 100 000 habitants. Depuis 2021, le taux standardisé de patient hospitalisé pour un geste auto-infligé est en augmentation de + 10 %, avec une augmentation plus importante chez les femmes (+ 13 %) que chez les hommes (+ 5 %).

Figure 19. Évolution du taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants, par sexe, France entière, 2021-2025



Source : SNDS – PMSI MCO

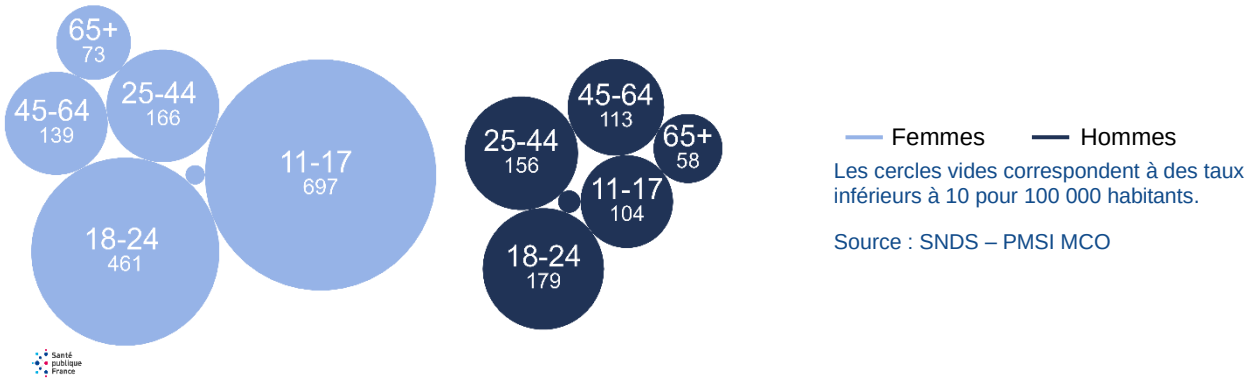
Caractéristiques des hospitalisations

Près de 2 HGAI sur 3 concernent des femmes (65,3 %) et les jeunes de 11 à 24 ans sont les plus représentés (41 % des HGAI), notamment les jeunes femmes.

Chez les femmes, après une hausse marquée l'année dernière de + 21 %, les taux d'HGAI restent stables chez les jeunes de 11-17 ans en 2025 (+ 3 % par rapport à 2024). Le taux chez les 18-24 ans poursuit sa hausse (+ 9 % par rapport à 2024). Dans les autres classes d'âge, les taux d'hospitalisation restent stables par rapport à 2024. Au cours des cinq dernières années, le taux d'HGAI reste stable chez les 65 ans et plus, alors qu'il est en baisse chez les 45-64 ans (- 7 %). A l'inverse, le taux d'HGAI est en hausse dans toutes les autres classes d'âge, avec une hausse de + 16 % chez les 25-44 ans, de + 34 % chez les 11-17 ans et de + 47 % chez les 18-24 ans. Une augmentation de + 22 % est notée chez les 0-10 ans, mais les effectifs plus faibles de cette classe d'âge doivent conduire à interpréter avec prudence cette dernière.

Chez les hommes, l'augmentation constatée en 2024 chez les 11-17 ans et les 18-24 ans (respectivement + 19 % et + 11 % par rapport à 2023), se poursuit en 2025 dans une moindre mesure avec + 8 % par rapport à 2024 pour les deux classes d'âge. À l'inverse, les taux restent globalement stables dans les autres classes d'âge. Au cours des cinq dernières années, le taux d'HGAI est stable chez les hommes de 45 ans et plus, alors qu'il est en hausse dans toutes les autres classes d'âge. Ainsi, il est en hausse de + 9 % chez les hommes de 25-44 ans, de + 16 % chez les 11-17 ans et de + 23 % chez les 18-24 ans. Comme chez les jeunes filles de 0-10 ans, une augmentation du taux d'HGAI de + 43 % est constatée chez les jeunes garçons de 0-10 ans, mais les effectifs plus faibles de cette classe d'âge doivent conduire à interpréter avec prudence cette dernière.

Figure 20. Taux bruts d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, France entière, 2025

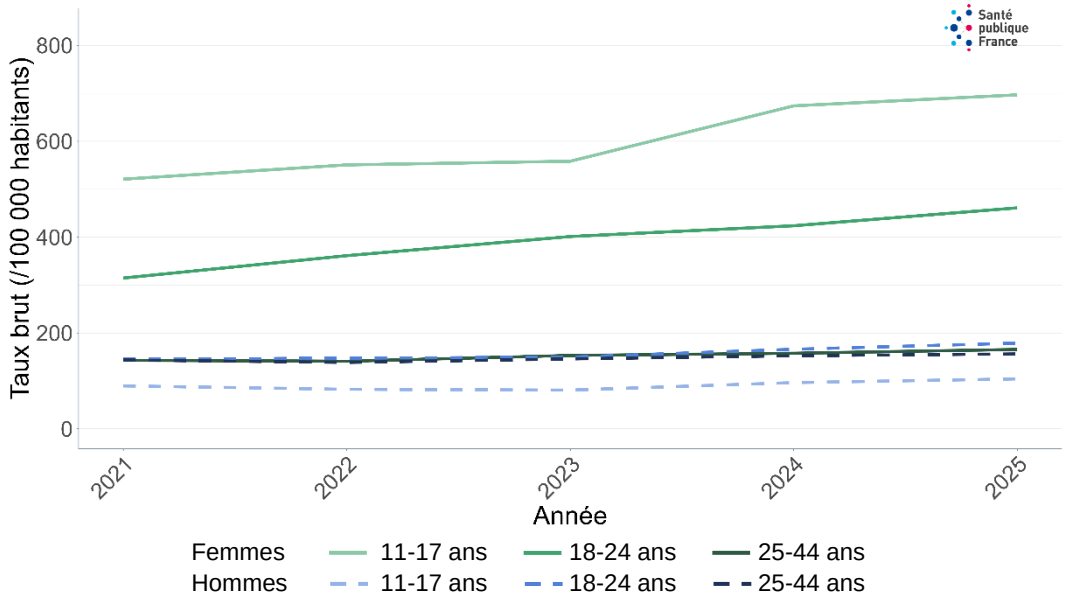


Note sur l'interprétation des résultats

Les **indicateurs relatifs aux enfants de moins de 10 ans** sont à interpréter avec précaution, puisqu'il est difficile à cet âge de déterminer l'intentionnalité du geste auto-infligé avec les données dont nous disposons.

Les **séjours au sein des établissements psychiatriques,** étant recueillis dans une autre base (RIM-P), **ne sont pas considérés** dans cette analyse.

Figure 21. Évolution des taux bruts d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants pour les 11-44 ans par sexe, France entière, 2021-2025



Source : SNDS – PMSI MCO

Disparités territoriales

Information
Afin d'aider à la décision, Santé publique France met dorénavant à disposition des acteurs et décideurs locaux les taux d'hospitalisations et les taux de patients hospitalisés pour geste auto-infligé (par classe d'âge et par sexe) au niveau de l'échelon géographique du Projet territorial de santé mentale (PTSM). Ces indicateurs en plus de leur présentation dans les bulletins régionaux sont également disponibles en ligne sur Odissé, le site d'*open data* de Santé publique France.

À travers l'Hexagone, le gradient géographique décroissant nord-ouest/sud-est des taux régionaux d'HGAI observé depuis plusieurs années est retrouvé, même si ce dernier peut être lié à l'offre de soins territoriale. Ce gradient est observé aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les taux bruts les plus importants sont observés dans les Hauts-de-France (263 pour 100 000 habitants), en Normandie (208 pour 100 000) et en Bretagne (185 pour 100 000). Les taux les plus faibles sont observés en Corse (78 pour 100 000) et en Île-de-France (86 pour 100 000). Dans l'Hexagone, des disparités départementales sont également constatées au sein d'une même région. Les DROM présentent des taux bruts plus faibles que dans le reste de l'Hexagone, exceptée la Réunion présentant un taux brut de 110 hospitalisations pour 100 000 habitants.

