

Surveillance annuelle des conduites suicidaires

Date de publication : 10 octobre 2025

EDITION NATIONALE

Points clés du bilan national 2024

Pensées suicidaires et tentatives de suicide déclarées (Baromètre de Santé publique France 2024 – 18-79 ans)

- En 2024 en population générale, la prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les 18-79 ans était estimée à 5,2 %. Elle était de 5,4 % pour les tentatives de suicide déclarées au cours de la vie et de 0,4 % pour les tentatives de suicide déclarées au cours des 12 derniers mois.

Passages aux urgences pour geste auto-infligé (OSCOUR® 2024 – tous âges)

- Stabilité de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé en France entière (hors PACA et Corse) en 2024 avec 4,5 passages pour 1 000 (- 1 % par rapport à 2023) correspondant à 77 041 passages aux urgences pour geste auto-infligé.

Hospitalisations pour geste auto-infligé (SNDS PMSI-MCO 2024 – tous âges)

- Légère hausse du nombre d'hospitalisations pour geste auto-infligé en 2024 avec 97 302 hospitalisations dénombrées, soit un taux standardisé de 142 hospitalisations pour 100 000 habitants (+ 6 % par rapport à 2023).
- Poursuite de la hausse des taux d'hospitalisation chez les jeunes filles et jeunes femmes de 11-24 ans avec 674 hospitalisations pour 100 000 femmes chez les 11-17 ans et 424 hospitalisations pour 100 000 femmes chez les 18-24 ans, largement supérieurs aux autres classes d'âge.
- L'auto-intoxication médicamenteuse constituait la modalité d'hospitalisation dans 77 % des séjours, et était la modalité privilégiée quel que soit le sexe.

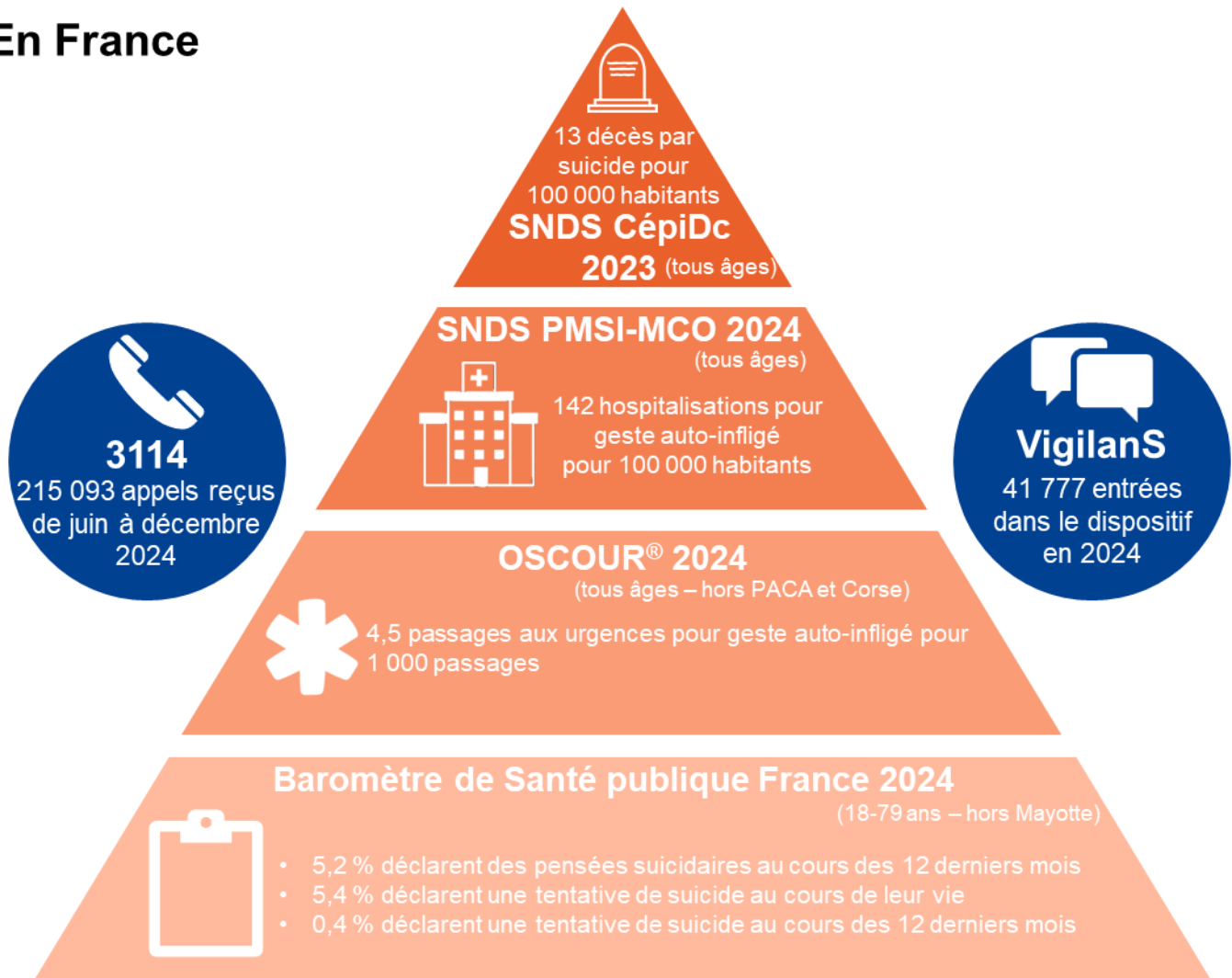
Décès par suicide (SNDS CépiDc 2023 – tous âges)

- Stabilité du nombre de décès par suicide en 2023 avec 8 848 décès recensés, correspondant à un taux standardisé de 13 décès pour 100 000 habitants (- 4 % par rapport à 2022).
- Taux de décès par suicide les plus élevés chez les hommes de 65 ans et plus et de 45-64 ans avec respectivement 37 et 29 décès pour 100 000 hommes.
- La modalité de décès par suicide la plus fréquemment enregistrée dans les certificats de décès était la pendaison (51 %), quel que soit le sexe.

Activité 2024 des dispositifs de prévention 3114 et Vigilans

- De juin à décembre 2024, le 3114, numéro national de prévention du suicide, a reçu 215 093 appels.
- En 2024, 41 777 personnes sont entrées dans le dispositif de recontact et de veille de prévention de la réitération suicidaire Vigilans déployé dans 17 régions et 99 départements.

En France



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)



Actualités et temps forts en santé mentale

● **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](#)



● **Congrès de la Société Française de Santé Publique. Santé mentale publique.** Trois jours de rencontres et d'échanges du 5 au 7 novembre 2025 à Lille avec plusieurs temps forts sous forme de conférences plénières, de symposiums et de présentations orales et affichées. Santé publique France y proposera plusieurs symposiums et présentations. [En savoir plus](#)

● **« Parlons santé mentale ! » La santé mentale, Grande Cause Nationale 2025.** Pour libérer la parole, décomplexer les conversations, promouvoir l'écoute et l'inclusion dans tous les pans de la société et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique, la santé mentale est la Grande Cause Nationale du Gouvernement en 2025. [En savoir plus](#)

● **Dispositif « Mon soutien psy ».** Mon soutien psy propose jusqu'à 12 séances d'accompagnement psychologique chez un psychologue partenaire remboursées à 60 % par l'Assurance Maladie à toute personne, dès 3 ans, qui se sent angoissée, déprimée ou éprouve un mal-être. [En savoir plus](#)

● **Plan « Santé mentale et psychiatrie : repérer, soigner, reconstruire ».** Plan présenté le 11 juin 2025 développant 3 axes et 26 mesures par le Ministre chargé de la Santé et de l'Accès aux soins pour un meilleur repérage des troubles et une meilleure prise en charge. [En savoir plus](#)

● **Suivi de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie ».** Etat d'avancement au 1^{er} mai 2025 des 53 actions de la feuille de route coordonnée par le délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, mise en place dès juin 2018 et enrichie suite aux Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de 2021. [En savoir plus](#)

● **Observatoire national du suicide, 6^{ème} rapport « Suicide : mal-être croissant des jeunes femmes et fin de vie - Penser les conduites suicidaires aux prismes de l'âge et du genre – 6^e rapport / Février 2025 ».** [En savoir plus](#)

Pensées suicidaires et tentatives de suicide

Le Baromètre de Santé publique France permet de décrire, en population générale, les opinions, les connaissances et les habitudes en lien avec la santé de la population vivant en France (Hexagone + DROM hors Mayotte, Saint-Martin, Saint-Barthélemy) et âgée de 18 à 79 ans. Les conduites suicidaires font partie des thématiques régulièrement abordées avec des questions sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide déclarées.



Ce bulletin présente les données issues de l'édition 2024 du Baromètre de Santé publique France menée auprès d'un échantillon de 34 940 personnes vivant en France (Hexagone + DROM hors Mayotte, Saint-Martin, Saint-Barthélemy). Une comparaison avec les éditions précédentes de l'enquête est présentée sur le périmètre constant des 18-75 ans en France hexagonale. Cependant, ces comparaisons sont à interpréter avec précaution du fait d'un changement dans la méthodologie de l'enquête et dans l'analyse des résultats en 2024, dont certains détails sont présentés dans la section Méthodologie de ce bulletin.

