

# ÉTUDES et RÉSULTATS

janvier 2026  
n° 1364

## Le suicide, trois fois plus fréquent chez les hommes, deux fois plus chez les plus modestes

Entre 2011 et 2021, le taux moyen de suicide en France se situe à 13,6 pour 100 000 habitants, 6,5 chez les femmes et 21,2 parmi les hommes. Ces taux varient du simple au double selon le niveau de vie des personnes, en défaveur des plus modestes. Bien que les trois quarts des suicides concernent des hommes, cette inégalité selon le revenu touche aussi les femmes.

Les hommes agriculteurs, employés et ouvriers présentent des risques de suicide plus élevés que les cadres et professions intellectuelles supérieures. Chez les femmes, aucun surrisque n'est détecté dans ces catégories ; au contraire, parmi celles âgées de 65 ans ou plus, les anciennes cadres ont des taux de suicide supérieurs à ceux des femmes d'autres catégories socioprofessionnelles. Pour tous, la perte du conjoint constitue un fort facteur aggravant, même s'il affecte beaucoup plus les hommes.

Par ailleurs, les personnes nées en France métropolitaine ont un risque plus élevé de suicide par rapport à celles nées dans les Outre-mer ou à l'étranger, tout comme les résidents des territoires ruraux par rapport à ceux des zones urbaines. Ces différences de risques sont observées indépendamment de l'âge, des revenus, de la structure familiale et de la catégorie socioprofessionnelle.

Enfin, le facteur le plus notable au regard des résultats concerne les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique : détectées à partir de leurs consommations de soins, elles représentent à elles seules 50 % des personnes décédées d'un suicide.

Jean-Baptiste Hazo, Lucile Aubain, Manon Cadillac (Drees)

> Les auteurs remercient Nathalie Blanpain, Élise Coudin, Thomas Deroyn, Hadrien Le Mer

**E**n France, au cours des vingt dernières années, la part des décès attribuables au suicide est passée de 2,0 % à 1,3 %, s'établissant en 2023 à 2,1 % des décès masculins et 0,7 % des décès féminins. Entre 2011 et 2021, cela correspond à un taux annuel moyen de 13,6 décès par suicide pour 100 000 habitants (6,5 chez les femmes et 21,2 parmi les hommes). Réponse extrême à une souffrance psychique insupportable, le suicide a de très importants déterminants individuels d'ordre biographique, mais, dans une approche de santé

publique, il demeure pertinent d'en connaître les principaux facteurs de risque démographiques et socioéconomiques.

Les disparités selon le revenu ou la catégorie sociale sont très marquées en santé mentale notamment en ce qui concerne les gestes auto-infligés<sup>1</sup>. Les taux d'hospitalisation pour ce motif varient de 18 pour 10 000 pour le quart de la population le plus modeste, à 6 pour 10 000 pour le quart le plus aisé (Sterchele, 2022). La littérature scientifique internationale rapporte fréquemment des taux de suicide plus élevés dans les

1. Tentatives de suicides et automutilations non suicidaires.

● zones géographiques cumulant désavantages matériels et sociaux (Qian, et al., 2023). Les plus rares études portant sur des données individuelles établissent également une relation statistique entre caractéristiques socioéconomiques et suicide, en défaveur des plus pauvres (Berkelmans, et al., 2021). En France, l'Institut national de veille sanitaire (InVS) a créé le programme Cosmop (Cohorte de surveillance de la mortalité selon l'activité professionnelle) dans l'objectif de comparer la mortalité selon les différentes catégories socioprofessionnelles et secteurs d'activité économique. Parmi les salariés, ce programme a identifié une surmortalité par suicide des salariés agricoles et des ouvriers par rapport aux cadres entre 1976 et 2002 (Cohidon, et al., 2010). La Drees a poursuivi ce travail sur

des données plus récentes, enrichies de nouvelles variables socioéconomiques et élargies à l'ensemble de la population française. Dans ce but, elle a réalisé l'appariement entre la base des causes médicales de décès (BCMD) du CépiDc<sup>2</sup> et l'échantillon démographique permanent (EDP) de l'Insee (**encadré 1**).

## Les taux de suicide, trois fois plus élevés chez les hommes, décroissent avec la hausse du niveau de vie

Entre 2011 et 2021, parmi les 3,2 millions d'individus suivis dans l'EDP avec des données sociofiscales renseignées, 3 812 décès par suicide sont décomptés, constituant 1,5 % de l'ensemble

### Encadré 1 Sources et méthodes

#### Sources

L'échantillon démographique permanent (EDP) est une cohorte d'environ 4 millions d'individus vivant ou ayant vécu en France depuis 1968. Constitué de 4,4 % de la population française, il en est un échantillon représentatif. Les individus intègrent l'EDP via plusieurs sources, dont l'état civil, les enquêtes annuelles de recensement (EAR) et les déclarations fiscales, issues des fichiers démographiques sur les logements et les individus (Fidéli). Ils sont sélectionnés sur la base de leur jour de naissance : du 2 au 5 janvier et du 1<sup>er</sup> au 4 des mois d'avril, juillet et octobre.

Un appariement entre l'EDP et le système national des données de santé (SNDS) a permis d'ajouter les données de consommations de soins au sein d'une base intitulée EDP-Santé, dans l'objectif d'étudier les inégalités sociales de santé (Dubost et Leduc, 2020).

L'appariement mobilisé pour cette étude entre l'EDP et la base de données sur les causes médicales de décès (BCMD) du CépiDc s'inscrit dans la prolongation de ce travail. Il a été réalisé à partir des variables disponibles dans les deux bases de données : le sexe, les dates de naissance et de décès, les communes de résidence et de décès et, pour les décès après 2010, la commune de naissance. Ce jeu de variables est considéré suffisamment identifiant pour que sa co-occurrence dans l'EDP et dans la BCMD implique qu'il s'agisse du décès d'une seule et même personne. Sur les 323 585 décès d'« individus EDP » survenus entre 2004 et 2021, 320 077 ont pu être appariés au fichier du CépiDc, soit un taux d'appariement de 98,9 %.

Parmi les causes médicales de décès, le suicide a été détecté selon la classification internationale des maladies en sélectionnant les décès dont la cause initiale était codée entre X60 et X84 (gestes auto-infligés) ou en Y870 (séquelles de gestes auto-infligés).

