Bulletin

Santé mentale

Santé publique France

Date de publication : 26.11.2026

ÉDITION OCCITANIE

Parlons santé mentale! GRANDE CAUSE NATIONALE

Surveillance des conduites suicidaires

Bilan 2025

Points-clés

Passages aux urgences pour Geste Auto-Infligé (PGAI)

- En 2025, 8 606 passages aux urgences pour geste auto-infligé sont retrouvés dans les passages aux urgences (+ 1 000 passages par rapport à 2021), soit une part d'activité de 5,1 ‰, (stable par rapport à 2021).
- De fortes disparités territoriales étaient observées : de 2,9 ‰ en Lozère à 10,3 ‰ dans le Tarn-et-Garonne, avec une augmentation de cette part dans tous les départements, sauf la Lozère et le Gard.
- Quelle que soit la classe d'âge, hormis les moins de 10 ans, la part d'activité pour PGAI est largement supérieure chez les femmes que chez les hommes.
- L'augmentation est plus marquée chez les femmes que chez les hommes ainsi que chez les jeunes de 11-17 ans ou 18-24 ans.

Hospitalisations pour Geste Auto-Infligé (HGAI)

- En 2025, 7 835 hospitalisations pour geste auto-infligé (HGAI) étaient recensées (+ 1 600 HGAI par rapport à 2021), soit un taux standardisé de 128 HGAI pour 100 000 habitants (+ 24 % par rapport à 2021).
- De fortes disparités territoriales étaient observées avec un taux standardisé d'HGAI allant de moins de 100 hospitalisations pour 100 000 habitants pour la Haute-Garonne à plus de 200 pour le Tarn-et-Garonne, l'offre de soins pouvant influencer ces disparités. Une augmentation du taux standardisé était constatée pour tous les départements, sauf l'Ariège.
- 2 HGAI sur 3 concernaient des femmes et plus d'1 HGAI sur 3 des jeunes de 11 à 24 ans.
- Chez les femmes, les taux étaient plus importants chez les 11-24 ans et étaient en augmentation sur la période 2021-2025.
- Chez les hommes, les taux les plus importants étaient observés chez les 18-44 ans, en augmentation également.
- Dans plus des trois quarts des HGAI en 2025, le moyen utilisé était l'intoxication médicamenteuse volontaire, suivi des objets tranchants dans plus de 10 % des situations, chez les femmes comme chez les hommes.

En partenariat avec :

Sécurité sociale – L'Assurance Maladie, Agir ensemble, protéger chacun

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

3114 – NUMÉRO NATIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE

VigilanS

Décès par suicide

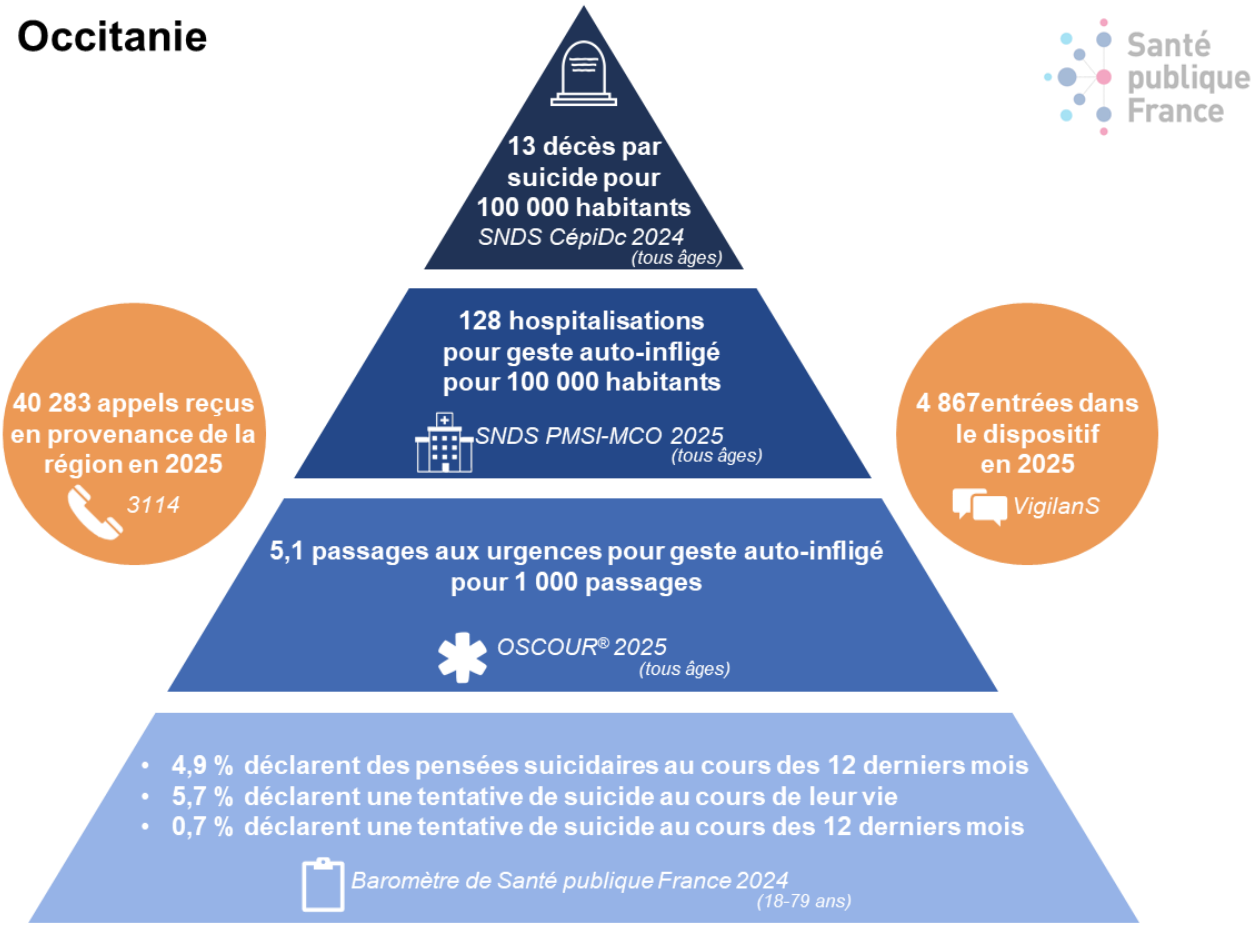
- En 2024 (dernières données disponibles pour cette source), 810 personnes sont décédées par suicide (+ 80 décès par rapport à 2020), soit un taux standardisé de 13 décès pour 100 000 habitants, contre 12 en 2020.
- De fortes disparités territoriales étaient également observées en 2024 : de 9 décès pour 100 000 habitants pour les départements des Hautes-Pyrénées à 19 décès pour 100 000 habitants pour les Pyrénées-Orientales.
- Contrairement aux autres sources, près de trois quarts des décès concernaient des hommes et près des trois quarts des personnes âgées de 45 ans ou plus.
- Chez les hommes, le taux de suicide augmentait avec l'âge, allant de 10 décès par suicide pour 100 000 hommes en 2024 chez les 18-24 ans à 33 décès chez les 65 ans et plus.
- Chez les femmes, le taux le plus élevé concernait les 45-64 ans avec un taux légèrement supérieur à 10 décès pour 100 000 femmes, suivi des 65 ans et plus, avec un taux légèrement inférieur à 10 pour 100 000 femmes.

Autres dispositifs et enquêtes

- Une montée en charge non négligeable du dispositif Mon Soutien Psy, atteignant presque les 197 000 patients pris en charge au 31/12/2025. Parmi les patients de 2025 (87 149 personnes), deux tiers sont des femmes et plus d'un quart d'entre elles sont âgées de 25 à 44 ans. A peine 1,7% des séances se font en distanciel. Le recours au dispositif dans les territoires est très dépendant de l'offre en psychologues conventionnés, elle-même très hétérogène sur les départements occitans (de 5 à 485 psychologues conventionnés).
- Selon l'enquête EnCLASS (2024, France), près de 15 % des lycéens ont déjà fait une tentative de suicide (TS) au cours de leur vie et 3 % ont fait une TS ayant nécessité une hospitalisation. Cette prévalence dépassait les 19 % chez les jeunes filles, contre 10 % chez les jeunes garçons.
- Plus de 40 000 appels ont été reçus par le centre du 3114 basé à Montpellier, en augmentation de + 66 % par rapport à 2024.

  Avec ses 2 sites VigilanS (Montpellier et Toulouse), près de 5 000 personnes sont entrées dans le dispositif en 2025, soit près de 406 personnes par mois. Parmi ces entrées, plus de deux tiers sont des femmes.

Les données présentées dans ce bulletin mettent en évidence que les conduites suicidaires demeurent un enjeu de santé publique majeur dans la région comme en témoigne la hausse observée de la plupart des indicateurs au cours des dernières années. Même si le risque concerne l'ensemble de la population, les femmes, en particulier les jeunes de 11 à 24 ans sont davantage concernées par un risque faible à modéré (pensées suicidaires, tentatives de suicide avec hospitalisations) alors que les hommes, en particulier les jeunes adultes, sont davantage exposés à un risque élevé (décès). Au niveau territorial, certains départements comme les Pyrénées-Orientales, le Tarn-et-Garonne et le Lot présentent les indicateurs les plus défavorables. Enfin, le recours croissant aux dispositifs d'aide (Mon soutien Psy, 3114, VigilanS) met en évidence l'intérêt de ce type de dispositif pour la prévention du risque suicidaire, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes. Ces dispositifs d'aide étaient plus souvent sollicités par les femmes que par les hommes, en cohérence avec les résultats du baromètre de Santé publique France 2024, qui montraient que peu de personnes touchées par une santé mentale dégradée consultaient un professionnel de santé et que les hommes déclaraient consulter moins souvent que les femmes.



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 pour l'Occitanie sont détaillées dans le Panorama régional 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

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

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



Indicateurs de surveillance

Passages aux urgences pour geste auto-infligé (PGAI)

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). En Occitanie, 68 services d'urgences (dont les urgences psy de Montpellier) participent au dispositif et couvrent 100 % des passages aux urgences de la région. Le taux de codage des diagnostics médicaux toutes causes confondues au niveau régional était de 90 % en 2025.