Par rapport à 2021, toutes les régions hexagonales ainsi que la Guadeloupe ont un taux d'HGAI en hausse. Les hausses les plus importantes sont observées en Pays de la Loire avec + 40 % et en Corse avec + 35 %. Cependant, ces hausses sont à nuancer du fait de changements de pratiques dans l'hospitalisation des gestes auto-infligés dans ces régions avec notamment une hausse des prises en charge en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), auparavant non codées. A l'inverse, les DROM, hormis la Guadeloupe, présentent une baisse des taux d'HGAI au cours des cinq dernières années, de - 9 % en Martinique à -16 % en Guyane. A un niveau plus fin, près de 7 départements sur 10 (68 %) voient leur taux d'HGAI augmenter par rapport à 2021. A l'opposé, seuls 17 voient leur taux diminuer sur la même période, marquant des disparités au sein d'une même région.

Note sur l'interprétation des résultats
Les **disparités territoriales** observées sont à mettre en regard des différences dans l'offre de soins, notamment au niveau de l'offre psychiatrique. Les **séjours au sein des établissements psychiatriques** étant recueillis dans une autre base, ils **ne sont pas considérés** dans ce bulletin.

Figure 22. Taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par région, France entière, 2025

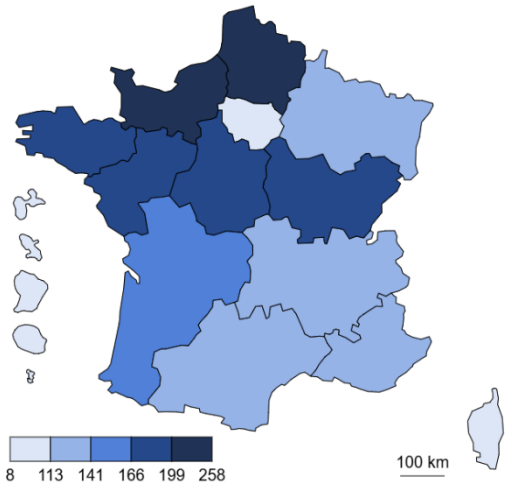
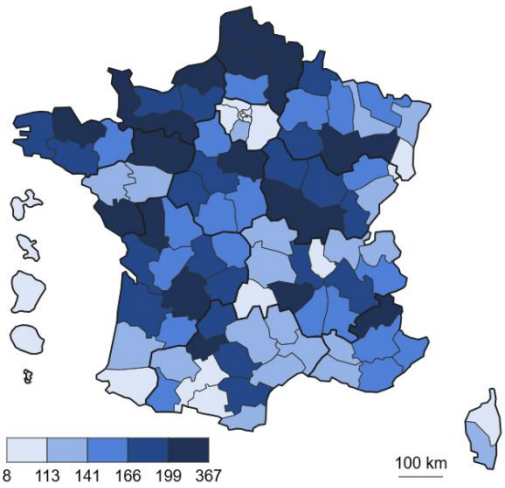


Figure 23. Taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par département, France entière, 2025



Source : SNDS – PMSI MCO

Figure 24. Évolution (%) du taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé par région par rapport à 2021, France entière

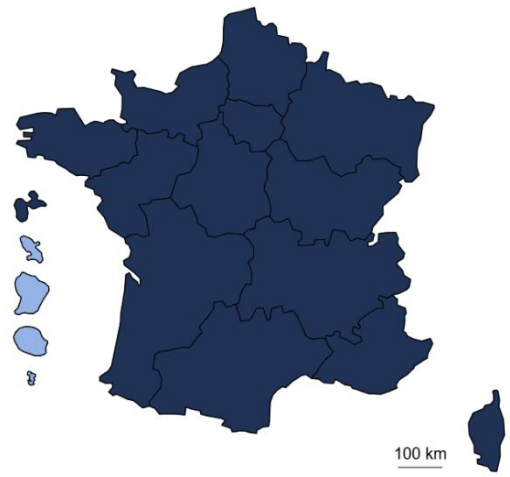
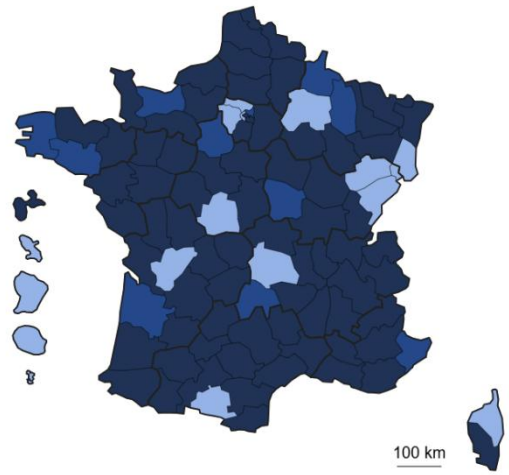


Figure 25. Évolution (%) du taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé par département par rapport à 2021, France entière



En baisse Stable (entre - 5 % et + 5 %) En hausse

Source : SNDS – PMSI MCO

Moyens utilisés

Information
La restriction de l'accès aux moyens utilisés pour s'enlever la vie fait partie de l'éventail d'interventions recommandées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour prévenir le suicide. Santé publique France présente des indicateurs sur les causes d'hospitalisation pour geste auto-infligé à destination des professionnels de santé et de santé publique, afin de documenter leur utilisation et orienter l'action publique. Santé publique France recommande que ces indicateurs ne soient pas repris dans des articles non destinés aux professionnels de santé et aux décideurs.

Le moyen utilisé ayant mené à une HGAI le plus fréquemment recensé au niveau France entière est l'auto-intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) avec 78 % des séjours, stable par rapport à 2024. Viennent ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'utilisation d'objet tranchant (13 %), l'auto-intoxication par alcool (4 %) et la pendaison (4 %). L'IMV ainsi que l'utilisation d'objet tranchant sont plus fréquemment utilisées par les femmes (respectivement 81 % et 15 %) que par les hommes (respectivement 72 % et 11 %), ces deux modalités étant néanmoins majoritaires aussi chez ces derniers. Les hommes utilisent plus fréquemment que les femmes les auto-intoxications par d'autres produits (i.e. non médicamenteux), notamment par alcool, ainsi que les moyens considérés comme violents (pendaison, saut dans le vide, noyade, utilisation d'un objet contondant, d'une arme à feu ou exposition aux fumées ou aux flammes).

Tableau 3. Répartition (%) des moyens utilisés ayant mené à une hospitalisation pour geste auto-infligé par sexe, France entière, 2025

Femmes

Moyen utilisé	Effectif	Pourcentage
IMV	53 172,0	81 %
Objet tranchant	9 590,0	15 %
Alcool	1 982,0	3 %
Autres - non précisés	1 642,0	2 %
Autres auto-intoxications	1 557,0	2 %
Pendaison*	1 481,0	2 %
Saut dans le vide*	795,0	1 %
Objet contondant*	185,0	0 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	152,5	0 %
Noyade*	138,0	0 %
Collision intentionnelle*	96,5	0 %
Armes à feu*	31,0	0 %

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire. Autres auto-intoxications : Auto-intoxications au gaz, aux produits chimiques ou aux solvants.
* indique les moyens considérés comme violents.

