Bulletin

Santé mentale

Santé publique France

Date de publication : 26.11.2026

ÉDITION HAUTS-DE-FRANCE

Parlons santé mentale! GRANDE CAUSE NATIONALE

Surveillance des conduites suicidaires

Bilan 2025

Points-clés

Mon soutien psy (SNDS 2025 – dès 3 ans)

Depuis 2022, le nombre de patients inclus est en constante augmentation. Une hausse de + 86% est enregistrée en 2025 par rapport à l'année précédente. Parmi eux, on retrouve 66% de femmes et 25% sont âgés entre 11 et 24 ans.

Le taux de recours est de 624 patients pour 100 000 habitants en région. Il est plus élevé chez les **25-44 ans** et **chez les 11-17 ans**.

Passages aux urgences pour geste auto-infligé (OSCOUR® 2025 – tous âges)

En 2025, 10 741 passages aux urgences pour geste auto-infligé ont été recensés, soit une part d'activité de 5,9 ‰, en légère augmentation par rapport à 2024.

Près de **2 passages aux urgences sur 3 concernaient des femmes**. Comme en 2024, les parts d'activité les plus élevées chez les femmes étaient enregistrées chez les **11-17 ans** (16,4 ‰, stable par rapport à 2024) et les **18-24 ans** (15,3 ‰, en augmentation de 7% par rapport à 2024).

Chez les hommes, les tranches d'âges les plus concernées étaient les 18-24 ans (7,3 ‰) et les 25-44 ans (7,4 ‰) avec une augmentation de 19 % par rapport à 2024. A noter que seule la classe d'âge des 18-24 ans enregistrait une hausse de 24% par rapport à 2021.

Hospitalisations pour geste auto-infligé (SNDS PMSI-MCO 2025 – tous âges)

Le nombre d'hospitalisations pour geste auto-infligé (HGAI) en Hauts-de-France était stable en 2025, avec 15 702 hospitalisations recensées, soit un taux standardisé de 258 hospitalisations pour 100 000 habitants.

Après une hausse marquée en 2024, le taux d'HGAI chez **les adolescentes de 11-17 ans se stabilisait en 2025 mais cette classe d'âge enregistrait toujours le taux le plus élevé chez les femmes** (1013/100 000 hab.). L'augmentation des taux d'HGAI s'est poursuivie en 2025 chez les jeunes filles de **18-24 ans** et les femmes de **25-44 ans**.

Le moyen utilisé ayant mené à une HGAI le plus fréquemment recensé (tous sexes) était l'auto-intoxication médicamenteuse (IMV) avec 78,7 % des séjours.

En partenariat avec :

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 (SNDS CépiDc 2024 – tous âges)

En 2024, 844 décès par suicide ont été recensés, correspondant à un taux standardisé de 14 décès pour 100 000 habitants, stable par rapport à 2023.

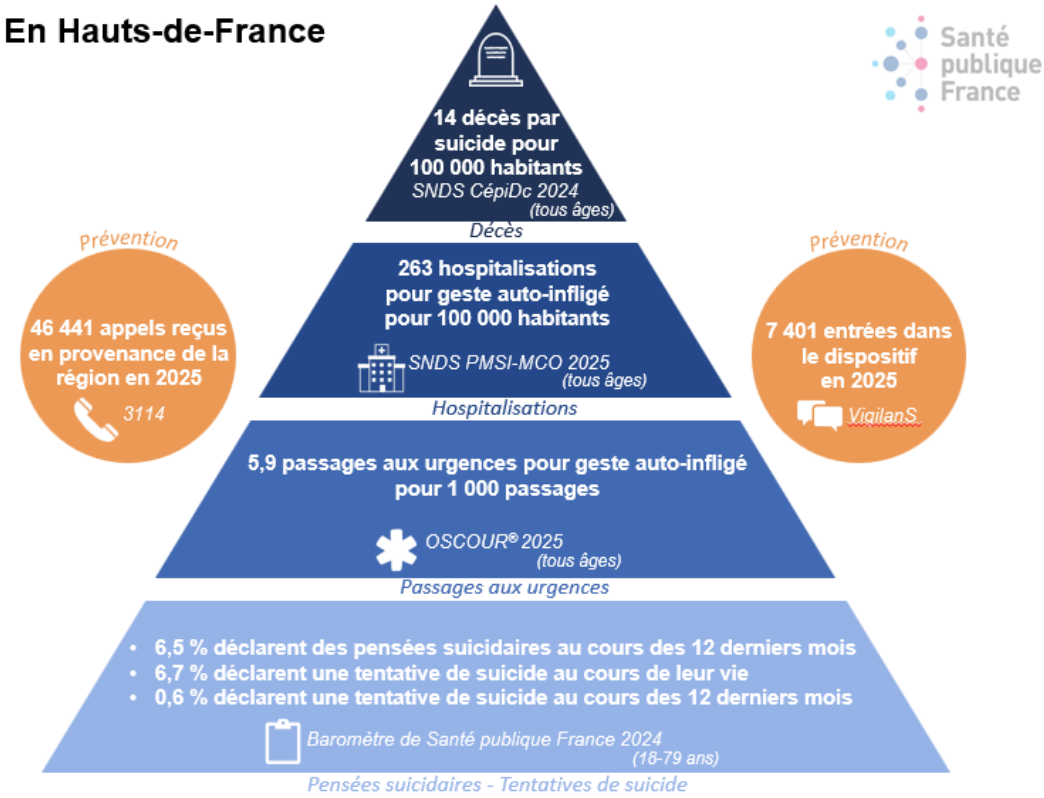
Les **hommes de 45 ans et plus** présentaient toujours le taux de décès par suicide le plus élevé en 2024, avec un taux de décès de 31 pour 100 000 habitants chez les 45-64 ans et de 38 pour 100 000 habitants chez les 65 ans et plus.

La modalité de décès par suicide la plus fréquemment enregistrée dans les certificats de décès était la **pendaison** (59,2 %), quel que soit le sexe.

Activité 2025 des dispositifs de prévention 3114 et VigilanS

En 2025, le 3114, numéro national de prévention du suicide, a reçu 46 441 appels de la région Hauts-de-France, soit un taux d'appel de 777 appels pour 100 000 habitants. Le nombre d'appels était en augmentation de 53 % par rapport à 2024.

7 401 personnes ont été incluses dans le dispositif VigilanS en 2025 (+ 7% par rapport à 2024). Près de 2 entrées sur 3 concernaient des femmes (62,5 %). Les femmes de 26-64 ans représentaient 30 % des entrées dans la région (28 % au niveau national).



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 les Hauts-de-France 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

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

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

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

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

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

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

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



Dispositif Mon soutien psy



Source de données

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

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

Ce dispositif est **ouvert à toute personne à partir de 3 ans en souffrance psychique d'intensité légère à modérée** : trouble anxieux ou 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 373 (5 %) dans la région.

Recours au dispositif

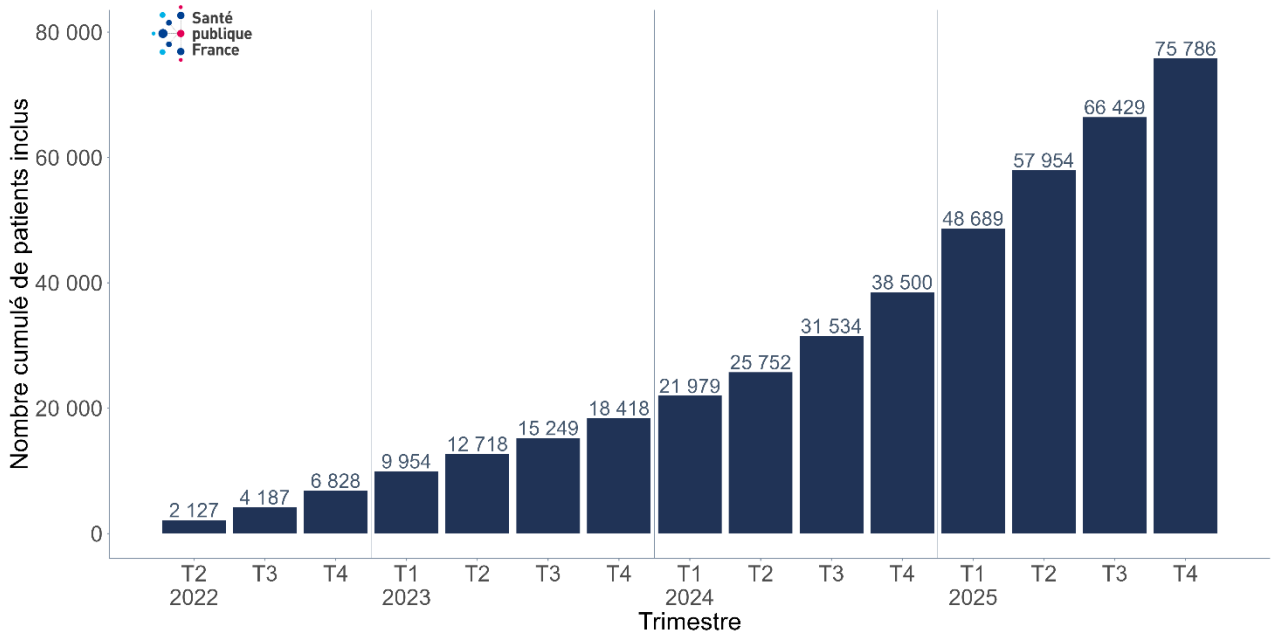
Depuis le début du dispositif et jusqu'au 31 décembre 2025, 75 786 patients ont bénéficié du dispositif dans les Hauts-de-France, pour un total de 1 102 303 patients en France. En 2025, 37 286 patients ont été inclus dans le dispositif Mon soutien psy en Hauts-de-France, soit 7 % des 529 118 patients inclus au niveau national. Le nombre de patients inclus dans la région était en constante augmentation depuis le début du dispositif en 2022 et en hausse de + 86 % par rapport à 2024 (Figure 1). Cette hausse est notamment due à l'accès direct au dispositif depuis le 15 juin 2024, c'est-à-dire sans adressage du patient par un médecin ou un professionnel de santé.