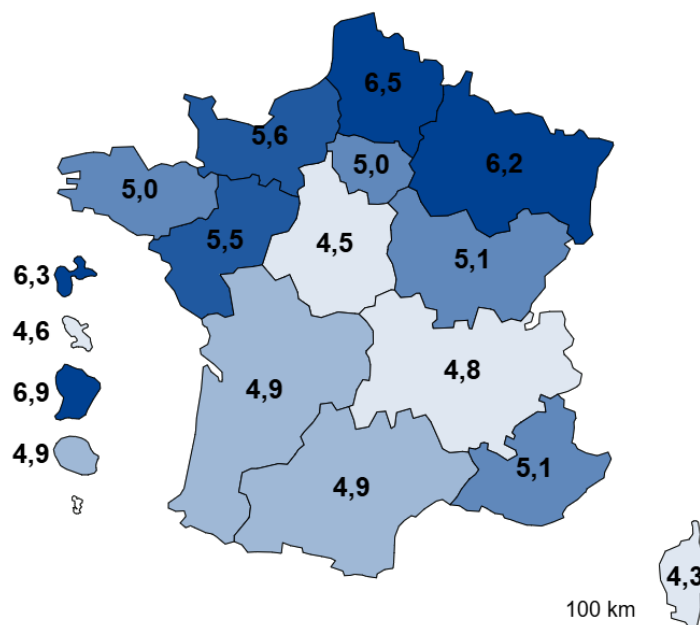
En 2024, 5,2 % (intervalle de confiance 95 %, IC95% = 5,0 %-5,5 %) des adultes de 18 à 79 ans ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires dans les 12 mois précédents. Cette prévalence des pensées suicidaires est en légère augmentation en comparaison aux éditions précédentes de l'enquête. En effet, la prévalence qui avait diminué entre 2017 et 2020 (respectivement 4,7 % et 4,2 %), est plus élevée en 2024 à 5,2 %. Au niveau régional, les Hauts-de-France et la région Grand Est ont une prévalence supérieure aux autres régions avec respectivement 6,5 % et 6,2 %.

Concernant les tentatives de suicide déclarées au cours de la vie entière, la prévalence nationale s'élevait à 5,4 % [5,1 %-5,7 %]. Comparée aux éditions précédentes, cette prévalence était en baisse par rapport à 2017 et 2021, où elle valait respectivement 6,6 % et 7,1 %, alors qu'elle était égale à 5,5 % en 2024. Au niveau régional, la région Île-de-France (4,6 %) présentait une prévalence inférieure aux autres régions. À l'inverse, les Hauts-de-France (6,7%) et les Pays de la Loire (6,2%) présentaient des prévalences supérieures aux autres régions.

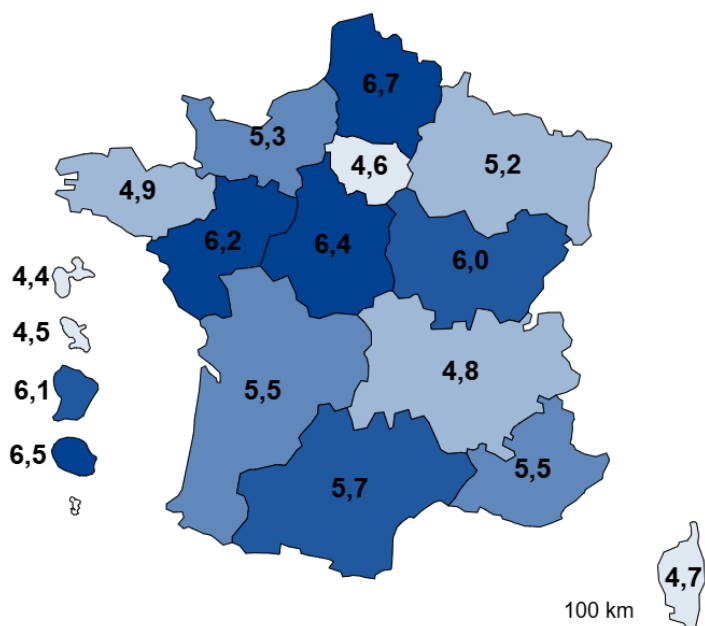
Au total, 0,4 % [0,3 %-0,5 %] des adultes de 18 à 79 ans ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois. Cette prévalence restait stable par rapport aux précédentes éditions du Baromètre de Santé publique France. Au niveau régional, la Corse présentait une prévalence inférieure aux autres régions avec 0,1 %, alors que l'Occitanie présentait une prévalence supérieure aux autres avec 0,7 %.

Figure 1 – Carte des prévalences déclarées (%) de pensées suicidaires et de tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois et des tentatives de suicide vie entière chez les 18-79 ans, France entière hors Mayotte, 2024

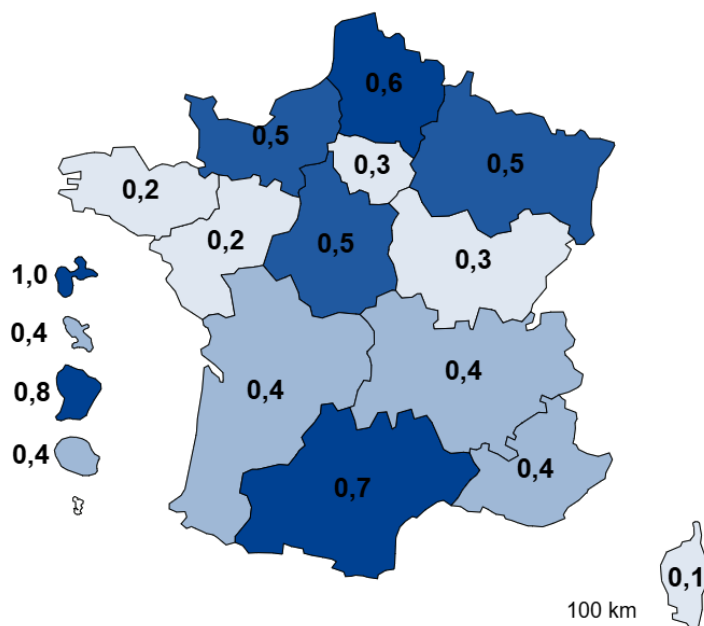
Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois



Tentatives de suicide vie entière



Tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois



Source : Baromètre de Santé publique France 2024

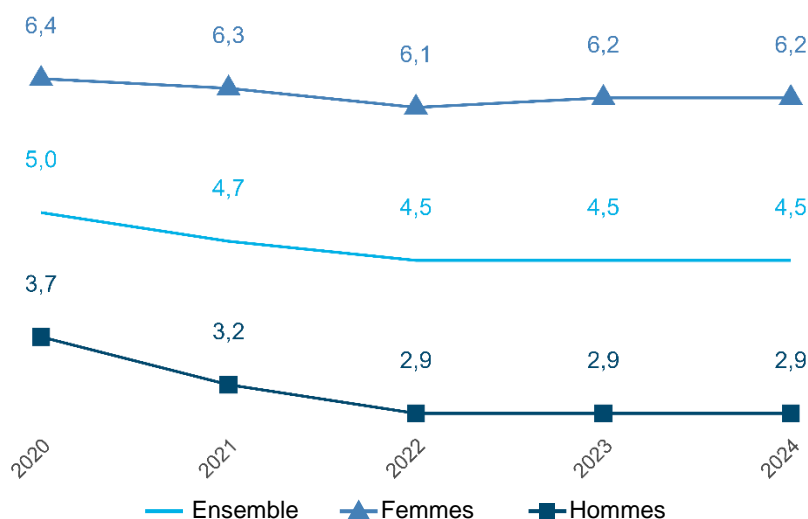
A noter : Un panorama plus détaillé des résultats de l'édition 2024 du Baromètre de Santé publique France aux niveaux national et régional sera publié par Santé publique France en décembre 2025.

Passages aux urgences pour geste auto-infligé

En 2024, un total de 77 041 passages aux urgences pour geste auto-infligé, comprenant les tentatives de suicide et les automutilations, a été dénombré en France entière (hors Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Corse), stable par rapport à 2023. Les passages aux urgences pour geste auto-infligé représentaient une part d'activité de 4,5 ‰ au sein des services d'urgence, qui restait stable par rapport à 2023 (- 1 ‰). Parmi l'ensemble des passages pour geste auto-infligé, environ deux tiers (63,3 %) étaient suivis par une hospitalisation, même si cet indicateur est à interpréter avec précaution du fait de différences de pratiques entre les services d'urgence sur le territoire.