Le phénomène suicidaire étant rare, les données de mortalité ont été analysées conjointement sur plusieurs années. Plusieurs périodes de suivi ont été considérées selon la disponibilité des sources de données (**tableau complémentaire B**).

Quatre cohortes ont ainsi été constituées : une première incluant les individus EDP recensés (échantillon EAR, 2004-2021), une deuxième incluant les individus présents dans les sources fiscales (échantillon sociofiscal, 2011-2021), une troisième avec les individus présents dans ces deux sources à la fois (2011-2021), et enfin une quatrième constituée des personnes présentes dans l'EDP-Santé et avec des données renseignées dans le SNDS (2015-2021). Ces sources de données (EAR, Fidéli et SNDS) s'étendaient jusqu'à 2020 ; pour l'année 2021, seules les informations d'état civil, et donc les décès, étaient disponibles, ils ont été inclus dans l'analyse.

Afin de redresser les données contenues dans chaque enquête annuelle de recensement, qui concerne environ 14 % de la population résidant en France, une pondération annuelle permet de viser à la représentativité nationale de ces échantillons. De même, pour les analyses par niveau de vie, les poids annuels de la source sociofiscale Fidéli sont utilisés. Pour chacun des deux jeux de poids, on calcule

un poids moyen de l'individu EDP sur la période de suivi considérée, par la méthode généralisée de partage des poids (Favre-Martinoz et Gros, 2017). Ainsi, trois jeux de pondération ont été constitués et mobilisés pour cette étude, l'un pour la cohorte EAR, l'un pour la cohorte sociofiscale et enfin un dernier pour celle des individus présents dans les deux sources. Le jeu de poids fiscal a également été utilisé sur les individus présents dans la cartographie des pathologies du SNDS. Toutes les statistiques présentées dans l'étude sont ainsi pondérées.

#### Méthodes statistiques

De manière à identifier les inégalités de mortalité par suicide selon les diverses caractéristiques individuelles étudiées, des taux de suicides pour 100 000 individus ont été calculés. Ces taux augmentent structurellement très fortement avec l'âge, surtout chez les hommes. L'inégale répartition des âges au sein des groupes sociodémographiques considérés peut donc entraîner une forte confusion. Si, par exemple, la moyenne d'âge des ouvriers est plus élevée que celle des autres catégories socioprofessionnelles, leur taux brut de mortalité par suicide sera haut, même dans le cas où ils se suicident moins à chaque âge donné. Pour neutraliser ces différences de distribution d'âge, les taux de suicide sont standardisés sur la distribution d'âge moyenne dans la population d'étude. Le taux de suicide standardisé ainsi obtenu est donc un taux estimé dans la situation fictive où, pour poursuivre l'exemple, la distribution de l'âge des ouvriers serait la même qu'en population générale.

En sus de l'âge, d'autres corrélations peuvent venir masquer certains liens entre suicide et indicateurs socioéconomiques ; c'est par exemple le cas de la migration et du niveau de vie ou encore du diplôme. De façon à isoler l'effet de chaque indicateur, aussi indépendamment des autres que possible, plusieurs modèles de Cox multivariés ont été estimés. Ces modèles dits « de survie » ou « de durée » permettent de mesurer un risque relatif de décès par suicide dans la catégorie considérée, comparée au groupe de référence, autrement dit, à quel point chaque caractéristique est associée à une probabilité plus forte de se suicider, à toutes autres variables introduites dans le modèle égales.

Ces modèles ont été estimés sur deux sous-échantillons spécifiques, disposant de variables renseignées à la fois dans les EAR et dans les données fiscales pour le premier, et dans les EAR, les données fiscales et les données de santé du SNDS pour le second (**tableau complémentaire F**). Les caractéristiques de diplôme, de catégorie socio-professionnelle et de structure familiale étant rarement stabilisées avant 25 ans, les personnes de moins de 25 ans ont été exclues dans les analyses multivariées de façon à pouvoir inclure ces éléments dans les modèles.

Les taux de suicides des femmes et des hommes diffèrent singulièrement et relèvent de dynamiques socioéconomiques relativement distinctes ; de ce fait, l'ensemble de ces analyses ont été séparées par sexe.

2. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm).

des décès. Les trois quarts de ces suicides sont le fait d'hommes (76,1 %). Rapporté aux années de vie vécues sur la période 2011-2021, le taux de mortalité par suicide dans cette population est de 13,5 pour 100 000 personnes en vie : 20,5 chez les hommes et 6,3 chez les femmes<sup>3</sup>.

Ces taux sont fortement décroissants avec la hausse du niveau de vie. À âge comparable<sup>4</sup>, le taux de suicide des 10 % d'hommes les plus modestes (25,7 pour 100 000) est plus de deux fois supérieur à celui des 10 % les plus aisés (11,3) [graphique 1 et tableau complémentaire A<sup>5</sup>]. Il en est de même chez les femmes, avec un taux qui baisse de 9,0 à 4,1 entre le premier et le dernier dixième de la population classée selon le niveau de vie<sup>6</sup>. Ce lien statistique entre niveau de vie et suicide, qui se maintient à autres caractéristiques égales, a évolué depuis les travaux de Durkheim datant de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et recouvre divers mécanismes explicatifs (encadré 2).