Parmi les bénéficiaires de la région en 2025, 66 % des patients étaient des femmes (*vs.* 68 % en France) et 25 % avaient entre 11 et 24 ans contre 21 % au niveau national (Figure 2).

En 2025, 189 566 séances ont été réalisées dans la région dans le cadre de Mon soutien psy (pour près de 3 millions en France) pour un montant remboursé par l'Assurance Maladie de 6 millions d'euros. Parmi ces séances, 78,2 % étaient des séances de suivi en présentiel ou en distanciel (soit 148 227 séances), les autres étant des premiers entretiens d'évaluation. Le recours aux séances de

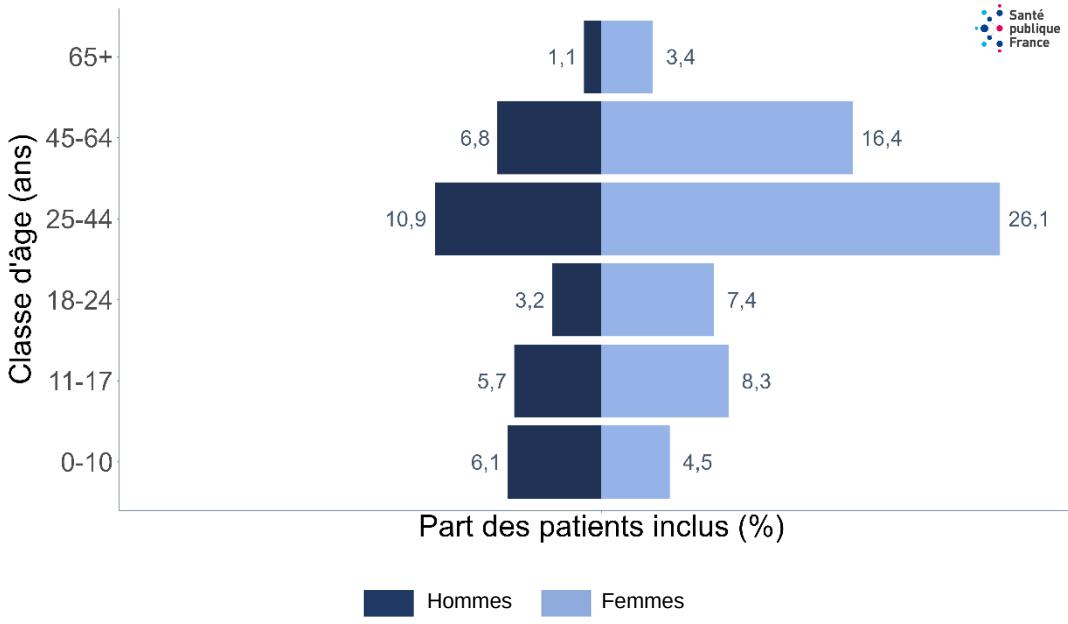
suivi à distance demeurait limité avec seulement 1,7 % des séances de suivi, ces dernières concernant principalement des patients adultes âgés entre 25 et 44 ans.

Figure 1. Évolution du nombre de patients (en cumulé) inclus dans le dispositif Mon soutien psy par trimestre, Hauts-de-France, 2022-2025



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

Figure 2. Part des patients inclus dans le dispositif Mon soutien psy (%) par classe d'âge et sexe, Hauts-de-France, 2025

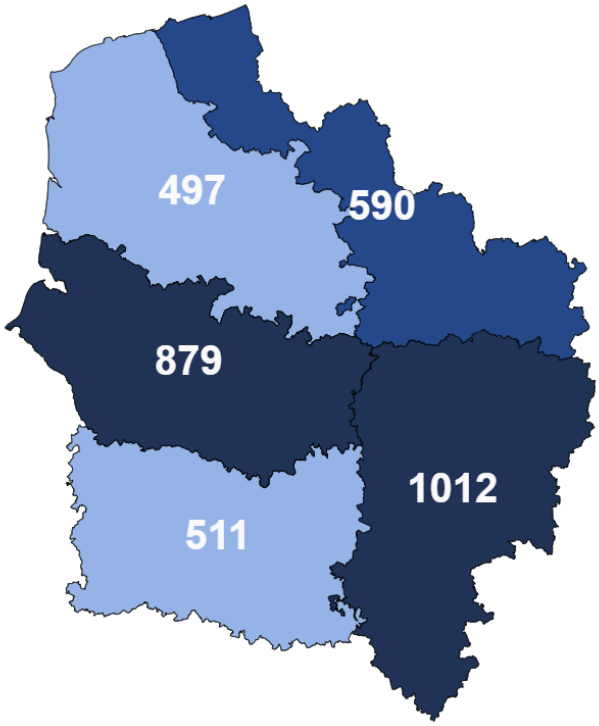


Soins réalisés de janvier à décembre 2025, liquidés à fin juin 2026, tous régimes.
Source : SNDS

En Hauts-de-France, le taux de recours à Mon soutien psy était de 624 patients pour 100 000 habitants en 2025. Il était élevé chez les 25-44 ans (944 patients pour 100 000 hab.) et chez les 11-17 ans (932 patients pour 100 000 hab.).

Au sein de la région, des disparités départementales apparaissaient dans le recours au dispositif. Ainsi, l'Aisne et la Somme étaient les deux départements avec le taux de recours le plus important dans la région (respectivement 1 012 et 879 patients pour 100 000 hab.), c'est-à-dire avec le plus de personnes bénéficiant du dispositif. Néanmoins, il est fortement possible que ces différences soient principalement dues à une offre et une répartition hétérogène de psychologues conventionnés entre les territoires.

Figure 3. Taux standardisé de patients inclus dans Mon soutien psy pour 100 000 habitants par département, Hauts-de-France, 2025



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).

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

Source de données

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

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

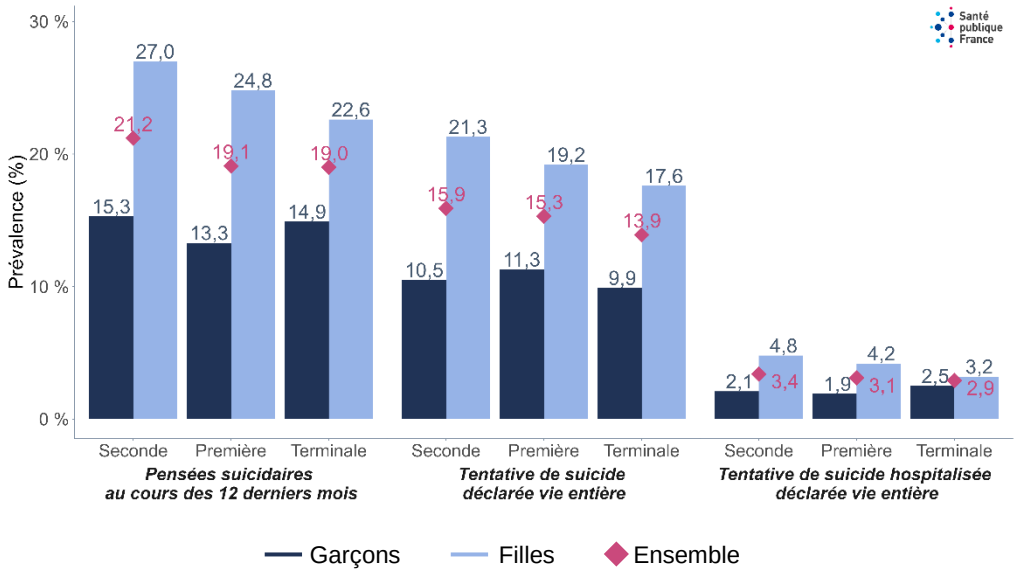
Les questions sur les comportements suicidaires ont été uniquement posées aux lycéens (pour rappel, 7 431 lycéens ont répondu à l'enquête en 2024). Ont été évaluées les **pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois** (« Au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé à te suicider ? »), les **tentatives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

Conduites suicidaires parmi les lycéens en 2024

En 2024, près d'un lycéen sur cinq (19,8 %) 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 (Figure 4).