Parmi les passages pour geste auto-infligé, près de 2 sur 3 concernaient des femmes (66,7 %). Tous âges confondus, pour chacun des sexes, aucune évolution notable n'a été observée au cours des trois dernières années. Chez les femmes, les 11-17 ans et les 18-24 ans étaient les classes d'âge avec les parts d'activité pour geste auto-infligé les plus élevées (respectivement 17,8 ‰ et 14,1 ‰). A un niveau plus fin, les passages aux urgences des jeunes filles de 15-17 ans correspondaient à la part d'activité la plus élevée toutes classes d'âge et sexes confondus avec 23,2 passages pour 1 000 passages. Par ailleurs, les 11-17 ans et les 18-24 ans étaient les seules classes d'âge chez les femmes pour lesquelles la part d'activité augmentait au cours des cinq dernières années. A l'inverse, les 25-44 ans et 45-64 ans étaient les classes d'âge pour lesquelles la part d'activité diminuait légèrement. Chez les hommes, les 18-24 ans et les 25-44 ans étaient les classes d'âge correspondant aux parts d'activité les plus élevées, avec respectivement 5,2 ‰ et 4,6 ‰. Dans toutes les classes d'âge chez les hommes, la part d'activité était en baisse au cours des cinq dernières années, même si la tendance était à la stagnation pour les 18-24 ans et les 25-44 ans par rapport à 2023.

Figure 2 - Évolution de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰), par sexe, France entière hors PACA et Corse, 2020-2024



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

Avant 2022, aucune donnée de Martinique ne remontait via le dispositif OSCOUR®.

Source : OSCOUR®

Figure 3 – Part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par classe d'âge et sexe, France entière hors PACA et Corse, 2024

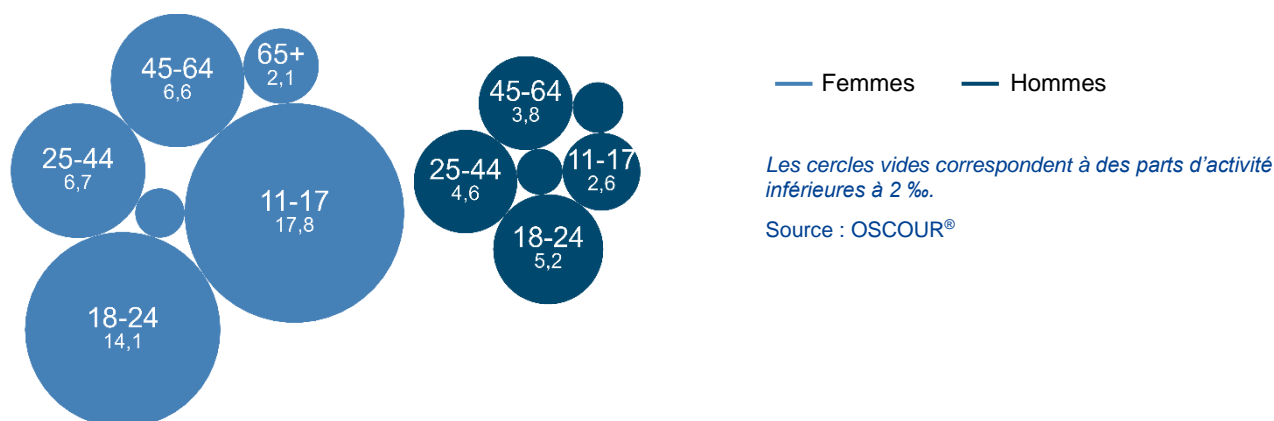
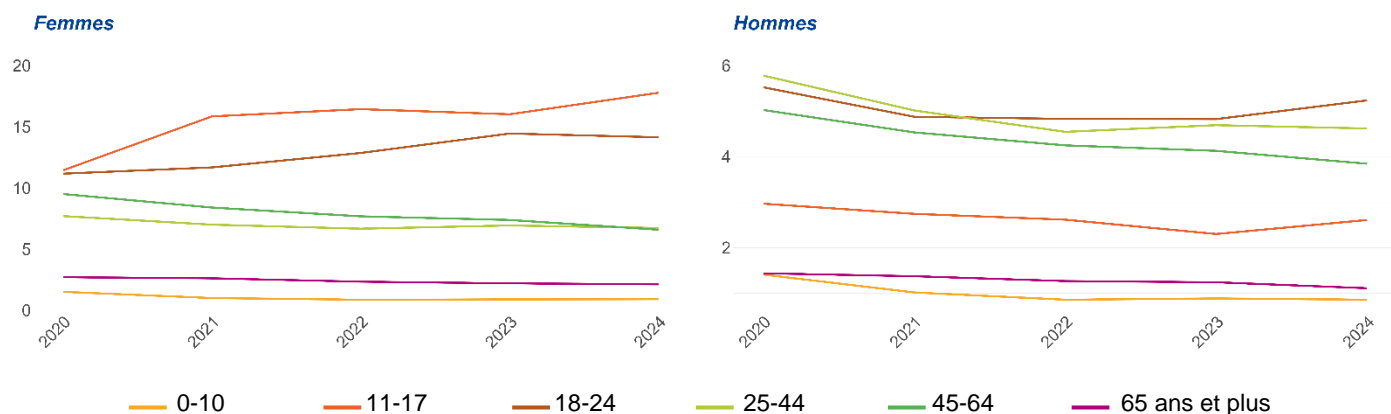


Figure 4 - Évolution de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par classe d'âge et sexe, France entière hors PACA et Corse, 2020-2024



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

Avant 2022, aucune donnée de Martinique ne remontait via le dispositif OSCOUR®.

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.

Source : OSCOUR®

De fortes disparités territoriales des parts d'activité correspondant aux passages aux urgences pour geste auto-infligé sont observées entre les régions et les départements français. Les parts d'activité étaient les plus importantes dans les départements de l'Ouest. 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 entre territoires. Par ailleurs, en 2022, une modification technique du logiciel Terminal Urgences (principalement utilisé en PACA et en Corse) a impacté le codage des diagnostics des passages aux urgences pour geste suicidaire, entraînant 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), il a été décidé de ne pas présenter d'indicateurs issus du réseau des urgences OSCOUR® pour la France entière, ni pour les régions PACA et Corse.

Figure 5 – Part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par région, France entière hors PACA et Corse, 2024

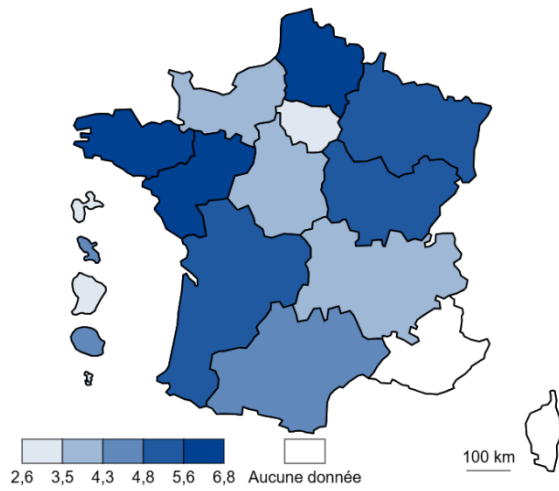
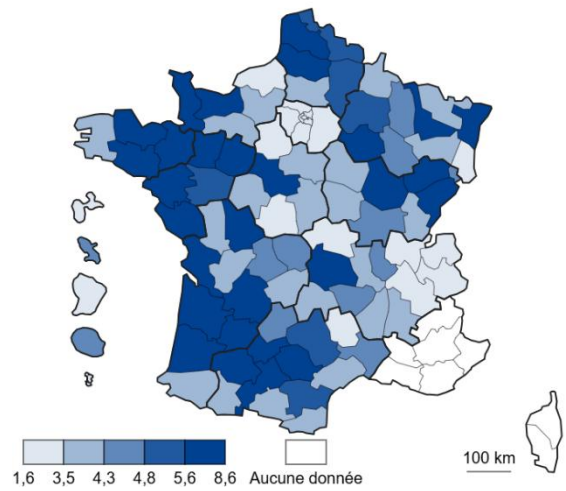


Figure 6 – Part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par département, France entière hors PACA et Corse, 2024



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.