Hommes

Moyen utilisé	Effectif	Pourcentage
IMV	25 099,0	72 %
Objet tranchant	3 918,0	11 %
Alcool	2 312,0	7 %
Pendaison*	2 012,0	6 %
Autres auto-intoxications	1 312,0	4 %
Autres - non précisés	1 013,0	3 %
Saut dans le vide*	765,0	2 %
Armes à feu*	361,0	1 %
Collision intentionnelle*	198,5	1 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	182,0	0 %
Noyade*	114,0	0 %
Objet contondant*	89,0	0 %

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire. Autres auto-intoxications : Auto-intoxications au gaz, aux produits chimiques ou aux solvants.
* indique les moyens considérés comme violents.

Source : SNDS – PMSI MCO

Note sur l'interprétation des résultats
Plusieurs diagnostics de lésions auto-infligées pouvant être codés pour un même séjour, les **moyens utilisés ne sont donc pas exclusifs**.

Décès par suicide

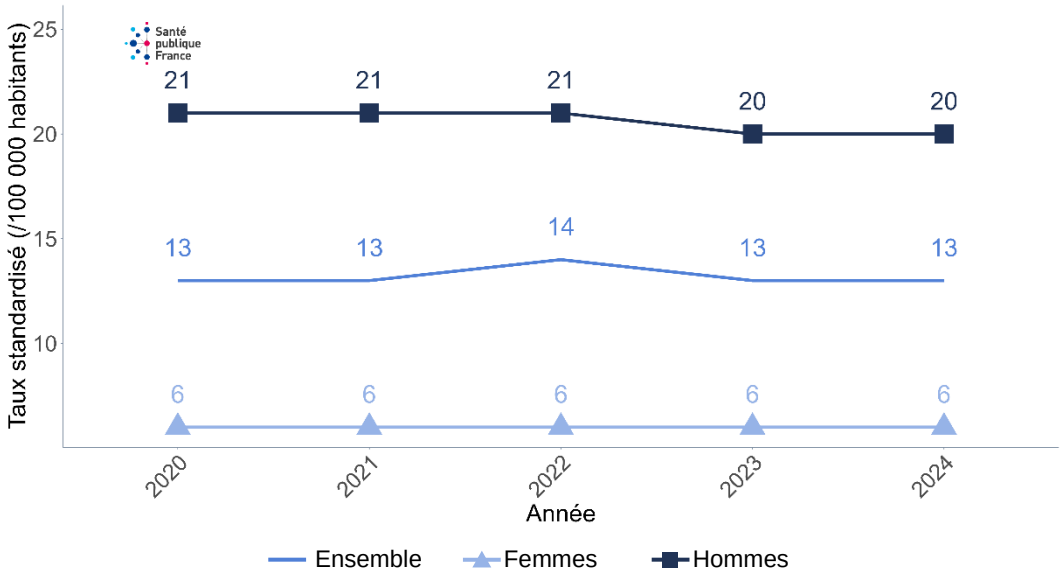
Source de données
La statistique annuelle des causes de décès est produite par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (**CépiDc**) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) à partir des volets médicaux des certificats de décès renseignés par les médecins (et les infirmières à partir de 2024 à titre expérimental) constatant le décès, et en collaboration avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Ces données sont ensuite mises à disposition dans le SNDS.

Définition
Un **décès par suicide** est défini comme un décès avec une cause médicale initiale d'**auto-intoxication ou de lésion auto-infligée**.

Évolution temporelle entre 2020 et 2024

Le nombre de décès par suicide au niveau France entière reste stable en 2024, avec 8 722 décès recensés (- 1 % par rapport à 2023, soit 126 décès par suicide en moins), correspondant à un taux brut de 13 décès pour 100 000 habitants. Par rapport à 2023, le taux standardisé reste stable (- 2 %), avec une évolution semblable dans les deux sexes. Depuis 2020, le taux standardisé de décès par suicide a diminué de - 6 %, avec une baisse de -7 % chez les femmes et - 5 % chez les hommes.

Figure 26. Évolution du taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants, France entière, 2020-2024



Source : SNDS - CépiDc

Caractéristiques des décès

Trois-quarts des décès concernent des hommes (75,6 %) et la très grande majorité des décès par suicide concerne les 45 ans et plus (71,1 %). Dans le détail, le taux de décès par suicide est le plus élevé chez les hommes de 85 ans et plus avec un taux égal à 71 pour 100 000 habitants, dépassant largement celui des autres classes d'âge dans les deux sexes. Les hommes de 65-84 ans sont les deuxièmes les plus représentés avec un taux de 31 pour 100 000 habitants. Les taux de décès par suicide restent stables chez les hommes dans toutes les classes d'âge, même si une légère baisse semble s'amorcer chez les 65 ans et plus (- 4 %) par rapport à 2023. Les garçons de 11-17 ans voient leur taux de décès par suicide augmenter de + 11 % (soit 6 décès) par rapport à 2023, mais cette hausse est à nuancer du fait du très faible nombre de décès par suicide dans cette classe

d'âge. Au cours des cinq dernières années, les taux de décès par suicide sont en baisse de - 6 % chez les hommes de 18-24 ans, 45-64 ans et 65 ans et plus, alors qu'ils restent stables dans les autres classes d'âge.

Chez les femmes, l'ensemble des taux de décès par suicide des différentes classes d'âge est inférieur à 10 décès pour 100 000 habitantes. Ces taux sont en baisse par rapport à 2023 chez les 25-44 ans et les 45-64 ans (respectivement - 5 % et - 12 %), alors qu'ils restent stables chez les 65 ans et plus. A l'inverse, les taux chez les 11-17 ans et les 18-24 ans sont en hausse de + 52 % (soit 22 décès) et + 20 % (23 décès). Même si ces variations sont importantes en pourcentage du fait des faibles effectifs, elles nécessitent un suivi l'année prochaine afin de confirmer ou infirmer cette tendance car elles reposent sur un nombre de décès limité. Depuis 2020, les taux de décès par suicide des femmes de 45-64 ans et 65 ans et plus sont en baisse de respectivement - 18 % et - 10 %, alors qu'ils restent stables chez les 25-44 ans. A l'inverse, il est en forte hausse chez les 18-24 ans (+ 44 %, soit + 43 décès) et les 11-17 ans (+ 144 %, soit + 38 décès). Cependant, comme pour les évolutions annuelles, ces variations sont à nuancer du fait du faible nombre de décès par suicide dans ces deux classes d'âge.

Figure 27. Taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, France entière, 2024