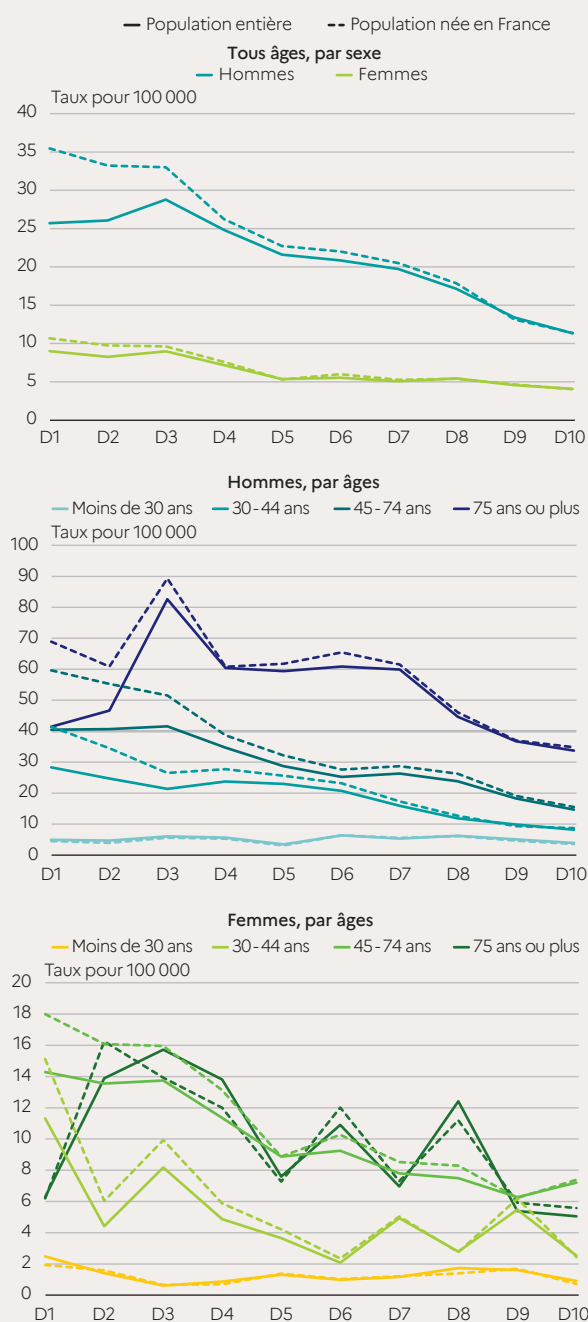
### Le risque de suicide est maximal chez les plus modestes nés en France métropolitaine

Parmi les 30 % les moins aisés de la population, le taux de suicide n'augmente plus lorsque le niveau de vie baisse ; il est même légèrement diminué chez les hommes appartenant aux 10 % de ménages les plus modestes (graphique 1).

Deux éléments d'explication peuvent être apportés à ce phénomène. Le premier réside dans la proportion plus élevée de personnes nées à l'étranger dans les deux premiers dixièmes de la population classée selon le niveau de vie (entre 15 % et 20 %, contre environ 5 % parmi les deux dixièmes les plus aisés). Or, les immigrés ont des taux de suicide bien inférieurs à ceux des personnes nées en France (carte 1), ce qui estompé le lien entre pauvreté et suicide. Chez les individus natifs, ce lien est beaucoup plus marqué, les taux de suicide étant très supérieurs parmi le dixième le plus modeste de la population et décroissant plus régulièrement ensuite avec la hausse du niveau de vie.

Quant à la seconde raison, elle est à chercher du côté des plus âgés : à partir de 75 ans, l'écart de mortalité par suicide entre les 10 % les plus aisés et les 10 % les plus modestes tend à se réduire, même en se limitant à la population née en France (graphique 1). À ces âges, les hommes du dixième le plus modeste se suicident 1,3 fois plus que ceux du dixième le plus aisé, contre 3,5 fois plus chez les 30-44 ans et 2,8 fois plus chez les 45-74 ans ; ces rapports de mortalité sont comparables chez les femmes. Le niveau de vie paraît donc avoir moins d'impact sur le suicide des personnes âgées. Or, ce sont de loin les hommes de cette catégorie qui se suicident le plus. Par ailleurs, les hommes du dixième le plus modeste ont une espérance de vie moyenne de près de 73 ans, contre plus de 83 ans pour ceux du dixième le plus aisé (Blanpain, 2025). Les premiers meurent donc souvent avant d'atteindre l'âge auquel le suicide est le plus fréquent. Les personnes les moins aisées qui atteignent plus de 80 ans constituent alors un sous-groupe sélectionné, potentiellement en meilleure santé physique et mentale. Cet effet de survie sélective change partiellement la composition de la population survivante et n'est pas corrigé par la standardisation, qui neutralise seulement les différences démographiques (encadré 1). Cette explication est régulièrement mobilisée devant

**Graphique 1** Taux de mortalité par suicide selon le niveau de vie et la classe d'âge en France de 2011 à 2021



**Notes** > D1 : 1<sup>er</sup> dixième de niveau de vie, soit les 10 % de la population dont le niveau de vie est le plus faible ; D10 : 10<sup>e</sup> dixième, soit les 10 % de la population dont le niveau de vie est le plus élevé. Les taux « Tous âges » sont standardisés sur l'âge (encadré 1).

**Lecture** > Sur la période 2011-2021, les taux de suicide passent de 25,7 pour 100 000 chez les hommes du 1<sup>er</sup> dixième de niveau de vie (D1) à 11,3 pour 100 000 chez ceux du dernier dixième (D10).

Chez les hommes nés en France uniquement, ces taux passent de 35,5 à 11,4. Chez ceux de moins de 30 ans, ils ne diffèrent pas entre les deux populations et varient de 4,9 à 3,9 entre le 1<sup>er</sup> et le 10<sup>e</sup> dixième de niveau de vie.

**Champ** > France. Échantillon des individus de l'EDP (encadré 1) présents dans les sources fiscales entre 2011 et 2020.

**Sources** > Échantillon démographique permanent (EDP) apparié à la base des causes médicales de décès (BCMD).

> Études et Résultats n° 1364 © Drees

3. Soit 0,2 point de moins que le taux de mortalité par suicide calculé dans la BCMD restreinte aux individus EDP sur la période : 13,7 pour 100 000, 21,4 chez les hommes et 6,4 chez les femmes (tableau complémentaire B).

4. Sauf mention contraire, les taux sont standardisés sur l'âge (encadré 1) et les taux bruts sont disponibles en tableaux complémentaires.

5. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette étude sur le site internet de la Drees (lien en fin de publication).