Définitions

Un **passage aux urgences pour geste auto-infligé** (PGAI) 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 geste auto-infligé 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**.

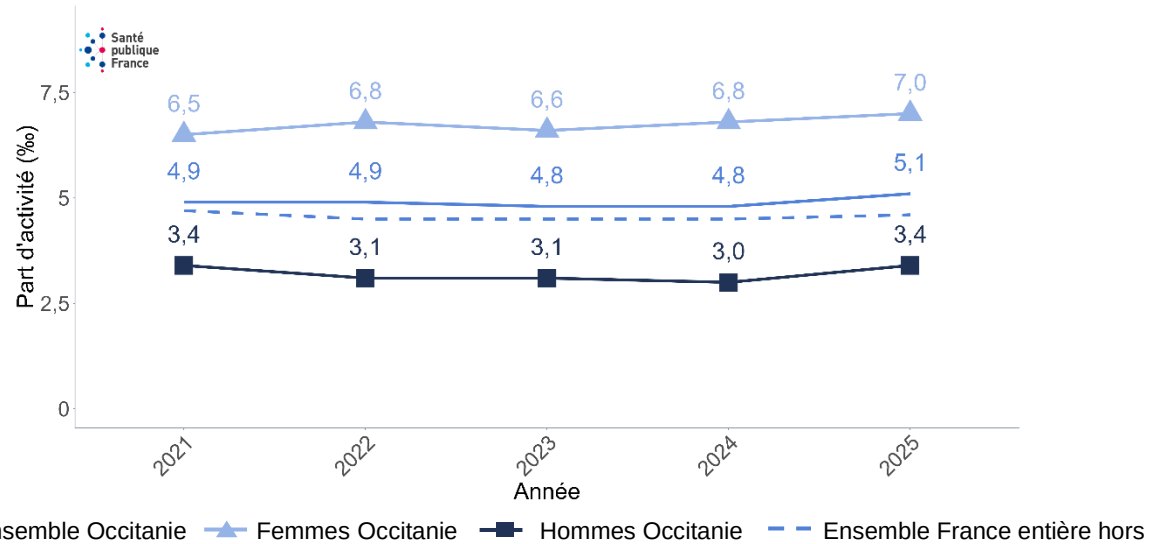
La **part d'activité représentée par les gestes auto-infligés** correspond au rapport entre le nombre de passages aux urgences pour ce motif et le nombre total de passages aux urgences avec un diagnostic codé durant une période donnée.

Évolution temporelle entre 2021 et 2025

Bien que la part d'activité que représentaient les PGAI soit stable depuis 2021 en Occitanie (4,9 ‰ *vs* 5,1 ‰ en 2025), un total de 8 606 PGAI a été dénombré dans la région en 2025, soit plus de 1 000 passages supplémentaires par rapport à 2021. La stabilité de la part d'activité s'explique par le fait que le total des passages aux urgences a également augmenté de 6% sur la même période. La part d'activité régionale est légèrement plus élevée que celle de la France (5,1 ‰ vs 4,7 ‰).

La part d'activité était en augmentation chez les femmes (+ 8 %) et stable chez les hommes. Parmi l'ensemble des PGAI, près de deux tiers (67,3 %) étaient suivis d'une hospitalisation, même si cet indicateur est à interpréter avec précaution du fait de différences de pratiques entre les services d'urgence de la région.

Figure 1. Évolution de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰), par sexe, Occitanie et France entière hors PACA et Corse, 2021-2025



Source : OSCOUR®

Note sur l'interprétation des résultats

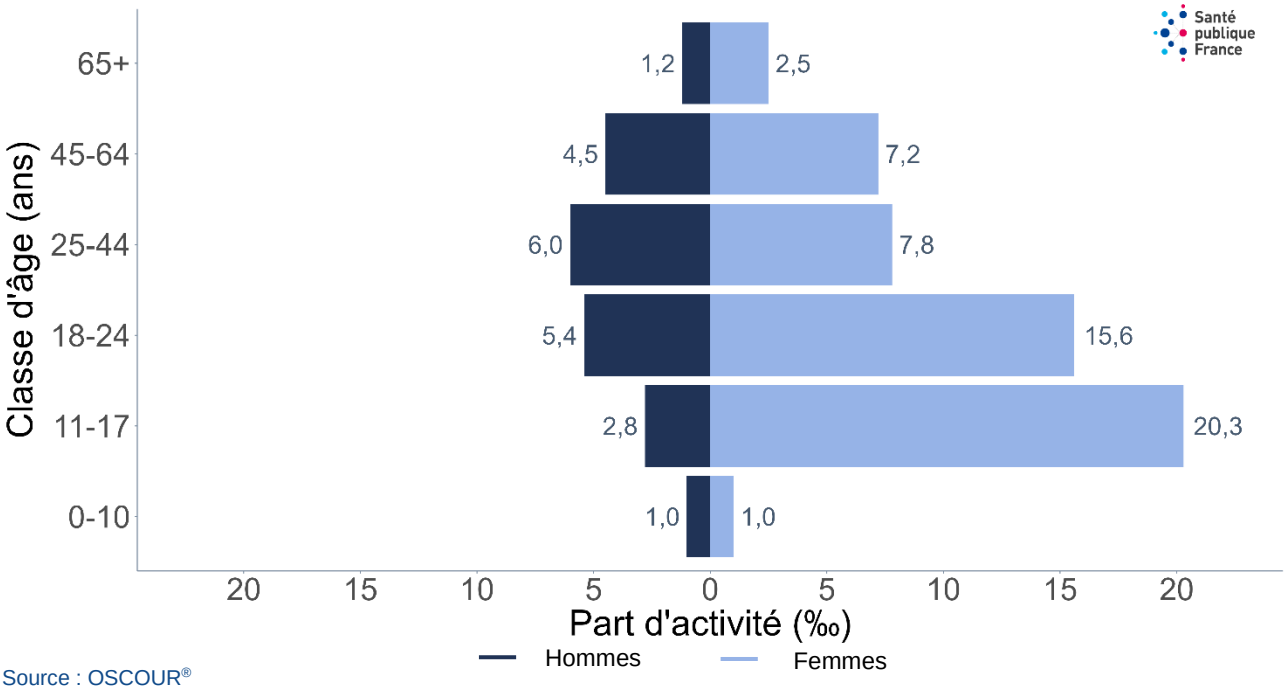
En 2022, une modification technique du logiciel Terminal Urgences (principalement utilisé dans les services d'urgences implantés en PACA et en Corse) a impacté le codage des diagnostics des passages aux urgences pour geste auto-infligé, entraînant ainsi une **forte sous-estimation des effectifs** dans 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), **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 PGAI, près de 2 passages sur 3 concernaient des femmes en 2025 (65,9 %). Parmi celles-ci, les 11-17 ans et les 18-24 ans étaient les classes d'âge avec les parts d'activité les plus élevées en 2025 dans la région (respectivement 20,3 ‰ et 15,6 ‰), un peu plus élevées en région qu'au niveau national concernant les 11-17 ans (respectivement 19,0 ‰ et 15,2 ‰ en France entière). Au cours des cinq dernières années, la part d'activité augmentait fortement chez les femmes pour les 11-17 ans, les 18-24 ans, avec des hausses respectives de + 27 % et + 33 %. La baisse la plus importante concernait les 45-64 ans avec - 18 %.

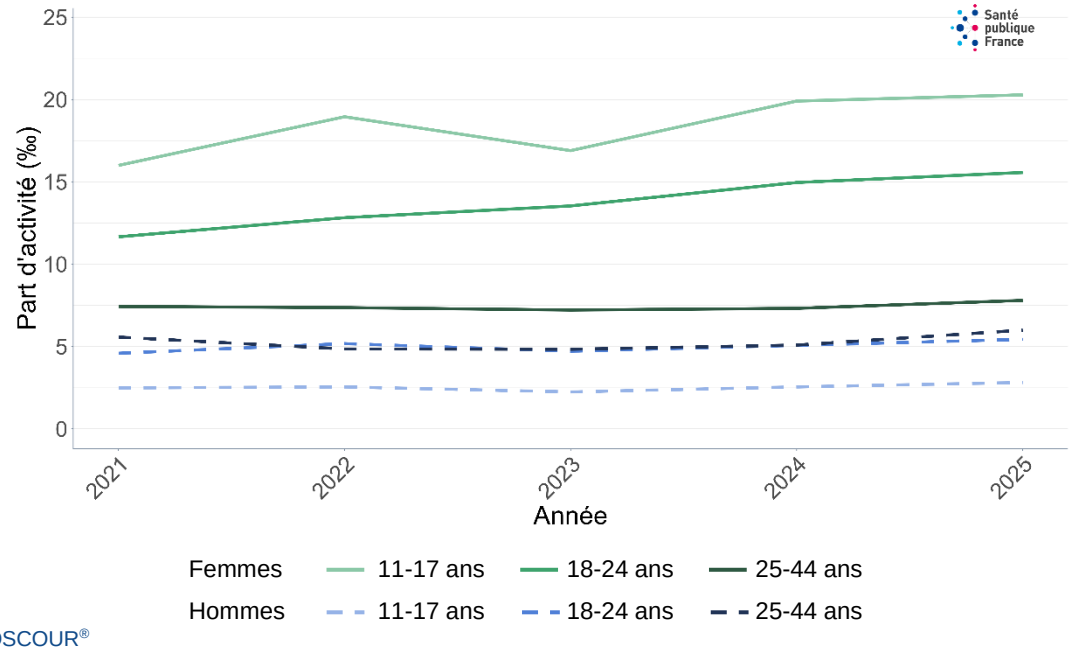
Chez les hommes, les 25-44 ans et les 18-24 ans étaient les classes d'âge avec les parts d'activité les plus élevées en 2025 dans la région (respectivement 6,0 ‰ et 5,4 ‰), contre respectivement 5,0 ‰ et 5,7 ‰ au niveau national. Au cours des cinq dernières années, la part d'activité augmentait avant 45 ans, dans des proportions différentes selon l'âge : une hausse de + 12 % chez les 11-17 ans, + 17 % chez les 18-24 ans et + 7 % chez les 25-44 ans. Elle était stable chez les 45-64 ans et en diminution chez les 65 ans et plus (- 25 %).

