

Surveillance annuelle des conduites suicidaires

Date de publication : 10 octobre 2025

GUADELOUPE

Points clés du bilan régional 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 6,3 %. Elle était de 4,4 % pour les tentatives de suicide déclarées au cours de la vie et de 1 % pour les tentatives de suicide déclarées au cours des 12 derniers mois.

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

- En 2024, 270 passages aux urgences pour geste auto-infligé ont été recensés, soit une part d'activité de 3,2 %, en progression de 4% par rapport à 2023.

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

- En 2024, 103 hospitalisations pour geste auto-infligé ont été dénombrées, soit un taux standardisé de 29 hospitalisations pour 100 000 habitants, en hausse par rapport à 2023 (+ 13 %).
- Chez les femmes, la classe d'âge des 11-24 ans présentait toujours le taux d'hospitalisation pour geste auto-infligé le plus élevé en 2024, notamment les adolescentes de 11 à 17 ans avec 153 hospitalisations pour 100 000 habitants.
- L'auto-intoxication médicamenteuse constituait le mode opératoire dans 43,5 % des séjours, et était le mode privilégié quel que soit le sexe.

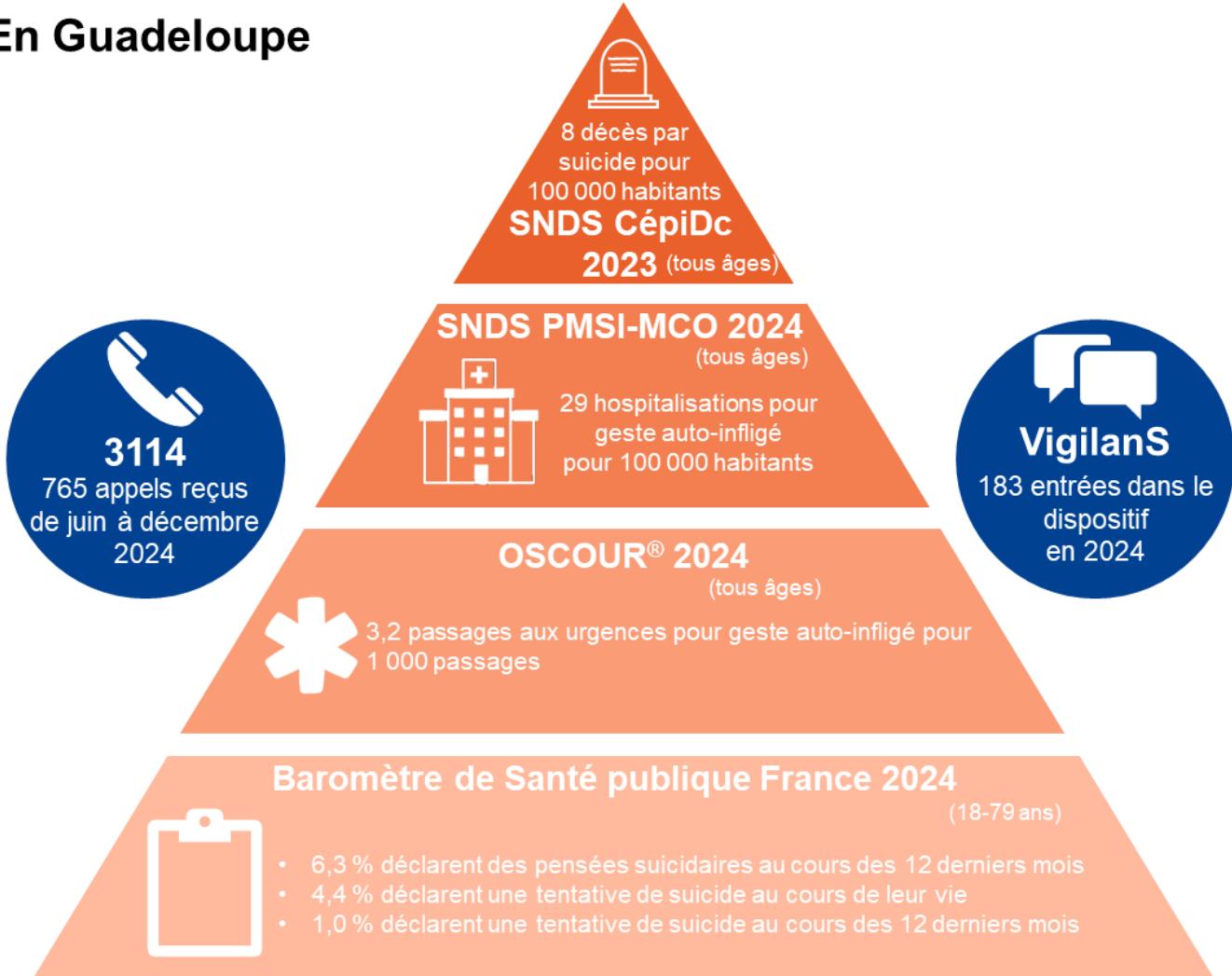
Décès par suicide (SNDS CépiDc 2023 – tous âges)