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



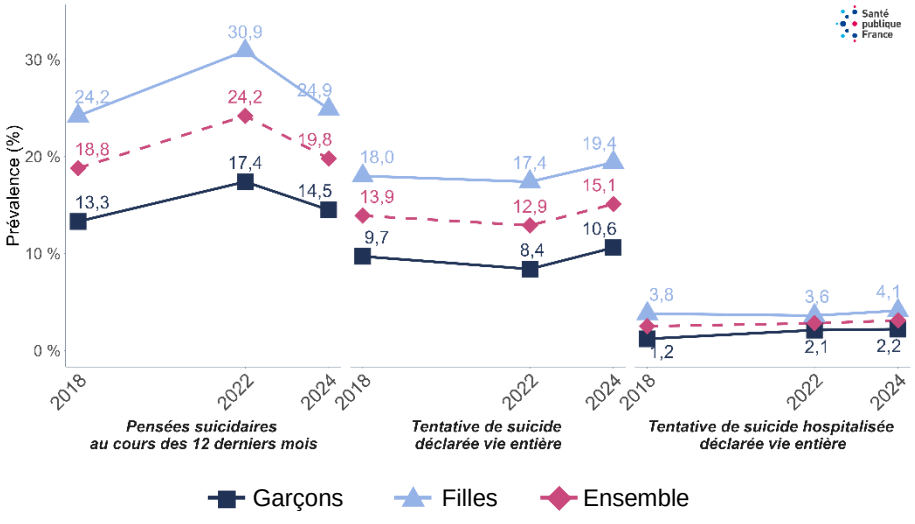
Source : EnCLASS 2024. Exploitation : Santé publique France

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 %) (Figure 5), cette dernière est revenue à un niveau 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 5. 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

Passages aux urgences pour geste auto-infligé

Source de données
Les données d'activité des services d'urgences sont issues du **réseau OSCOUR®** qui compte près de 700 services d'urgences générales (seuls 2 services d'urgences psychiatriques participent actuellement au dispositif) participant en 2025 et couvre 97 % des passages aux urgences de France (Hexagone + DROM). En Hauts-de-France, 49 services d'urgences participent au dispositif et couvrent environ 92 % 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** 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.

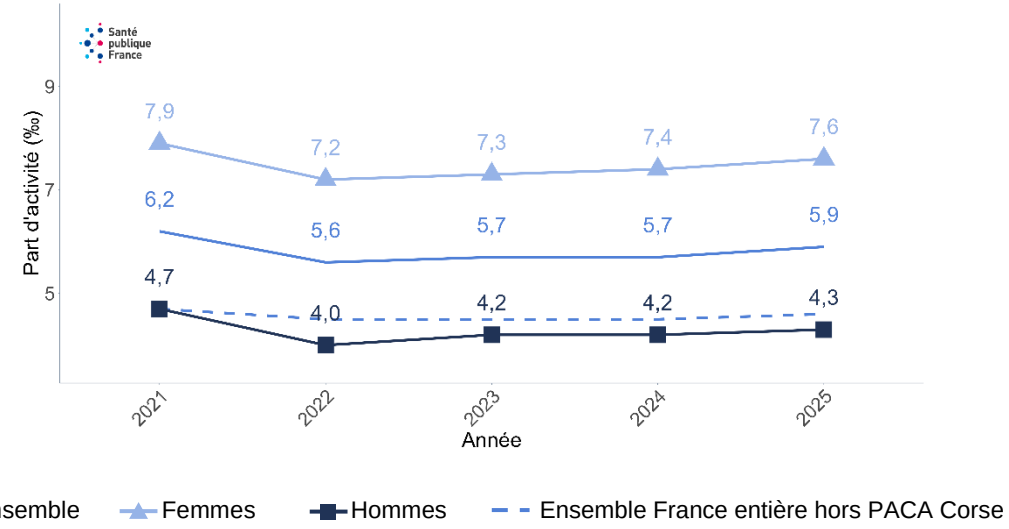
Évolution temporelle entre 2021 et 2025

En 2025, un total de 10 741 passages aux urgences pour geste auto-infligé a été dénombré en Hauts-de-France (+ 7 % par rapport à 2024, *vs.* + 4 % au niveau national par rapport à 2024). Les passages aux urgences pour geste auto-infligé représentaient une part d'activité de 5,9 ‰ au sein des services d'urgence de la région (4,7 ‰ au niveau France entière) (Figure 6).

Entre 2024 et 2025, cette part d'activité était stable comme au niveau national (+ 3 %). Depuis 2021, la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé en Hauts-de-France était stable (- 5 %), avec une légère diminution chez les hommes (- 7 %) contre une relative stabilité chez les femmes (- 4 %).

Parmi l'ensemble des passages pour geste auto-infligé, près de deux tiers (62,8 %) étaient suivis par une hospitalisation : cet indicateur est à interpréter avec précaution du fait de différences de pratiques entre les services d'urgence de la région.

Figure 6. Évolution de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰), par sexe, Hauts-de-France 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, entrainant ainsi une **forte sous-estimation des effectifs** dans les deux régions et donc au niveau national. Ce problème ayant persisté en 2023 (résolu depuis avril 2024 mais sans reprise d'historique pour les années 2022, 2023 et le début de l'année 2024), **les évolutions temporelles sont basées sur les indicateurs issus du réseau des urgences OSCOUR® pour la France entière hors régions PACA et Corse**.

Caractéristiques des passages aux urgences

Chez les femmes

Parmi les passages aux urgences pour geste auto-infligé, près de 2 sur 3 concernaient des femmes (62,9 %). Parmi elles, les 11-17 ans et les 18-24 ans enregistraient les parts d'activité les plus élevées en 2025 dans la région (respectivement 16,4 ‰ et 15,3 ‰), comme au niveau national (respectivement 19,0 ‰ et 15,2 ‰) (Figure 7).

- Par rapport à 2024, la part d'activité chez les femmes de 11-17 ans était stable, alors qu'elle était en légère augmentation de 7 % chez les 18-24 ans.
- Au cours des cinq dernières années, les 11-17 ans et les 18-24 ans étaient les seules classes d'âge chez les femmes pour lesquelles la part d'activité augmentait, avec des hausses respectives de + 8 % et + 19 %. Elles étaient en baisse dans toutes les autres classes d'âge, de - 7 % pour les 25-44 ans à - 31 % pour les moins de 10 ans (Figure 8).

Chez les hommes

Chez les hommes, les 18-24 ans et les 25-44 ans étaient les classes d'âge avec les parts d'activité les plus élevées en 2025 dans la région (respectivement 7,3 ‰ et 7,4 ‰), comme au niveau national (respectivement 5,7 ‰ et 5,0 ‰) (Figure 7).

- Par rapport à 2024, la part d'activité était en hausse de + 19 % chez les 18-24 ans et les 25-44 ans.
- Au cours des cinq dernières années, les 18-24 ans étaient la seule classe d'âge chez les hommes pour laquelle la part d'activité augmentait, avec une hausse de + 24 %. Elle était stable ou en baisse dans toutes les autres classes d'âge, de - 1 % pour les moins de 10 ans à - 16 % pour les 65 ans et plus (Figure 8).

Figure 7. Part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par classe d'âge et sexe, Hauts-de-France, 2025

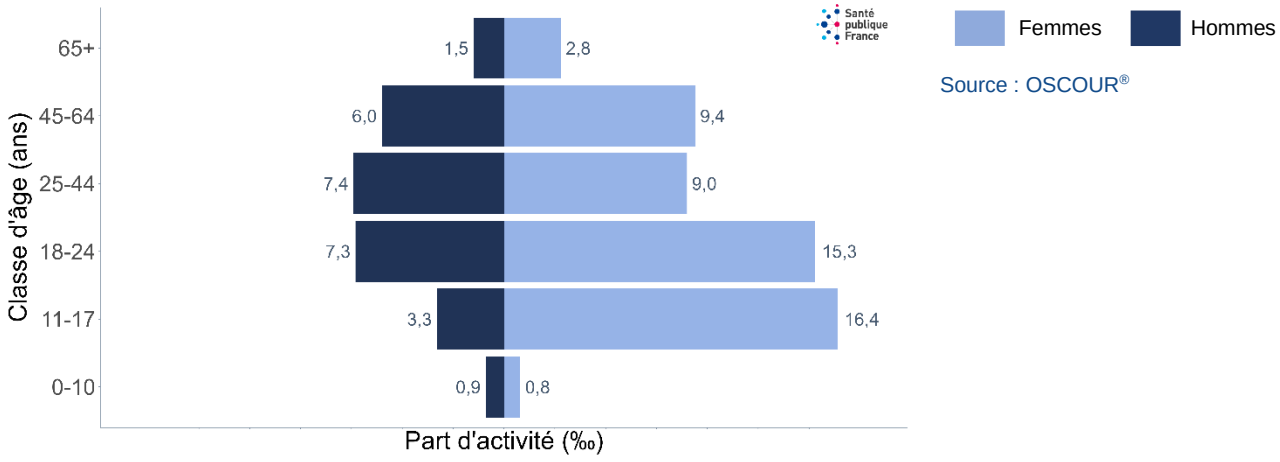
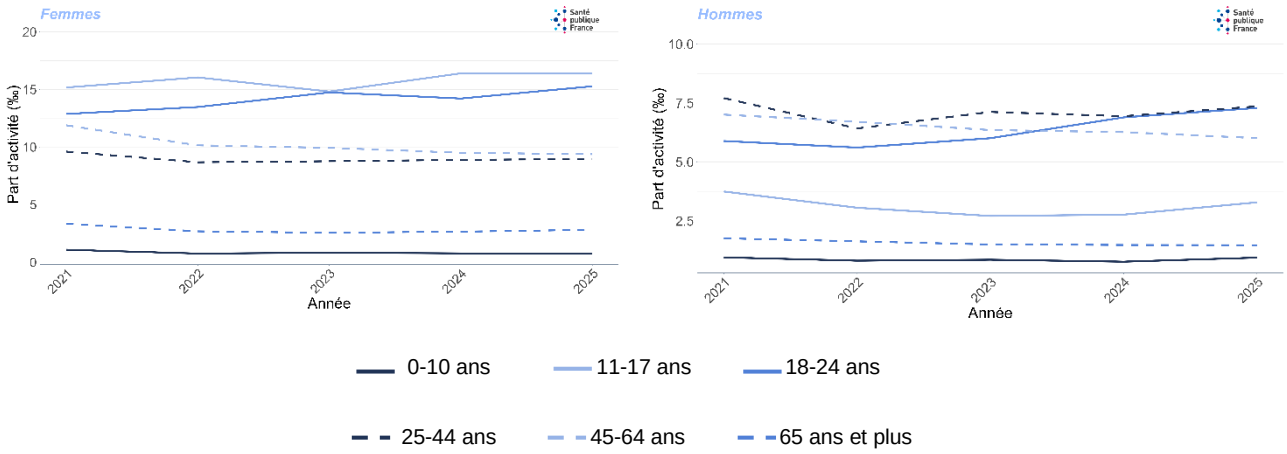