Figure 2. Part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par classe d'âge et sexe, Occitanie, 2025



Source : OSCOUR®

Figure 3. Évolution de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé des 11-44 ans (‰) par classe d'âge et sexe, Occitanie, 2021-2025



Source : OSCOUR®

Disparités territoriales

De fortes disparités territoriales étaient observées dans la région concernant les parts d'activité des PGAI. Néanmoins, ces disparités territoriales doivent être mises en regard de plusieurs paramètres : les variations de l'activité globale des urgences, le fait que les diagnostics soient codés majoritairement par des urgentistes avec des pratiques de codage qui peuvent varier entre services d'urgence et au cours du temps (changement de logiciel ou de thésaurus par exemple), et par des différences d'offre de soins ou de parcours de soins, notamment psychiatrique, entre territoires.

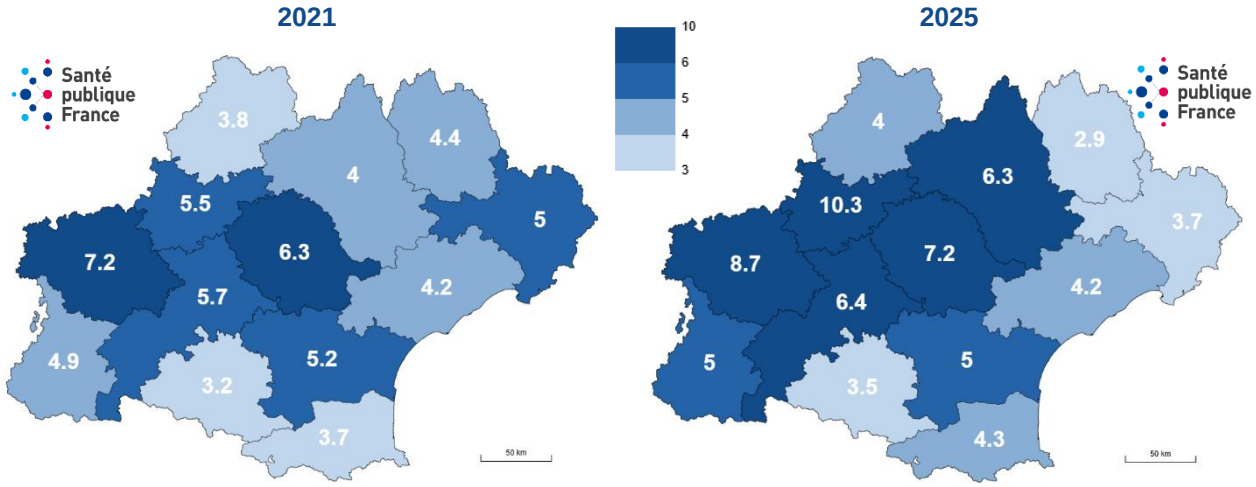
En Occitanie entre 2021 et 2025, la part de PGAI augmentait pour 6 des 13 départements (Tarn-et-Garonne, Aveyron, Gers, Pyrénées-Orientales, Tarn et Haute-Garonne). Elle était stable pour 5 départements et elle diminuait pour 2 autres (Gard et Lozère). Toutefois, ces variations sont à considérer avec prudence compte tenu des éléments précédemment cités.

Le Tarn-et-Garonne était le département avec la part d'activité pour PGAI la plus élevée en 2025 (10,3 ‰ soit 2 fois supérieur à celui de la région Occitanie), mais aussi celui dont la part d'activité a le plus augmenté depuis 2021 (+ 88 % pour la part d'activité, mais + 38 % en considérant les effectifs annuels de 2021 et 2025). Cette tendance s'explique par une baisse importante de l'activité globale pour ce département, soit - 26 % en considérant l'activité toutes causes confondues.

L'Aveyron, avec une part d'activité de 6,3 ‰ en 2025, a quant à lui connu une augmentation de 57 % entre 2021 et 2025 de la part de PGAI, l'effectif annuel de passages aux urgences ayant plus que doublé, passant d'1 passage pour geste auto-infligé tous les 2 jours en 2021 à presque 1 par jour en 2025.

On observait une diminution de la part d'activité entre 2021 et 2025 dans les départements du Gard et de la Lozère (respectivement - 25 % et - 34 %) tout comme des effectifs (respectivement - 17 % et - 18 %). En revanche, pour ces 2 départements, il faut prendre en considération que l'activité globale a augmenté sur la même période (respectivement de 11 % et 18 % pour les passages avec un diagnostic codé), faisant diminuer la part d'activité des PGAI par conséquent.

Figure 4. Part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par département en 2021 et en 2025, Occitanie



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.

Les **disparités territoriales** peuvent être en partie expliquées 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®.

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 **ne sont pas considérés** dans cette analyse et peuvent donc expliquer des disparités territoriales.

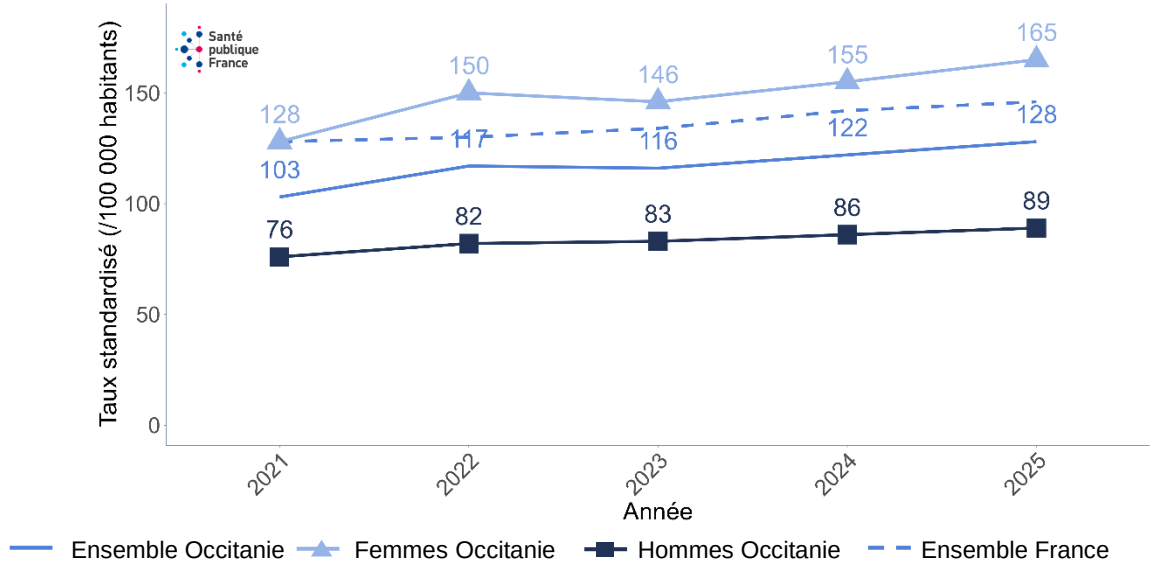
Définition

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 pour les hospitalisations 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) en Occitanie poursuivait sa hausse en 2025, avec 7 835 hospitalisations recensées (+ 28 % par rapport à 2021). Ce nombre de séjours hospitaliers concernait 6 645 personnes hospitalisées (des personnes ayant eu plusieurs séjours dans la même année). Le taux standardisé correspondant est de 128 hospitalisations pour 100 000 habitants en Occitanie (+ 24 % par rapport à 2021), inférieur à celui de la France entière (146 hospitalisations pour 100 000 habitants, en augmentation de + 14 % par rapport à 2021). Par rapport à 2021, le taux standardisé augmentait plus chez les femmes que chez les hommes en Occitanie (respectivement + 28% et + 18%) comme en France (respectivement + 18 % et + 7 %).

Figure 5. Évolution du taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants, par sexe, Occitanie et France entière, 2021-2025



Source : SNDS – PMSI MCO

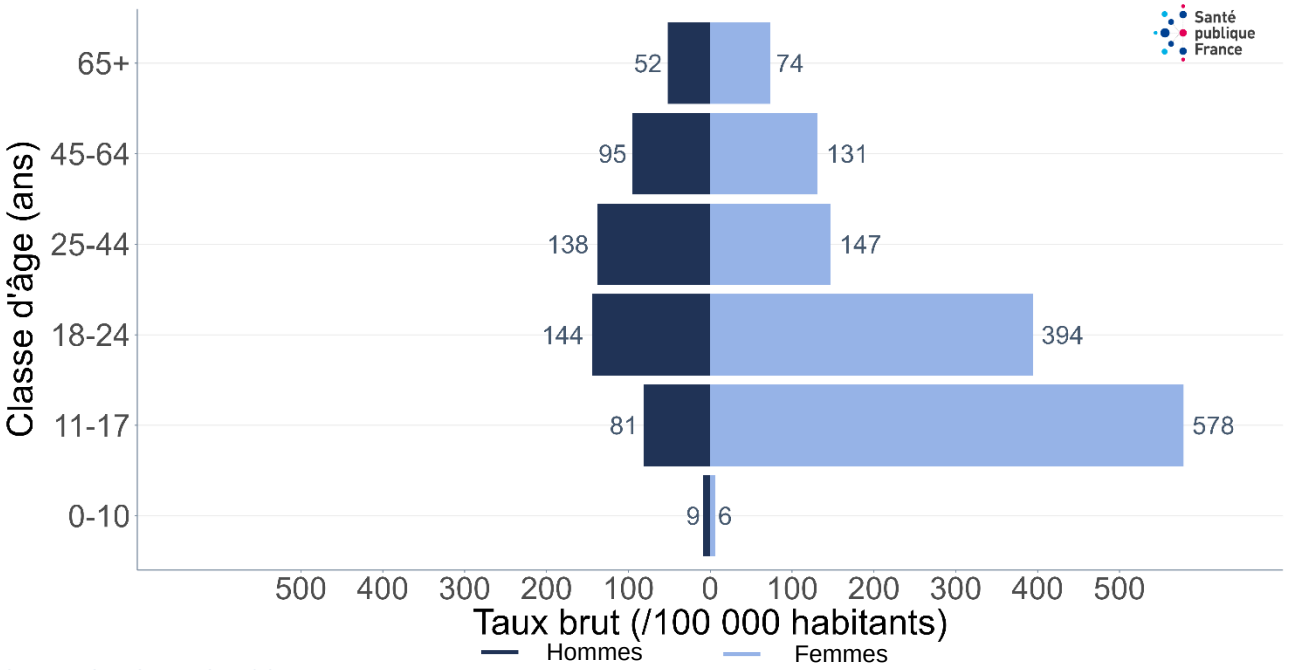
Caractéristiques des hospitalisations

En 2025, au niveau national et régional, 2 HGAI sur 3 concernaient des femmes (66 %) et les jeunes de 11 à 24 ans étaient les plus représentés (37,8 % des HGAI), notamment les jeunes femmes.