- En 2023, 31 décès par suicide ont été recensés, correspondant à un taux standardisé de 8 décès pour 100 000 habitants, en diminution par rapport à 2022 (- 14 %).
- Les hommes de 25-44 ans présentaient le taux de décès par suicide les plus élevés en 2023, avec un taux de décès de 23 pour 100 000 habitants.
- La modalité de décès par suicide la plus fréquemment enregistrée dans les certificats de décès était la pendaison chez les hommes (86%) ; chez les femmes, les modalités étaient plus variées avec des proportions identiques (*Intoxications Médicamenteuses volontaires, autres auto-intoxications (i.e : non-médicamenteuses, la pendaison, le saut dans le vide, « Autres-non précisés »)*).

Activité 2024 des dispositifs de prévention 3114 et VigilanS

- De juin à décembre 2024, le 3114, numéro national de prévention du suicide, a reçu 765 appels en provenance de la Guadeloupe.
- En 2024, 1 centre participait au dispositif de recontact et de veille de prévention de la réitération suicidaire VigilanS en Guadeloupe et 183 personnes sont entrées dans ce dispositif.

En Guadeloupe



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



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

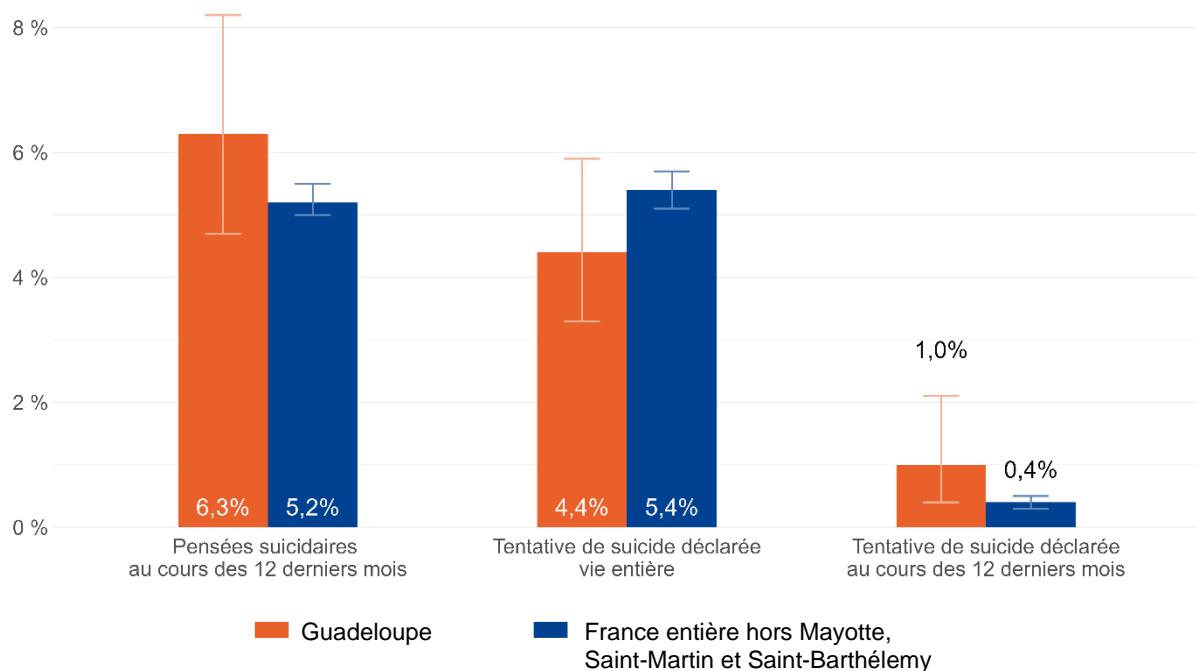
Le Baromètre de Santé publique France permet de décrire, en population générale, les opinions, les connaissances et les habitudes en lien avec la santé de la population vivant en France (Hexagone + DROM hors Mayotte, Saint-Martin, Saint-Barthélemy) et âgée de 18 à 79 ans. Les conduites suicidaires font 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), dont 1 491 domiciliées en Guadeloupe.

En 2024, 6,3 % (intervalle de confiance 95 %, IC95% = [4,7 % - 8,2 %]) des adultes de 18 à 79 ans habitant en Guadeloupe ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédent l'enquête, ce qui est comparable à la prévalence observée au niveau national (5,2 % [5,0 % - 5,5 %]). Concernant les tentatives de suicide déclarées au cours de la vie entière, la prévalence s'élevait à 4,4 % [3,3 %-5,9 %], comparable à celle du niveau national (5,4 % [5,1 %-5,7 %]). Enfin, 1,0 % [0,4 %-2,1 %] des adultes de 18 à 79 ans résidant en Guadeloupe ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois, ce qui est supérieur à la prévalence nationale : 0,4 % [0,3 %-0,5 %].