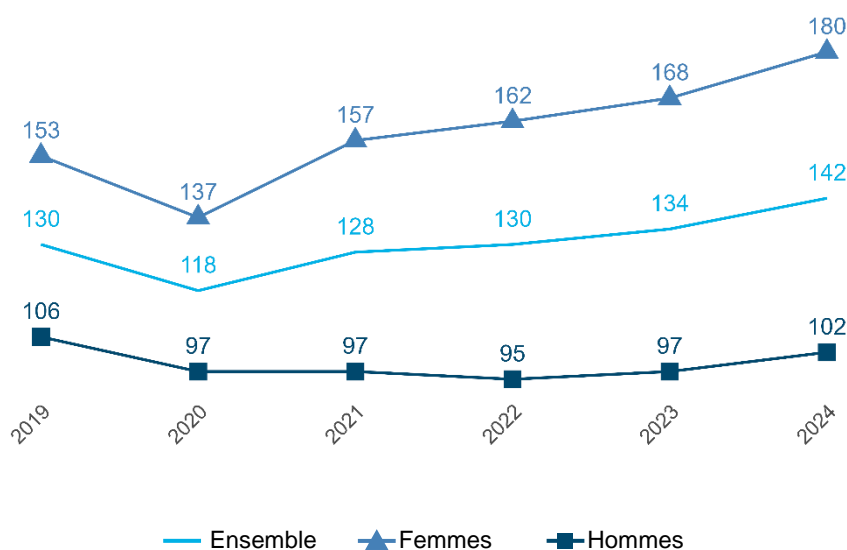
Source : OSCOUR®

Hospitalisations pour geste auto-infligé

Le nombre d'hospitalisations pour geste auto-infligé (HGA), comprenant les tentatives de suicide et les automutilations, au niveau France entière poursuivait son augmentation en 2024, avec 97 302 hospitalisations recensées (+ 7 % par rapport à 2023). Ce nombre correspondait à un taux standardisé de 142 hospitalisations pour 100 000 habitants (+ 6 % par rapport à 2023). En considérant uniquement la France hexagonale, on dénombrait 95 469 HGA (+ 7 % par rapport à 2023), soit un taux standardisé de 144 HGA pour 100 000 habitants (+ 6 % par rapport à 2023). La hausse observée concernait les deux sexes. Elle était néanmoins plus marquée chez les femmes pour lesquelles le taux standardisé continuait sa hausse passant de 168 à 180 hospitalisations pour 100 000 femmes (+ 7 %). Chez les hommes, la hausse restait contenue avec un taux standardisé passant de 97 à 102 hospitalisations pour 100 000 hommes (+ 5 %), conduisant à un taux similaire à celui de 2019 après une légère baisse au cours des dernières années.

Près de 2 HGA sur 3 concernaient des femmes (65,3 %). Chez les femmes, les taux les plus élevés étaient toujours observés chez les 11-17 ans et les 18-24 ans avec des taux respectivement égaux à 674 et 424 hospitalisations pour 100 000 femmes, largement supérieurs aux autres classes d'âge comme en 2023. Dans le détail, les jeunes filles de 15-17 ans présentaient le taux de recours le plus élevé avec 878 HGA pour 100 000 jeunes filles, les 11-14 ans ayant un taux de 520 pour 100 000. Les taux d'HGA des 11-17 ans et 18-24 ans étaient en hausse chez les femmes par rapport à 2023, avec notamment une hausse de + 21 % du taux des 11-17 ans par rapport à 2023, confirmant la tendance amorcée depuis plusieurs années dans cette classe d'âge. A l'inverse, les taux des autres classes d'âge restaient stables chez les femmes. Chez les hommes, les 18-24 ans et les 25-44 ans présentaient les taux d'hospitalisations les plus élevés avec respectivement 166 et 152 hospitalisations pour 100 000 hommes. Les 11-17 ans et les 18-24 ans présentaient les hausses les plus marquées chez les hommes par rapport à 2023 avec respectivement + 19 % et + 11 %, alors que les taux restaient globalement stables dans les autres classes d'âge. L'analyse des tendances sur les cinq dernières années montre ainsi une vigilance accrue à porter sur ces deux classes d'âge, notamment les 18-24 dont le taux augmente en continu depuis la crise sanitaire du Covid-19.

Figure 7 - Évolution du taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants, par sexe, France entière, 2019-2024



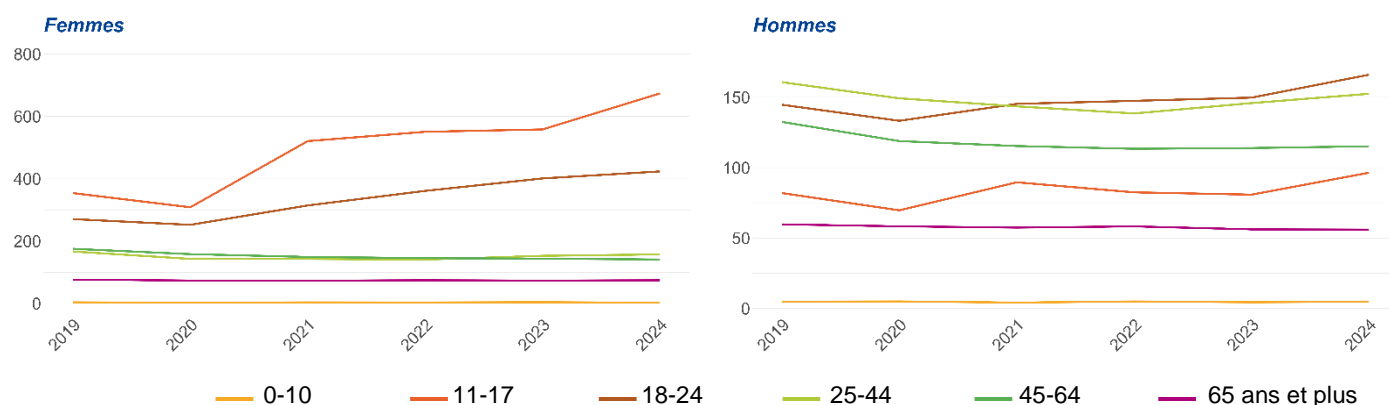
La pandémie de Covid-19 peut avoir impacté les indicateurs de l'année 2020.

Source : SNDS – PMSI MCO

Figure 8 - Taux bruts d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, France entière, 2024



Figure 9 - Évolution du taux brut d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, France entière, 2019-2024



À travers l'Hexagone, le gradient géographique décroissant nord-ouest/sud-est des taux régionaux d'HGA observé depuis plusieurs années était retrouvé. Ce gradient était observé aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les taux standardisés les plus importants étaient observés dans les Hauts-de-France (251 pour 100 000 habitants), en Normandie (202 pour 100 000) et en Bretagne (192 pour 100 000). Les taux les plus faibles étaient observés en Corse (86 pour 100 000) et en Île-de-France (80 pour 100 000). Dans l'Hexagone, des disparités départementales étaient également constatées au sein d'une même région. Les DROM présentaient des taux standardisés plus faibles que dans le reste de l'Hexagone, excepté la Réunion présentant un taux standardisé de 145 hospitalisations pour 100 000 habitants. Néanmoins, les disparités territoriales observées sont à interpréter avec précaution et à mettre en regard des différences dans l'offre de soins entre territoires, notamment au niveau de l'offre psychiatrique. En effet, les séjours au sein des établissements psychiatriques étant recueillis dans une autre base que le PMSI-MCO, ils ne sont pas considérés dans ce bulletin et conduisent donc à une sous-estimation des taux d'hospitalisation pour geste auto-infligé.

Figure 10 – Taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé par région, France entière, 2024

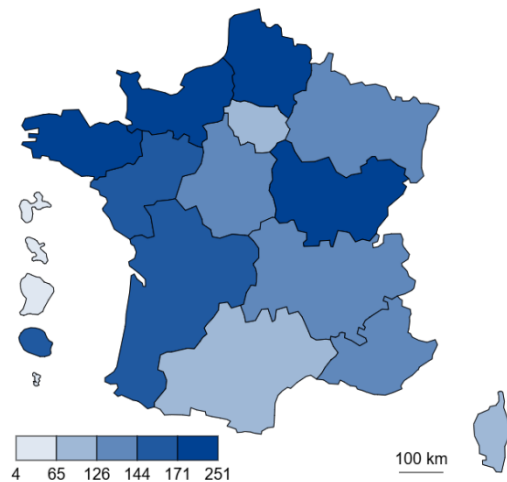
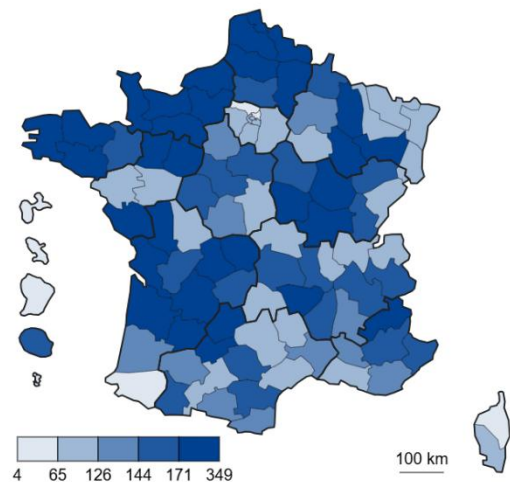


Figure 11 – Taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé par département, France entière, 2024



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.