Chez les femmes, les classes d'âge les plus touchées par une HGAI étaient les 11-17 ans et les 18-24 ans avec des taux bruts respectifs de 578 et 394 hospitalisations pour 100 000 femmes (respectivement 697 et 461 pour 100 000 au niveau France entière). Après une diminution en 2023, le taux d'HGAI chez les jeunes filles de 11-17 ans reprenait son augmentation, soit un taux brut qui augmentait de 47 % entre 2021 et 2025 (+22 % entre 2024 et 2025). Chez les jeunes femmes de 18-24 ans, le taux augmentait de 56 % entre 2021 et 2025 puis s'est stabilisé entre 2024 et 2025. Même si les valeurs observées étaient nettement inférieures pour la période 2021-2025, on retrouvait une augmentation des taux bruts pour les femmes âgées de 25 à 44 ans (+ 21 %) et les femmes de 65 ans et plus (+ 19 %). Les taux restaient stables uniquement chez les jeunes filles de 0 à 10 ans (avec des effectifs très faibles) et chez les femmes de 45 à 64 ans, atteignant 131 HGAI pour 100 000 femmes en 2025.

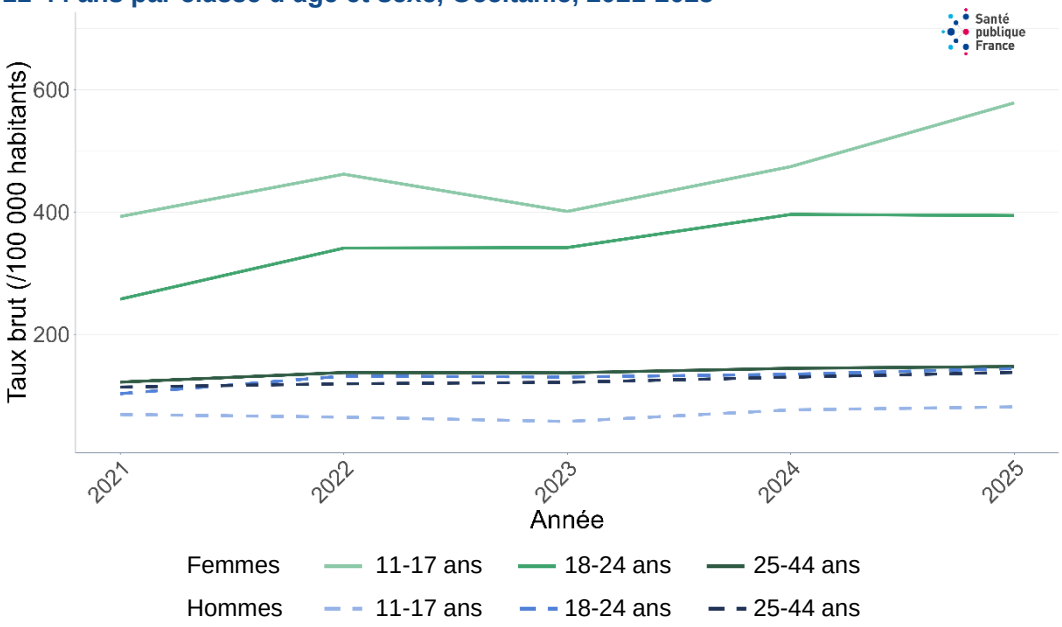
Chez les hommes, les 18-24 ans et les 25-44 ans présentaient les taux d'HGAI les plus élevés avec respectivement 144 et 138 HGAI pour 100 000 hommes (respectivement 179 et 156 pour 100 000 au niveau France entière). Chez les 18-24 ans, le taux brut augmentait de 40 % entre 2021 et 2025, et de 21 % chez les 25-44 ans. Dans une moindre mesure, on retrouvait également une augmentation de 17 % pour le taux d'HGAI des jeunes hommes de 11 à 17 ans entre 2021 et 2025 et + 11% pour les 45-64 ans. Les taux étaient relativement stables chez les jeunes hommes de 0-10 ans (petits effectifs), tout comme chez les 65 ans et plus.

Figure 6. Taux bruts d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, Occitanie, 2025



Source : SNDS – PMSI MCO

Figure 7. Évolution des taux bruts d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants pour les 11-44 ans par classe d'âge et sexe, Occitanie, 2021-2025



Source : SNDS – PMSI MCO

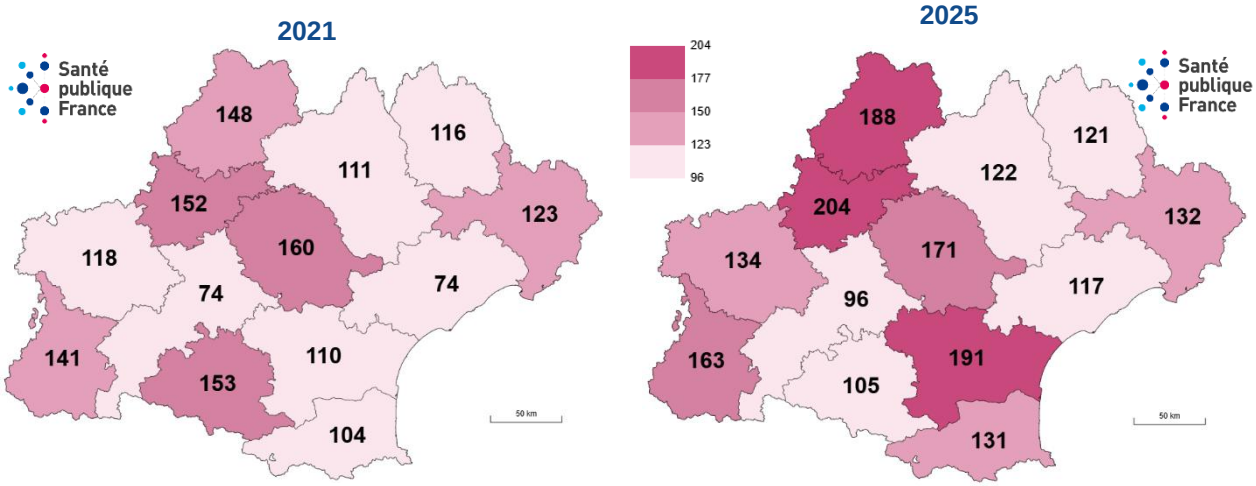
Disparités territoriales

Des disparités entre les taux standardisés d'HGAI étaient observées entre les départements de la région. Néanmoins, ces disparités territoriales doivent être mises en regard des différences dans l'organisation et l'offre de soins, notamment au niveau de l'offre psychiatrique, entre départements. Les taux standardisés d'HGAI étaient en augmentation par rapport à 2021 dans la majorité des

départements de la région avec une hausse allant de + 5 % pour la Lozère à + 73,5 % dans l'Aude. L'Ariège était le seul département où le taux baissait (- 32 % entre 2021 et 2025). Les taux départementaux les plus élevés concernaient le Tarn-et-Garonne, l'Aude et le Lot, pour lesquels on observait des augmentations respectives de 34 %, 74 % et 27 % entre 2021 et 2025. Les taux d'HGAI les plus faibles concernaient l'Hérault et la Haute-Garonne en 2021 (avec 74 pour 100 000 habitants). La Haute-Garonne était le département avec le taux le plus faible en 2025 (96 HGAI pour 100 000 habitants).

Les variations sont moins marquées entre 2024 et 2025 : 5 départements voyaient leur taux augmenter (de + 10 à + 21,5 %), le taux était stable pour 7 autres (variation comprise entre - 10 % et + 10 %) et un seul département, l'Ariège, voyait son taux diminuer (- 18 %).

Figure 8. Taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par département en 2021 et en 2025, Occitanie



Source : SNDS – PMSI MCO

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 le bulletin sont également disponibles en ligne sur Odissé, le site d'*open data* de Santé publique France.

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 **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.

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. Afin de documenter leur utilisation et orienter l'action publique, Santé publique France présente des indicateurs sur les causes d'hospitalisation pour geste auto-infligé.

Le moyen utilisé ayant mené à une HGAI le plus fréquemment recensé (tous sexes) dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse (IMV) avec 79,7 % des séjours (77,7 % en France entière) en 2025. Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'utilisation d'objet tranchant (12,5 %), la pendaison (3,2 %) et les autres auto-intoxications (2,7 %). L'auto-intoxication médicamenteuse ainsi que l'utilisation d'objet tranchant étaient plus fréquemment utilisées par les

femmes que par les hommes. Les hommes ont utilisé plus fréquemment que les femmes les auto-intoxications par d'autres produits (i.e. non médicamenteux) ainsi que des modes violents.

Tableau 1. Répartition (%) des moyens utilisés ayant mené à une hospitalisation pour geste auto-infligé par sexe, Occitanie, 2025

Femmes

Moyen utilisé	Effectif	Proportion
IMV	4 270	83 %
Objet tranchant	690	13 %
Autres auto-intoxications	113	2 %
Pendaison*	102	2 %
Saut dans le vide*	88	2 %
Alcool	63	1 %
Autres - non précisés	55	1 %
Objet contondant*	20	0 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	15	0 %
Collision intentionnelle*	9	0 %
Noyade*	7	0 %
Armes à feu*	2	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	Proportion
IMV	1 975	74 %
Objet tranchant	291	11 %
Pendaison*	151	6 %
Autres auto-intoxications	100	4 %
Saut dans le vide*	78	3 %
Alcool	71	3 %
Autres - non précisés	37	1 %
Armes à feu*	27	1 %
Collision intentionnelle*	23	1 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	16	1 %
Objet contondant*	9	0 %
Noyade*	6	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.