Figure 8. Évolution de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par classe d'âge et sexe, Hauts-de-France, 2021-2025

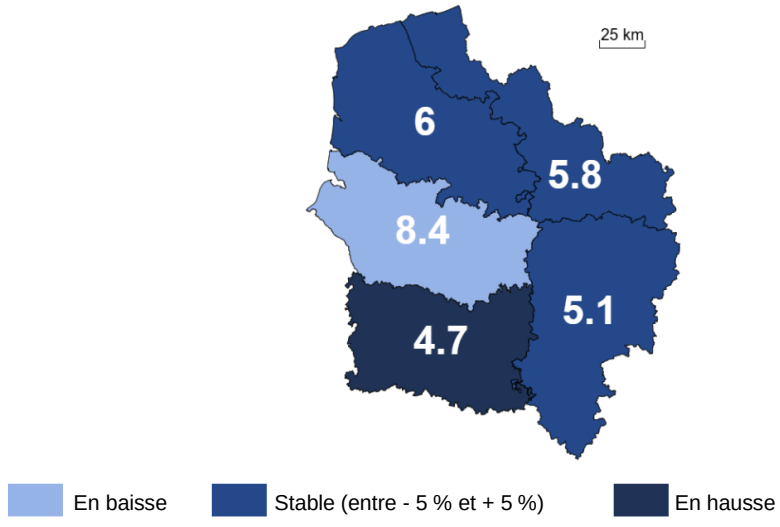


Source : OSCOUR®

Disparités territoriales

Des disparités territoriales entre les départements de la région étaient observées concernant les parts d'activité de passages aux urgences pour geste auto-infligé. La Somme était le département avec la part d'activité la plus élevée en 2025 (8,4 ‰) devant le Pas-de-Calais (6,0 ‰) (Figure 9). Les parts d'activité étaient stables par rapport à 2024 pour le Pas-de-Calais, la Somme et l'Aisne alors que, dans le Nord et l'Oise, elles étaient en hausse de respectivement 6 % et 10 %. Par rapport à 2021, la part d'activité de passages aux urgences pour geste auto-infligé était en nette augmentation dans l'Oise (+ 20 %), en baisse dans la Somme (- 18 %) et stable dans les autres départements.

Figure 9. Part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par département en 2025 et évolution par rapport à 2021, Hauts-de-France



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®.

Les **évolutions** sur le long terme peuvent être dues à des évolutions dans les pratiques de codage au sein des services d'urgence et non à un réel changement de l'activité des services.

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.

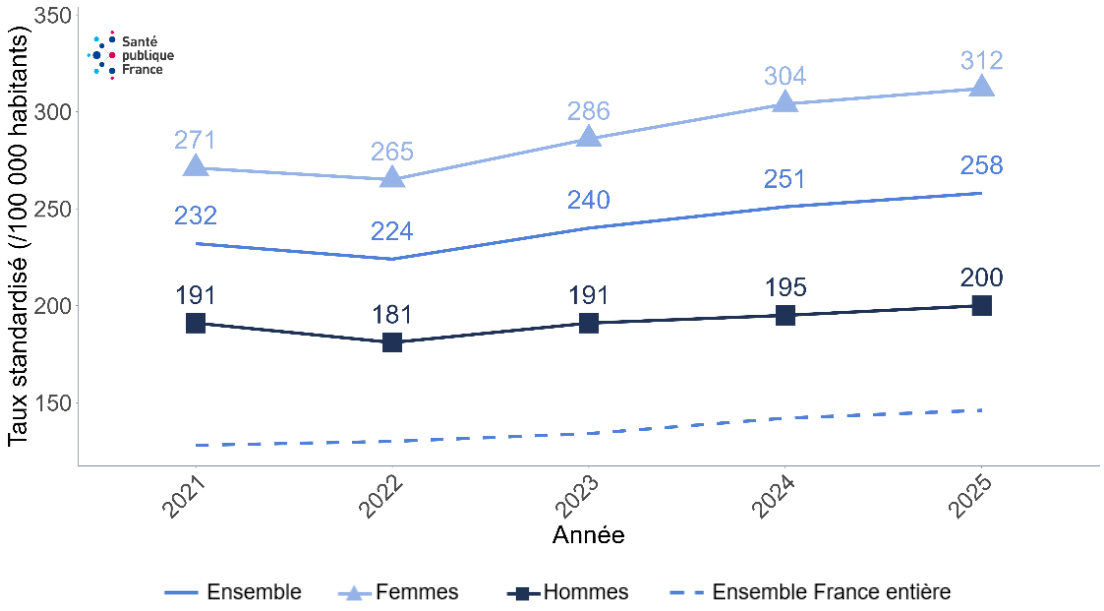
Définition
Une **hospitalisation pour geste auto-infligé (HGAI)** est définie comme une hospitalisation pour tentative de suicide ou une automutilation sans possibilité de pouvoir faire la différence entre les deux. Contrairement aux passages aux urgences pour geste auto-infligé, les diagnostics sélectionnés 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 Hauts-de-France en 2025 était de 15 702 hospitalisations recensées (+ 3 % par rapport à 2024), soit un taux brut de 263 hospitalisations pour 100 000 habitants.

Après standardisation sur l'âge et le sexe, le taux d'hospitalisation pour GAI était de 258 hospitalisations pour 100 000 habitants (+ 3 % par rapport à 2024), supérieur à celui de la France entière (146 hospitalisations pour 100 000 habitants,). Par rapport à 2024, ce taux standardisé avait une évolution semblable chez les deux sexes mais sur une période plus longue (depuis 2021), l'évolution est plus marquée chez les femmes (+15 %) que chez les hommes (+5 %). (Figure 10).

Figure 10. Évolution du taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants, par sexe, Hauts-de-France et France entière, 2021-2025



Source : SNDS – PMSI MCO

Caractéristiques des hospitalisations

Comme au niveau national, près de 2 HGAI sur 3 concernaient des femmes (62,5 %) en 2025 et les jeunes de 11 à 24 ans étaient les plus représentés (38,8 % des HGAI), notamment les jeunes femmes.

Chez les femmes

Les taux les plus élevés étaient observés chez les 11-17 ans (1 013 hospitalisations pour 100 000 femmes) et les 18-24 ans (745 pour 100 000) au-delà des taux observés dans ces classes d'âge au niveau France entière (respectivement 697 et 461 pour 100 000 femmes) et largement supérieurs aux autres classes d'âge (Figures 11 et 12).

- Après une hausse marquée en 2024, le taux d'HGAI chez les jeunes filles de 11-17 ans se stabilisait en 2025 (- 2 %). A l'inverse, l'augmentation du taux d'HGAI chez les jeunes femmes de 18-24 ans et les 25-44 ans se poursuivait. Ils étaient stables dans les autres classes d'âge.
- Au cours des cinq dernières années, les jeunes filles de 11-17 ans et femmes de 18-24 ans sont les classes d'âge pour lesquelles le taux d'HGAI a fortement augmenté, avec des hausses respectives de 35 % et 31 %. Les taux restaient stables dans les autres classes d'âge excepté chez les femmes de 25-44 ans (+ 10 %). A noter que le taux d'HGAI des jeunes filles de moins de 10 ans était en hausse par rapport à 2024, mais les effectifs étant très faibles, cette tendance est à interpréter avec précaution.

Chez les hommes

Les 18-24 ans et les 25-44 ans présentaient les taux d'hospitalisations les plus élevés avec respectivement 345 et 323 hospitalisations pour 100 000 hommes (respectivement 179 et 156 pour 100 000 au niveau France entière) (Figures 11 et 12).