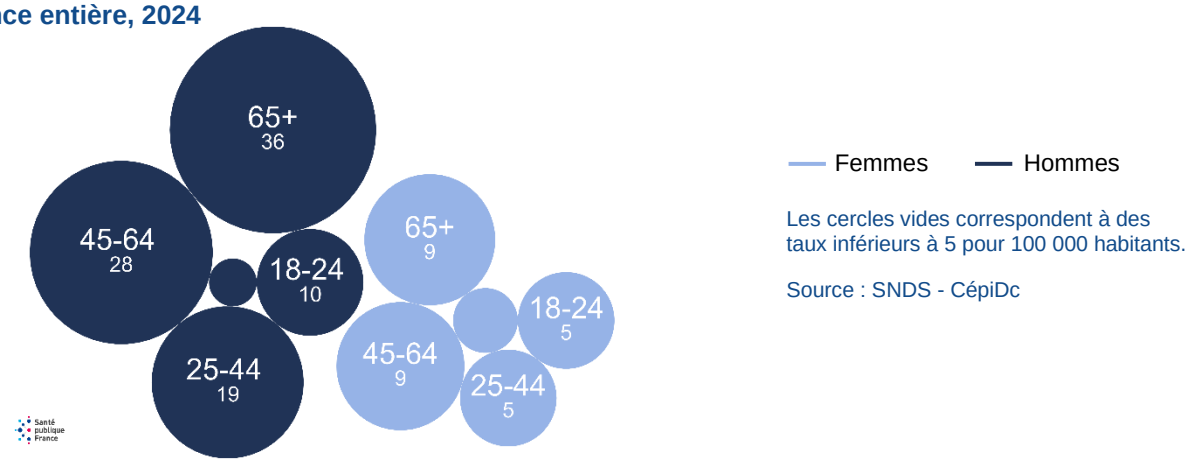
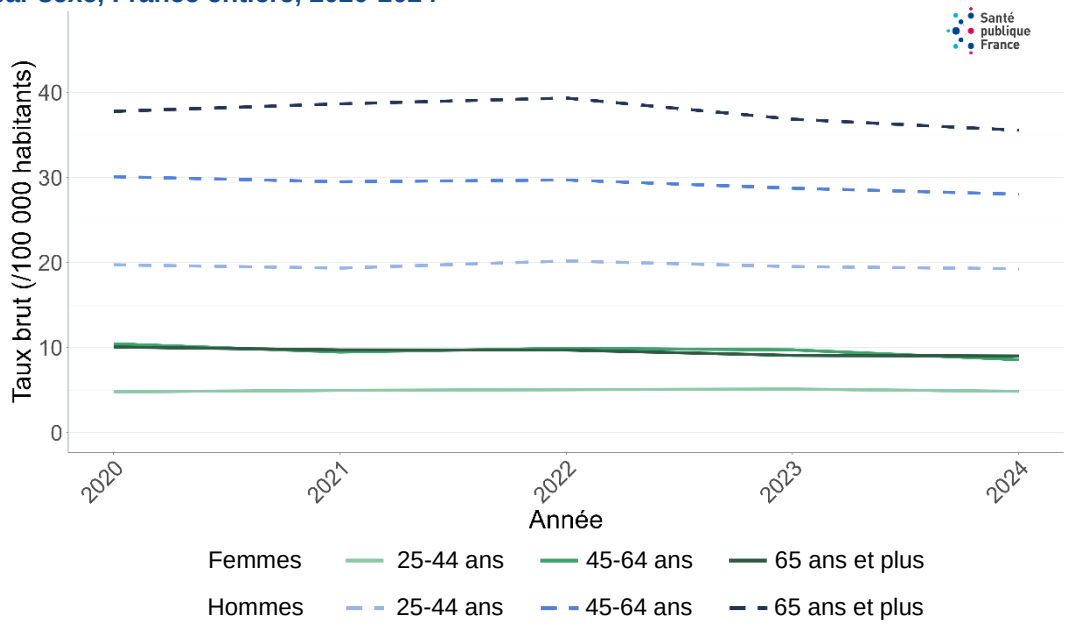


Figure 28. Évolution des taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants pour les 25 ans et plus par sexe, France entière, 2020-2024



Source : SNDS – CépiDc

Note sur l'interprétation des résultats

Les **indicateurs relatifs aux enfants de moins de 10 ans** sont à interpréter avec précaution, puisqu'il est difficile à cet âge de déterminer l'intentionnalité du geste auto-infligé avec les données dont nous disposons.

La **pandémie de Covid-19** peut avoir impacté les indicateurs de l'année 2020.

Les **décès pour cause inconnue (code R99 de la CIM-10) ou intentions indéterminées (codes Y10-Y34)** dont l'effectif varie entre les départements ne sont pas pris en compte dans cette analyse.

Les **volets complémentaires du certificat de décès réalisés suite à une autopsie** ne sont pas remontés au CépiDc de façon homogène entre les départements. Il est probable que certains décès par suicide soient inclus parmi ces décès, les indicateurs présentés dans ce bulletin sont donc potentiellement sous-estimés. Pour plus d'informations sur ce point, vous pouvez consulter la publication sur les grandes causes de mortalité 2023.

Disparités territoriales

Information

Afin d'aider à la décision, Santé publique France met dorénavant à disposition des acteurs et décideurs locaux les taux de décès par suicide (par classe d'âge et par sexe) au niveau de l'échelon géographique du Projet territorial de santé mentale (PTSM). Ces indicateurs en plus de leur présentation dans les bulletins régionaux sont également disponibles en ligne sur Odissé, le site d'*open data* de Santé publique France.

À travers l'Hexagone, des disparités territoriales au regard des taux régionaux de décès par suicide sont observées. Il est important de noter que ces dernières peuvent être liées à l'utilisation plus importante de diagnostics de décès pour cause inconnue ou intentions déterminées dans certaines régions mais aussi à une meilleure remontée des volets complémentaires suite à une autopsie dans certaines régions. Les taux bruts les plus importants sont observés en Bretagne (20 pour 100 000 habitants), en Bourgogne-Franche-Comté (17 pour 100 000) et en Normandie (16 pour 100 000). Les taux les plus faibles sont observés en Corse (9 pour 100 000) et en Île-de-France (7 pour 100 000). Dans l'Hexagone, des disparités départementales sont également constatées au sein d'une même région, alors que les DROM présentaient des taux parmi les plus faibles.

Figure 29. Taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants par région, France entière, 2024

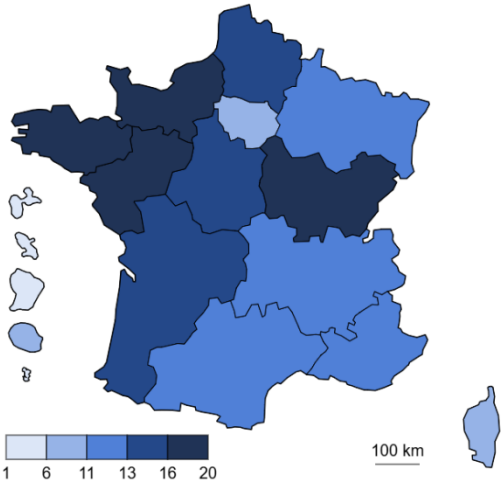
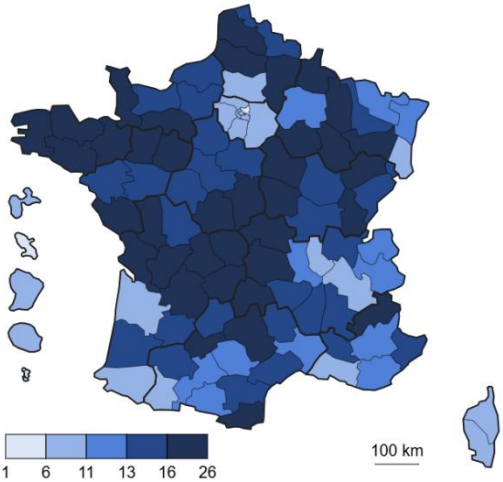


Figure 30. Taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants par département, France entière, 2024



Source : SNDS - CépiDc

Par rapport à 2020, huit régions ont un taux de décès par suicide en baisse, majoritairement les régions du nord de la France, la Corse et certains DROM. Les baisses les plus importantes sont observées en Guadeloupe avec - 44 % et en Martinique avec - 27 % (respectivement - 15 et - 9 décès par suicide). Dans l'Hexagone, les baisses sont comprises entre - 7 % dans le Grand Est et - 20 % en Île-de-France. A l'inverse, seules deux régions voient leur taux augmenter, à savoir l'Occitanie de + 7 % et la Bourgogne-Franche-Comté de + 9 %, soit respectivement + 80 et + 44

décès. A un niveau plus fin, la majorité des départements français (51 sur 101 départements) voit leur taux de décès par suicide diminuer par rapport à 2020. A l'opposé, seuls 28 voient leur taux augmenter sur la même période. Cependant, ces évolutions sont à nuancer du fait d'une potentielle modification de l'utilisation des diagnostics de décès pour cause inconnue ou intentions déterminées dans certaines régions mais aussi d'une variation dans la remontée des volets complémentaires suite à une autopsie dans certaines régions.