Source : SNDS – PMSI MCO

La modalité de HGAI la plus fréquemment recensée au niveau France entière était l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV ou auto-intoxication médicamenteuse) avec 77 % des séjours, stable par rapport à 2023. Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'utilisation d'objet tranchant (13 %), l'auto-intoxication par alcool (5 %) et la pendaison (3 %). L'IMV ainsi que l'utilisation d'objet tranchant étaient plus fréquemment utilisées par les femmes (respectivement 81 % et 14 %) que par les hommes (respectivement 71 % et 11 %), ces deux modalités étant néanmoins majoritaires aussi chez ces derniers. Les hommes ont utilisé plus fréquemment que les femmes les auto-intoxications par d'autres produits (*i.e.* non médicamenteux), notamment par alcool, ainsi que les modes 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 1 - Répartition (%) des modalités de geste auto-infligé au sein des hospitalisations par sexe, France entière, 2024

Femmes			Hommes		
Modalité	Effectif	Pourcentage	Modalité	Effectif	Pourcentage
IMV	51 341	81 %	IMV	23 816	71 %
Objet tranchant	9 153	14 %	Objet tranchant	3 790	11 %
Alcool	2 112	3 %	Alcool	2 537	8 %
Autres - non précisés	1 738	3 %	Pendaison*	1 924	6 %
Autres auto-intoxications	1 676	3 %	Autres auto-intoxications	1 295	4 %
Pendaison*	1 361	2 %	Autres - non précisés	1 182	4 %
Saut dans le vide*	739	1 %	Saut dans le vide*	795	2 %
Objet contondant*	178	0 %	Armes à feu*	355	1 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	144	0 %	Exposition aux fumées ou aux flammes*	163	0 %
Noyade*	136	0 %	Collision intentionnelle*	162	0 %
Collision intentionnelle*	116	0 %	Noyade*	105	0 %
Armes à feu*	27	0 %	Objet contondant*	89	0 %

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire. Autres auto-intoxications : Auto-intoxications au gaz, aux produits chimiques ou aux solvants.
* indique les modalités considérées comme violentes.

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire. Autres auto-intoxications : Auto-intoxications au gaz, aux produits chimiques ou aux solvants.
* indique les modalités considérées comme violentes.

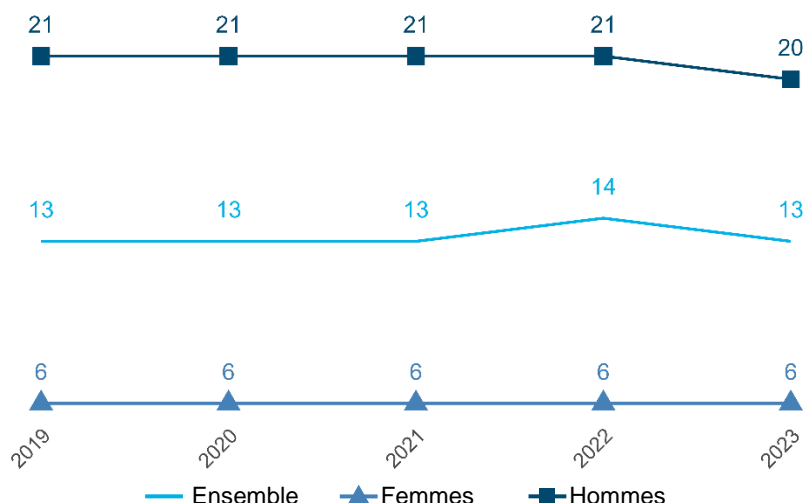
Source : SNDS – PMSI MCO

Décès par suicide

Le nombre de décès par suicide au niveau France entière restait relativement stable en 2023 avec 8 848 décès recensés (- 4 % par rapport à 2022). Ce nombre correspondait à un taux standardisé de 13 décès pour 100 000 habitants (- 4 % par rapport à 2022). En considérant uniquement la France hexagonale, on dénombrait 8 676 décès (- 4 % par rapport à 2022), soit un taux standardisé de 13 décès pour 100 000 habitants (- 5 % par rapport à 2022). Au cours des cinq dernières années, les taux standardisés de décès par suicide restaient globalement stables au niveau national dans les deux sexes.

Près de 3 décès sur 4 concernaient des hommes (75,1 %). Chez les hommes, les 65 ans et plus et les 45-64 ans étaient les classes d'âge présentant les taux les plus élevés avec respectivement 37 et 29 décès pour 100 000 hommes. Parmi les 65 ans et plus, les hommes âgés de 85 ans et plus présentaient notamment le taux le plus élevé avec 76 décès pour 100 000 hommes. Chez les femmes, les 45-64 ans étaient la classe d'âge présentant le taux décès le plus élevé avec 10 décès pour 100 000 femmes, suivi par les 65 ans et plus avec 9 décès pour 100 000. Dans le détail, les femmes âgées de 85 ans et plus étaient celles décédant le plus par suicide avec un taux égal à 12 pour 100 000 femmes. Quel que soit le sexe et la classe d'âge, on observait une relative stabilité des taux de décès au cours des cinq dernières années.

Figure 12 - Évolution du taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants, France entière, 2019-2023



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

Source : SNDS - CépiDc

Figure 13 - Taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, France entière, 2023

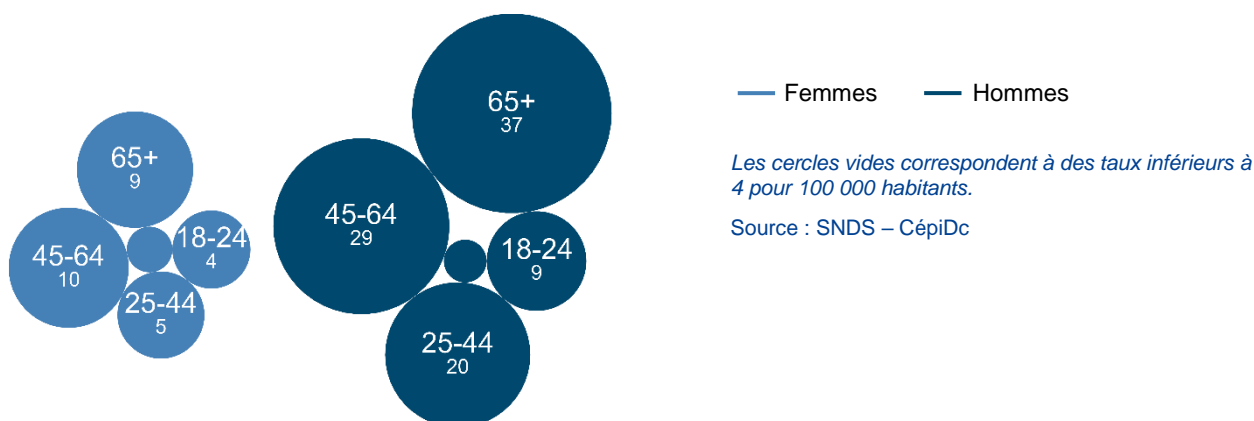
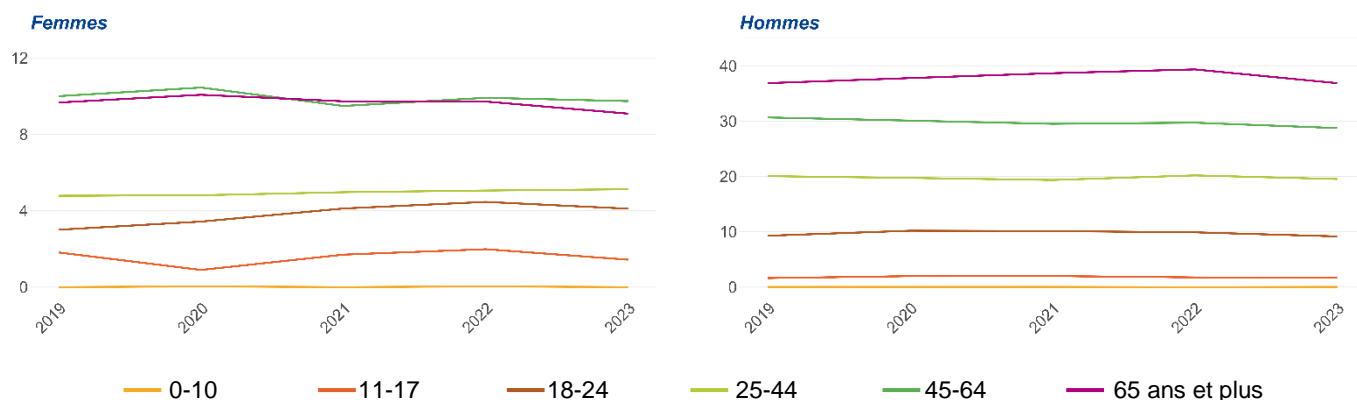


Figure 14 - Évolution du taux brut de décès par suicide pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, France entière, 2019-2023



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

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.

Source : SNDS - CépiDc

Un gradient décroissant nord-ouest/sud-est du taux de décès par suicide était retrouvé au sein de l'Hexagone, avec parmi les régions les plus touchées, la Bretagne (21 pour 100 000 habitants) et les Pays de la Loire (16 pour 100 000). A l'inverse, l'Île-de-France (8 pour 100 000) et la Corse (10 pour 100 000) étaient les régions hexagonales avec les plus faibles taux. Dans les DROM, les taux de décès par suicide restaient parmi les plus faibles de France, le plus élevé étant celui de la Guyane avec un taux de 10 décès par suicide pour 100 000 habitants en 2023. Dans l'Hexagone, des disparités départementales étaient également constatées au sein d'une même région. Cependant, l'interprétation des tendances et variations observées sur les données de décès par suicide doit être prudente compte tenu des faibles effectifs observés sur une année, notamment à l'échelon départemental et pour certaines régions. Par ailleurs, la non prise en compte des décès pour cause inconnue ou intentions indéterminées dont l'effectif varie entre les départements conduit à interpréter avec précaution les disparités territoriales observées tout comme le circuit spécifique impliquant les instituts médico-légaux pouvant expliquer des effectifs plus faibles dans les zones couvertes par ces derniers.