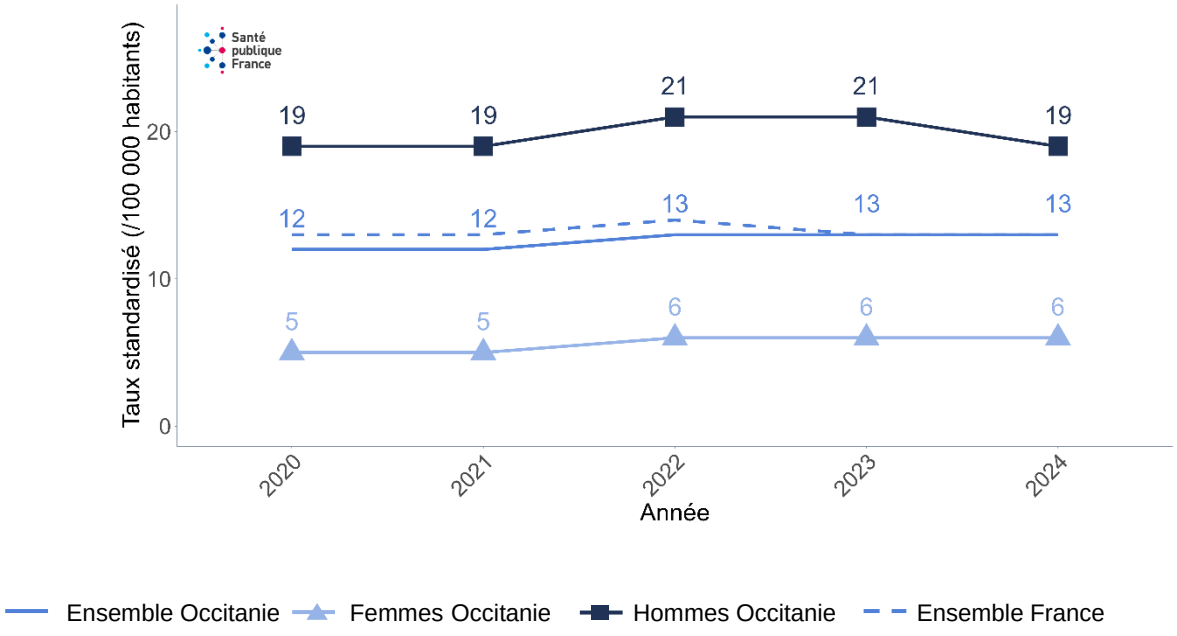
Définition
Un **décès par suicide** est défini comme un décès avec une cause médicale initiale d'**auto-intoxication ou de lésion auto-infligée**.

Évolution temporelle entre 2020 et 2024

Avec 810 décès en 2024, le nombre de décès par suicide a augmenté de 11 % en Occitanie entre 2020 et 2024 (+ 80 décès). Le taux standardisé de décès par suicide était de 13 pour 100 000 habitants d'Occitanie en 2024, contre 12 pour 100 000 habitants en 2020.

Ce taux standardisé de décès par suicide en Occitanie était relativement stable au cours de la période chez les femmes passant de 5 à 6 décès par suicide entre 2020 et 2024, avec une augmentation du nombre de décès par suicide de + 25%. En revanche, chez les hommes, ce taux était plus important et avait augmenté en 2022 et 2023 pour retrouver en 2024 la même valeur qu'en 2020. Le nombre de décès par suicide chez les hommes avait progressé de 7 % entre 2020 et 2024.

Figure 9. Évolution du taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants, Occitanie, 2020-2024



Source : SNDS - CépiDc

Caractéristiques des décès par suicide

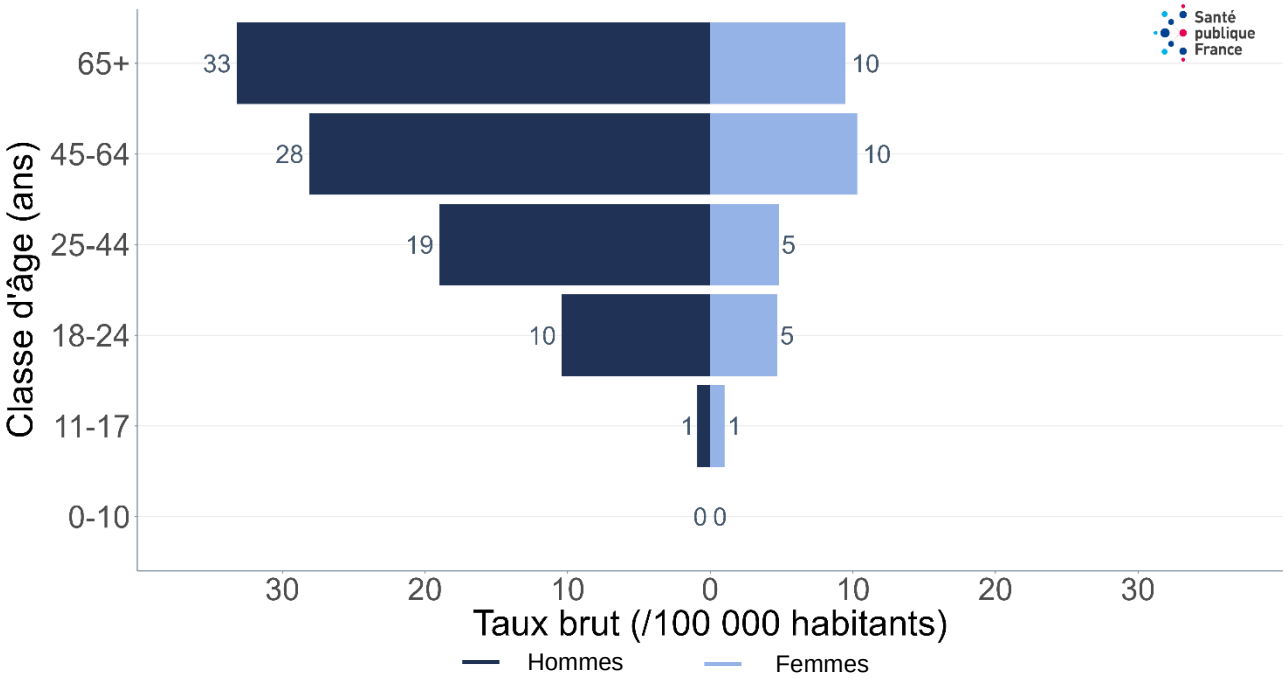
Comme au niveau national, près des trois-quarts des décès concernaient des hommes (73,9 %) et près des trois-quarts concernaient des personnes âgées de 45 ans et plus (73,7 %).

Chez les hommes, les 65 ans et plus et les 45-64 ans présentaient les taux bruts de décès par suicide les plus élevés avec respectivement 33 et 28 décès pour 100 000 hommes en 2025 (respectivement 36 et 28 pour 100 000 au niveau France entière).

Chez les hommes de 65 ans et plus, on notait une augmentation du taux de décès par suicide entre 2020 et 2022 (atteignant plus de 40 décès par suicide pour 100 000 hommes), puis une diminution jusqu'en 2024, dont le taux était proche de celui observé en 2020 (respectivement 33 décès pour 100 000 hommes et 36 décès pour 100 000). Ce taux correspondait à plus de 200 décès pour l'année 2024. Chez les hommes de 45-64 ans, malgré une légère baisse du taux entre 2023 et 2024 (- 7 %), le nombre de décès comme le taux progressaient entre 2020 et 2024, avec respectivement + 14 % et + 12 %, correspondant également à plus de 200 décès en 2024. Chez les 25-44 ans, même si le nombre de décès augmentait de 11 % entre 2020 et 2024, cela correspondait à une certaine stabilité du taux de décès par suicide pour cette classe d'âge (+ 6 %). Il faut noter que le nombre comme le taux étaient en diminution pour les jeunes hommes de 18 à 24 ans (respectivement - 22 % et - 23 %).

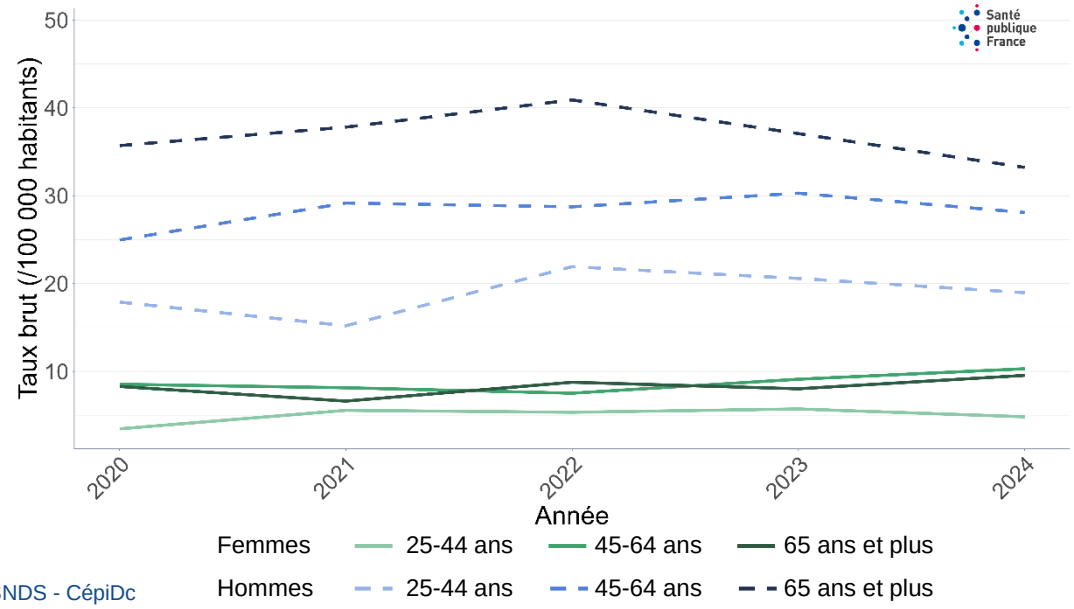
Chez les femmes, les taux bruts les plus élevés étaient observés chez les 45-64 ans et les 65 ans et plus avec des taux proches de 10 décès pour 100 000 femmes pour ces deux classes d'âge (plutôt proches de 9 pour 100 000 au niveau France entière). Pour chacune de ces 2 classes d'âge, on recensait environ 80 décès par suicide sur l'année 2024. Chez les femmes de 45 à 64 ans ou de 65 ans et plus, le taux progressait de 21 % entre 2020 et 2024. On notait également une augmentation du taux de décès par suicide chez les 25-44 ans, passant de 3,5 décès pour 100 000 femmes en 2020 à 4,8 décès pour 100 000 femmes, les effectifs étant faibles. Les taux et les effectifs étaient stables en ce qui concerne les femmes de 18-24 ans d'Occitanie.