Figure 31. Évolution (%) du taux standardisé de décès par suicide par région par rapport à 2020, France entière

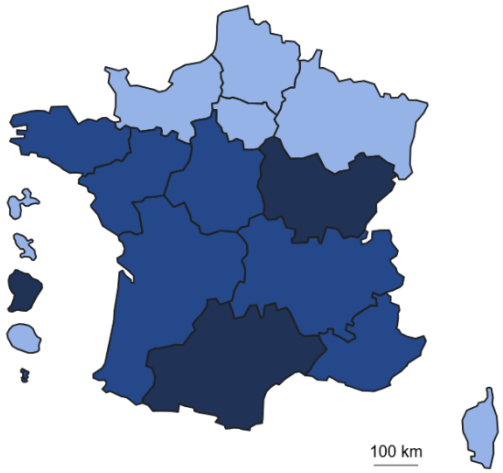
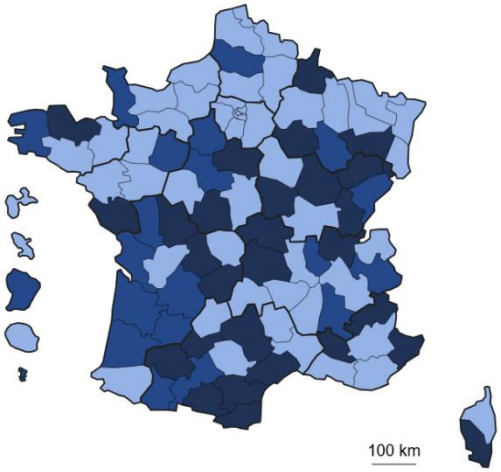
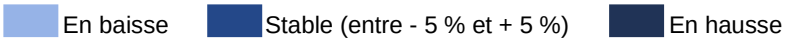


Figure 32. Évolution (%) du taux standardisé de décès par suicide par département par rapport à 2020, France entière





Source : SNDS - CépiDc

Note sur l'interprétation des résultats

Les **décès pour cause inconnue (code R99) ou intentions indéterminées (codes Y10-Y34)** dont l'effectif varie entre les départements ne sont pas pris en compte dans cette analyse.

Les **volets complémentaires du certificat de décès réalisés suite à une autopsie** ne sont pas remontés au CépiDc de façon homogène entre les départements. Il est probable que certains décès par suicide soient inclus parmi ces décès, les indicateurs présentés dans ce bulletin sont donc potentiellement sous-estimés. Pour plus d'informations sur ce point, vous pouvez consulter la publication sur les grandes causes de mortalité 2023.

Moyens utilisés

Information

La restriction de l'accès aux moyens utilisés pour s'enlever la vie fait partie de l'éventail d'interventions recommandées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour prévenir le suicide. Santé publique France présente des indicateurs sur les moyens de décès par suicide utilisés à destination des professionnels de santé et de santé publique, afin de documenter leur utilisation et orienter l'action publique. Santé publique France recommande que ces indicateurs ne soient pas repris dans des articles non destinés aux professionnels de santé et aux décideurs.

Le moyen de décès par suicide utilisé le plus fréquemment au niveau France entière est la pendaison avec 52 % des décès, stable par rapport à 2024. Viennent ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'utilisation d'armes à feu (12 %) et l'auto-intoxication médicamenteuse volontaire (IMV – 11 %). Dans 12 % des décès par suicide, aucun moyen utilisé n'est précisé sur le certificat de décès. La pendaison et les armes à feu sont plus fréquemment utilisées par les hommes (respectivement 56 % et 15 % des décès par suicide chez les hommes). Chez les femmes, il s'agit de la pendaison dans un moindre pourcentage (38 %) suivie de l'IMV (25 %). Les hommes utilisent plus fréquemment que les femmes les moyens considérés comme violents (79 % contre 55 % chez les femmes).

Tableau 4. Répartition (%) des moyens de décès par suicide utilisés par sexe, France entière, 2024

Hommes

Moyen utilisé	Effectif	Pourcentage
Pendaison*	3 678,0	56 %
Armes à feu*	1 014,0	15 %
Autres - non précisés	726,0	11 %
IMV	446,0	7 %
Saut dans le vide*	263,5	4 %
Noyade*	146,5	2 %
Collision intentionnelle*	111,0	2 %
Objet tranchant	87,0	1 %
Autres auto-intoxications	86,0	1 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	36,0	0 %
Alcool	7,0	0 %
Objet contondant*	0,0	0 %

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire. Autres auto-intoxications : Auto-intoxications au gaz, aux produits chimiques ou aux solvants.
* indique les moyens considérés comme violents.

Femmes

Moyen utilisé	Effectif	Pourcentage
Pendaison*	819,0	38 %
IMV	533,5	25 %
Autres - non précisés	329,0	16 %
Saut dans le vide*	185,0	9 %
Noyade*	127,0	6 %
Collision intentionnelle*	38,0	2 %
Autres auto-intoxications	32,0	2 %
Armes à feu*	21,0	1 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	21,0	1 %
Objet tranchant	13,0	1 %
Alcool	6,0	0 %
Objet contondant*	0,0	0 %

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire. Autres auto-intoxications : Auto-intoxications au gaz, aux produits chimiques ou aux solvants.
* indique les moyens considérés comme violents.

Source : SNDS - CépiDc

Activité des dispositifs de prévention 3114 et VigilanS

Appels reçus au 3114

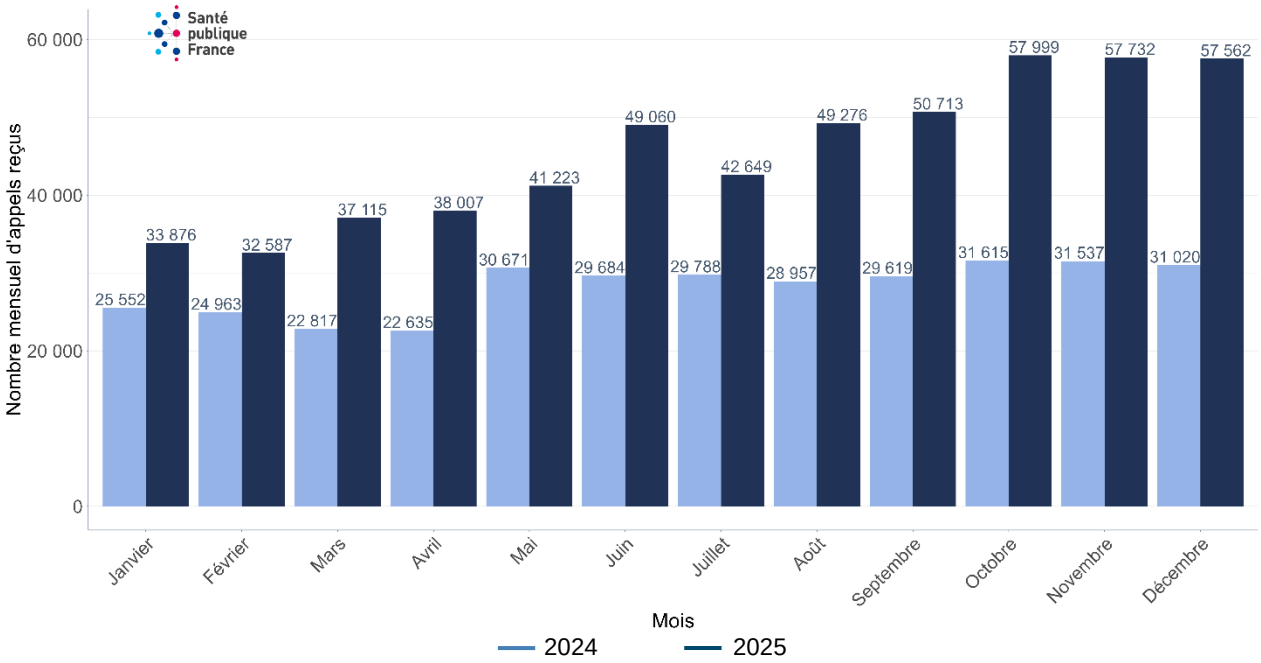
Source de données
Le 3114 est le **numéro national de prévention du suicide**. Opérationnelle depuis le 1er octobre 2021, cette ligne est **confidentielle et accessible gratuitement 24h/24h et 7j/7j en Hexagone et en Outre-mer**. Les répondants sont des infirmiers ou des psychologues formés à la gestion de la crise suicidaire sous la supervision d'un psychiatre.
Le 3114 a pour vocation de répondre à toutes les personnes en situation de souffrance psychique qui sont en recherche d'aide. Ses missions sont l'écoute, l'évaluation de la crise suicidaire, l'intervention, l'urgence, l'orientation ou le suivi de crise. Le numéro est également accessible aux professionnels ayant besoin d'un avis spécialisé sur la crise suicidaire et à toute personne inquiète pour un proche de son entourage.
Plus d'informations sur le 3114 sur son site internet.