Figure 15 – Taux standardisé de décès par suicide par région, France entière, 2023

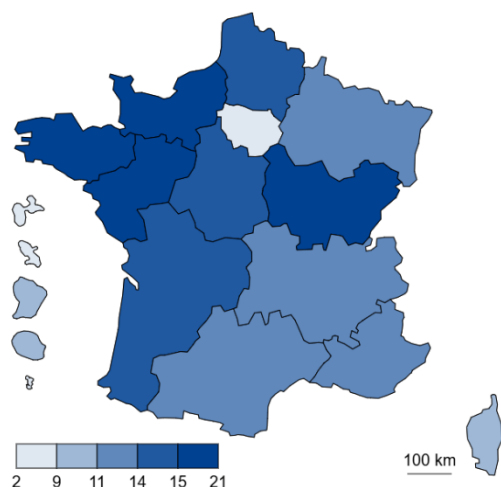
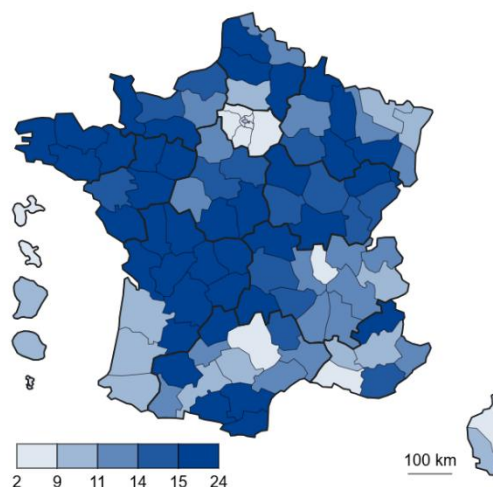


Figure 16 – Taux standardisé de décès par suicide par département, France entière, 2023



La non prise en compte des décès pour cause inconnue ou intentions indéterminées dont l'effectif varie entre les départements conduit à interpréter avec précaution les disparités départementales observées pour les décès par suicide.

Source : SNDS – CépiDc

La modalité de décès par suicide la plus fréquemment recensée au niveau France entière était la pendaison avec 51 % des décès, stable par rapport à 2023. La pendaison était la modalité la plus utilisée tous sexes confondus bien qu'elle soit plus fréquente chez les hommes (55 % contre 37 % chez les femmes). Les modalités différaient ensuite selon les hommes et les femmes avec une prédominance des modalités violentes chez les hommes (78 % des décès par suicide contre 54 % chez les femmes). Ainsi, les modalités de décès par suicide les plus fréquentes après la pendaison chez les hommes étaient les décès par armes à feu (12 %), modalité quasi-inexistante chez les femmes (2 % des décès par suicide), suivis des autres causes non précisées (11 %). A l'inverse, chez les femmes, il s'agissait des IMV (27 %), peu représentées chez les hommes (7 %) suivis des autres causes non précisées (14 %).

Tableau 2 - Répartition (%) des personnes décédées par suicide par sexe selon les modalités utilisées, France entière, 2023

Femmes			Hommes		
Modalité	Effectif	Pourcentage	Modalité	Effectif	Pourcentage
Pendaison*	812	37 %	Pendaison*	3 688	55 %
IMV	582	27 %	Armes à feu*	1 025	15 %
Autres - non précisés	313	14 %	Autres - non précisés	725	11 %
Saut dans le vide*	191	9 %	IMV	439	7 %
Noyade*	128	6 %	Saut dans le vide*	286	4 %
Autres auto-intoxications	57	3 %	Noyade*	139	2 %
Armes à feu*	35	2 %	Autres auto-intoxications	116	2 %
Collision intentionnelle*	34	2 %	Collision intentionnelle*	97	2 %
Objet tranchant	21	1 %	Objet tranchant	96	1 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	15	1 %	Exposition aux fumées ou aux flammes*	40	1 %
Alcool	2	0 %	Alcool	5	0 %
Objet contondant*	0	0 %	Objet contondant*	0	0 %

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire. Autres auto-intoxications : Auto-intoxications au gaz, aux produits chimiques ou aux solvants.
* indique les modalités considérées comme violentes.

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire. Autres auto-intoxications : Auto-intoxications au gaz, aux produits chimiques ou aux solvants.
* indique les modalités considérées comme violentes.

Source : SNDS – CépiDc

Activité des dispositifs de prévention 3114 et Vigilans

Appels reçus au 3114 - numéro national de prévention du suicide

Le 3114 est le numéro national de prévention du suicide. Opérationnelle depuis le 1^{er} 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.

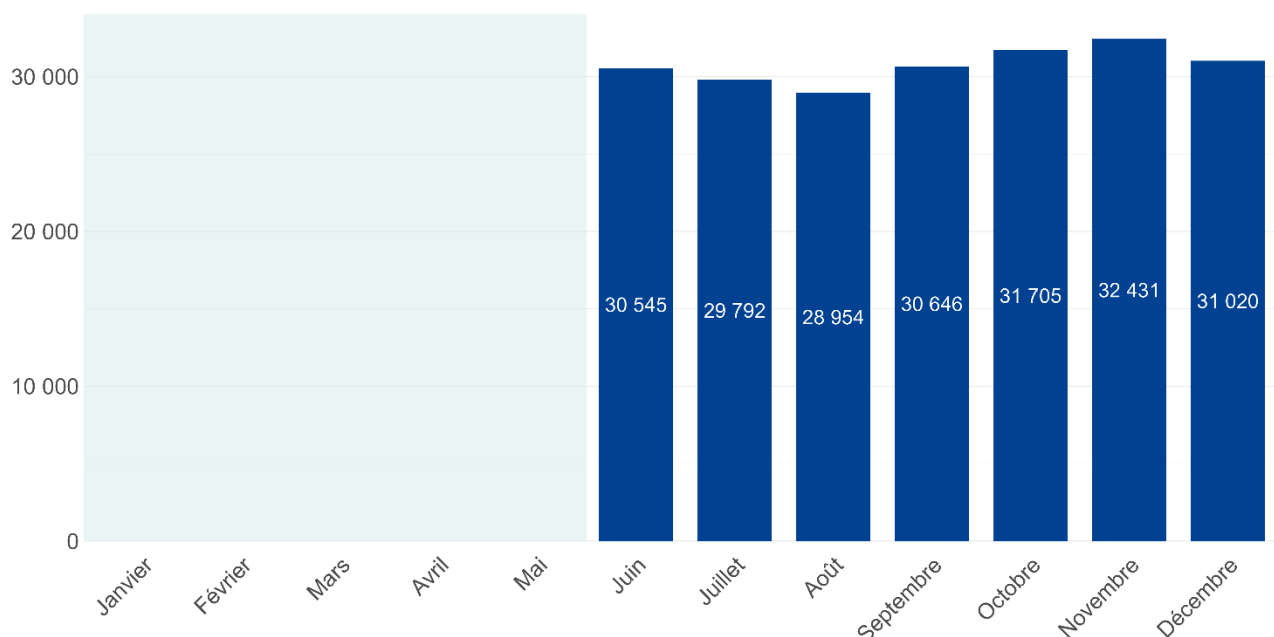


Le 3114 a pour vocation de répondre à toutes les personnes en situation de souffrance psychique qui sont en recherche d'aide. Ses missions sont l'écoute, l'évaluation de la crise suicidaire, l'intervention, l'urgence, l'orientation ou le suivi de crise. Le numéro est également accessible aux professionnels ayant besoin d'un avis spécialisé sur la crise suicidaire et à toute personne inquiète pour un proche de son entourage.

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. 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.

De juin à décembre 2024, 215 093 appels ont été reçus par les différents centres 3114 répartis sur le territoire, soit une moyenne de 17 924 appels par mois.

Figure 17 - Évolution du nombre mensuel d'appels reçus par les centres 3114, France entière, 2024



Une modification technique survenue courant 2024 ne permet pas de présenter les données pour les mois de janvier à mai.

Source : Numéro national de prévention du suicide 3114

Plus d'informations sur le 3114 : [site internet du 3114](https://www.3114.fr).

Entrées dans Vigilans



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 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 » et de personnels administratifs. La veille consiste en un recontact téléphonique du patient 10 à 20 jours après sa sortie de l'hôpital s'il est réitérant et entre 3 et 6 mois pour l'ensemble des patients. Lorsque le patient n'est pas joignable, 4 cartes postales personnalisées lui sont envoyées à un mois d'intervalle. Des appels intermédiaires peuvent être programmés par les vigilanseurs en fonction de l'évaluation de la situation du patient. Ce dernier peut également contacter directement l'équipe Vigilans quand il le souhaite. Le médecin généraliste du patient, et son psychiatre le cas échéant, sont informés de l'entrée du patient dans le dispositif. En cela, il s'inscrit en parallèle des soins de première ligne. L'évaluation de Santé publique France réalisée sur la période 2019-2023 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 (plus d'infos : [site internet de Santé publique France](#) et [publication scientifique dans le JAMA Network Open](#)).