Figure 10. Taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, Occitanie, 2024



Source : SNDS - CépiDc

Figure 11. Évolution des taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants pour les 25 ans et plus par classe d'âge et sexe, Occitanie, 2020-2024



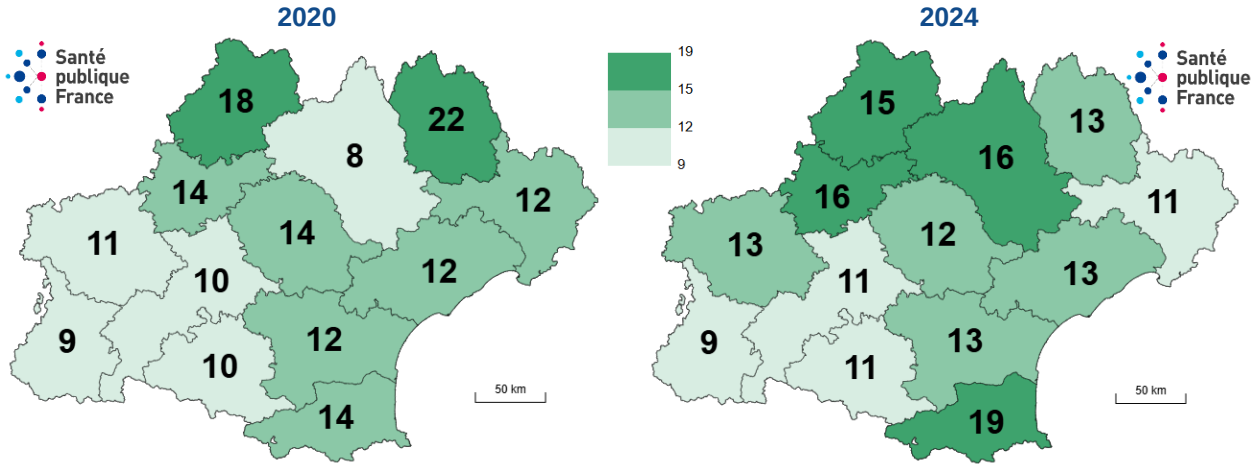
Source : SNDS - CépiDc

Disparités territoriales

En 2024, on observait de fortes disparités concernant le taux standardisé de décès par suicide dans les départements d'Occitanie, les Hautes-Pyrénées ayant le taux le plus faible (9 décès pour 100 000 habitants) alors que les Pyrénées-Orientales avaient le taux le plus élevé, avec 19 décès pour 100 000 habitants.

Le taux standardisé de décès diminuait pour 3 départements (le Lot, la Lozère et le Tarn) et augmentait pour 4 départements (les Pyrénées-Orientales, l'Aveyron, le Tarn-et-Garonne et le Gers) . Le taux de décès était stable sur la période pour les 6 autres départements. Compte-tenu des effectifs modérés des départements ruraux, les variations annuelles des taux sont à considérer avec prudence.

Figure 12. Taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants par département en 2020 et 2024, Occitanie



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) 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. Afin de documenter leur utilisation et orienter l'action publique, Santé publique France présente des indicateurs sur les moyens de suicide utilisés.

Le moyen de décès par suicide utilisé le plus fréquemment dans la région était la pendaison avec 48,5 % des décès (51,6 % en France entière). Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, Armes à feu (14,6 %), la catégorie « Autres - non précisés » (14,1 %) et les auto-intoxications médicamenteuses (13,2 %).

La pendaison et les armes à feu étaient les modes les plus fréquents concernant les décès par suicide chez les hommes (respectivement 54 % et 19 % des décès par suicide). Chez les femmes, la pendaison était le mode de suicide dans 34 % des décès, suivie de l'IMV (28 %). Les hommes utilisaient plus fréquemment que les femmes les moyens considérés comme violents (78 % contre 49 % chez les femmes).

Tableau 2. Répartition (%) des modes de décès par suicide par sexe, Occitanie, 2024

Femmes

Moyen utilisé	Effectif	Proportion
Pendaison*	71	34 %
IMV	59	28 %
Autres - non précisés	46	22 %
Saut dans le vide*	12	6 %
Noyade*	11	5 %
Collision intentionnelle*	5	2 %
Autres auto-intoxications	2	1 %
Objet tranchant	2	1 %
Armes à feu*	2	1 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	2	1 %
Alcool	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 moyens considérés comme violents.

Hommes

Moyen utilisé	Effectif	Proportion
Pendaison*	322	54 %
Armes à feu*	116	19 %
Autres - non précisés	68	11 %
IMV	48	8 %
Saut dans le vide*	19	3 %
Noyade*	12	2 %
Alcool	2	0 %
Autres auto-intoxications	2	0 %
Objet tranchant	2	0 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	2	0 %
Collision intentionnelle*	2	0 %
Objet contondant*	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

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 à partir 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, de PMI (Protection Maternelle et Infantile), des services de santé des universités ou hospitalier ; 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 (Hexagone + DROM) pour le dispositif Mon soutien psy, dont 1 300 (18 %) dans la région. Le nombre de psychologues conventionnés est très hétérogène sur les départements occitans : de 5 à 485 psychologues.

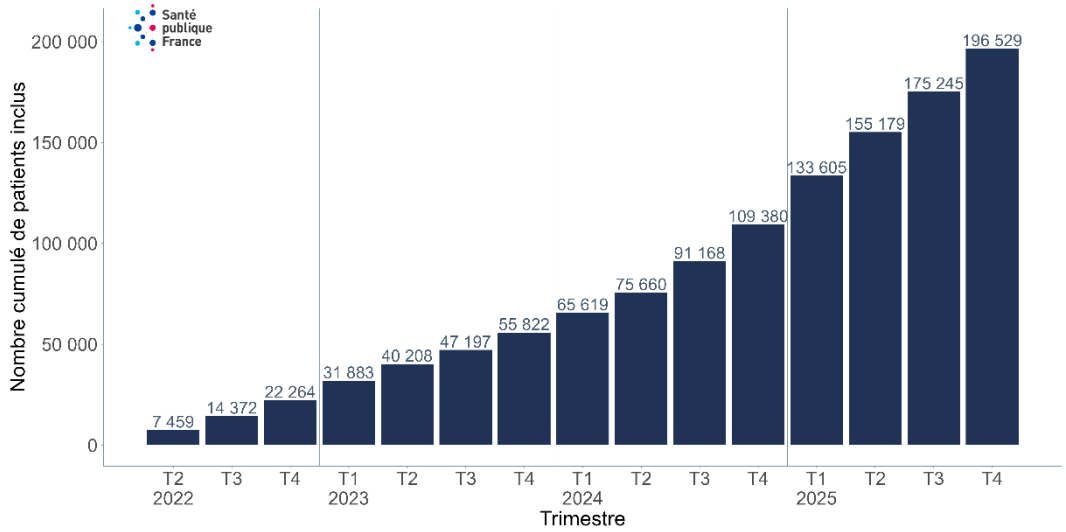
Recours au dispositif

Depuis le début du dispositif en 2022 et jusqu'au 31 décembre 2025, 196 529 patients ont bénéficié du dispositif en Occitanie, sur un total de 1 102 303 patients en France (18 %). En 2025, 87 149 patients ont été inclus dans Mon soutien psy en Occitanie, soit 16 % des 529 118 patients inclus au niveau national. Le nombre de patients inclus dans la région était en constante augmentation depuis 2022 et en hausse de + 63 % en 2025 par rapport à 2024. Cette hausse était notamment due à l'accès direct au dispositif depuis le 15 juin 2024, c'est-à-dire sans avoir à être adressé par un médecin ou un professionnel de santé.

Parmi les bénéficiaires de la région en 2025, 67 % des patients étaient des femmes (68 % en France). Plus d'un quart du total des patients inclus étaient des femmes âgées de 25 à 44 ans, 18 % des femmes de 45 à 64 ans et 11 % des hommes de 25 à 44 ans.

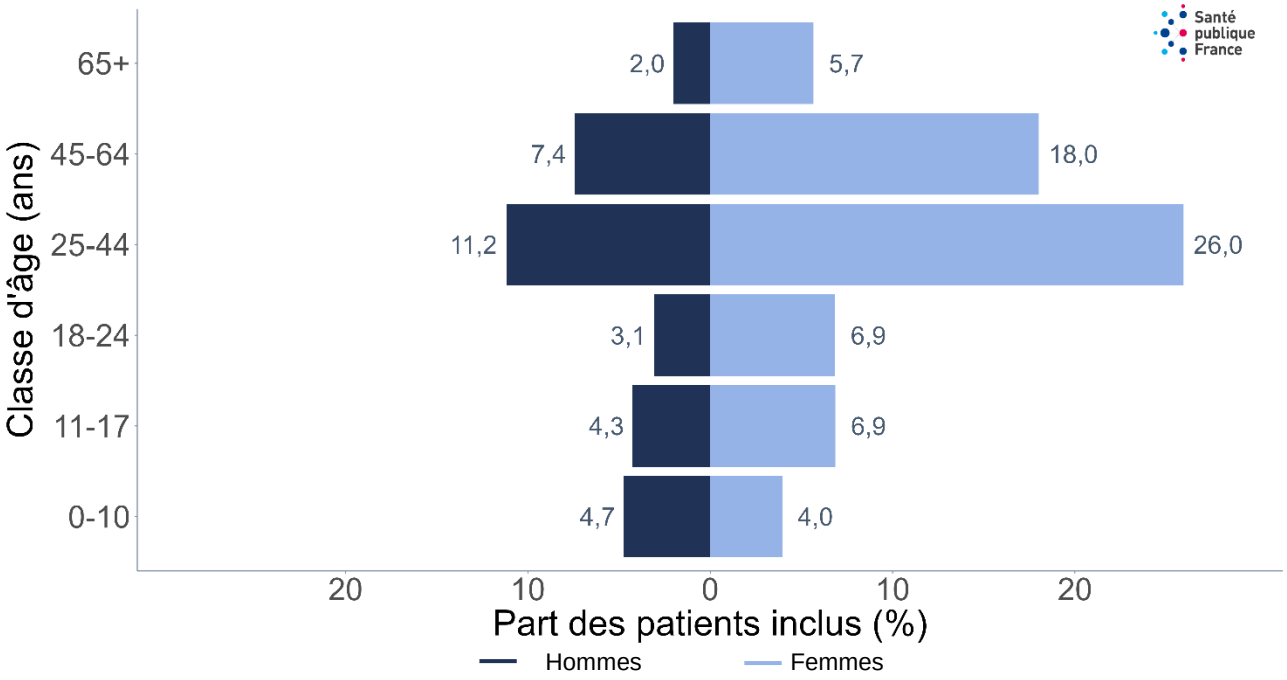
En 2025, 515 289 séances ont été réalisées dans la région dans le cadre de Mon soutien psy (et près de 3 millions en France) pour un montant remboursé par l'Assurance Maladie de plus de 16 millions d'euros. Parmi ces séances, 80,5 % étaient des séances de suivi en présentiel ou en distanciel, les autres étant des premiers entretiens d'évaluation. Le recours aux séances de suivi à distance demeurait limité avec seulement 1,7 % des séances de suivi, ces dernières concernant principalement des patients adultes.