Définitions
Tous les **appels au 3114** d'une durée minimale de 5 secondes ont été pris en compte. Pour chaque appel, l'origine géographique de l'appelant (région de résidence) a été déterminée à partir de l'antenne-relais de ce dernier. Le **taux d'appels de la région** correspond au nombre d'appels divisé par la population de la région concernée en 2025.

Actuellement, le 3114 est structuré autour de 18 centres répondants situés dans des établissements de soins et à proximité des SAMU en France hexagonale et en Outre-mer et reçoit des appels de la France entière (y compris Saint-Pierre-et-Miquelon). On compte au moins un centre répondant dans chaque région hexagonale et 3 centres en Outre-mer, situés en Guadeloupe, Martinique et à la Réunion.

Sur l'année 2025, 547 799 appels ont été reçus par les différents centres répondants 3114 répartis sur le territoire, soit + 62 % par rapport à 2024, au cours de laquelle 338 858 appels avaient été reçus. Cela représente une moyenne de 45 650 appels reçus par mois en 2025. Une hausse majeure des appels au 3114 a été observée à partir de mai 2025. Cette dernière est due à une meilleure appropriation du numéro par les Français, notamment grâce à l'amélioration du référencement du numéro dans les moteurs de recherche et, par effet domino, à une meilleure visibilité dans les différentes intelligences artificielles génératives.

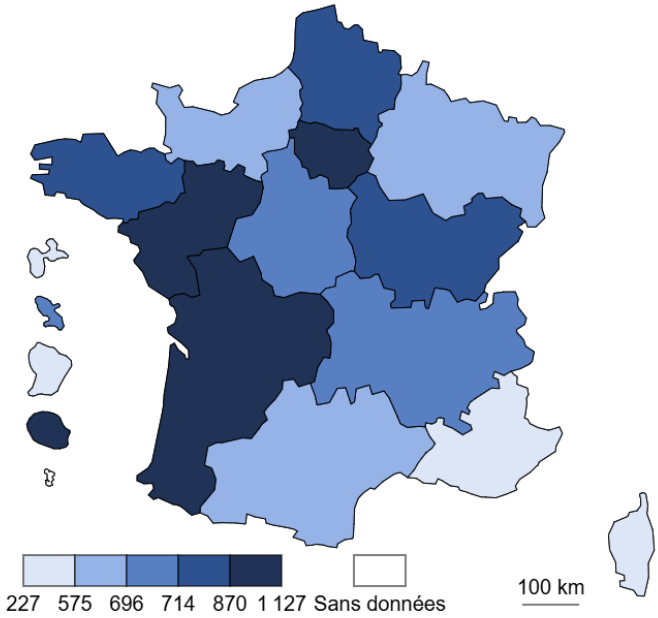
Figure 33. Évolution du nombre mensuel d'appels reçus par les centres 3114, France entière, 2024-2025



Source : Numéro national de prévention du suicide 3114

En ramenant à la population de chaque région, le taux d'appel au 3114 est le plus important en Île-de-France avec 1 127 appels pour 100 000 habitants, suivi de La Réunion (1 019 appels pour 100 000 habitants) et des Pays de la Loire (987 appels pour 100 000 habitants).

Figure 34. Taux d'appels au 3114 pour 100 000 habitants par région, France entière, 2025



Source : Numéro national de prévention du suicide 3114

Entrées dans VigilanS

Source de données

Lancé en 2015, **VigilanS** est un **dispositif de recontact et de veille post-hospitalier de prévention de la réitération suicidaire**. Il est proposé aux personnes suicidantes, de tous âges, après leur passage aux urgences ou leur hospitalisation. Une fois entrés dans le dispositif, les patients bénéficient d'une veille de la part d'une équipe dédiée composée d'un médecin, de « vigilanseurs » (des professionnels de santé, infirmiers.ères et/ou psychologues) et de personnels administratifs.

La veille proposée dure environ 6 mois. Le médecin généraliste, le psychiatre, ou tout autre professionnel de santé intervenant dans la prise en soins de la crise suicidaire, sont informés de l'entrée du patient dans le dispositif. L'équipe VigilanS organise des rappels téléphoniques avec le patient, dont le nombre évolue en fonction de l'évaluation du risque suicidaire et de la situation clinique. Lorsque le patient est injoignable, des cartes postales personnalisées lui sont envoyées. Chaque contact téléphonique abouti ou non, fait l'objet d'un courrier auprès des professionnels du cercle de soins du patient. En cela, Vigilans s'inscrit en parallèle des soins de première ligne.

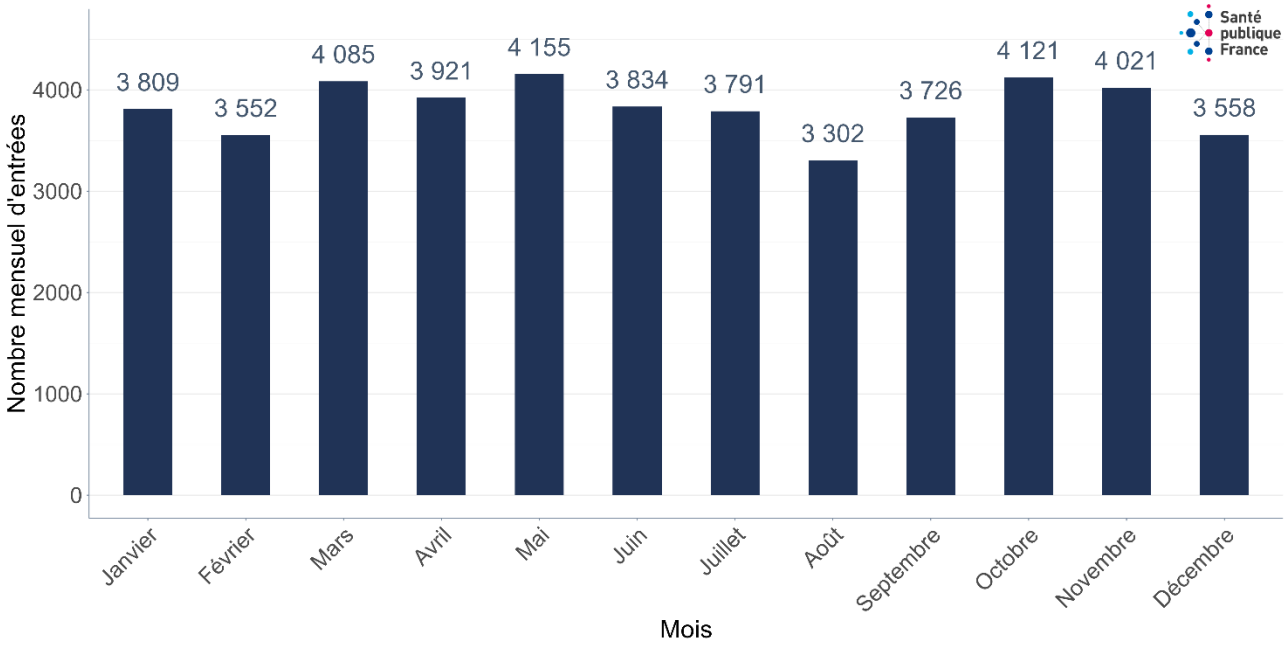
Le dispositif VigilanS est reconnu comme une **pratique innovante** par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) depuis octobre 2025. L'évaluation de Santé publique France, réalisée sur la période 2015-2017 et basée sur les données des 6 premiers territoires ayant expérimenté le dispositif, montre que **le risque de réitération suicidaire est réduit de près de 40 % pour les patients suivis par VigilanS** comparativement à un groupe de patients non suivis par ce dispositif.