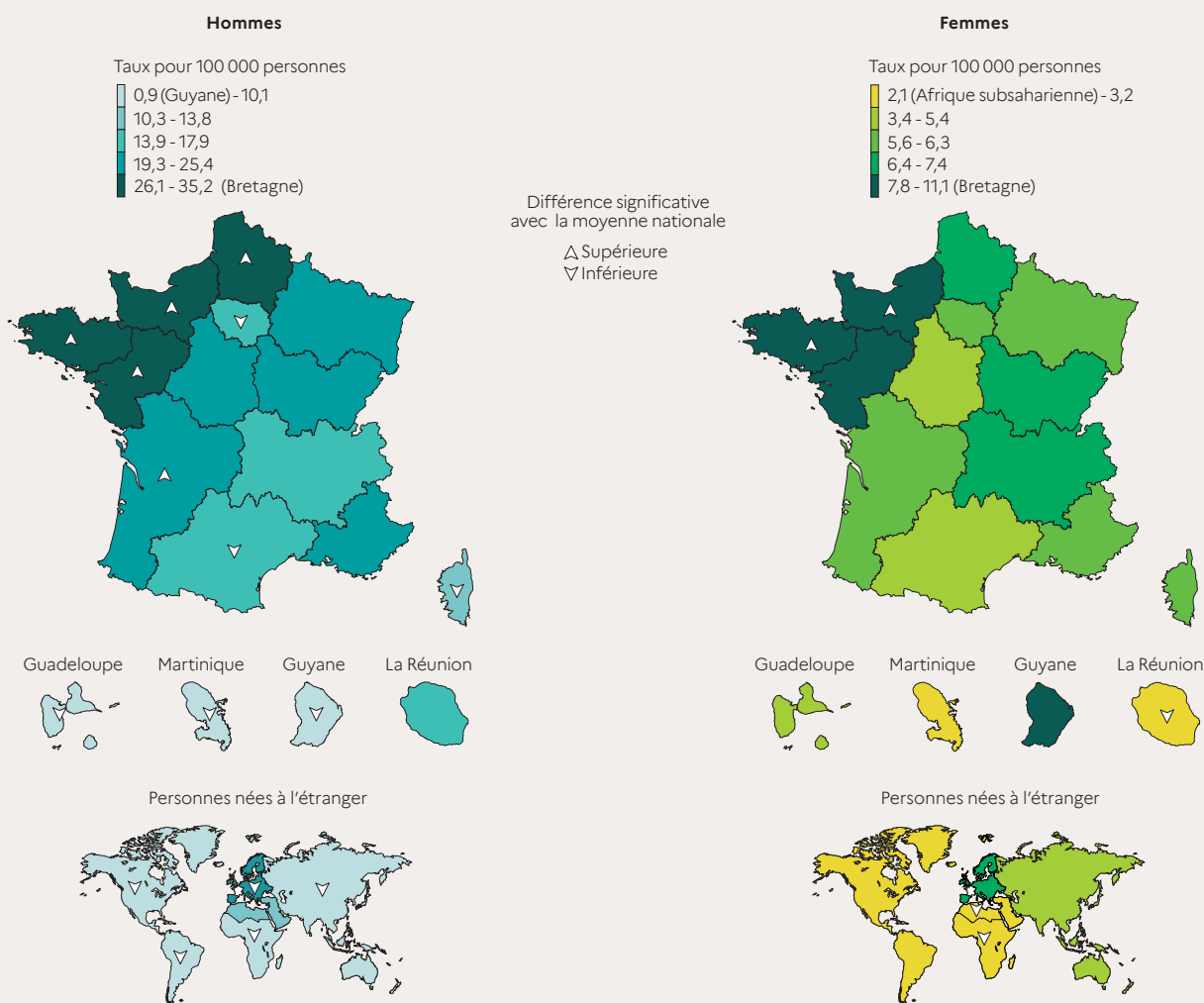
6. Les dixièmes de niveau de vie permettent de répartir en dix parts de taille égale la population considérée selon son niveau de vie (du premier dixième, soit les 10 % les plus modestes, au dernier, soit les 10 % les plus aisés).

## Encadré 2 Pauvreté et suicide

La relation entre pauvreté et suicide n'est pas intangible : elle dépend du contexte historique, géographique et socioéconomique. Au XIX<sup>e</sup> siècle, Émile Durkheim observait que les régions françaises pauvres et rurales affichaient les taux de suicide les plus bas ; il en concluait notamment que « la misère protège ». Durant la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, d'autres travaux montrent au contraire que, si les taux de suicide restent plus élevés dans les pays riches, ce sont les régions et les groupes sociaux les plus défavorisés au sein de ces mêmes pays qui sont les plus concernés (Baudelot, Establet, 2006). Ce retournement du lien entre pauvreté et suicide a pu être expliqué par une évolution de la pauvreté. La pauvreté contemporaine serait plus excluante que celle des sociétés préindustrielles. Plus stigmatisées, les personnes pauvres d'aujourd'hui seraient moins intégrées dans les réseaux de solidarité traditionnels que sont la famille, le village ou la communauté religieuse (Paugam, 1991). Cette fragilisation des liens sociaux et institutionnels s'accompagnerait d'un fort déclassement matériel. Ainsi, l'influence de la pauvreté sur le suicide recouvre bien plus que les seuls aspects monétaires. D'une part, les plus favorisés cumulent davantage de relations professionnelles et

associatives, en plus des relations de parenté (Bourdieu, 1979). Or, la présence et l'efficacité de réseaux de solidarité, autrement dit du soutien social, atténue l'effet des situations les plus défavorables, en jouant directement sur l'état de santé, et particulièrement sur l'état de la santé mentale (Hazo, 2025 ; Wilkinson, Marmot, 2004). D'autre part, plusieurs études suggèrent que le rang social perçu, c'est-à-dire la place qu'un individu se donne dans la hiérarchie sociale, contribue au moins autant que ses revenus aux liens entre position sociale, dépression et conduites suicidaires (Madigan, Daly, 2023 ; Wetherall, et al., 2015). Le manque de ressources inhérent à certaines conditions sociales favorise les troubles mentaux et la souffrance psychique. Anxiété de la précarité économique, fréquence accrue d'adversités, victimisations, discriminations : lorsque ces éléments s'accompagnent d'un sentiment d'impasse, c'est-à-dire d'une impossibilité de sortir de cette situation sociale, le risque suicidaire augmente. Cet ensemble, parfois qualifié de « défaite sociale » en français et qui renvoie au modèle clinique de *defeat and entrapment*, est fortement mobilisé dans les modèles explicatifs de certains troubles psychiatriques et du suicide (Alexandre, et al., 2021 ; Taylor, et al., 2011).

## Carte 1 Taux de mortalité par suicide selon le lieu de naissance de 2011 à 2021



**Note** > Le taux de mortalité par suicide est standardisé sur la distribution d'âge moyenne de la population considérée (encadré 1).