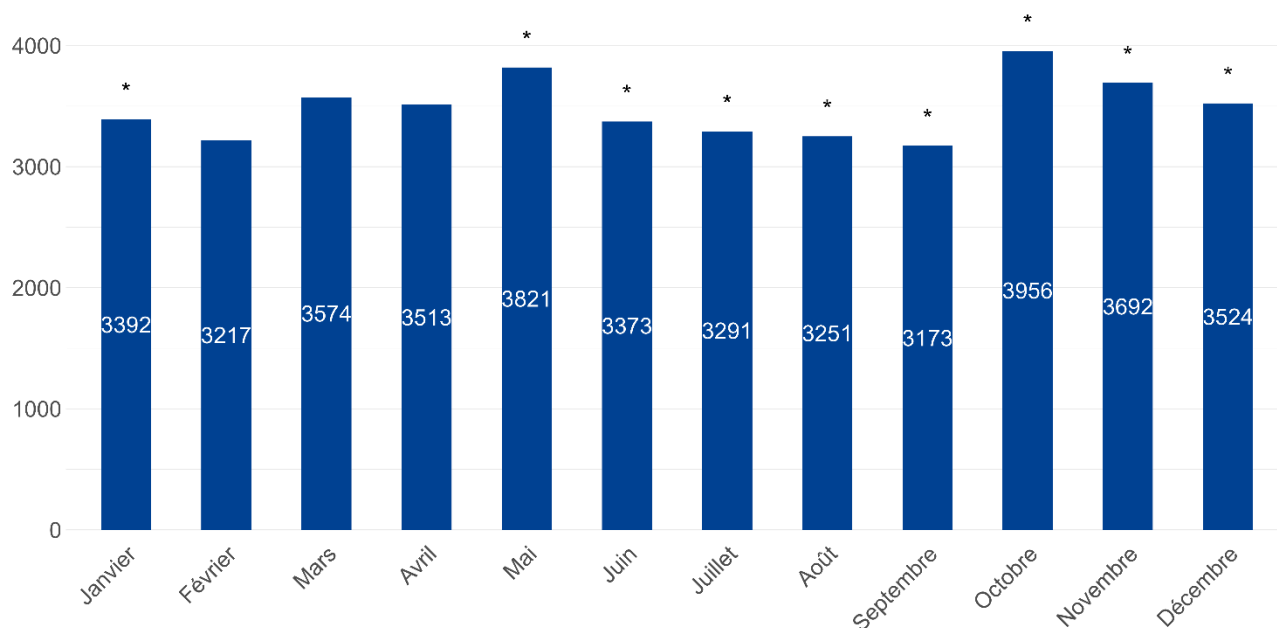
En 2024, Vigilans était déployé dans 17 régions dont 4 régions d'Outre-mer (hors Mayotte) et dans 99 départements. Entre 1 et 4 centres coordinateurs participaient par région au dispositif, et ces derniers ont ouverts entre février 2015 et novembre 2022. Au cours de l'année 2024, 41 777 personnes sont entrées dans Vigilans au niveau national (total potentiellement sous-estimé en l'absence de remontées de données de l'ensemble des centres sur certains mois), soit une inclusion moyenne de 3 481 personnes par mois.

Figure 18 – Centres coordinateurs Vigilans par région, France entière, 2024



Note : La région PACA possède un second centre non représenté sur la carte dédié à la prise en charge des mineurs sur la région.

Figure 19 - Évolution du nombre mensuel d'entrées dans le dispositif Vigilans, France entière, 2024



* Certains centres Vigilans n'ont pas renvoyé de données pour ce mois.

Source : Centres Vigilans

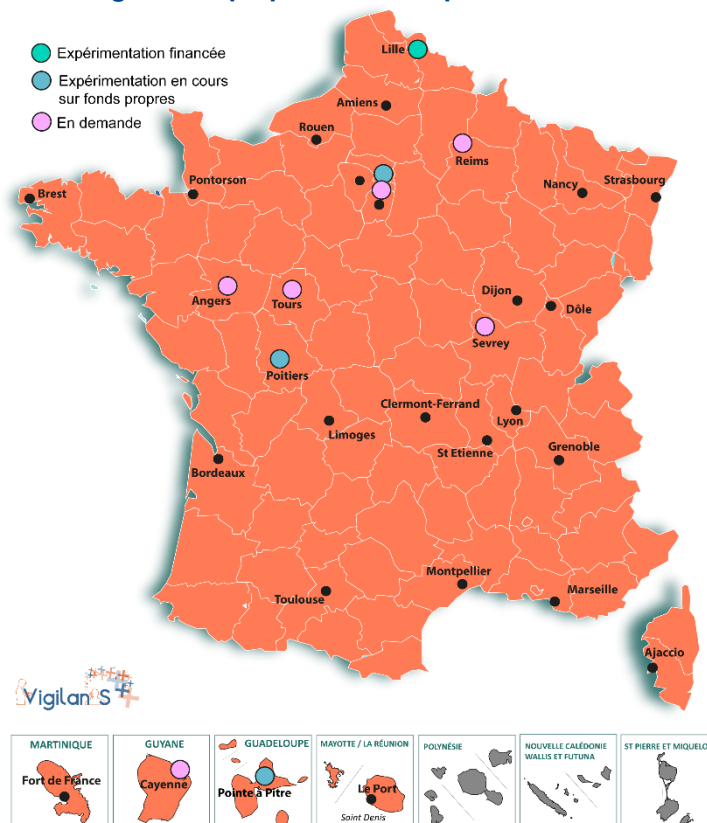
Vigilans en milieu carcéral – Vigilans-Prison

La population des personnes incarcérées est fortement concernée par la problématique du suicide. Un travail de surveillance de Santé publique France, a montré qu'à âge égal, le taux annuel de décès par suicide était 10 fois plus élevé pour les hommes (174 pour 100 000 hommes) et 40 fois plus élevé pour les femmes (231 pour 100 000 femmes) en prison qu'en population générale ([plus d'informations sur ces résultats](#)).

Face à ce constat, une expérimentation de l'implémentation du dispositif Vigilans a été lancée en 2021 par l'Agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France en partenariat avec la Direction générale de la santé (DGS) et l'Administration pénitentiaire dans deux établissements pénitentiaires de Lille rejoins ensuite par plusieurs autres établissements de la région. L'évaluation réalisée en janvier 2025 sur 5 établissements du nord de la France (cf. [rapport d'évaluation de l'expérimentation](#)) a démontré la faisabilité du dispositif, mais ne permet pas encore de conclure à son efficacité, un plus grand nombre de données, collectées à l'échelle individuelle, et sur une période de suivi prolongée, étant nécessaire. Le dispositif Vigilans-Prison repose uniquement sur l'envoi de cartes postales au détenu et sur un échange épistolaire. Lorsque le détenu est libéré, un kit « sortant » lui est remis. Il contient une carte ressource Vigilans et une lettre d'information, lui expliquant comment solliciter le dispositif Vigilans par téléphone si nécessaire.

En parallèle de l'expérimentation dans les Hauts-de-France, d'autres centres pénitentiaires et d'autres centres Vigilans hexagonaux et ultra-marins ont exprimé leur volonté d'implanter également le dispositif Vigilans-prison. Dans le cadre d'un partenariat avec l'ARS et l'administration pénitentiaire, certains centres Vigilans ont mis en place le dispositif dès 2024 sur leur fonds propres.

Figure 20 – Carte des centres Vigilans impliqués dans l'expérimentation en milieu carcéral



Source : Mission nationale d'appui Vigilans

Méthodologie

Baromètre de Santé publique France



Mis en place dans les années 1990 et aujourd'hui portés par Santé publique France, les Baromètres de Santé publique France abordent les opinions, les connaissances et les habitudes en lien avec la santé de la population en France, dont notamment les conduites suicidaires. Ces enquêtes déclaratives et répétées, constituent un complément indispensable aux systèmes de surveillance fonctionnant en continu, notamment ceux basés sur l'activité du système de santé (OSCOUR®, SNDS PMSI-MCO, SNDS CépiDc). Elles permettent de fournir des prévalences sur les pensées suicidaires et tentatives de suicide déclarées en population générale. [Plus d'informations sur le Baromètre de Santé publique France.](#)

Ce bulletin présente une estimation en 2024 de la prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide déclarées de la population des 18-79 ans résidant en France (hors Mayotte, Saint-Martin et Saint-Barthélemy).

Pour ce faire, 3 questions du Baromètre de Santé publique France 2024 ont été analysées. Pour les pensées suicidaires, la question était : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? ». Pour les tentatives de suicide, les questions étaient les suivantes : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? » et « Votre dernière tentative de suicide a-t-elle eu lieu au cours des 12 derniers mois ? ». Les répondants avaient la possibilité de ne pas répondre en première intention à ces questions. Au total, 6,9 % des répondants de l'enquête n'avaient pas répondu ou répondu « Ne sait pas » à au moins une de ces 3 questions. Il a donc été décidé d'imputer les valeurs manquantes selon la méthode des plus proches voisins.