Définition

Une **entrée dans le dispositif VigilanS** correspond à une tentative de suicide d'un patient. Un patient peut donc correspondre à plusieurs entrées dans le dispositif s'il effectue plusieurs tentatives de suicide au cours de l'année conduisant à son suivi par VigilanS. L'entrée est rattachée à la date de sortie de l'hospitalisation ou de passage aux urgences pour tentative de suicide et est rattachée géographiquement au centre coordinateur.

En 2025, VigilanS était déployé dans 17 régions françaises dont 4 régions d'Outre-mer (hors Mayotte) et dans 99 départements. Aujourd'hui, on compte 33 centres VigilanS répartis sur 32 sites, avec au minimum un centre par région. Au cours de l'année 2025, 45 875 personnes (+ 10 % par rapport à 2024) sont entrées dans VigilanS au niveau national, soit une inclusion moyenne de 3 823 personnes par mois.

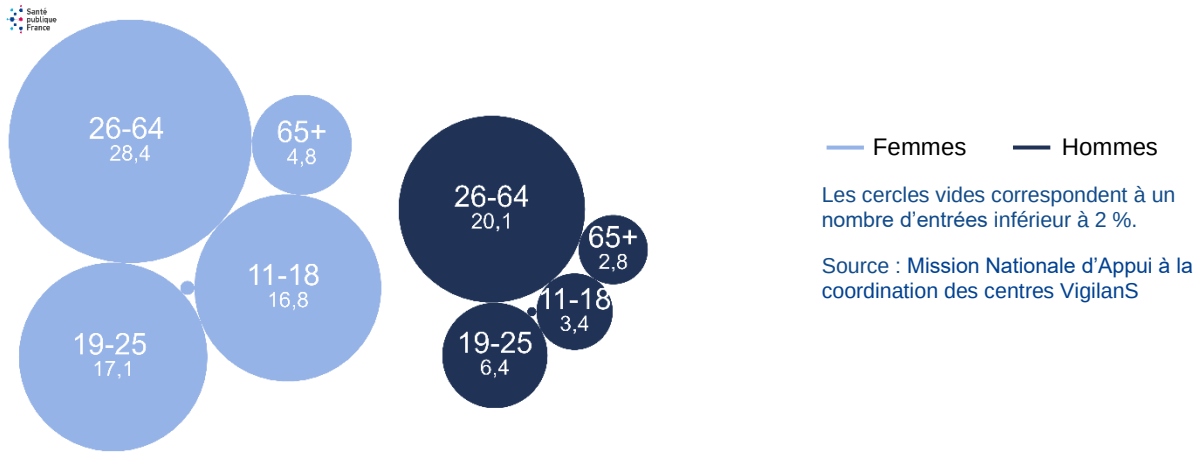
Figure 35. Évolution du nombre mensuel d'entrées dans le dispositif VigilanS, France entière, 2025



Source : Mission nationale d'appui VigilanS

Près de 2 entrées dans le dispositif VigilanS sur 3 concernent des femmes (65,3 %). Les femmes de 26-64 ans représentent 28 % des entrées au niveau national, suivies par les hommes de 26-64 ans (20 %) à quasi-équivalence avec les jeunes femmes de 19-25 ans et les jeunes filles de 11-18 ans.

Figure 36. Part des entrées (%) dans le dispositif VigilanS par classe d'âge et sexe, France entière, 2025



Les cercles vides correspondent à un nombre d'entrées inférieur à 2 %.

Source : Mission Nationale d'Appui à la coordination des centres VigilanS

Discussion

Une situation préoccupante chez les jeunes

Les indicateurs plus élevés observés chez les jeunes de 11 à 24 ans sont documentés depuis de nombreuses années et correspondent à une dégradation de la santé mentale de cette classe d'âge depuis 30 ans comme souligné par le Haut conseil de la santé publique (1). Plusieurs études françaises et internationales permettent de générer des hypothèses pouvant expliquer cette évolution et la situation plus dégradée chez les jeunes filles et femmes.

Certains facteurs de risque sont actuellement avancés pour expliquer la dégradation de la santé mentale des jeunes quel que soit le sexe. Ainsi, plusieurs études mettent en avant l'impact potentiel des réseaux sociaux (2), particulièrement quand ils ne sont pas régulés (3), voire des écrans en général (4), même si la relation est complexe. Ces derniers favoriseraient les comparaisons sociales, la pression normative (image corporelle, popularité, performance) et le cyberharcèlement (2). La pression scolaire est aussi un facteur de risque couramment évoqué (4–6). Ainsi, les premiers résultats de l'étude Mentalo[1] montrent que la première cause de l'évolution de la santé mentale des jeunes est un événement en lien avec leur scolarité et que 87 % des 20 000 jeunes interrogés ressentent une pression à la réussite, et plus de 50 % une très forte pression (4). Il faut noter que la conjoncture géopolitique et le changement climatique sont aussi évoqués comme facteurs de dégradation de la santé mentale (3).

La situation plus dégradée des indicateurs de santé mentale est systématiquement retrouvée chez les jeunes filles et jeunes femmes (1–4,6–8). Cette différence selon le sexe pourrait résulter d'une vulnérabilité accrue des jeunes filles à certains facteurs de risque, comme une exposition plus fréquente aux violences sexistes et sexuelles (1,3,8), un cyberharcèlement plus fréquent (2), ou des injonctions à se conformer aux normes de beauté et aux idéaux corporels véhiculés par les réseaux sociaux (2).

Mais des avancées pouvant aussi expliquer l'évolution

Des évolutions sociétales et de prise en charge permettent également d'expliquer pourquoi les indicateurs apparaissent plus défavorables chez les jeunes. La crise du Covid-19 a notamment contribué à une déstigmatisation des problèmes de santé mentale et une libération de la parole, sans doute renforcée par les deux années successives de Grande cause nationale[2] consacrée à la santé mentale. Une meilleure sensibilisation des professionnels au dépistage des conduites suicidaires peut également expliquer la hausse des indicateurs, notamment par une amélioration des pratiques de codage et de la prise en charge. La promotion des dispositifs de prévention des conduites suicidaires, le 3114 notamment, et de la santé mentale avec « Mon soutien psy », notamment via le renforcement de leur notoriété dans les moteurs de recherche et par effet domino dans les modèles d'intelligence artificielle, et leur appropriation par la population peuvent également expliquer une partie de l'augmentation constatée, et donc être le signe d'une prise en charge adaptée.