- Par rapport à 2024, la légère augmentation constatée en 2024 chez les 18-24 ans se poursuivait (+ 10 % par rapport à 2024). Les taux des garçons de 11-17 ans et des hommes de 65 ans et plus étaient également en hausse de respectivement 15 % et 13 % par rapport à 2024. À l'inverse, le taux des 25-44 ans restait stable alors que celui des hommes de 45-64 ans était en légère diminution (- 7 %).
- Evolution par rapport à 2021 : au cours des cinq dernières années, les 11-17 ans et les 18-24 ans étaient les classes d'âge pour lesquelles le taux d'HGAI a augmenté, avec des hausses respectives de 18 % et 37 %. Les taux restaient stables dans les autres classes d'âge. Chez les 45-64 ans, il était en diminution de - 7 %. Il est à noter que comme chez les jeunes filles, le taux d'HGAI des jeunes garçons de moins de 10 ans était en hausse par rapport à 2024, mais les effectifs étant très faibles, cette tendance est à interpréter avec précaution.

Figure 11. Taux bruts d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, Hauts-de-France, 2025

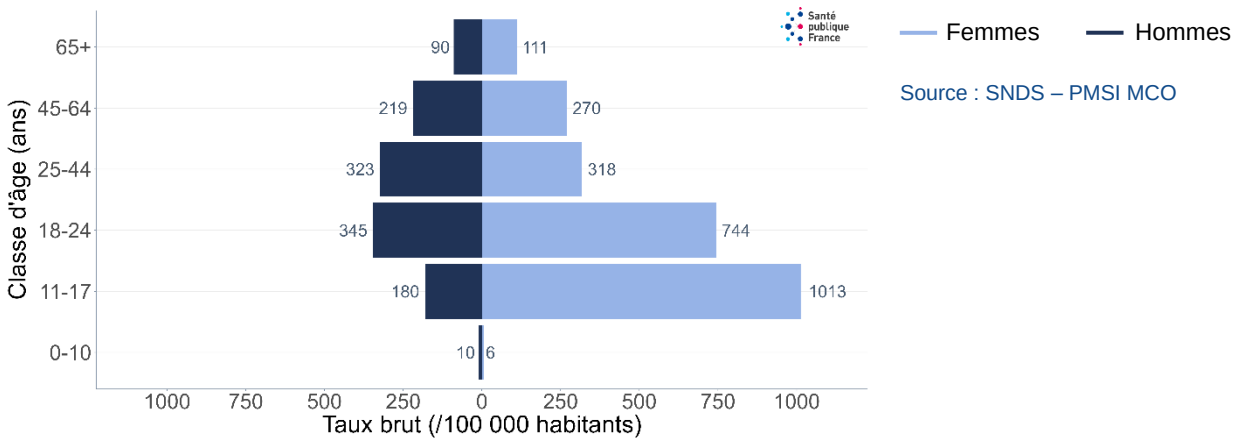
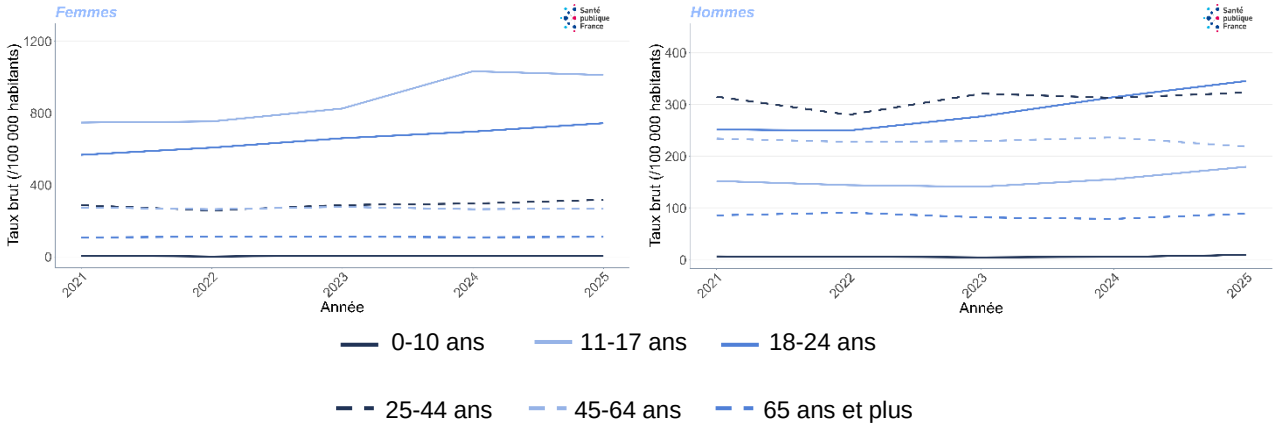


Figure 12. Évolution des taux bruts d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants, par classe d'âge et par sexe, Hauts-de-France, 2021-2025



Source : SNDS – PMSI MCO

Disparités territoriales

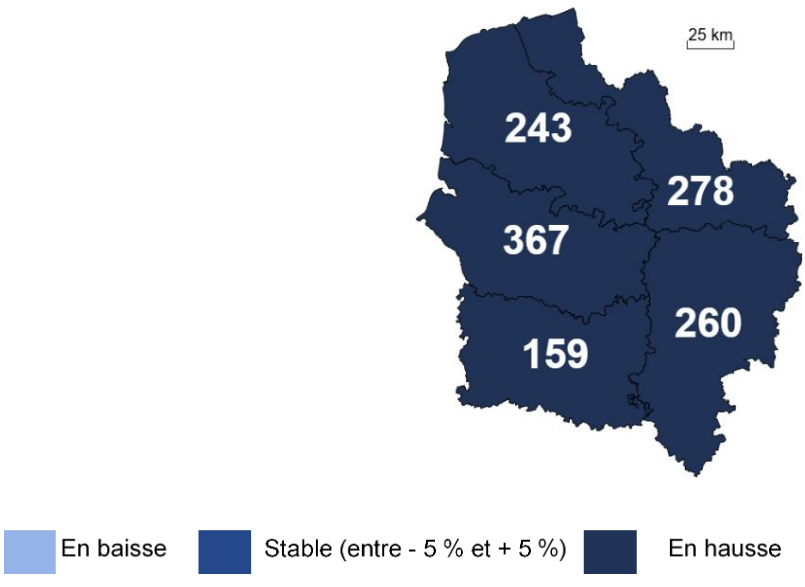
Des disparités entre les taux d'HGAI étaient observées entre les départements ou PTSM de la région. Néanmoins, ces disparités territoriales doivent être mises en regard des différences dans l'offre de soins, notamment au niveau de l'offre psychiatrique, entre départements ou PTSM.

Au sein de la région, le département de la Somme était le département avec le taux d'hospitalisation le plus important en 2025 (366 pour 100 000 habitants) devant le département du Nord (287 pour 100 000 habitants).

Par département :

- Par rapport à 2024 : les taux d'HGAI étaient relativement stables dans l'Aisne, le Nord et la Somme. Dans le Pas-de-Calais et l'Oise, les taux étaient en très légère augmentation (respectivement + 6 % et + 7%).
- Par rapport à 2021 : les taux d'HGAI étaient en très nette augmentation dans l'Aisne (+ 30 %) et dans le Pas-de-Calais (+ 19 %). Dans les 3 autres départements, l'augmentation était d'environ + 9 % (Figure 13).

Figure 13. Taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par département en 2025 et évolution par rapport à 2021, Hauts-de-France



Source : SNDS – PMSI MCO

Par Projet territorial de santé mentale (PTSM) :

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.

- Par rapport à 2024, 3 PTSM sur 8 voyaient leur taux d'HGAI augmenter, le PTSM Flandres (+ 14 %), le PTSM Oise (+ 7 %) et le PTSM Artois-Audomarois (+ 6 %). A l'inverse, les autres PTSM de la région avaient un taux stable par rapport à 2024 (Tableau 1).
- Au cours des cinq dernières années, 7 PTSM de la région sur 8 ont vu leur taux d'HGAI augmenter, de + 6 % dans les PTSM Somme et Arrondissement de Lille à + 26 % dans le PTSM Aisne (Tableau 1). Seul le PTSM Littoral Pas-de-Calais avait un taux d'HGAI stable.

Tableau 1. Taux brut et standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par PTSM en 2025 et évolutions (%) par rapport à 2021 et 2024, Hauts-de-France

PTSM	Effectif ensemble	Taux brut	Taux standardisé	Evolution 2024 (%)	Evolution 2021 (%)
PTSM Aisne	1 311	249	256	3	26
PTSM Arrondissement de Lille	3 250	258	239	-1	6
PTSM Artois-Audomarois	2 512	241	241	6	23
PTSM Flandres	1 124	302	305	14	11
PTSM Hainaut	3 118	318	317	-3	11
PTSM Littoral Pas-de-Calais	980	233	237	5	5
PTSM Oise	1 332	161	159	7	8
PTSM Somme	2 057	363	360	5	6

Le taux standardisé permet de comparer les PTSM entre eux
Taux brut : Taux brut exprimé pour 100000 habitants. Population : Données recensement Insee 2021
Taux std : Taux standardisé exprimé pour 100000 habitants. Population de référence : Données recensement France (Hexagone et DROM hors Mayotte) Insee 2021

Source : SNDS – PMSI MCO

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 78,7 % des séjours (77,7 % en France entière). Venaient ensuite, l'utilisation d'un objet tranchant (14,9 %), l'alcool (5,3 %) puis la pendaison (3,4 %).