Un panorama plus détaillé des résultats de l'édition 2024 du Baromètre de Santé publique France aux niveaux national et régional sera publié par Santé publique France en décembre 2025.

Passages aux urgences pour geste auto-infligé à partir des données OSCOUR® - Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences

Les données de passages aux urgences sont issues du réseau OSCOUR® qui compte près de 700 services d'urgences générales (seuls 2 services d'urgences psychiatriques participent au dispositif) participants en 2024 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 %.

Les passages pour geste auto-infligé sont identifiés parmi l'ensemble des passages aux urgences avec un ensemble de codes diagnostics de la Classification internationale des maladies-10^e révision (CIM-10), qu'ils soient en diagnostic principal ou diagnostics associés. Les codes sélectionnés en lien avec un geste auto-infligé étaient ceux pour auto-intoxications et lésions auto-infligées – codes X60 à X84, hors X65 - auto-intoxication par l'alcool et l'exposition à l'alcool, et séquelles d'une lésion auto-infligée – code Y870 ; ainsi que ceux pour intoxications médicamenteuses, effet toxique de pesticides et asphyxie d'intention non déterminée – codes T39, T42, T43, T50, T60 et T71.

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.

Les gestes auto-infligés sont difficiles à identifier dans les remontées de passages aux urgences, notamment parce que la circonstance de l'événement n'est pas forcément connue au moment de l'enregistrement. Cela peut donc conduire à la sous-estimation de l'effectif absolu de passages aux

urgences pour geste auto-infligé, sans forcément impacter la tendance de ces dernières années. Les diagnostics sont réalisés majoritairement par des urgentistes (non psychiatres) ; des disparités départementales voire régionales de codage des diagnostic sont possibles. Par ailleurs, il est à noter qu'un patient ne dispose pas d'un identifiant unique lors de son passage, rendant impossible l'identification de passages multiples liés à un même patient.

Note : En 2022, une modification technique d'un logiciel d'urgences (principalement utilisé en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et en Corse) a impacté le codage des diagnostics des passages aux urgences pour geste auto-infligé, entraînant ainsi une sous-estimation des effectifs dans ces deux régions et, dans une moindre mesure, au niveau national. Même si ce souci a été résolu en avril 2024, il a été décidé de ne pas présenter les données pour les régions PACA et Corse pour 2022, 2023 et 2024 (en l'absence de reprise des données) et d'exclure ces deux régions du total national. En effet, en 2023, 34 services d'urgence sur 50 en PACA utilisaient ce logiciel, et représentaient 75 % des passages aux urgences de la région. En Corse, en 2023, 100 % des services d'urgence utilisaient ce logiciel. Des services d'urgences situés dans d'autres régions (11 en Nouvelle Aquitaine, 9 en Occitanie, 1 en Normandie et 1 en Bourgogne-Franche-Comté) sont certes concernés mais ne semblent pas impactés pour le suivi de cet indicateur.

Plus d'informations sur OSCOUR®.

Hospitalisations pour geste auto-infligé à partir des données du SNDS PMSI-MCO

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 + DOM). Les séjours au sein des établissements psychiatriques étant recueillis dans une autre base, ils ne sont pas considérés dans ce bulletin et peuvent donc expliquer des disparités territoriales.

L'acte de geste auto-infligé est défini dans le PMSI-MCO comme un empoisonnement ou une blessure traumatique qu'un individu s'inflige délibérément, regroupés sous les codes X60 à X84 dans le sous-chapitre « blessures auto-infligées » du chapitre XX de la CIM-10 consacré aux causes externes de mortalité et de morbidité. Cet indicateur intègre à la fois les blessures auto-infligées en rapport avec une volonté de mourir (tentatives de suicide) mais aussi celles provoquées pour une autre raison (automutilations par exemple) sans possibilité de les distinguer. Tous les séjours avec un diagnostic associé pour geste auto-infligé (X60-X84) ont été sélectionnés, un geste auto-infligé ne pouvant être codé en diagnostic principal. Ce bulletin présente des indicateurs basés sur les séjours hospitaliers et non les patients eux-mêmes pouvant faire l'objet de plusieurs hospitalisations pour geste auto-infligé au cours d'une même année.

La modalité du geste auto-infligé a été déterminée à partir des diagnostics associés identifiés pour chaque séjour hospitalier :

- X60-X64 : Intoxication médicamenteuse volontaire ;
- X65 : Auto-intoxication par l'alcool et l'exposition à l'alcool ;
- X66-X69 : Autres auto-intoxications, soit auto-intoxications au gaz, aux produits chimiques ou aux solvants ;
- X70 : Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation ;
- X71 : Lésion auto-infligée par noyade et submersion ;
- X72-X74 : Lésion auto-infligée par arme à feu ;
- X75-X77 : Lésion auto-infligée par exposition au feu, aux flammes ou aux fumées ;
- X78 : Lésion auto-infligée par objet tranchant ;
- X79 : Lésion auto-infligée par objet contondant ;
- X80 : Lésion auto-infligée par saut dans le vide ;
- X81-X82 : Lésion auto-infligée par collision intentionnelle ;

- X83-X84 : Lésion auto-infligée par d'autres moyens non précisés.

Plusieurs diagnostics de lésions auto-infligées pouvant être codés pour un même séjour, les modalités ne sont donc pas exclusives. Parmi les modalités, ont été distinguées les modalités considérées comme violentes des modalités non-violentes.

Note : Afin de s'assurer d'un décompte au plus près de la réalité, un travail a été mené sur les données afin de dé-doublonner les séjours hospitaliers selon les critères suivants : 1) suppression des séjours en erreur et des séjours sans chaînage intra-séjour valide ; 2) suppression des séjours consécutifs à un transfert ou une mutation pour un même patient pour les mêmes motifs (dans ce cas, seule l'hospitalisation initiale est conservée) ; 3) suppression des séjours pour lesquels le patient ne réside pas en France (Hexagone + DROM).

De plus, pour un très petit nombre de personnes, le nombre de séjours dans l'année pour geste auto-infligé était important (plus d'un par mois). Cependant, cela peut avoir un impact notable, par exemple, sur le sous-groupe des jeunes filles de 11 à 24 ans auquel appartient la majorité de ces cas. Après vérification des informations à disposition dans le PMSI-MCO, il apparaît que ces séjours ne correspondent pas à une hospitalisation princeps pour traitement d'un geste auto-infligé, mais à un suivi post-geste. Ainsi, le critère suivant a été ajouté dans les critères de dé-doublonnage : suppression des séjours avec un diagnostic principal commençant par Z et associés à un code homogène de maladies (GHM) « 19M21Z » (Explorations et surveillance pour maladies et troubles mentaux) ou « 23M06T » (Autres facteurs influant sur l'état de santé, très courte durée) exceptée la première occurrence au cours de l'année considérée.

Décès par suicide à partir des données du SNDS CépiDc

Les données de décès par suicide proviennent de la base du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) mise à disposition dans le SNDS.

Tous les décès avec une cause médicale initiale de geste auto-infligé (X60-X84, codes issus de la CIM-10) ont été sélectionnés.

La modalité du décès par suicide a été déterminée à partir du diagnostic utilisé pour coder la cause médicale initiale selon la même classification que celle utilisée pour les hospitalisations pour geste auto-infligé. Les modalités sont exclusives pour cet indicateur. Parmi les modalités, ont été distinguées les modalités considérées comme violentes des modalités non-violentes.

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. Par ailleurs, 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](#).

Note : Un filtre a été appliqué selon le critère suivant : suppression des décès pour lesquels le patient ne réside pas en France (Hexagone + DROM). Par ailleurs, le codage des causes de décès nécessitant un délai supplémentaire par rapport aux autres sources de données, les données des décès par suicide 2024 du CépiDc ne sont actuellement pas disponibles.

Classes d'âge utilisées

Les indicateurs ont été déclinés selon 6 classes d'âge : moins de 10 ans ; 11-17 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 2024 pour les données d'hospitalisation et de l'année 2023 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 de réidentification, les effectifs strictement inférieurs à 5 et différents de zéro ont été floutés, ainsi que les taux, proportions et totaux correspondants. Ce floutage explique que certains effectifs soient approximés.

Dates d'extraction des données

Les données ont été extraites le 14 août 2025 pour OSCOUR®, le 30 juillet 2025 pour le SNDS PMSI-MCO et le 1^{er} août 2025 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 et les équipes du Numéro national de prévention du suicide 3114.

Équipe de rédaction

Jonathan Roux, Philippe Pirard, Anne Moulin, Michel Vernay

Génération des indicateurs : Anne Fouillet, Christophe Léon, Jonathan Roux, les équipes du 3114 et la Mission Nationale d'Appui Vigilans

Pour nous citer : Surveillance annuelle des conduites suicidaires, bilan 2024. Bulletin. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 24 p., 10 octobre 2025.

Directrice de publication : Caroline Semaille

Dépôt légal : 10 octobre 2025

Contact : presse@santepubliquefrance.fr