Pour une meilleure prévention

Les analyses confirment l'intérêt de renforcer les dispositifs de prévention (3114 et VigilanS) ainsi que « Mon soutien psy », tout en appuyant leur pilotage sur la surveillance, en ciblant les populations

[1] https://etude-mentalo.fr/

[2] https://www.info.gouv.fr/actualite/la-sante-mentale-grande-cause-nationale-2026

les plus concernées (les 11 à 24 ans), et en dimensionnant leur accessibilité en fonction des besoins territoriaux.

Enfin, les indicateurs sur les moyens utilisés ayant mené à une hospitalisation pour geste auto-infligé (souvent une ingestion de dose toxique de médicaments) invitent à analyser les modes d'accès à ces moyens létaux pour les limiter, comme recommandé par l'Organisation mondiale de la santé dans sa stratégie de prévention du suicide.

Références

1. Haut Conseil de la santé publique. Trente ans d'évolution de la santé des adolescents. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; sept 2025. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1458

2. Anses. Usages des réseaux sociaux numériques et santé des adolescents. Anses; déc 2025. p. 562. (Avis de l'Anses Rapport d'expertise collective).

3. McGorry PD, Mei C, Dalal N, Alvarez-Jimenez M, Blakemore SJ, Browne V, et al. The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. Lancet Psychiatry. 1 sept 2024;11(9):731-74. doi:10.1016/S2215-0366(24)00163-9

4. Mentalo. Communiqué de presse. 9 oct 2026.

5. Léon C, Godeau E, Spilka S, Gillaizeau I, Beck F. 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. Saint-Maurice: Santé publique France; avr 2024. p. 17. (Le point sur). Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/enquetes-etudes/la-sante-mentale-et-le-bien-etre-des-collegiens-et-lyceens-en-france-hexagonale-resultats-de-l-enquete-enclass-2022

6. Léon C, Mertens C, Gillaizeau I, Le Nezet O, Philippon A, Spilka S, et al. 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) 2024. Saint-Maurice: Santé publique France; juin 2026. p. 23. (Le point sur). Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/enquetes-etudes/la-sante-mentale-et-le-bien-etre-des-collegiens-et-lyceens-en-france-hexagonale-resultats-de-l-enquete-enclass-2022

7. Observatoire Nationale du Suicide. Suicide : mal-être croissant des jeunes femmes et fin de vie - Penser les conduites suicidaires aux prismes de l'âge et du genre - 6ème rapport / février 2025 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Paris, France: Observatoire National du Suicide; févr 2025 [cité 11 juin 2025]. p. 278. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/suicide-mal-etre-croissant-des-jeunes-femmes-et-fin-de

8. Maignan A. Comprendre la santé mentale des jeunes. Revue de littérature [Notes & rapports/Revue de littérature]. Injep; 2026. p. 90.

Méthodologie

Odissé

L'ensemble des indicateurs issus d'OSCOUR®, du PMSI-MCO et du CépiDc, ainsi que la méthodologie utilisée pour les calculer sont disponibles sur Odissé, le site d'*open data* de Santé publique France.

Classes d'âge utilisées

Les indicateurs ont été déclinés selon 6 classes d'âge (sauf pour le dispositif VigilanS et les données issues du réseau Sentinelles) : moins de 10 ans ; 11-17 ans ; 18-24 ans ; 25-44 ans ; 45-64 ans et 65 ans et plus. Pour le dispositif VigilanS, les indicateurs ont été déclinés selon 6 classes d'âge : moins de 10 ans ;11-18 ans ;19-25 ans ; 26-64 ans et 65 ans et plus. Les indicateurs estimés à partir des données du réseau Sentinelles ont été déclinés selon 5 classes d'âge : moins de 18 ans ; 18-24 ans ; 25-44 ans ; 45-64 ans et 65 ans et plus. Il est important de noter que les indicateurs relatifs aux enfants de moins de 10 ans sont à interpréter avec précaution. En effet, il est difficile à cet âge de déterminer l'intentionnalité du geste auto-infligé à partir des données à notre disposition.

Très peu d'âges sont manquants quelle que soit la source de données (<0,05 %).

Standardisation et populations utilisées

Les passages aux urgences sont rattachés au département et à la région de recours aux soins, alors que les hospitalisations et les décès sont rattachés au département et à la région de domicile du patient.

Les populations utilisées pour le calcul des taux bruts (c'est-à-dire non standardisés), sont les données d'estimations localisées de population (ELP) de l'année 2025 pour les données d'hospitalisations, issues des dispositifs Mon soutien psy, VigilanS et du 3114. Les ELP de l'année 2024 ont été utilisées pour les données de décès.

La population utilisée pour le calcul des taux standardisés est basée sur les ELP de l'année 2023 pour l'ensemble des indicateurs. Pour la standardisation sur le sexe et l'âge des données tous sexes confondus, les données France entière (Hexagone + DROM) tous sexes ont été utilisées. Pour la standardisation des données pour chacun des sexes indépendamment, les données France entière du sexe considéré ont été utilisées, par conséquent les taux standardisés sur l'âge chez les hommes et chez les femmes ne sont pas directement comparables.

Les ELP sont mises à disposition par l'Insee. Saint-Martin et Saint-Barthélemy n'étant pas inclus dans les ELP, ils ne sont pas considérés dans les effectifs et les taux de la France entière (Hexagone + DROM).

Gestion des petits effectifs

En raison d'un risque potentiel d'identification, les effectifs strictement inférieurs à 5 et différents de zéro ont été imputés, ainsi que les taux, proportions et totaux correspondants. Cette imputation explique que certains effectifs soient approximés.

Dates d'extraction des données

Les données ont été extraites le 15 juillet 2026 pour le SNDS PMSI-MCO, le 17 juillet 2026 pour Mon Soutien psy à partir du SNDS, le 24 août 2026 pour OSCOUR® et le 16 septembre 2026 pour le SNDS CépiDc. Des mises à jour des données ont pu avoir lieu depuis cette extraction.

En savoir plus

Suicides et tentatives de suicide

Remerciements

Santé publique France tient à remercier l'ensemble de ses partenaires contribuant à la surveillance des conduites suicidaires : les services d'urgences membres du réseau OSCOUR®, la Fédération et les Observatoires régionaux des urgences (FEDORU et ORU), la Société française de médecine d'urgence (SFMU), les Agences régionales de santé (ARS), l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), l'Inserm/CépiDc (Institut national de la santé et de la recherche médicale) et la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM).

Santé publique France tient également à remercier la Mission nationale d'appui VigilanS, les centres VigilanS, les équipes du Numéro national de prévention du suicide 3114, et les équipes et médecins participants au réseau Sentinelles, coordonné par l'équipe "Surveillance et modélisation des maladies transmissibles" (SUMO) de l'Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique (Iplesp).

Équipe de rédaction

Jonathan Roux, Philippe Pirard, Stéphanie Monnier-Besnard, Anne Moulin, Michel Vernay – Santé publique France

Sylvie Barthe, Eric Haushalter, Mohamed Mazza, Sun Robin, Vanessa Vitu – Caisse nationale de l'Assurance maladie

Eugénie Petrequin, Nadia Younès - Réseau Sentinelles

Génération des indicateurs : Anne Fouillet, Nicolas Méthy, Christophe Léon et Jonathan Roux de Santé publique France ; Mohamed Mazza de la CNAM ; Eugénie Petrequin et Nadia Younès du réseau Sentinelles ; Isam Zerga du 3114 ; Christophe Debien de la Mission Nationale d'Appui VigilanS et les centres VigilanS.

Pour nous citer : Surveillance annuelle des conduites suicidaires, bilan 2025. Édition nationale. Bulletin. Saint-Maurice : Santé publique France, 35 p., 24 novembre 2026

Directeur de publication : Etienne Pot, Directeur général

Date de publication : 26 novembre 2026

Contact :

presse@santepubliquefrance.fr