Figure 1 - Prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et des tentatives de suicide déclarées au cours des 12 derniers mois et vie entière, chez les 18-79 ans, Guadeloupe et France entière hors Mayotte, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, 2024



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.

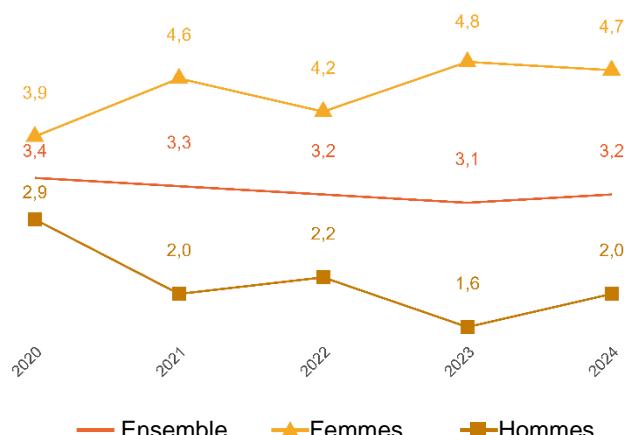
Passages aux urgences pour geste auto-infligé

Le nombre de passages aux urgences pour geste auto-infligé en Guadeloupe était en augmentation en 2024 avec 270 passages recensés (+ 12 % par rapport à 2023), tout comme pour la France entière (hors PACA et Corse) : + 4 % par rapport à 2023, soit 77 041 passages. Les passages aux urgences pour geste auto-infligé représentaient une part d'activité de 3,2 % au sein des services d'urgence de Guadeloupe, en hausse de + 4 % par rapport à 2023 (4,5 % au niveau national, soit une baisse de 1 % par rapport à 2023). Parmi l'ensemble des passages pour geste auto-infligé, un peu plus du quart (25,9 %) étaient suivis par une hospitalisation.

Comme au niveau national, près de 2 passages sur 3 concernaient des femmes (68,1 %). Les 18-24 ans et les 11-17 ans étaient les classes d'âge avec les parts d'activité les plus élevées chez les femmes (respectivement 16,5 % et 10,0 %). Ils étaient respectivement égaux à 14,1 % et 17,8 % au niveau national. Chez les hommes, les 18-24 ans et les 25-44 ans étaient les plus représentés avec respectivement 4,6 % et 3,4 % (respectivement 5,2 % et 4,6 % au niveau national).

Entre 2020 et 2024, la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé a progressé chez les femmes, passant de 3,9 % (2020) à 4,7 % (2024). Chez les hommes, cette part a légèrement diminué (2,9 % en 2020 vs 2 % en 2024).

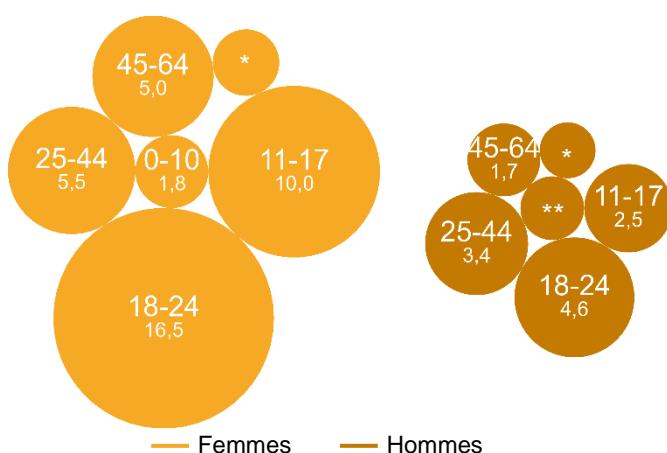
Figure 2 - Évolution de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (%), par sexe, Guadeloupe, 2020-2024



La pandémie de Covid-19 peut avoir impacté les indicateurs des années 2020 et 2021 en Guadeloupe.

Source : OSCOUR®

Figure 3 – Part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (%) par classe d'âge et sexe, Guadeloupe, 2024