**Lecture** > Les femmes nées en Bretagne présentent un taux de suicide de 11,1 pour 100 000 personnes, ce qui est significativement supérieur à la moyenne nationale féminine (6,3) ; chez les hommes nés dans la même région, il est de 32,5, ce qui est également significativement supérieur à la moyenne nationale masculine (20,8).

**Champ** > France hors Mayotte. Échantillon des individus de l'EDP (encadré 1) présents dans les données sociofiscales entre 2011 et 2020.

**Sources** > Échantillon démographique permanent (EDP) apparié à la base des causes médicales de décès (BCMD).

> Études et Résultats n° 1364 © Drees

l'affaiblissement, voire l'inversion du gradient social<sup>7</sup> de certains indicateurs aux âges les plus avancés (Menvielle, et al., 2010 ; Zhang, et al., 2022).

## Les personnes sans emploi, les agriculteurs et les ouvriers sont particulièrement vulnérables

Comme les catégories de revenu, auxquelles elles sont en partie liées, les catégories socioprofessionnelles (CSP) présentent des taux de suicide variés (*graphique 2*).

Selon les données issues de l'EDP (2,5 millions d'individus recensés au moins une fois sur la période 2004-2021, durant laquelle 4 050 suicides ont été décomptés) [*tableau complémentaire B*], ce sont chez les personnes sans activité professionnelle<sup>8</sup> que sont retrouvés les taux de suicide les plus élevés, pour les femmes comme pour les hommes : 14,8 chez les premières et 56,2 chez les seconds. L'importance croissante de l'activité professionnelle dans l'identité sociale des individus renforce, par contraste, l'effet délétère de l'inactivité sur la santé mentale et le risque suicidaire (Baudelot, Estabiet, 2006). Cependant, le lien causal agit dans les deux sens : d'un côté, l'absence d'activité professionnelle tend à détériorer la santé mentale en limitant l'intégration sociale, en privant de ressources matérielles et en générant de la honte (Paul, Moser, 2009) ; de l'autre, les troubles psychiatriques limitent fortement les possibilités d'intégration au marché du travail (Olesen, et al., 2013).

Bien que le travail soit généralement un facteur de protection en santé mentale, ce n'est pas toujours le cas : ses conditions, son organisation et les relations qui s'y jouent déterminent la prévalence des risques psycho-sociaux (Carrasco, 2020 ; INRS, 2019). Or ces risques, liés à la santé mentale et aux conduites suicidaires, sont inégalement répartis selon les CSP. Par exemple, la part de

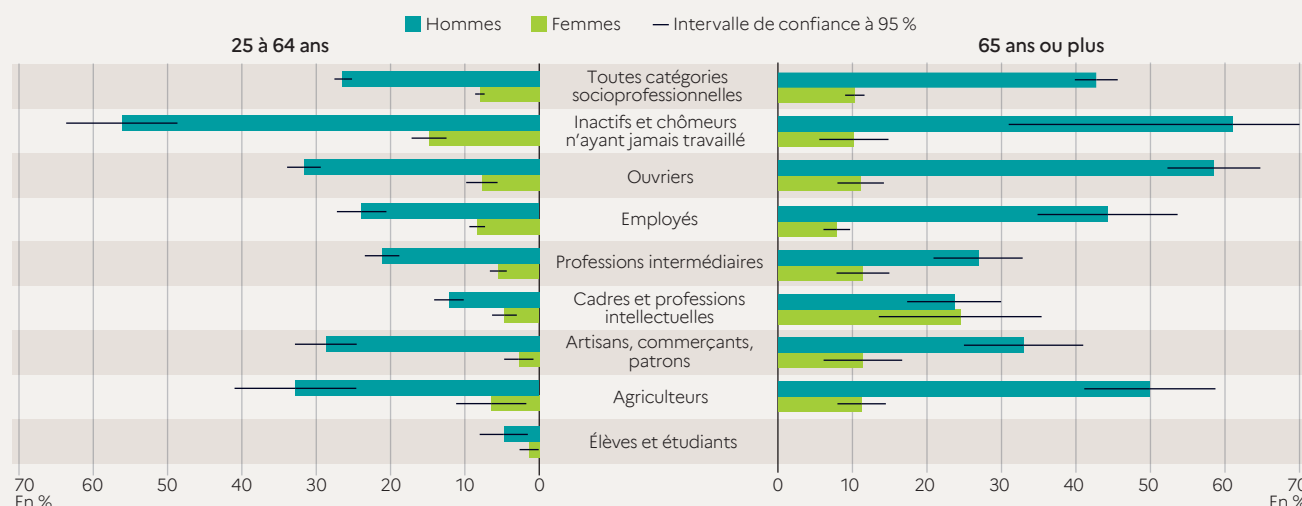
salariés en « tension » – c'est-à-dire soumis à de fortes demandes psychologiques tout en ayant peu de latitude décisionnelle – passe de 16 % parmi les cadres et les professions intellectuelles supérieures à 30 % et plus chez les ouvriers et les employés (Matinet, et al., 2020).

Autre population à risque, les hommes agriculteurs exploitants, retraités inclus, se suicident sensiblement plus que la moyenne : leur taux de suicide brut est de 43,7 pour 100 000, soit plus du double de l'ensemble des hommes (21,8). Cela tient en partie à leur moyenne d'âge élevée, car, une fois standardisé sur l'âge, leur taux de suicide retombe à 26,0 (*tableau complémentaire C*). En effet, plus de 50 % des agriculteurs en 2019 avaient plus de 50 ans, contre 31 % de l'ensemble des personnes en emploi (Chardon, et al., 2020). Cependant, par rapport aux cadres et aux professions intellectuelles supérieures, le fait d'être ou d'avoir été agriculteur exploitant reste associé chez les hommes à un risque surélevé de près de 40 % après ajustement sur les autres caractéristiques individuelles (*graphique 3*). Chez les femmes agricultrices, le taux brut de suicide est également surélevé (11,0, contre 6,5 chez l'ensemble des femmes), mais diminue une fois standardisé sur l'âge (6,1) ; à autres caractéristiques semblables, leur surrisque par rapport aux femmes cadres n'est en revanche pas significatif.

Les hommes ouvriers présentent également un risque augmenté de suicide. À âge égal, leur taux dépasse la moyenne observée chez les hommes (26,9 contre 21,8) et atteint 2,6 fois celui des hommes cadres et professions intellectuelles supérieures, qui sont pour leur part particulièrement protégés avec un taux de mortalité par suicide de 10,3.