L'auto-intoxication médicamenteuse (81 %) ainsi que l'utilisation d'un objet tranchant (16 %) étaient plus fréquemment utilisées par les femmes que par les hommes. Les hommes ont utilisé plus fréquemment que les femmes : l'alcool (8 %), les moyens violents (pendaison 6%, armes à feu 1 %), auto-intoxications par d'autres produits (i.e. non médicamenteux, 3 %).

Tableau 2. Répartition (%) des moyens utilisés ayant mené à une hospitalisation pour geste auto-infligé par sexe, Hauts-de-France, 2025

Femmes

Modalité	Effectif	Proportion
IMV	7 934	81 %
Objet tranchant	1 622	16 %
Alcool	366	4 %
Pendaison*	208	2 %
Autres - non précisés	158	2 %
Autres auto-intoxications	152	2 %
Saut dans le vide*	74	1 %
Objet contondant*	30	0 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	29	0 %
Noyade*	16	0 %
Collision intentionnelle*	5	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 modalités considérées comme violentes.

Hommes

Modalité	Effectif	Proportion
IMV	4 424	75 %
Objet tranchant	717	12 %
Alcool	474	8 %
Pendaison*	326	6 %
Autres auto-intoxications	154	3 %
Autres - non précisés	110	2 %
Saut dans le vide*	82	1 %
Armes à feu*	40	1 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	29	0 %
Collision intentionnelle*	28	0 %
Noyade*	10	0 %
Objet contondant*	2	0 %

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

Source : SNDS – PMSI MCO

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). Elle est établie 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. A ce jour, les dernières données disponibles portent sur l'année 2024.

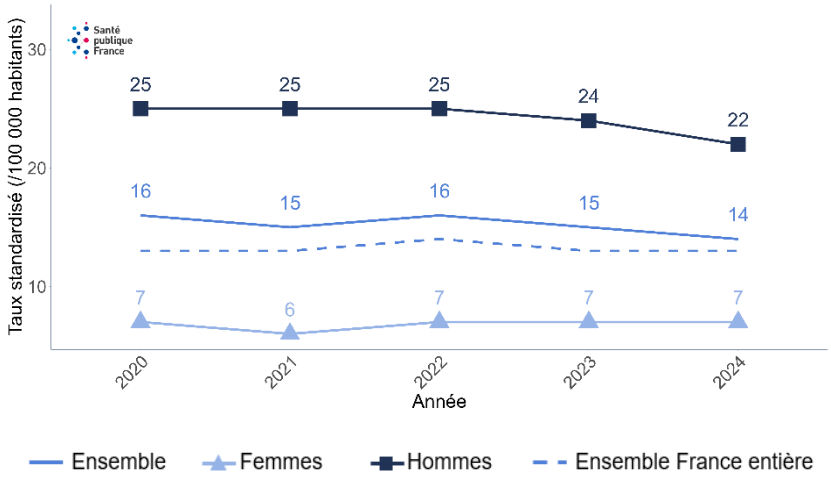
Définition
Un **décès par suicide** est défini comme un décès avec une cause médicale initiale d'**auto-intoxication ou de lésion auto-infligée**.

Évolution temporelle entre 2020 et 2024

Le nombre de décès par suicide en Hauts-de-France restait stable en 2024, avec 844 décès recensés (- 4 % par rapport à 2023, soit 34 décès par suicide en moins), correspondant à un taux brut de 14 décès pour 100 000 habitants. Après standardisation par sexe et par âge, le taux standardisé s'élevait à 14 décès pour 100 000 habitants (- 5 % par rapport à 2023), supérieur à celui de la France entière (13 décès pour 100 000 habitants soit - 2 % par rapport à 2023).

Depuis 2020, le taux standardisé de décès par suicide en Hauts-de-France a légèrement diminué (- 10 %), essentiellement en lien avec la diminution observé chez les hommes (- 13 %) (Figure 14).

Figure 14. Évolution du taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants, Hauts-de-France, 2020-2024



Source : SNDS – CépiDc

Caractéristiques des décès par suicide

Comme au niveau national, **trois-quarts des décès concernaient des hommes (73,8 %)** et la majorité des décès par suicide concernait les **45 ans et plus, tous sexes confondus (68,9 %).**

Chez les hommes

Les 65 ans et plus et les 45-64 ans présentaient les taux de décès par suicide les plus élevés avec respectivement 38 et 31 décès pour 100 000 hommes (respectivement 36 et 28 pour 100 000 au niveau France entière) (Figure 15).

- Les taux de décès par suicide étaient en baisse par rapport à 2023 chez les hommes dans toutes les classes d'âge, hormis les 25-44 ans où il était identique (Figure 16).

- Evolution au cours des cinq dernières années : les taux de décès par suicide étaient en baisse dans toutes les classes d'âge chez les hommes d'environ 15 %, hormis chez les 25-44 ans où il restait stable (- 2 %) (Figure 16).

Chez les femmes

Les taux les plus élevés étaient observés chez les 45-64 ans et les 65 ans et plus avec des taux respectivement de 12 et 10 décès pour 100 000 femmes (respectivement 9 et 9 pour 100 000 au niveau France entière) (Figure 15).

- Par rapport à 2023 : les taux de décès par suicide étaient en hausse chez les femmes de 45-64 ans (+ 9 %) et de 65 ans et plus (+ 12 %), alors qu'ils étaient en baisse de 13 % chez les 18-24 et les 25-44 ans. La hausse observée chez les 11-17 ans n'est pas interprétable du fait des faibles effectifs de décès par suicide dans cette classe d'âge (Figure 16).
- Au cours des cinq dernières années, les taux de décès par suicide étaient en baisse d'environ 20 % chez les femmes de 18-24 et 25-44 ans et de 7 % chez les 45-64 ans. A l'inverse, ils étaient en hausse de 18 % (soit 14 décès) chez les 65 ans et plus (Figure 16).

Figure 15. Taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, France entière, 2024

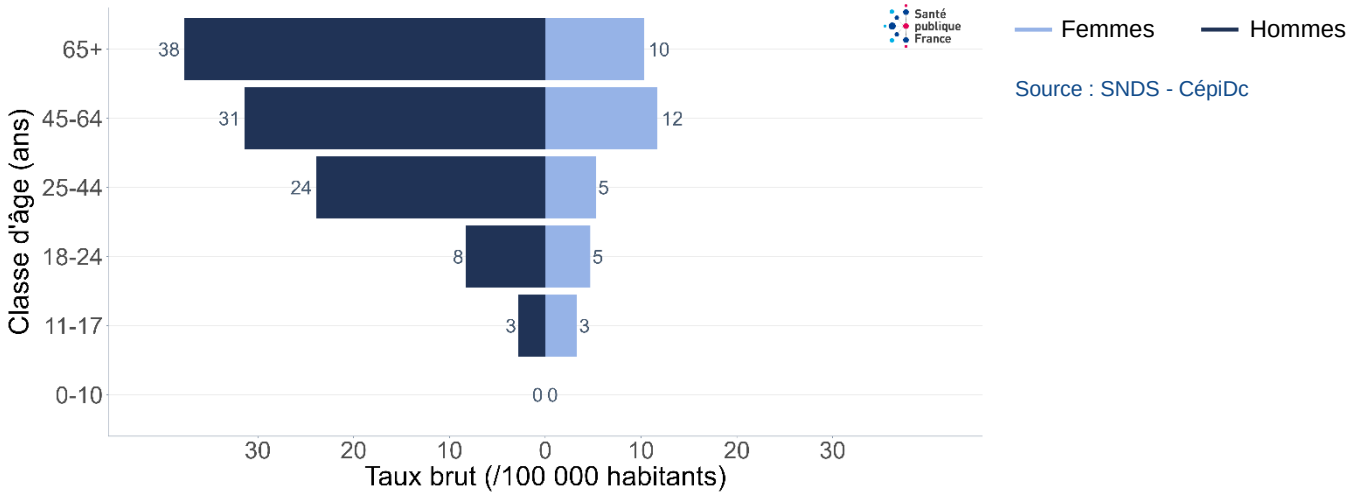
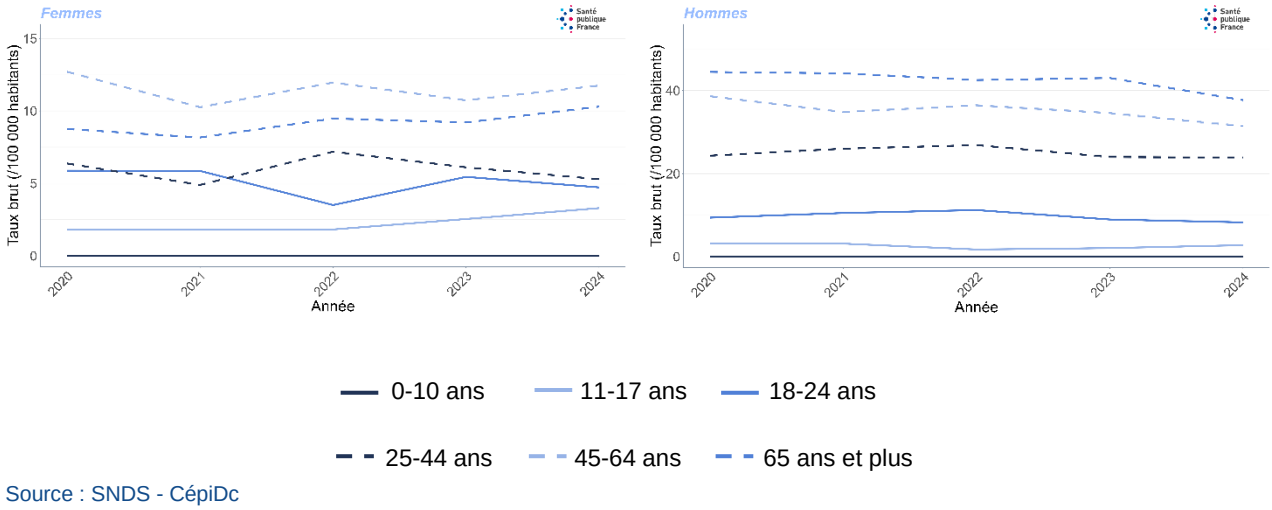