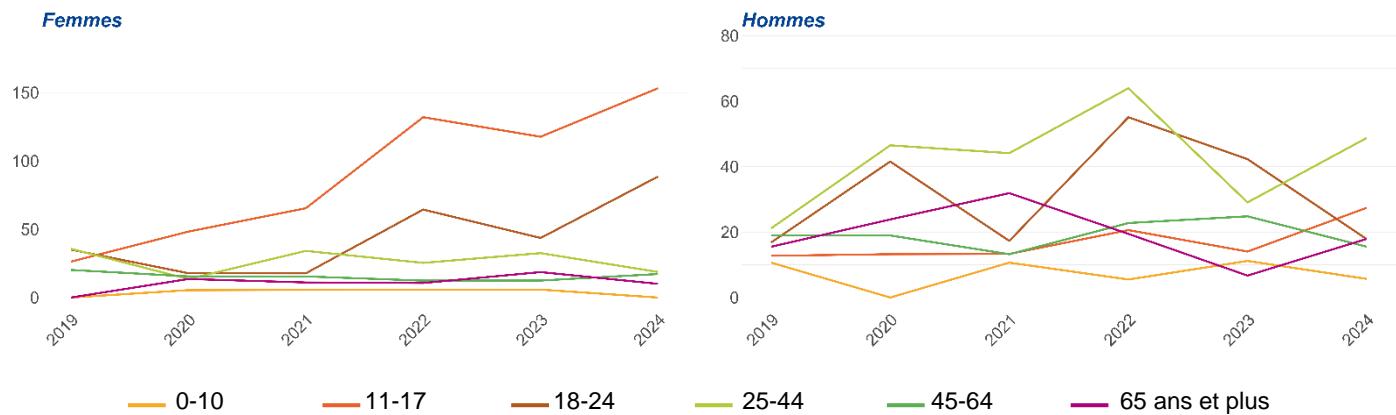


Les cercles vides correspondent à des parts d'activité inférieures à 1,7 % chez les hommes de 0-10 ans (**) et 1,5 % chez les femmes et les hommes de 65 ans et plus (*).

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®

Figure 4 - Évolution de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (%) par classe d'âge et sexe, Guadeloupe, 2020-2024



La pandémie de Covid-19 peut avoir impacté les indicateurs des années 2020 et 2021 en Guadeloupe.

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®

Hospitalisations pour geste auto-infligé

Le nombre d'hospitalisations pour geste auto-infligé (HGAI), comprenant les tentatives de suicide et les automutilations, en Guadeloupe était en augmentation en 2024, avec 103 hospitalisations recensées (+ 10 % par rapport à 2023). Ce nombre correspondait à un taux standardisé de 29 hospitalisations pour 100 000 habitants (+ 13 % par rapport à 2023), nettement inférieur à celui de la France entière (Hexagone + DROM) égal à 142 hospitalisations pour 100 000 habitants (+ 6 % par rapport à 2023). Cette hausse observée en 2024 par rapport à 2023, concernait principalement les hommes (passant de 22 à 27 hospitalisations pour 100 000 hommes) ; chez les femmes, ce taux était relativement stable (passant de 30 à 31 hospitalisations pour 100 000 femmes). Le taux standardisé d'hospitalisations (hommes et femmes) a augmenté de plus de 10 points entre 2019 et 2024, passant de 18/100 000 à 29/100 000).

Comme au niveau national, près de 2 HGAI sur 3 concernaient des femmes. Chez ces dernières, les taux les plus élevés étaient observés chez les 11-17 ans et les 18-24 ans avec des taux respectivement égaux à 153 et 89 hospitalisations pour 100 000 femmes (respectivement 674 et 424 pour 100 000 au niveau France entière), largement supérieurs aux autres classes d'âge. Chez les hommes, les 25-44 ans et les 11-17 ans présentaient les taux d'hospitalisations les plus élevés avec respectivement 49 et 27 hospitalisations pour 100 000 hommes (respectivement 152 et 96 pour 100 000 au niveau France entière).

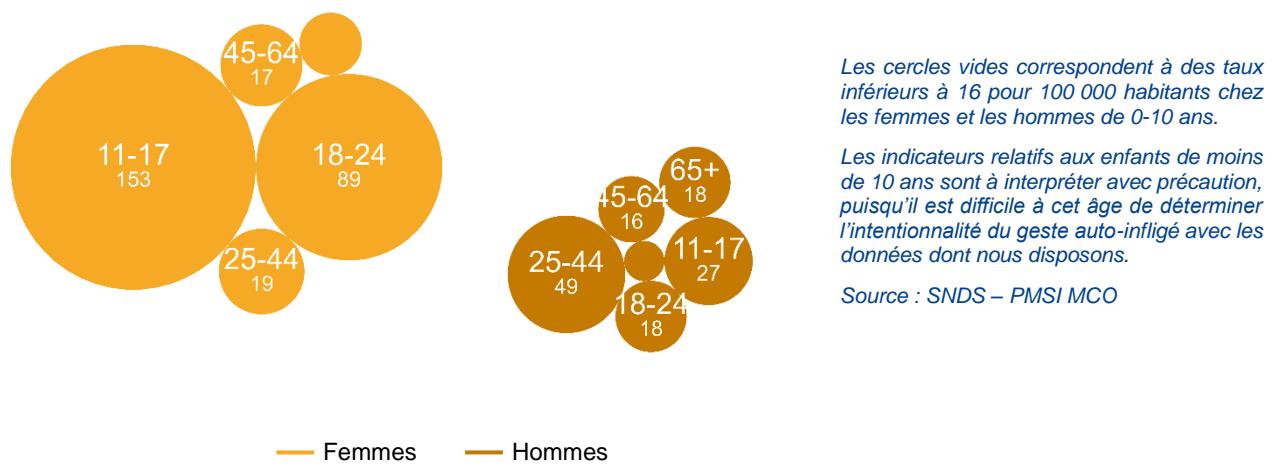
La hausse des taux chez les jeunes filles et femmes de 11 à 24 ans est observée depuis 2021 et semble se poursuivre en 2024, alors que les taux étaient relativement stables pour les autres classes d'âge. Chez les hommes, on observe une légère remontée des taux chez les 11-17 ans, 25-44 ans et les 65 ans et plus en 2024.

Figure 5 - Évolution du taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants, par sexe, Guadeloupe, 2019-2024



La pandémie de Covid-19 peut avoir impacté les indicateurs des années 2020 et 2021.
Source : SNDS – PMSI MCO

Figure 6 - Taux bruts d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, Guadeloupe, 2024

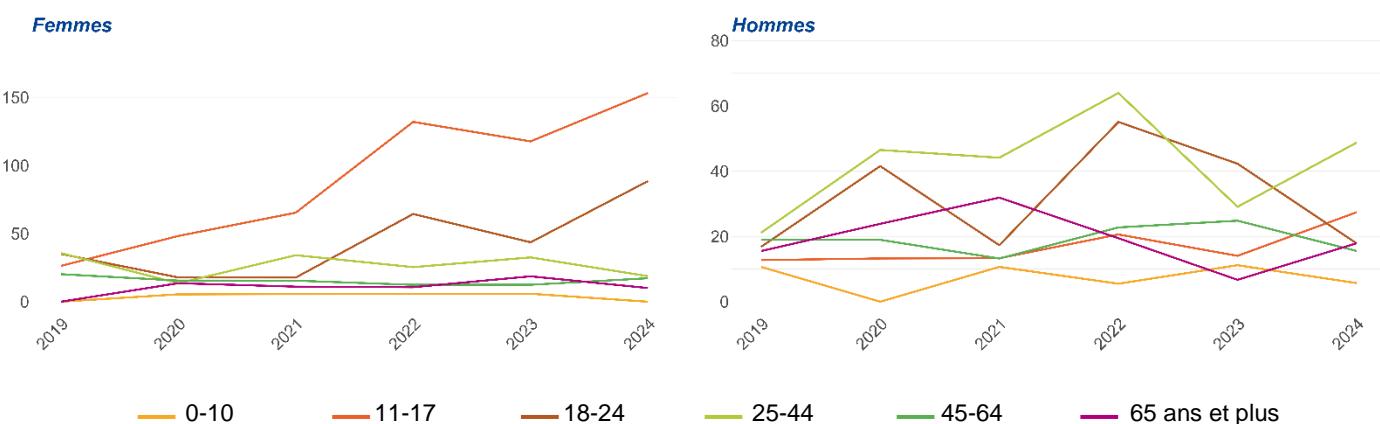


Les cercles vides correspondent à des taux inférieurs à 16 pour 100 000 habitants chez les femmes et les hommes de 0-10 ans.

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 – PMSI MCO

Figure 7 - Évolution du taux brut d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, Guadeloupe, 2019-2024



La pandémie de Covid-19 peut avoir impacté les indicateurs des années 2020 et 2021.

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 – PMSI MCO

La modalité de HGAI la plus fréquemment recensée (tous sexes) dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse avec 43,5 % des séjours (77,2 % en France entière). Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, « Autres auto-intoxications » (15,5 %), les « Objets tranchants» (13,5 %) et Autres - non précisés (12,1 %). L'auto-intoxication médicamenteuse était plus fréquemment utilisées par les femmes et les hommes. Les hommes ont utilisé plus fréquemment que les femmes les auto-intoxications par d'autres produits (i.e. non médicamenteux).

Tableau 1 - Répartition (%) des modalités d'hospitalisations pour geste auto-infligé par sexe, Guadeloupe, 2024

<i>Femmes</i>			<i>Hommes</i>		
Modalité	Effectif	Proportion	Modalité	Effectif	Proportion
IMV	32	52 %	IMV	13	31 %
Autres auto-intoxications	7	12 %	Autres - non précisés	10	24 %
Objet tranchant	6	10 %	Autres auto-intoxications	9	21 %
Alcool	2	4 %	Objet tranchant	8	19 %
Objet contondant*	2	4 %	Alcool	2	6 %
Pendaison*	2	4 %	Pendaison*	2	6 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	2	4 %	Collision intentionnelle*	2	6 %
Saut dans le vide*	2	4 %	Objet contondant*	0	0 %
Collision intentionnelle*	2	4 %	Noyade*	0	0 %
Autres - non précisés	2	4 %	Armes à feu*	0	0 %
Noyade*	0	0 %	Exposition aux fumées ou aux flammes*	0	0 %
Armes à feu*	0	0 %	Saut dans le vide*	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 – PMSI MCO

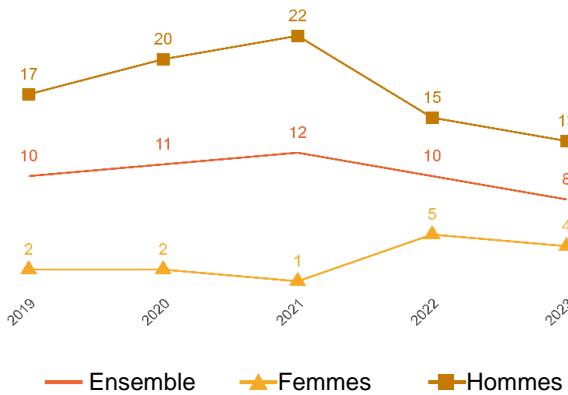
Décès par suicide

Le nombre de décès par suicide en Guadeloupe était en diminution en 2023 avec 31 décès (-14 % par rapport à 2022), tout comme en France entière avec 8 848 décès (-4 %). Ce nombre correspond à un taux standardisé de 8 décès pour 100 000 habitants (-14 % par rapport à 2022), inférieur à celui de la France entière (Hexagone + DROM) égal à 13 pour 100 000 habitants (-4 % par rapport à 2022). Comparé aux années précédentes, le taux standardisé de décès des hommes diminuait, passant de 17 à 13 décès pour 100 000 hommes. Chez les femmes, ce taux a augmenté, passant de 2 décès à 4 pour 100 000 femmes).

Comme au niveau national, 3 décès sur 4 concernaient des hommes. Chez ces derniers, les 25-44 ans et les 45-64 ans étaient les classes d'âge présentant les taux les plus élevés avec respectivement 23 et 19 décès pour 100 000 hommes (respectivement 20 et 29 pour 100 000 hommes au niveau France entière). Chez les femmes, les effectifs étant faibles, aucune classe d'âge n'apparaît prédominante.

Chez les hommes, on observe une baisse en 2023 des décès par suicide chez les plus de 65 ans alors qu'une hausse quasi continue était constatée depuis 2019. Aucune tendance ne peut être donnée chez les femmes compte-tenu des faibles effectifs.

Figure 8 - Évolution du taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants, Guadeloupe, 2019-2023



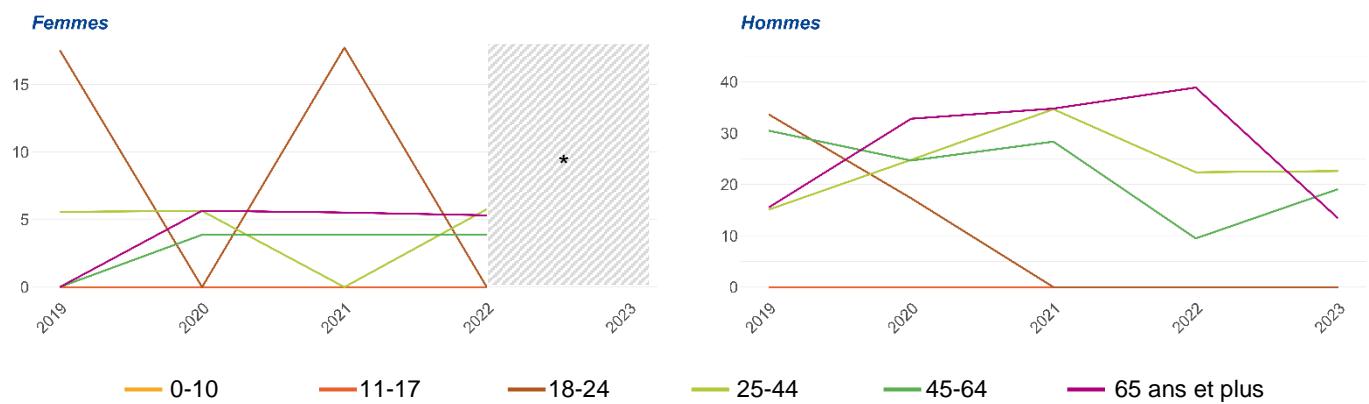
La pandémie de Covid-19 peut avoir impacté les indicateurs des années 2020 et 2021.

Source : SNDS - CépiDc

Figure 9 - Taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants par classe d'âge chez les hommes et sexe, Guadeloupe, 2023



Figure 10 - Évolution du taux brut de décès par suicide pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, Guadeloupe, 2019-2023



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

* En raison des effectifs très faibles de décès par suicide chez les femmes et d'un potentiel risque de réidentification, les données pour les femmes ne sont pas présentées en 2023.

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

Chez les hommes, la première modalité de suicide enregistrée en Guadeloupe était la pendaison (86%) ; Chez les femmes les modalités de décès par suicide étaient différentes ; on retrouvait les Intoxications Médicamenteuses volontaires, les autres auto-intoxications (i.e : non-médicamenteuses, la pendaison, le saut dans le vide et « Autres-non précisés »).

Activité des dispositifs de prévention 3114 et Vigilans

Appels reçus au 3114 - numéro national de prévention du suicide

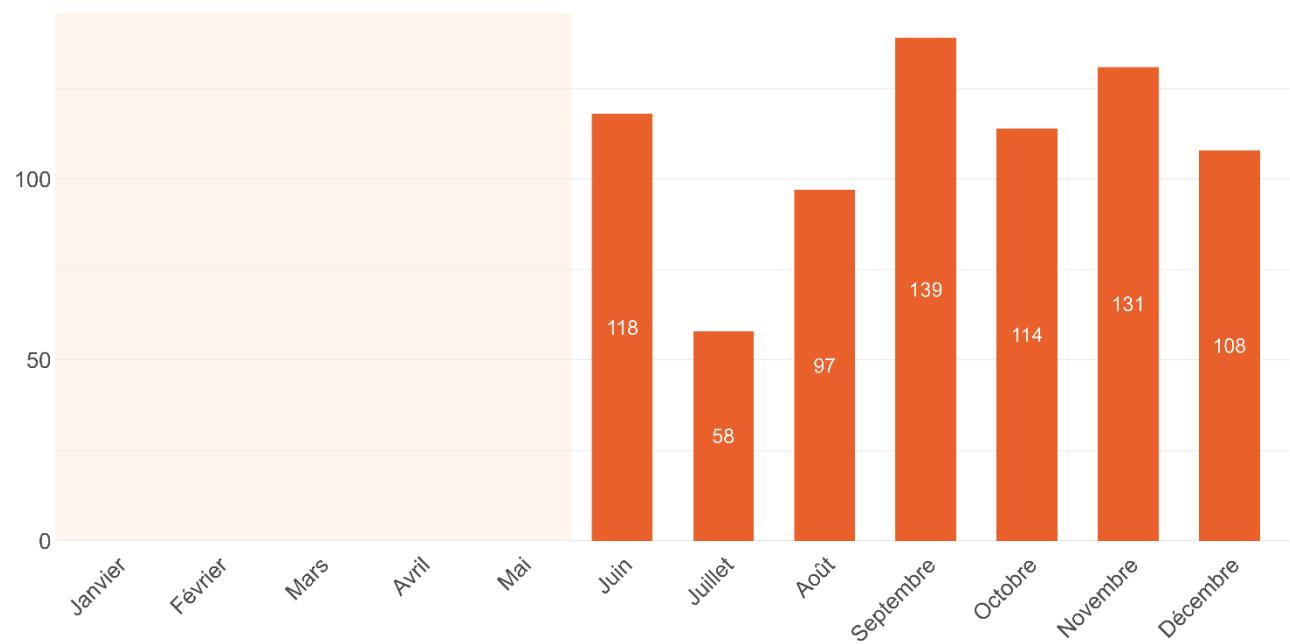
Le 3114 est le numéro national de prévention du suicide. Opérationnelle depuis le 1^{er} octobre 2021, cette ligne est confidentielle et accessible gratuitement 24h/24h et 7j/7j en Hexagone et en Outre-mer. Les répondants sont des infirmiers ou des psychologues formés à la gestion de la crise suicidaire sous la supervision d'un médecin spécialiste.



Le 3114 a 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 une personne 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.

Un centre répondant est basé en Guadeloupe et reçoit des appels depuis le mois de mars 2024. De juin à décembre 2024, 215 093 appels ont été reçus par le 3114 au niveau national, dont 765 gérés par le centre basé en Guadeloupe, soit une moyenne de 109 appels par mois.

Figure 11 - Évolution du nombre mensuel d'appels reçus par le centre 3114 de Guadeloupe, 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](http://www.3114.fr).

Entrées dans VigilanS

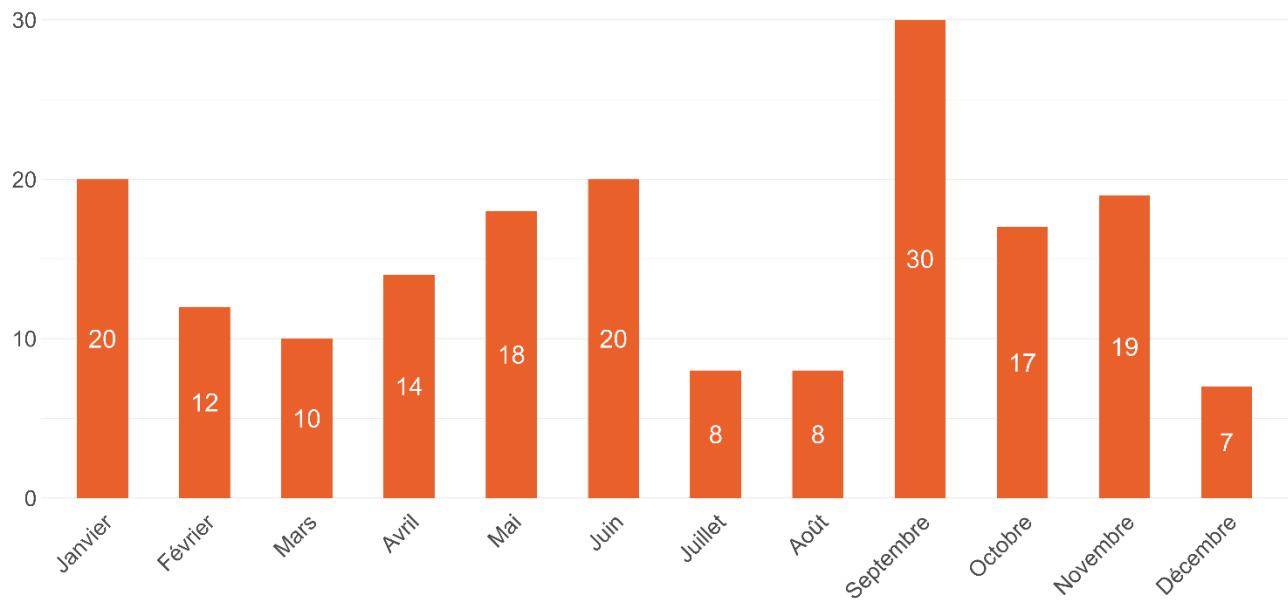


Lancé en 2015, VigilanS est un dispositif de recontact et de veille post-hospitalier de prévention de la réitération suicidaire. Il est proposé aux personnes suicidantes après leur passage aux urgences ou leur hospitalisation.

Une fois entrés dans le dispositif, les patients bénéficient d'une veille de la part d'une équipe dédiée composée d'un médecin, de « vigilanceurs » 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 à 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 vigilanceurs 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 en 2023 montre que le risque de réitération suicidaire est réduit de près de 40 % pour les patients inclus dans VigilanS comparativement à un groupe de patients non inclus dans ce dispositif (plus d'infos : [site internet de Santé publique France](#) et [publication scientifique dans le JAMA Network Open](#)). Les données d'entrées dans VigilanS sont issues du dispositif VigilanS.

En 2024, VigilanS est déployé dans 17 régions dont 4 régions d'Outre-mer (hors Mayotte) et dans 99 départements. En Guadeloupe, 1 centre coordinateur, situé à Baie-Mahault et ouvert en février 2022, participe au dispositif VigilanS. Au cours de l'année 2024, 41 777 personnes sont entrées dans VigilanS, dont 183 en Guadeloupe, soit une inclusion moyenne de 15 personnes par mois dans la région.

Figure 12 - Évolution du nombre mensuel d'entrées dans le dispositif VigilanS, Guadeloupe, 2024



Source : Centres VigilanS

Actions en région

Sentinelles

Le dispositif Sentinelles repose sur l'engagement volontaire de personnes formées pour détecter et signaler les situations de harcèlement. Les sentinelles sont supervisées régulièrement par un professionnel de santé spécialisé référent sur le territoire.

24 sentinelles ont été formées au sein du milieu agricole (agents de la MSA). Une formation est en cours au sein de l'université des Antilles où plusieurs étudiants seront des sentinelles.

COPIL Prévention du suicide

Ce Comité de Pilotage territorial a été mis en place en février 2023 par l'ARS et réunit tous les acteurs de terrains sensibilisés au suicide. Il est réuni deux fois par an et présente tous les travaux réalisés sur cette thématique ainsi que les avancées pour améliorer la prévention du suicide en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélémy.

JIPS

La Guadeloupe participe activement à la journée du 10 septembre (Journée internationale de prévention du suicide) ainsi qu'à la journée nationale de prévention du suicide (début février).

En 2024, des réalisations artistiques ont été réalisées par des jeunes en partenariat avec la maison des adolescents de Guadeloupe. En 2025, des tables rondes ont eu lieu, ouvertes aux grands publics en présence d'expert en suicidologie.

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 différents comportements et attitudes de santé 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), et en Guadeloupe. Aucune évolution des tendances n'est présentée dans ce bulletin.

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 %. En Guadeloupe, tous les services d’urgences transmettent leurs données à Santé publique France avec un taux de codage des diagnostics médicaux de 80 % en 2024.

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. Nous souhaitons également rappeler que les diagnostics sont réalisés majoritairement par des urgentistes pouvant conduire à des disparités départementales voire régionales. 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 + DROM). 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 au 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 malades (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 Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Guadeloupe et Iles du Nord, 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

Marc Ruello, Jacques Rosine

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 Guadeloupe. Saint-Maurice : Santé publique France, 17 p., 10 octobre 2025.

Directrice de publication : Caroline Semaille

Dépôt légal : 10 octobre 2025

Contact : antilles@santepubliquefrance.fr