En dernière analyse, à toutes autres variables considérées égales, les hommes ouvriers ou employés présentent un risque supérieur à celui des hommes cadres (respectivement de +29 % et +30 %).

**Graphique 2** Taux de mortalité par suicide selon les catégories socioprofessionnelles en France de 2004 à 2021



**Notes** > Le taux de mortalité par suicide est standardisé sur la distribution d'âge moyenne de la population considérée (*encadré 1*). Les barres horizontales représentent l'intervalle de confiance à 95 %.

**Lecture** > Entre 2004 et 2021, parmi les femmes de 25-64 ans, la catégorie socioprofessionnelle avec le taux le plus élevé de suicide est celle des personnes sans activité et chômeuses n'ayant jamais travaillé<sup>8</sup> : ce taux vaut 14,8 pour 100 000, contre 8,0 parmi l'ensemble des femmes de la classe d'âge. En revanche, chez celles de 65 ans ou plus, ce sont les anciennes cadres et professions intellectuelles supérieures : 24,5 pour 100 000, contre 10,3.

**Champ** > France hors Mayotte. Échantillon des individus de l'EDP (*encadré 1*) de plus 24 ans présents entre 2004 et 2020 dans les enquêtes annuelles de recensement (EAR).

**Sources** > Échantillon démographique permanent (EDP) apparié à la base des causes médicales de décès (BCMD).

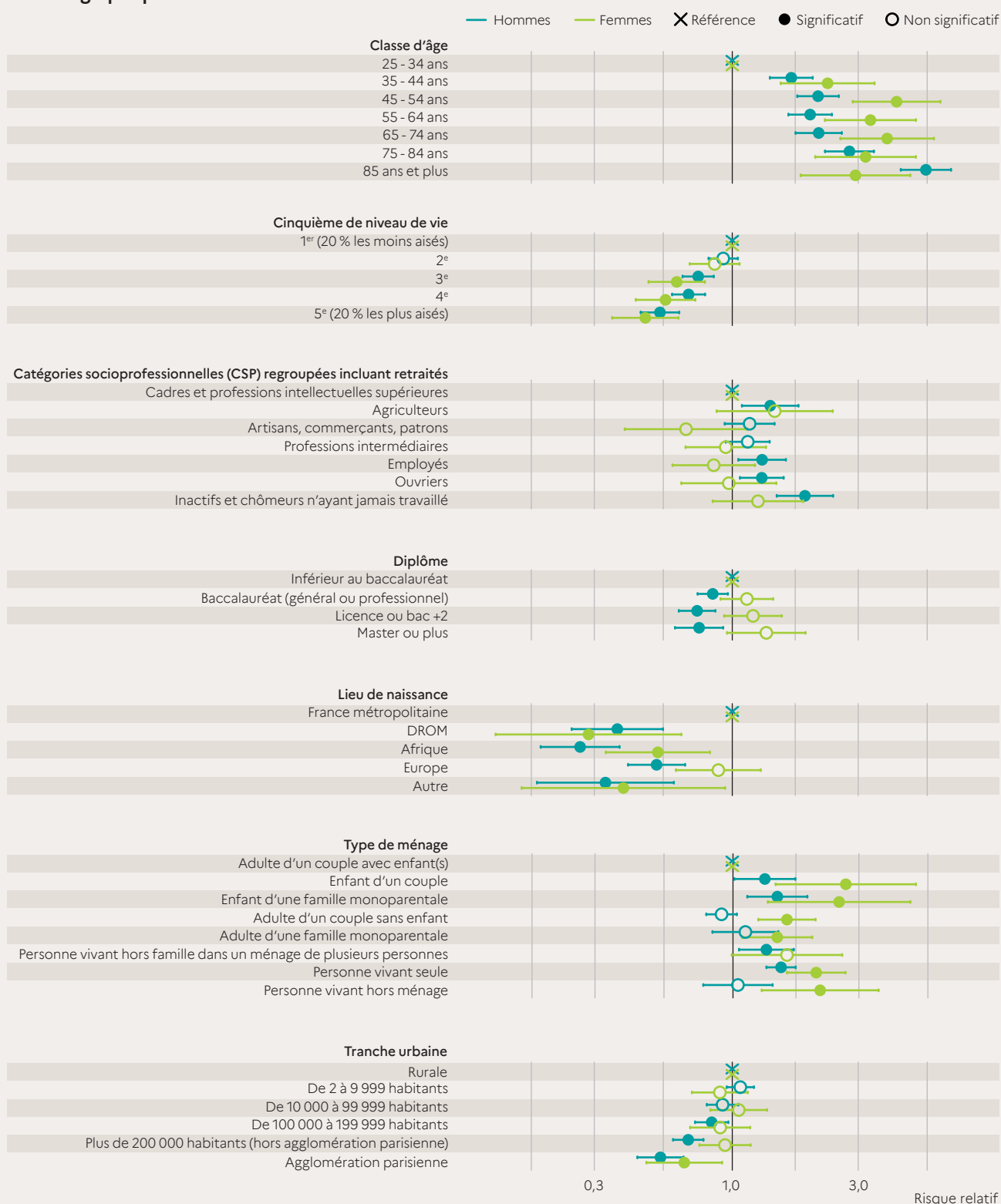
> Études et Résultats n° 1364 © Drees

<sup>7</sup> On appelle gradient socioéconomique ou gradient social la correspondance entre les différences de santé observées et la position dans la hiérarchie sociale (selon des indicateurs comme les revenus, le niveau d'études, la profession, etc.).

<sup>8</sup> Personnes n'ayant aucune activité professionnelle. Cela inclut les chômeurs n'ayant jamais travaillé, les chômeurs ayant déjà travaillé sont rattachés à la CSP de leur précédent emploi. Les élèves et étudiants sont également exclus de cette catégorie.



**Graphique 3** Risques relatifs de décès par suicide selon certaines caractéristiques socioéconomiques et démographiques



**Notes** > Échelle logarithmique. Autres variables de contrôle du modèle : revenus du ménage intégrant une allocation adulte handicapé et revenus du ménage intégrant des prestations sociales (*tableau complémentaire D*). Pour chaque caractéristique, les points représentent le risque relatif (RR) de décès par suicide dans le groupe considéré, comparé au groupe de référence, indiqué par le symbole X et à autres caractéristiques égales. Ces estimations proviennent d'un modèle de survie de Cox. Un RR supérieur à 1 (à droite de la ligne 1) indique un risque plus élevé que celui du groupe de référence, un RR inférieur à 1 (à gauche) indique un risque plus faible. Les barres horizontales autour des points représentent l'intervalle de confiance à 95 % du RR, lorsqu'il inclut 1, il n'est pas possible de conclure que le niveau de risque diffère significativement de celui du groupe de référence.

**Lecture** > À autres caractéristiques égales, les hommes de 85 ans ou plus ont un risque de décès par suicide 5,4 fois supérieur à celui des hommes de 25 à 34 ans, la modalité de référence. Ce risque relatif est très significatif.

**Champ** > France hors Mayotte. Échantillon des individus de l'EDP (*encadré 1*) de plus de 24 ans présents entre 2011 et 2020 dans les enquêtes annuelles de recensement (EAR) et dans les données sociofiscales.

**Sources** > Échantillon démographique permanent (EDP) apparié à la base des causes médicales de décès (BCMD).

> Études et Résultats n° 1364 © Drees

Comme pour le revenu, il est probable que les enjeux de la CSP pèsent plus lourdement durant la vie active qu'après la retraite : chez les hommes, ces différences de taux de suicide sont légèrement renforcées chez les 25-64 ans, notamment parce que les cadres en activité se suicident très peu comparativement aux autres CSP. En plus des risques psychosociaux précédemment évoqués, les rapports au corps, à la santé et au champ médical varient selon le milieu social (Boltanski, 1971). Les personnes des milieux populaires sont moins disposées à consulter des spécialistes ou à passer des examens de prévention et reçoivent, à besoin égal, des soins de moindre qualité (Menvielle, Lang, 2021). La détection du risque suicidaire par un professionnel de santé mentale peut donc davantage leur faire défaut. En outre, certains modes de vie, notamment lorsqu'il s'agit d'alcoolisation, de valorisation plus ou moins forte de la force physique et d'accès aux moyens létaux, constituent des facteurs variant selon les catégories sociales et les professions. Par exemple, la sur-suicidalité observée chez les militaires et les policiers est en partie liée à leur accès facilité à une arme à feu (Encrenaz, et al., 2016 ; Lubin, et al., 2010). Bien que peu nombreux dans l'EDP, les hommes recensés comme policiers et militaires présentent un taux de suicide supérieur de 7 points à celui de la moyenne masculine, soit 29,0 pour 100 000 (*tableau complémentaire C*)<sup>9</sup>.

### Les liens entre profession, diplôme et suicide différent selon le sexe

Parmi les femmes âgées de 25 à 64 ans, les taux de suicide diffèrent peu selon la CSP, contrairement à ceux des hommes. Cependant, chez les 65 ans ou plus, ce sont les anciennes cadres qui se suicident le plus (24,5, contre 10,3 en moyenne), avec un taux comparable à celui des hommes retraités de la même CSP (23,6) (*graphique 2*). Ces faibles écarts de taux de suicide chez les femmes de 25 à 64 ans sont cohérents avec ce qui a pu être observé en Europe ; en revanche aucune autre étude ne montre une telle différence au désavantage des anciennes cadres (Guseva Canu, et al., 2019 ; Li, et al., 2011). Les femmes percevaient moins les situations professionnelles défavorables comme un échec et pourraient les compenser par d'autres réseaux d'intégration, notamment familiaux (Bourgoin, 1999). En regard, les hommes s'identifient plus volontiers à leur statut socioprofessionnel. Quand celui-ci est dégradé, menacé ou perdu, comme ce peut être le cas dans de nombreux secteurs de l'industrie et dans les mondes ouvrier et agricole, les taux de suicides masculins ont tendance à s'élever (Baudelot, Estabiet, 2006 ; Eliason, Storrie, 2009 ; Laanani, et al., 2015).

Le niveau de diplôme n'est pas non plus lié de la même manière au risque suicidaire selon les sexes. Chez les hommes, les taux de mortalité par suicide diminuent avec le niveau d'éducation : ils sont plus élevés chez les non-diplômés et plus bas à partir de bac +2 (*tableau complémentaire C*). Cette association persiste dans les modèles multivariés, suggérant un lien robuste entre éducation et suicide chez les hommes de 25 ans ou plus<sup>10</sup>. Chez les femmes, en revanche, le taux de suicide ne diminue plus au-delà du baccalauréat, voire augmente avec le diplôme, ce qui fait écho aux résultats portant sur la CSP (*graphique 3*).

### La structure du foyer et le veuvage jouent également très différemment selon le sexe

La perte d'un conjoint – par séparation ou par décès – est un facteur de risque suicidaire qui affecte davantage les hommes. Avoir

pour dernier événement fiscal déclaré le décès de son conjoint double le risque de suicide chez les femmes et le multiplie par neuf chez les hommes. Parmi ces derniers, le fait d'introduire le décès du conjoint dans l'analyse multivariée vient effacer l'effet du grand âge sur le suicide (*tableau complémentaire D*). En d'autres termes, une part importante de la surmortalité suicidaire des hommes âgés de 65 ans ou plus proviendrait de passages à l'acte survenus dans un contexte de veuvage.

Plus globalement, les personnes veuves, célibataires et divorcées ont des taux de suicide, à âge comparable, plus élevés que celles en couple. La présence d'enfants dans le foyer et le nombre de personnes qui le composent sont également associés à une moindre probabilité de suicide. Toutefois, si les individus vivants seuls sont plus susceptibles de se donner la mort que ceux en couple avec des enfants, les analyses multivariées apportent une distinction de genre importante. Par rapport aux personnes qui vivent en couple et avec des enfants dans le ménage, les femmes en couple mais sans enfants présentent un risque de suicide plus élevé, contrairement aux hommes en couple sans enfants (*graphique 3*). Il existe un moindre risque, associé au couple pour les hommes et aux enfants pour les femmes, qui renvoie aux travaux sur la place prépondérante de ces dernières dans la vie domestique et la parentalité (Brunner, Maurin, 2025).

### Le risque suicidaire varie considérablement selon le lieu de naissance et la densité urbaine

La taille des unités urbaines est corrélée, particulièrement chez les hommes, aux taux de suicide : ceux-ci décroissent à mesure que la taille de ces unités augmente (*tableaux complémentaires A et C*). Cette relation se maintient chez les hommes, indépendamment des autres caractéristiques sociales et démographiques analysées (*graphique 3*).

Il en va de même pour le lieu de naissance : les femmes et les hommes nés en France présentent des taux de suicides supérieurs à ceux des personnes nées à l'étranger. Parmi les hommes natifs de France, ils sont inférieurs à la moyenne (20,8) chez ceux originaires de Martinique (9,1), de Guadeloupe (10,1), de Corse (10,3), d'Occitanie (17,0) et d'Île-de-France (17,7). Tandis qu'en Nouvelle-Aquitaine, en Normandie, dans les Hauts-de-France, les Pays de la Loire et en Bretagne, cette moyenne est substantiellement dépassée, avec des taux compris entre 25,0 et 32,5. Pour les femmes, seules celles nées en Normandie et en Bretagne atteignent des niveaux significativement surélevés (9,0 et 11,1) par rapport à la moyenne (6,3) (*carte 1*). Ces taux de suicide différenciés selon les régions de naissance sont similaires à ceux des régions de résidence (Godet, et al., 2025).

Parmi les individus nés à l'étranger, celles et ceux originaires d'Afrique subsaharienne se suicident beaucoup moins (5,8 et 2,1 pour, respectivement, les hommes et les femmes). Chez les hommes, les taux sont plus élevés chez ceux nés en Asie (6,2), puis en Amérique (10,1) et en Europe (13,9), mais restent toujours inférieurs à la moyenne. La même observation vaut pour les femmes nées au Maghreb et au Moyen-Orient (2,9). Dans une certaine cohérence, l'enquête EpiCov de 2020 avait montré que la déclaration de pensées suicidaires était significativement moindre chez les immigrés et les enfants d'immigrés (Hazo, et al., 2021). Ces associations sont robustes : une fois les autres variables sociodémographiques et économiques maintenues égales, hommes et femmes nés hors de

<sup>9</sup>. Compte tenu du faible effectif, cette différence notable n'est pas statistiquement significative.

<sup>10</sup>. Les moins de 25 ans ont été exclus des modèles en raison du caractère transitoire de plusieurs caractéristiques socioprofessionnelles avant cet âge et afin de pouvoir y introduire la variable de diplôme.

France métropolitaine présentent un risque plus faible de décéder par suicide<sup>11</sup> (*graphique 3*).

La moindre propension au suicide des immigrés, particulièrement extra-européens, s'explique notamment par un effet de sélection : ceux qui ont les capacités d'émigrer sont en meilleure santé que la moyenne des individus de leur pays de départ et de celle de leur pays d'accueil, au moins à court et moyen termes ; ce n'est en revanche pas le cas de leurs descendants (Guillot, Khlal, Wallace, 2019). Qui plus est, les immigrés, et dans une moindre mesure leurs descendants, sont porteurs de normes culturelles et religieuses de leur pays d'origine, parfois plus dissuasives vis-à-vis du suicide (Eskin, 2020 ; Puzo, Mehlum, Qin, 2017 ; *World Health Organization*, 2025).

## La moitié des morts par suicides sont des personnes recourant à des soins de santé mentale

Dernier facteur, mais non des moindres, la présence d'un trouble psychiatrique joue fortement sur la mortalité par suicide. Les taux des personnes concernées sont jusqu'à trente fois plus élevés que pour l'ensemble de la population, comme c'est le cas pour les troubles de l'addiction (*tableau complémentaire E*). Sur les 2 640 suicides des « individus EDP »<sup>12</sup> retrouvés dans le système national des données de santé (SNDS) pendant la période 2015-2020, 1 311 sont le fait d'une personne identifiée comme présentant un problème de santé mentale à partir de ses recours enregistrés dans le SNDS<sup>13</sup>. Cela représente 50 % des suicides (44 % chez les hommes et 67 % chez les femmes).

L'introduction de ces variables dans le modèle de régression multivariées n'efface cependant pas les liens statistiques entre niveau de vie, CSP et suicide (*tableau complémentaire F*). À autres caractéristiques égales, la présence de chacun des troubles psychiatriques, ainsi que la prise de différents psychotropes sont associées à un surrisque de suicide. Parmi les troubles somatiques mesurés et introduits dans le modèle, certains résultats sont notables : chez les personnes souffrant de diabète, le risque apparaît diminué alors que la présence d'un cancer est en revanche associée à un surrisque chez les hommes atteints.

De manière générale, les écarts socioéconomiques de mortalité par suicide s'inscrivent dans le prolongement des déterminants sociaux de la santé. Ceux-ci agissent notamment par la voie de pathologies physiques et mentales qui peuvent être les conséquences plus ou moins directes des conditions de vie dégradées. En retour, les maladies mentales participent à la précarisation et à l'exclusion sociale des individus, en altérant les aptitudes sociales, économiques et relationnelles. Cette exclusion, renforcée par la stigmatisation attachée aux troubles psychiques, ainsi que par les lourdes comorbidités somatiques<sup>14</sup> qui les affectent, accroît à son tour le risque suicidaire. ●



Télécharger les données

11. À l'exception des femmes nées en Europe, qui ont un risque similaire à celui des femmes nées en France.

12. Dénomination des individus sélectionnés dans l'échantillon démographique permanent (EDP) [encadré 1].

13. Cette méthode de détection exclut toutes les personnes qui présentent un trouble ou une détresse psychiques, mais qui ne recourent pas ou pas suffisamment aux soins pour être identifiées comme telles.

14. Maladies physiques associées ou découlant d'une maladie psychiatrique et/ou de ces traitements.

Mots clés : Santé de la population Santé mentale Dépression Suicide Inégalité sociale

### Pour en savoir plus

> La bibliographie de cette étude est disponible sur la page de la publication du site internet de la Drees.

> Publications  
drees.solidarites-sante.gouv.fr  
> Open Data  
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr  
> Nous contacter  
drees-infos@sante.gouv.fr  
> Contact presse  
drees-presse@sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Thomas Wanecq  
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet  
Chargé d'édition : Alexandre Gadaud  
Composition et mise en pages : Julie Eneau  
Conception graphique : Drees  
Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources  
ISSN électronique 1146-9129 • AJP 0001384

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