Figure 13. Évolution du nombre de patients (en cumulé) inclus dans le dispositif Mon soutien psy par trimestre, Occitanie, 2022-2025



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

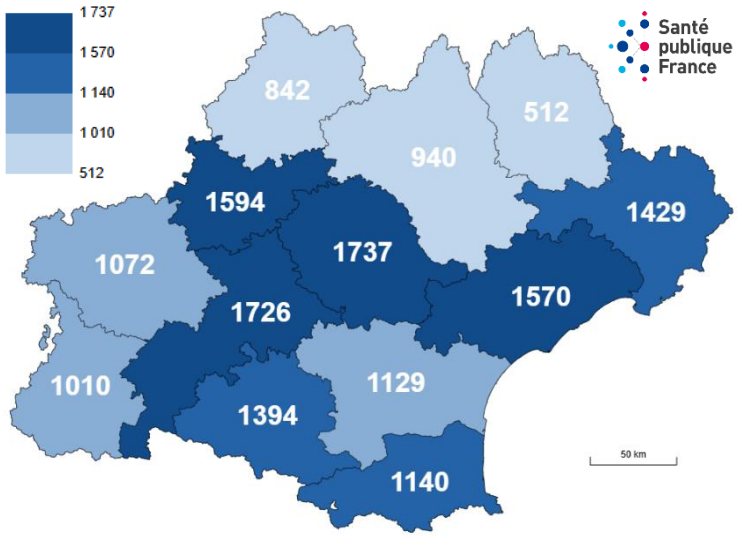
Figure 14. Part des patients inclus dans le dispositif Mon soutien psy (%) par classe d'âge et sexe, Occitanie, 2025



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

En Occitanie, le taux standardisé de recours à Mon soutien psy en 2025 était de 1 404 patients pour 100 000 habitants. Au sein de la région, des disparités départementales apparaissaient dans le recours au dispositif : le Tarn et la Haute-Garonne étaient les deux départements avec le taux de recours le plus important de la région et la Lozère, le département avec le taux le plus faible. Néanmoins, ces différences sont à interpréter en fonction des disparités d'offre de soins et de la répartition hétérogène de psychologues conventionnés entre les territoires. Par exemple, la Lozère ne comptait que 5 psychologues conventionnés au 21/09/2026 alors que la Haute-Garonne en comptait 485 et le Tarn 96 (source : https://www.sante.fr/)

Figure 15. Taux standardisé de patients inclus dans Mon soutien psy pour 100 000 habitants par département, Occitanie, 2025



Champ : 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** peuvent être en partie expliquées par les différences d'offre de soins (nombre de psychologues conventionnés).
Recherche Psychologue conventionné - Mon soutien psy - Annuaire | Santé.fr

Activité des dispositifs de prévention 3114 et VigilanS

Appels reçus au 3114

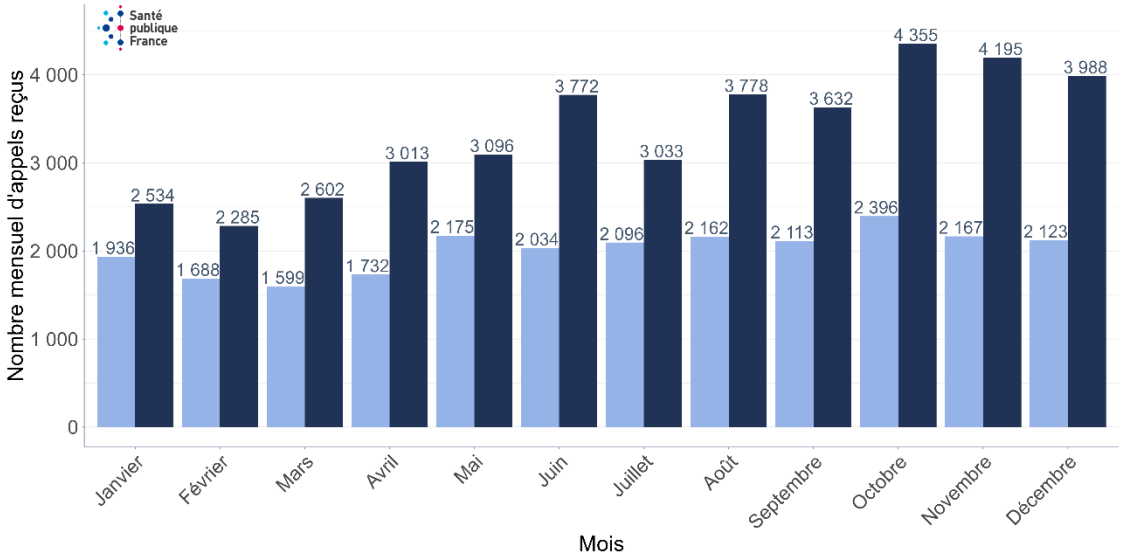
Source de données
Le 3114 est le **numéro national de prévention du suicide**. Opérationnelle depuis le 1er octobre 2021, cette ligne est **confidentielle et accessible gratuitement 24h/24h et 7j/7j en Hexagone et en Outre-mer**. Les répondants sont des infirmiers ou des psychologues formés à la gestion 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 un centre répondant en Occitanie, basé à Montpellier.

Sur l'année 2025, 547 799 appels ont été reçus par les différents centres répondants 3114 répartis sur le territoire (+ 62 % par rapport à 2024), dont 40 283 en provenance d'Occitanie. Cela correspondait à un taux d'appels de 649 appels pour 100 000 habitants de la région. Le nombre d'appels reçus en provenance de la région était en hausse de + 66 % par rapport à 2024, au cours de laquelle 24 221 appels avaient été reçus en provenance de résidents d'Occitanie. Cela représentait une moyenne de 3 357 appels reçus depuis la région par mois en 2025. Il faut noter qu'une hausse majeure des appels au 3114 a été observée en 2025. Cette dernière est due à une meilleure appropriation du numéro par les Français, mais aussi à l'amélioration du référencement du numéro sur les moteurs de recherche en ligne et, par effet domino, à une meilleure visibilité dans les différentes intelligences artificielles génératives, mais possiblement aussi liée à un besoin croissant de soutien (contextes local ou international, événements climatiques extrêmes etc).

Figure 16. Évolution du nombre mensuel d'appels reçus par les centres 3114 en provenance de résidents d'Occitanie, 2024-2025



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, infirmières et infirmiers 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.

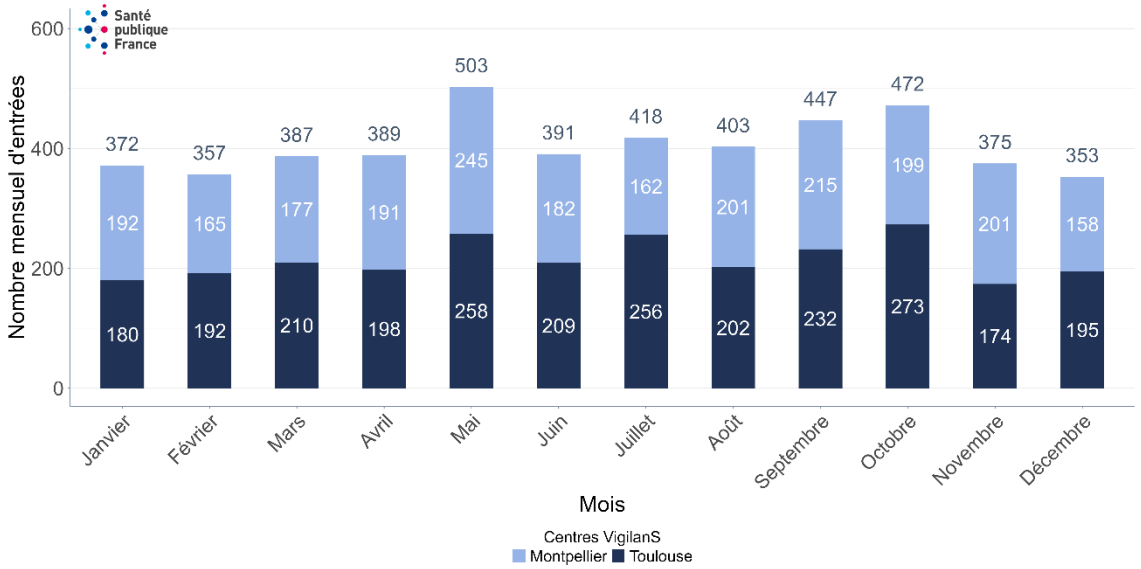
Définition

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, dont deux centres en Occitanie. Ces derniers, basés à Montpellier et Toulouse, ont ouvert respectivement en juin 2016 et juillet 2020. Au cours de l'année 2025, 4 867 personnes (+ 27 % par rapport à 2024) sont entrées dans VigilanS en Occitanie (45 875 au niveau national, + 10 % par rapport à 2024), soit une inclusion moyenne de 406 personnes par mois.