Figure 16. Évolution des taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants par tranche d'âge et par sexe, France entière, 2020-2024



Source : SNDS - CépiDc

Disparités territoriales

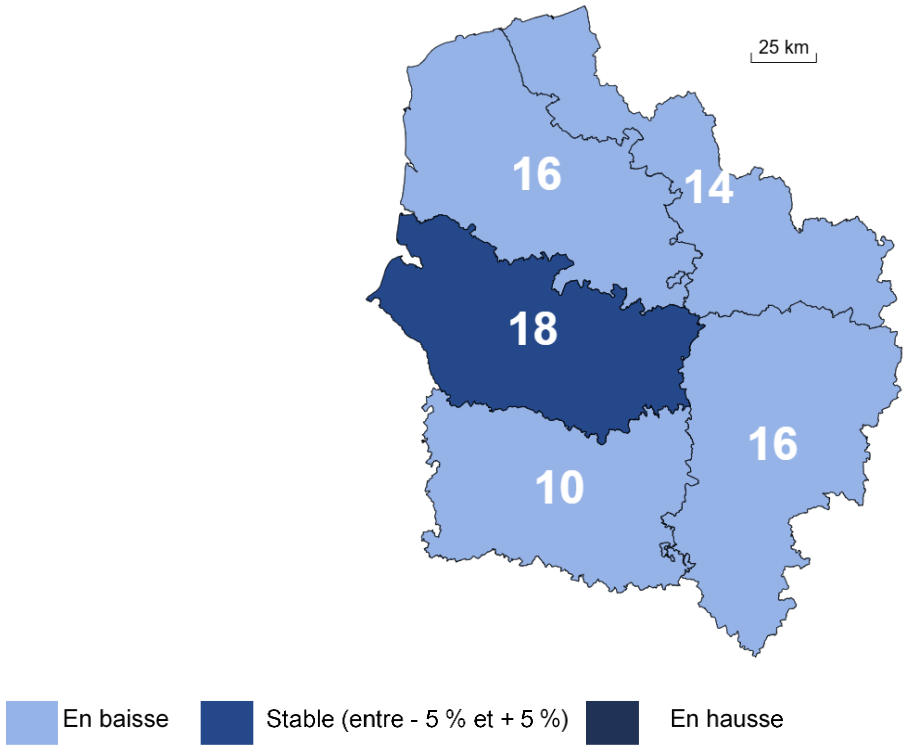
Des disparités entre les taux de décès par suicide étaient observées entre les départements ou PTSM de la région. Il est important de noter que ces dernières peuvent être liées à l'utilisation plus importante de diagnostics de décès pour cause inconnue ou intentions déterminées mais aussi à une meilleure remontée des volets complémentaires suite à une autopsie dans certains départements.

Par département

Au sein des Hauts-de-France, la Somme était le département avec le taux de décès par suicide le plus important en 2024 (18 pour 100 000 habitants) devant le Pas-de-Calais et l'Aisne (respectivement 16 pour 100 000 habitants).

- Par rapport à 2023, les taux de décès par suicide étaient en baisse dans tous les départements de la région, de - 18 % dans l'Aisne à - 6 % dans l'Oise, excepté dans le Nord, où le taux restait stable (+ 3%).
- Par rapport à 2020, les taux de décès étaient en baisse dans l'Oise (- 28%), le Pas-de-Calais (- 11%), dans l'Aisne (- 9%) et dans le Nord (- 7%). Dans la Somme, le taux de décès restait stable (- 4 %).

Figure 17. Taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants par département en 2024 et évolution par rapport à 2020, Hauts-de-France



Source : SNDS – CépiDc

Par Projet territorial de santé mentale (PTSM)

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

- Par rapport à 2023, trois PTSM voyaient leur taux de décès augmenter : le PTSM Littoral Pas-de-Calais (+ 14 %, soit 10 décès), le PTSM Flandres (+ 12 %, soit 4 décès) et le PTSM Arrondissement de Lille (+ 11 %, soit 16 décès). A l'inverse, les autres PTSM de la région avaient un taux en baisse par rapport à 2023, avec une baisse plus importante dans le PTSM Aisne (- 18 %, soit 20 décès en moins) (Tableau 3).
- Depuis 2020, le taux de décès par suicide était en baisse dans quatre PTSM : le PTSM Oise (- 28 %), le PTSM Hainaut (- 19 %), le PTSM Artois-Audomarois (- 14 %) et le PTSM Aisne (- 10 %). A l'inverse, il était en hausse dans le PTSM Flandres (+ 7 %, soit 4 décès) et le PTSM Arrondissement de Lille (+ 6 %, soit 12 décès), alors qu'il restait stable dans les autres PTSM (Tableau 3).

Tableau 3. Taux brut et standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants par PTSM en 2024 et évolutions (%) par rapport à 2021 et 2023, Hauts-de-France

PTSM	Effectif ensemble	Taux brut	Taux standardisé	Evolution vs 2023	Evolution vs 2020
PTSM Aisne	82,5	16	16	-18 %	-10 %
PTSM Arrondissement de Lille	138,5	11	12	+ 11 %	+ 6 %
PTSM Artois-Audomarois	158,0	15	16	-14 %	-14 %
PTSM Flandres	65,0	17	18	+ 12 %	+ 7 %
PTSM Hainaut	140,0	14	15	-6 %	-19 %
PTSM Littoral Pas-de-Calais	75,0	18	18	+ 14 %	+ 0 %
PTSM Oise	82,5	10	10	-5 %	-28 %
PTSM Somme	101,0	18	18	-6 %	-3 %

Le taux standardisé permet de comparer les PTSM entre eux
Taux brut : Taux brut exprimé pour 100000 habitants. Population : Données recensement Insee 2021
Taux std : Taux standardisé exprimé pour 100000 habitants. Population de référence : Données recensement France (Hexagone et DROM hors Mayotte) Insee 2021

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 59,2 % des décès, tous sexes confondus (51,6 % en France entière). Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres l'auto-intoxication médicamenteuse volontaire (IMV 11,8 %) et l'utilisation d'armes à feu (3,4 %). Dans 10 % des décès par suicide, aucun moyen utilisé n'était précisé sur le certificat de décès.

Les hommes utilisaient plus fréquemment que les femmes les moyens considérés comme violents (81 % contre 58 % chez les femmes).

Chez les hommes, la pendaison et l'utilisation d'armes à feu étaient plus fréquemment utilisés (respectivement 64 % et 12 % des décès par suicide chez les hommes) (Tableau 4).

Chez les femmes, il s'agissait de la pendaison (46 %) suivie de l'IMV (25 %) (Tableau 4).

Tableau 4. Répartition (%) des modes de décès par suicide par sexe, Hauts-de-France, 2024

Femmes

Moyen utilisé	Effectif	Proportion
Pendaison*	100	46 %
IMV	54	25 %
Autres - non précisés	33	15 %
Noyade*	11	5 %
Saut dans le vide*	8	4 %
Alcool	2	1 %
Autres auto-intoxications	2	1 %
Objet tranchant	2	1 %
Armes à feu*	2	1 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	2	1 %
Collision intentionnelle*	2	1 %
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*	400	64 %
Armes à feu*	73	12 %
Autres - non précisés	54	9 %
IMV	46	7 %
Collision intentionnelle*	13	2 %
Noyade*	12	2 %
Autres auto-intoxications	10	2 %
Objet tranchant	7	1 %
Saut dans le vide*	6	1 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	2	0 %
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.

Source : SNDS - CépiDc

Activité des dispositifs de prévention 3114 et VigilanS

Appels reçus au 3114

Source de données

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

Définitions

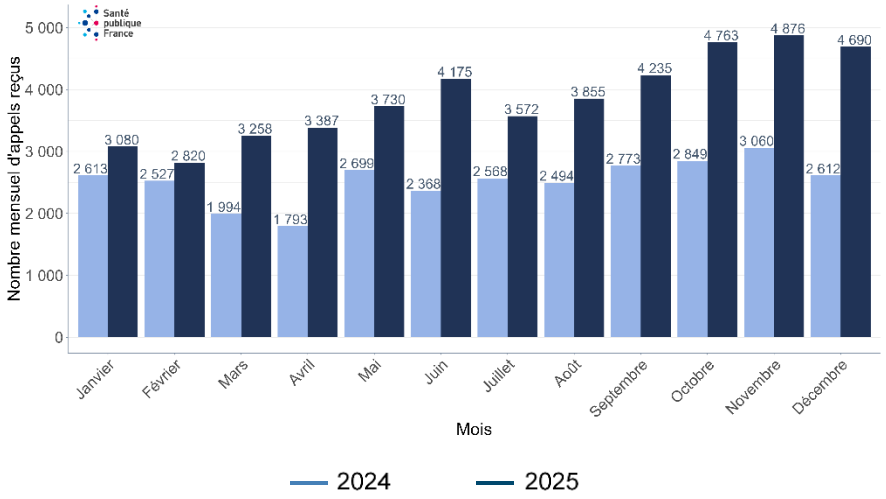
Tous les **appels au 3114** d'une durée minimale de 5 secondes ont été pris en compte. Pour chaque appel, l'origine géographique de l'appelant (région de résidence) a été déterminée à partir de l'antenne-relais de ce dernier. Le **taux d'appels de la région** correspond au nombre d'appels divisé par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

Actuellement, le 3114 est structuré autour de 18 centres répondants situés dans des établissements de soins et à proximité des SAMU en France hexagonale et en Outre-mer et reçoit des appels de la France entière (y compris Saint-Pierre-et-Miquelon). On compte un centre répondant en Hauts-de-France, basé à Lille.

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 46 441 en provenance des Hauts-de-France. Cela correspondait à un taux d'appels de 777 appels pour 100 000 habitants de la région. Le nombre d'appels reçus en provenance de la région était en hausse de 53 % par rapport à 2024, au cours de laquelle 30 350 appels avaient été reçus en provenance d'habitants des Hauts-de-France. Cela représentait une moyenne mensuelle de 3 870 appels reçus depuis la région en 2025.

La hausse majeure des appels au 3114 observée en 2025 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.

Figure 18. Évolution du nombre mensuel d'appels reçus par les centres 3114 en provenance des Hauts-de-France, 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, infirmiers.ères et/ou psychologues) et de personnels administratifs.

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

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

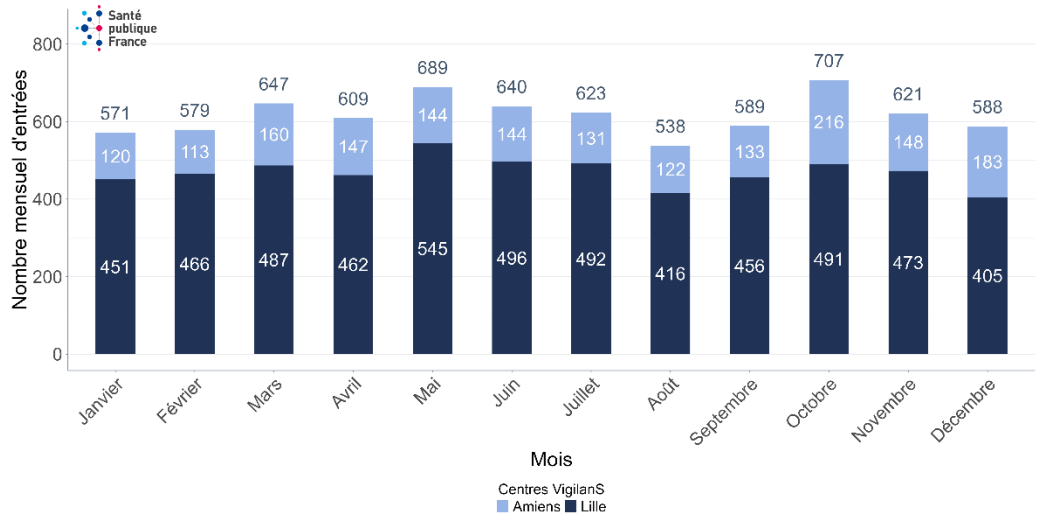
Définition

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

En 2025, VigilanS était déployé dans 17 régions françaises dont 4 régions d'Outre-mer (hors Mayotte) et dans 99 départements. Aujourd'hui, on compte 33 centres VigilanS répartis sur 32 sites, dont deux centres en Hauts-de-France. Ces derniers, basés à Lille et à Amiens, ont ouvert respectivement en février 2015 et mars 2022.

Au cours de l'année 2025, 7 401 personnes (+ 7 % par rapport à 2024) sont entrées dans VigilanS en Hauts-de-France (45 875 au niveau national), soit une inclusion moyenne de 617 personnes par mois.

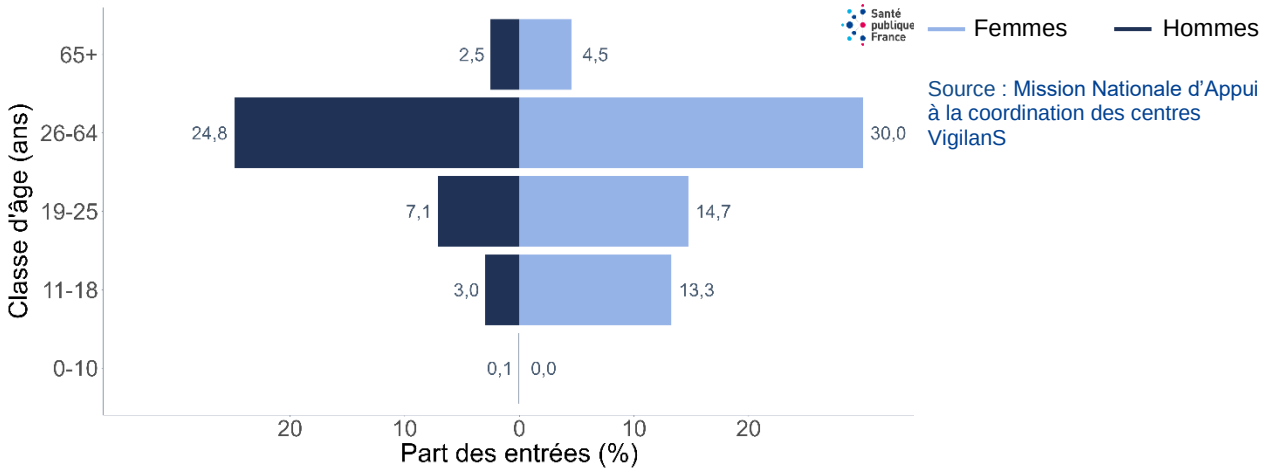
Figure 19. Évolution du nombre mensuel d'entrées dans le dispositif VigilanS, Hauts-de-France, 2025



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

Comme au niveau national, près de 2 entrées dans le dispositif VigilanS sur 3 concernaient des femmes (62,5 %) en 2025. Les femmes de 26-64 ans représentaient 30 % des entrées dans la région (28 % au niveau national). Elles étaient suivies par les hommes de 26-64 ans (25 %) devant les jeunes femmes de 19-25 ans et les jeunes filles de 11-18 ans à des niveaux quasi-équivalents autour de 14 %.

Figure 20. Part des entrées (%) dans le dispositif VigilanS par classe d'âge et sexe, Hauts-de-France, 2025



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

Discussion

Une situation préoccupante chez les jeunes

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

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

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

Mais des avancées pouvant aussi expliquer l'évolution

Des évolutions sociétales et de prise en charge permettent également d'expliquer pourquoi les indicateurs apparaissent plus défavorables chez les jeunes. La crise du Covid-19 a notamment contribué à une déstigmatisation des problèmes de santé mentale et une libération de la parole, sans doute renforcée par les deux années successives de Grande cause nationale[2] consacrée à la santé mentale. Une meilleure sensibilisation des professionnels au dépistage des conduites suicidaires peut également expliquer la hausse des indicateurs, notamment par une amélioration de la prise en charge mais aussi des pratiques de codage. 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 Nationale du Suicide. Suicide : mal-être croissant des jeunes femmes et fin de vie - Penser les conduites suicidaires aux prismes de l'âge et du genre - 6ème rapport / février 2025 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Paris, France: Observatoire National du Suicide; févr 2025 [cité 11 juin 2025]. p. 278. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/suicide-mal-etre-croissant-des-jeunes-femmes-et-fin-de

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

Méthodologie

Odissé

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

Classes d'âge utilisées

Les indicateurs ont été déclinés selon 6 classes d'âge : 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 6 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 Projet territorial de santé mentale (PTSM), 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, issues des dispositifs Mon soutien psy, VigilanS et du 3114. 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. Ce floutage 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 et les équipes du Numéro national de prévention du suicide 3114.

Équipe de rédaction

Auteur du bulletin : Elise Daudens-Vaysse

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 en 2025. Bulletin. Édition Hauts-de-France. 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