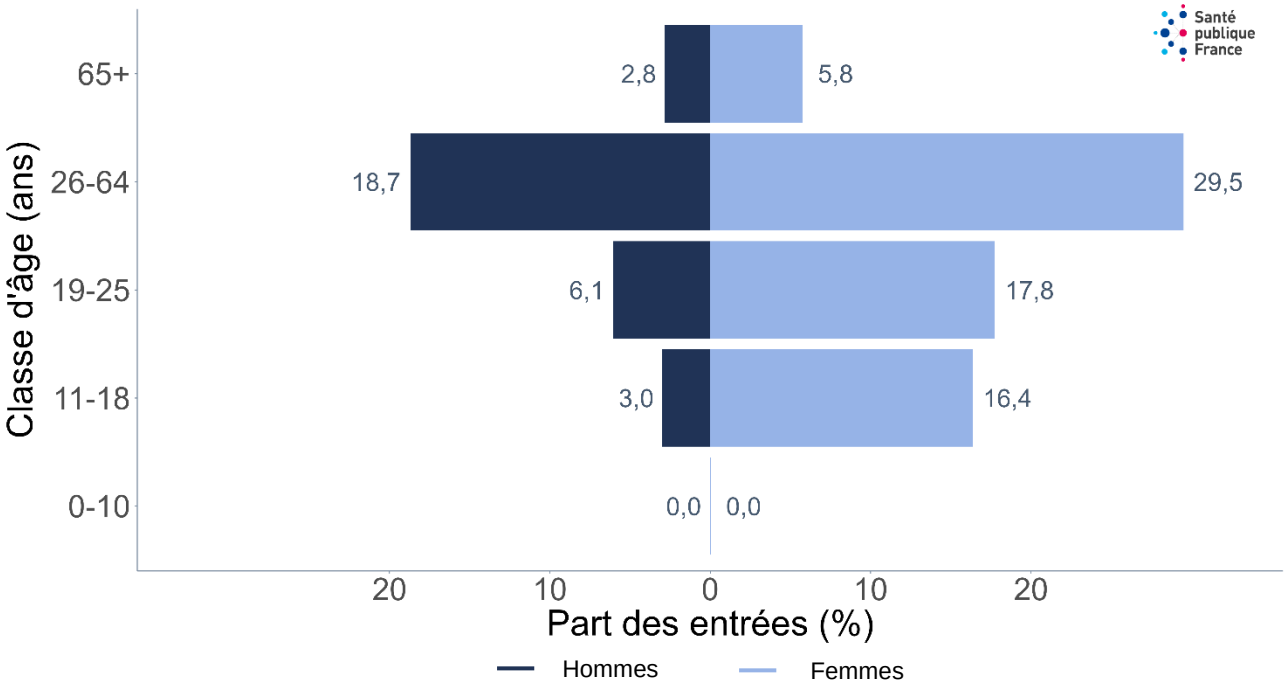
En Occitanie, 69 % des entrées dans le dispositif concernaient des femmes, contre 67 % au niveau national, soit plus de 2 entrées dans le dispositif VigilanS sur 3 en 2025. Les femmes de 26-64 ans représentaient 28 % des entrées dans la région (28 % au niveau national). Elles étaient suivies par les hommes de 26-64 ans (20 %) devant les jeunes femmes de 19-25 ans et les jeunes filles de 11-18 ans à des niveaux quasi-équivalents autour de 17 % pour ces deux groupes.

Figure 17. Évolution du nombre mensuel d'entrées dans le dispositif VigilanS, Occitanie, 2025



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

Figure 18. Part des entrées (%) dans le dispositif VigilanS par classe d'âge et sexe, Occitanie, 2025



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

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

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 ((EHESP) et de Santé publique France.

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

Définitions

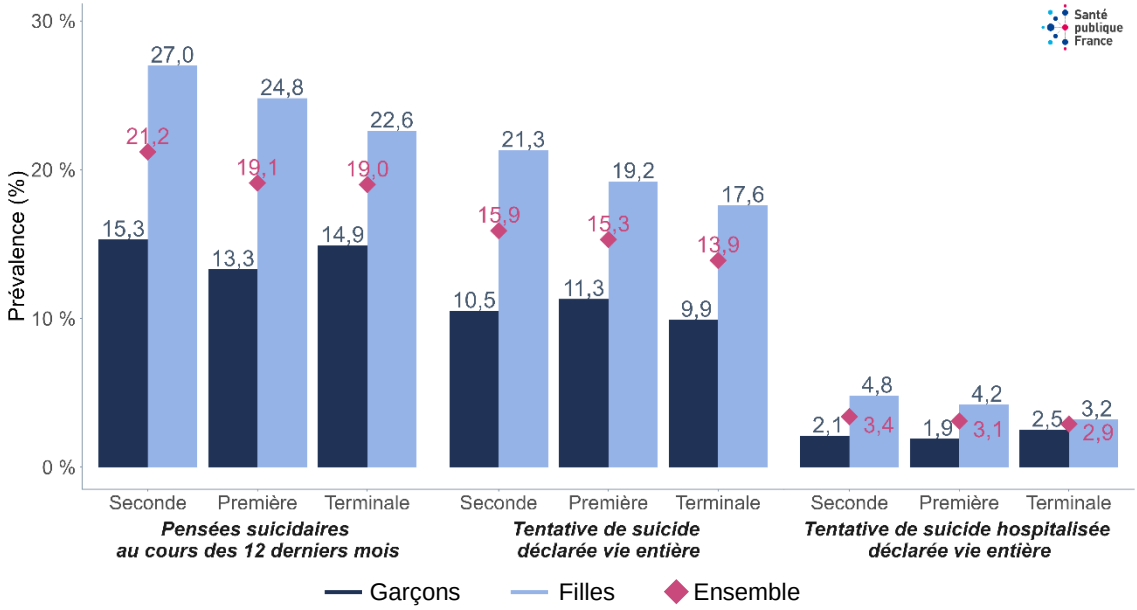
Les questions sur les comportements suicidaires ont été uniquement posées aux lycéens. Ont été évaluées les **pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois** (« Au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé à te suicider ? »), les **tentatives de suicide au cours de la vie** (« Au cours de ta vie, as-tu 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 %) déclarait avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Les filles présentaient 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 déclaraient 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 déclaraient 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 restait stable selon le niveau de scolarité.

Figure 19. Prévalences des comportements suicidaires chez les élèves de lycée (%) selon le sexe et le niveau scolaire, France hexagonale, 2024



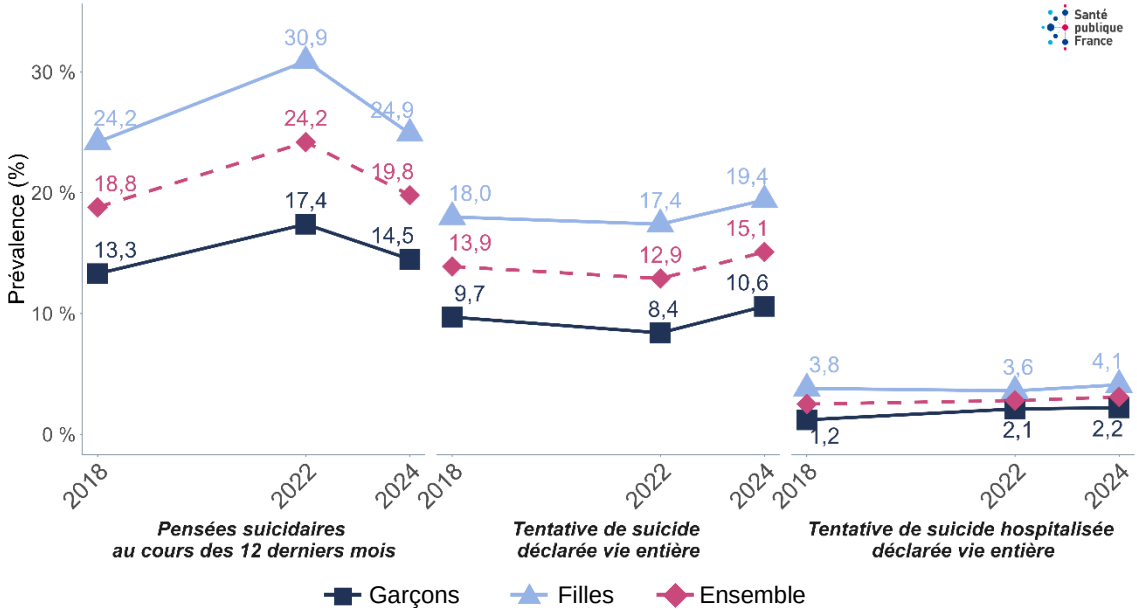
Source : EnCLASS 2024. Exploitation : Santé publique France

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 proche du niveau initial en 2024 à 19,8 %. Cette baisse au cours des deux dernières années était observée pour les deux sexes, même si elle restait 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 20. 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

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 le 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 National 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 : 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 uniquement, les indicateurs ont été déclinés selon 5 classes d'âge : moins de 10 ans ; 11-18 ans ; 19-25 ans ; 26-64 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.

Sauf indication contraire, 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. Les ELP de l'année 2024 ont été utilisées pour les données de décès.

Sauf indication contraire, 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 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 équipes du Numéro national de prévention du suicide 3114 et les équipes locales du réseau VigilanS en Occitanie.

Santé publique France remercie Inca Ruiz de l'Observatoire régional de la santé mentale Occitanie (ORSM co-piloté par le Creai-ORS Occitanie et Ferrepsy) pour sa relecture du document

Équipe de rédaction

Auteurs du bulletin : Leslie Simac, Jean-Loup Chappert, Franck Golliot, Damien Mouly.

Génération des indicateurs : Anne Fouillet, Nicolas Méthy, Christophe Léon et Jonathan Roux de Santé publique France ; Mohamed Mazza de la Cnam ; 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. Bulletin. Édition Occitanie. Saint-Maurice : Santé publique France, 28 p., 26 novembre 2026

Directeur de publication : Etienne Pot

Date de publication : 26 novembre 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr