Bulletin

Santé mentale

Santé publique France

Date de publication : 26.11.2026

ÉDITION NORMANDIE

Parlons santé mentale! GRANDE CAUSE NATIONALE

Surveillance des conduites suicidaires

Bilan 2025

Edito

Mieux connaître les conduites suicidaires pour mieux prévenir.

La surveillance des conduites suicidaires constitue un enjeu majeur de santé publique. En Normandie, les données présentées dans ce bulletin permettent de mieux caractériser les recours aux soins, les décès par suicide et le recours aux dispositifs de prévention.

Les résultats du bilan 2025 montrent une augmentation des passages aux urgences et des hospitalisations pour geste auto-infligé, après plusieurs années de relative stabilité pour les passages aux urgences. Les jeunes, et notamment les jeunes femmes, apparaissent particulièrement concernés par ces recours aux soins, dans un contexte de dégradation de la santé mentale des jeunes observée depuis plusieurs décennies. À l'inverse, les décès par suicide concernent majoritairement les hommes et les personnes de 45 ans et plus. Ces différences de profils selon l'âge et le sexe rappellent l'importance d'une prévention adaptée aux différentes populations.

L'interprétation de ces évolutions doit toutefois tenir compte des dynamiques de repérage et de prise en charge. Une meilleure sensibilisation aux conduites suicidaires, une libération de la parole et une meilleure connaissance des dispositifs d'aide peuvent également contribuer à l'augmentation des recours aux soins.

Les données mettent également en évidence des disparités territoriales, qui doivent être prises en compte dans la construction et l'adaptation des politiques de santé mentale. La mise à disposition d'indicateurs à l'échelle des Projets territoriaux de santé mentale, pour la première fois dans ce bulletin, contribue à renforcer cette approche au plus près des territoires.

Dans le même temps, le recours aux dispositifs de prévention et d'accompagnement progresse. La forte augmentation du recours à Mon soutien psy et au 3114 témoigne notamment d'une meilleure visibilité de ces dispositifs et d'un accès facilité à des ressources d'aide. La mobilisation de VigilanS constitue également un élément important du dispositif de prévention de la réitération suicidaire.

Dans un contexte où la santé mentale est au cœur des priorités de santé publique, disposer de données régulières, territorialisées et complémentaires est essentiel pour orienter l'action. Ce bulletin contribue ainsi à partager une connaissance commune de la situation en Normandie et à soutenir les acteurs dans leurs actions de prévention, de repérage et de prise en charge.

Mélanie Martel
Déléguée régionale, Santé publique France – Normandie

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

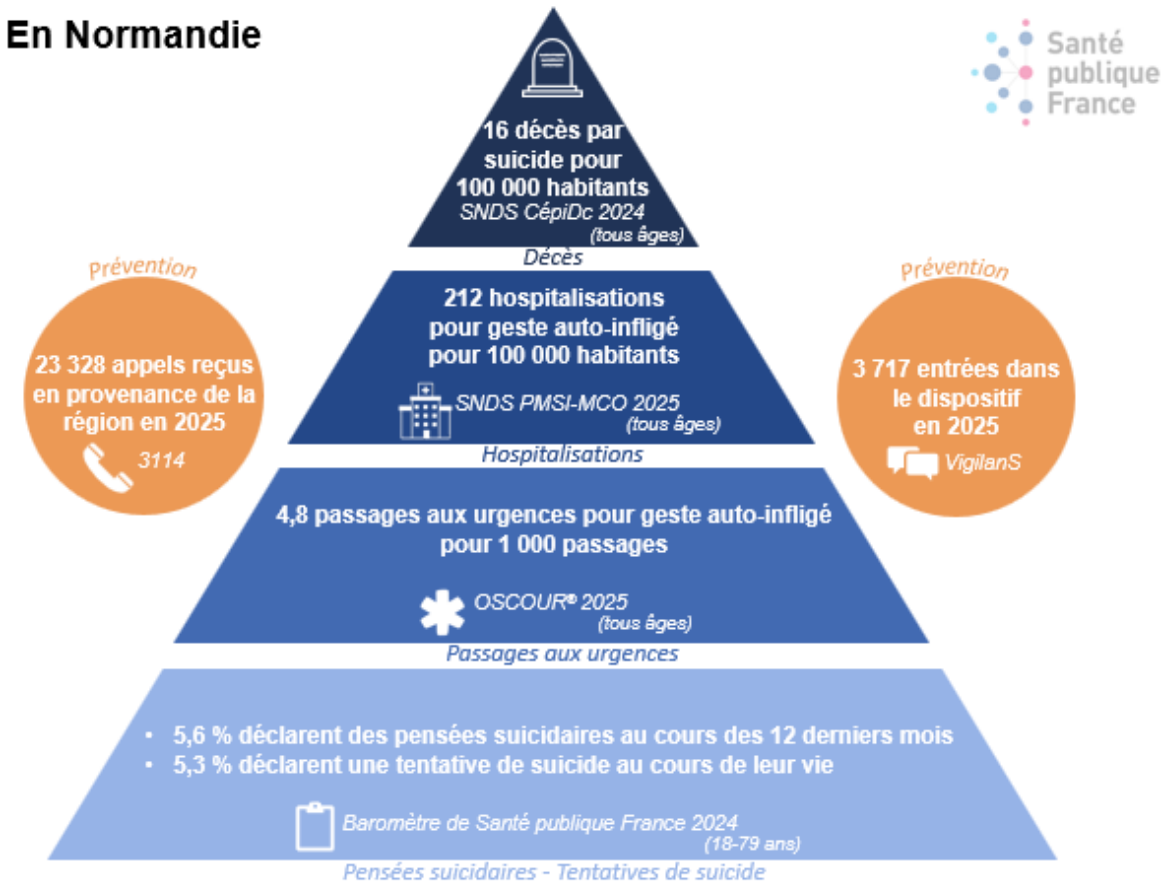
VigilanS

Sommaire

Actualités et temps forts en santé mentale	4
Passages aux urgences pour geste auto-infligé	5
Hospitalisations pour geste auto-infligé	9
Décès par suicide	14
Focus national : Pensées suicidaires et tentatives de suicide des lycéens	19
Dispositif Mon soutien psy	21
Activité des dispositifs de prévention 3114 et VigilanS	23
Prévention en santé mentale	26
Discussion	27
Méthodologie	28

Points-clés

- Les recours aux soins pour geste auto-infligé augmentent en 2025 en Normandie : les passages aux urgences progressent de 12 % par rapport à 2024, après une période de relative stabilité depuis 2021. Ils représentent 4,8 passages pour 1 000 passages aux urgences. Les hospitalisations augmentent également de 5 %, avec 6 979 hospitalisations recensées, soit un taux standardisé de 212 pour 100 000 habitants, supérieur au taux national de 146 pour 100 000 habitants.
- Les jeunes, et particulièrement les jeunes femmes, restent fortement concernés par les recours aux soins. Les femmes représentent près des deux tiers des passages aux urgences (66 %) et des hospitalisations (64 %). Les taux les plus élevés sont observés chez les filles de 11-17 ans et les jeunes femmes de 18-24 ans. Chez les hommes, les recours augmentent également, notamment chez les 18-44 ans mais dans une moindre proportion.
- Les décès par suicide présentent un profil différent : en 2024, 552 décès par suicide ont été recensés en Normandie, soit un taux standardisé de 16 pour 100 000 habitants, en hausse de 6 % par rapport à 2023 mais en diminution de 14 % depuis 2020. Les hommes représentent 79 % des décès et les personnes âgées de 45 ans et plus près des trois quarts des décès.
- Les situations sont contrastées selon les territoires. Les tendances et niveaux d'indicateurs diffèrent selon les départements et les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM), soulignant l'importance d'une lecture territorialisée des données pour orienter les actions de prévention et de prise en charge. Les indicateurs à l'échelle des PTSM sont désormais mis à disposition sur Odissé.
- Les dispositifs de prévention et d'accès aux soins connaissent une montée en charge. En 2025, près de 21 000 personnes ont bénéficié de « Mon soutien psy » en Normandie, soit une augmentation de 124 % en un an, ce qui peut être vraisemblablement due à une meilleure notoriété du dispositif et une meilleure accessibilité avec l'accès direct aux psychologues. Le 3114 a reçu 23 328 appels en provenance de Normandie, en hausse de 30 % par rapport à 2024. De son côté, VigilanS a accompagné 3 717 entrées dans le dispositif.



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

Actualités et temps forts en santé mentale



Cette année a été marqué par le **10e anniversaire de l'existence de la cellule VigilanS à Pontorson**. Ce dixième anniversaire a été l'occasion d'un colloque, organisé par la cellule VigilanS, afin de rappeler l'importance de la prévention du suicide et du dispositif VigilanS.

Ce dispositif dédié à la prévention des réitération suicidaire à travers une veille téléphonique et postale à montrer son effectivité avec une réduction de 38% du risque de réitération suicidaire et des réductions de cout de santé.

« 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

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 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.

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.

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) participants en 2025 et couvre 97 % des passages aux urgences de France (Hexagone + DROM). En Normandie, 47 services d'urgences participent au dispositif et couvrent 99,4 % des passages aux urgences de la région en 2024. Le taux de codage des diagnostics médicaux toutes causes confondues au niveau régional était de 93,5 % en 2025.

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

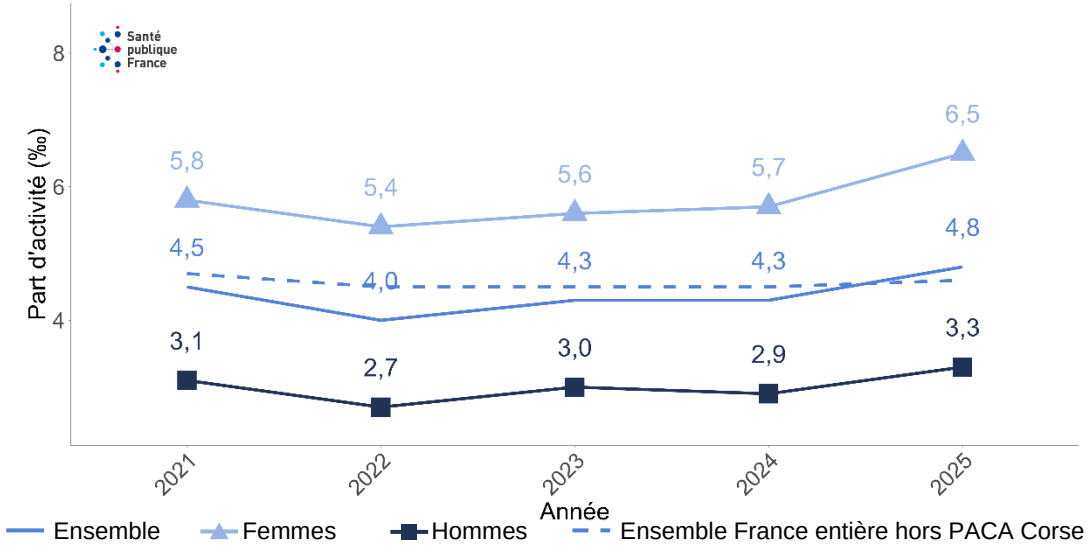
Évolution temporelle entre 2021 et 2025

En 2025, un total de 5 490 passages aux urgences pour geste auto-infligé a été dénombré en Normandie (+ 12 % 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 4,8 ‰ au sein des services d'urgence de la région (4,7 ‰ au niveau France entière).

Globalement, entre 2021 et 2024, les parts d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé en Normandie étaient plutôt stables. Cependant, la part d'activité était en augmentation (+ 13 %) par rapport à 2024 (+ 3 % au niveau national) (Figure 1).

Parmi l'ensemble des passages pour geste auto-infligé, plus de deux tiers (67,7 %) étaient suivis d'une hospitalisation.

Figure 1. Évolution de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰), par sexe, Normandie 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

Parmi les passages aux urgences pour geste auto-infligé, près de 2 sur 3 concernaient des femmes (65,6 %). Parmi celles-ci, les 11-17 ans et les 18-24 ans présentaient les parts d'activité les plus élevées en 2025 dans la région (respectivement 14,9 ‰ et 14,7 ‰) (figure 2), comme observé au niveau national (respectivement 19,0 ‰ et 15,2 ‰). Les parts d'activité étaient en augmentation dans toutes les classes d'âge par rapport à 2024 allant de +10 % chez les 11-17 ans et les 25-44 ans jusqu'à +16 % pour les 18-24 ans. Une augmentation de + 45 % est observée chez les moins de 11 ans, mais correspondant à une part d'activité moindre vis-à-vis des autres classes d'âge (1,2 ‰). Plus globalement, au cours des cinq dernières années (figure 3) :

- la part d'activité des 11-17 ans et les 18-24 ans a fortement augmenté (respectivement + 35 % et + 32 %) ;
- tandis que celles des 45-64 ans et des 65 ans et plus ont diminué (respectivement – 9 % et – 17 %).

Chez les hommes, les 18-24 ans et les 25-44 ans présentaient les parts d'activité les plus élevées en 2025 dans la région (respectivement 6,2 ‰ et 5,7 ‰), comme observé au niveau national (respectivement 5,7 ‰ et 5,0 ‰) (Figure 2). Pour ces deux classes d'âge la part d'activité était en hausse respectivement de + 11 % et de + 20 % par rapport à 2024. Au cours des cinq dernières années, toutes les classe d'âge était en augmentation excepté pour les plus de 45 ans (Figure 3), allant de +12% chez les 24-44 ans jusqu'à +40 % pour les 11-17 ans.

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

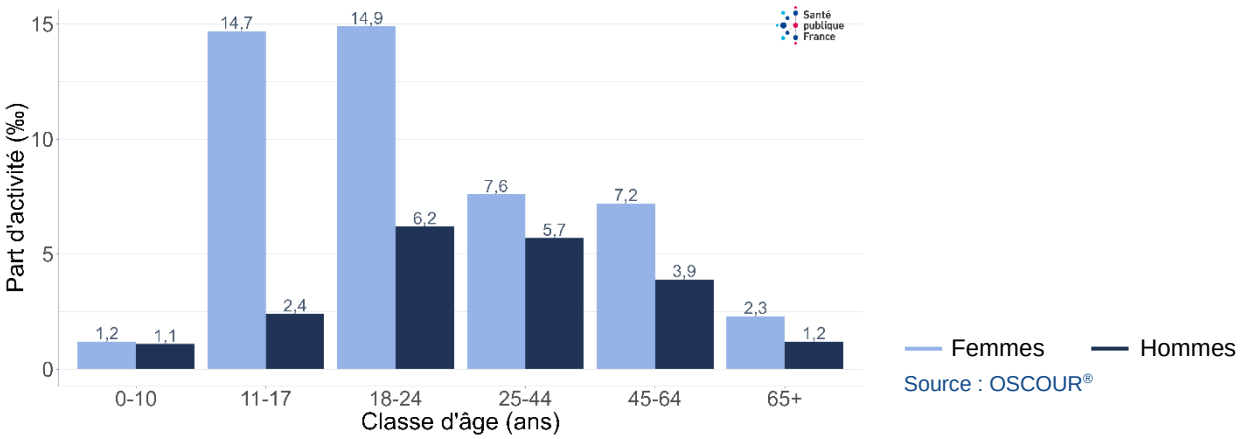
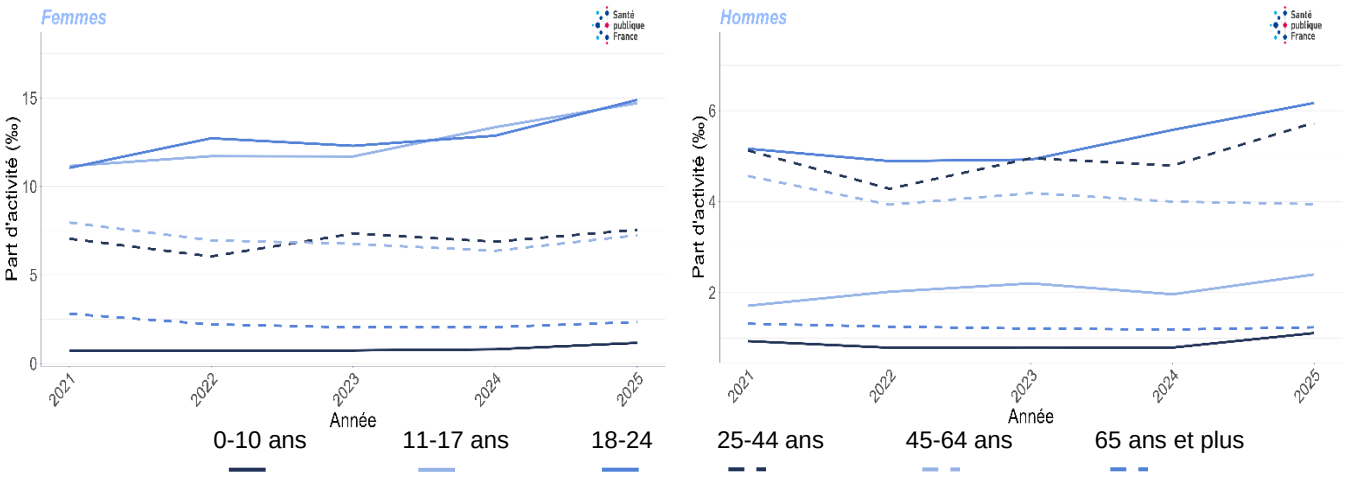


Figure 3. Évolution de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par classe d'âge et sexe, Normandie, 2021-2025



Source : OSCOUR®

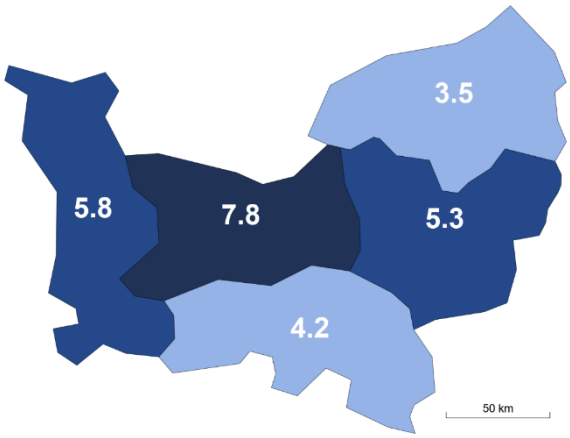
Disparités territoriales

De fortes disparités territoriales entre les départements de la région étaient observées concernant les parts d'activité de passages aux urgences pour geste auto-infligé. Le Calvados était le département avec la part d'activité la plus élevée en 2025 (7,8 ‰) devant la Manche (5,8 ‰) et l'Eure (5,3‰) (Figure 4).

Les parts d'activité étaient stables par rapport à 2024 pour l'ensemble des départements de la région, excepté dans la Seine-Maritime et l'Eure où elles étaient en hausse de respectivement + 34 % et + 23 %.

Depuis 2021, la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé était en augmentation dans tous les départements excepté la Seine-Maritime (-7%) avant la progression observée entre 2024 et 2025 pour ce département (Figure 5). Ces augmentations allaient de +10% dans le Calvados à +52% dans l'Eure[1].

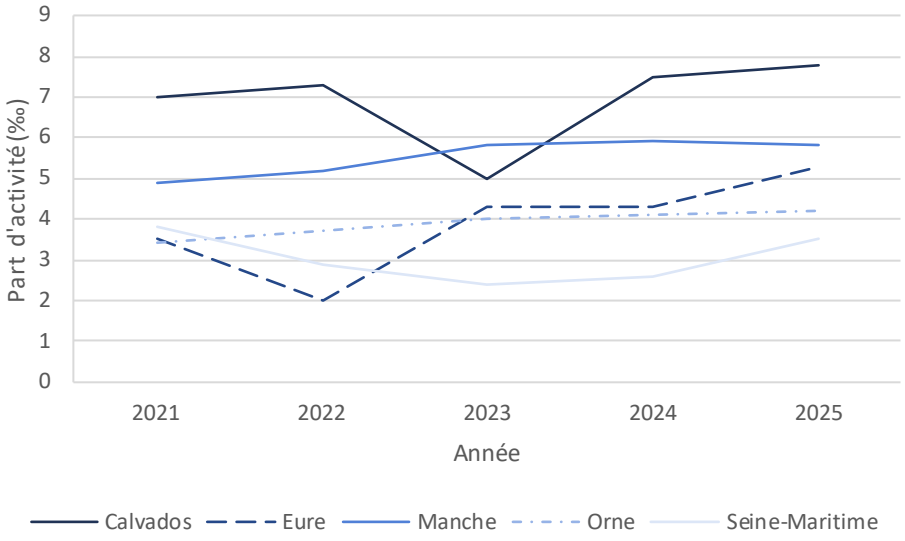
Figure 4. Part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par département en 2025, Normandie



Source : OSCOUR®

[1] Note d'attention : ces évolutions sur le long terme peuvent être dues à des évolutions dans les pratiques de codage au sein des services d'urgence.

Figure 5. Evolution des parts d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par département de 2021 à 2025, Normandie



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 expliquée par le fait que les diagnostics sont réalisés majoritairement par des urgentistes et par des différences d'offre de soins entre territoires, notamment l'activité des services d'urgences psychiatriques ne relevant pas d'un établissement de santé participant à OSCOUR®.

Hospitalisations pour geste auto-infligé

Source de données
Les données d'hospitalisations pour geste auto-infligé proviennent du « Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (**PMSI-MCO**) » mis à disposition dans le Système national des données de santé (SNDS). Cette base recueille les données médico-administratives exhaustives relatives aux **séjours dans tous les établissements publics et privés de santé de courte durée de la France entière** (Hexagone + DROM). Les **séjours au sein des établissements psychiatriques** étant recueillis dans une autre base **ne sont pas considérés** dans cette analyse et peuvent donc expliquer des disparités territoriales.

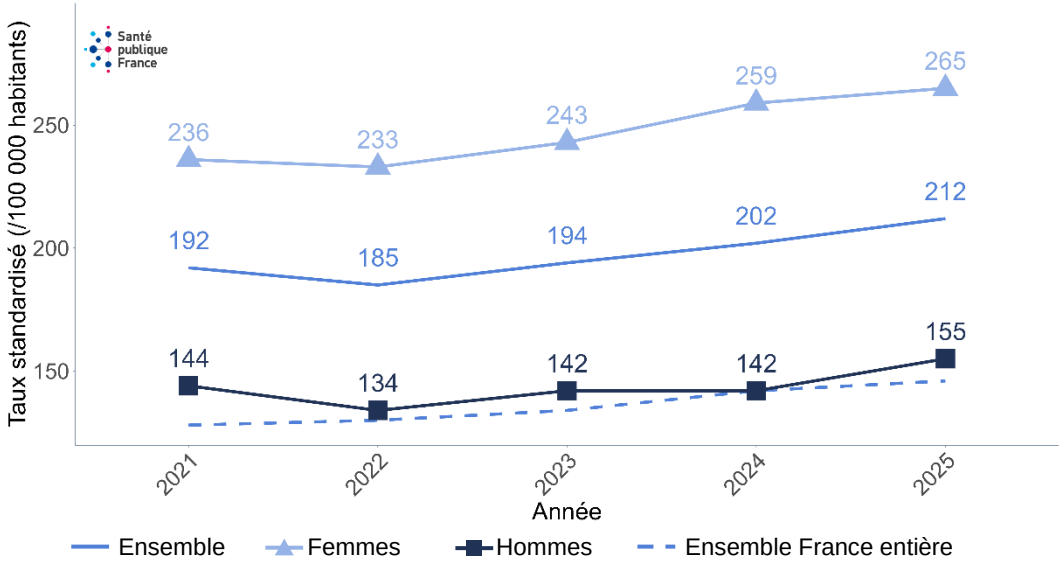
Définition
Une **hospitalisation pour geste auto-infligé (HGAI)** est définie comme une hospitalisation pour tentative de suicide ou une automutilation sans possibilité de pouvoir faire la différence entre les deux. Contrairement aux passages aux urgences pour geste auto-infligé, les diagnostics sélectionnés pour les hospitalisations sont uniquement ceux en lien avec des **auto-intoxications et des lésions auto-infligées**.

Évolution temporelle entre 2021 et 2025

Le nombre d'hospitalisations pour geste auto-infligé (HGAI) en Normandie poursuivait sa hausse en 2025, avec 6 979 hospitalisations recensées[2] (+ 5 % par rapport à 2024), soit un taux brut de 208 hospitalisations pour 100 000 habitants (correspondant à un taux standardisé de 212, supérieur à celui de la France entière égal à 146).

Par rapport à 2024, ce taux standardisé à augmenter chez les hommes (+ 9 %) alors qu'il s'est stabilisé chez les femmes (+ 2 %). Depuis 2021, le taux standardisé d'HGAI de la région a augmenté de + 11 %, avec une hausse plus importante de + 12 % chez les femmes que chez les hommes (+ 7 %) (figure 6).

Figure 6. Évolution du taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants, par sexe, Normandie et France entière, 2021-2025



Source : SNDS – PMSI MCO

[2] Correspondant à 5 600 personnes hospitalisées au moins une fois pour un geste auto-infligé en 2025 en Normandie (+ 2 % par rapport à l'année précédente).

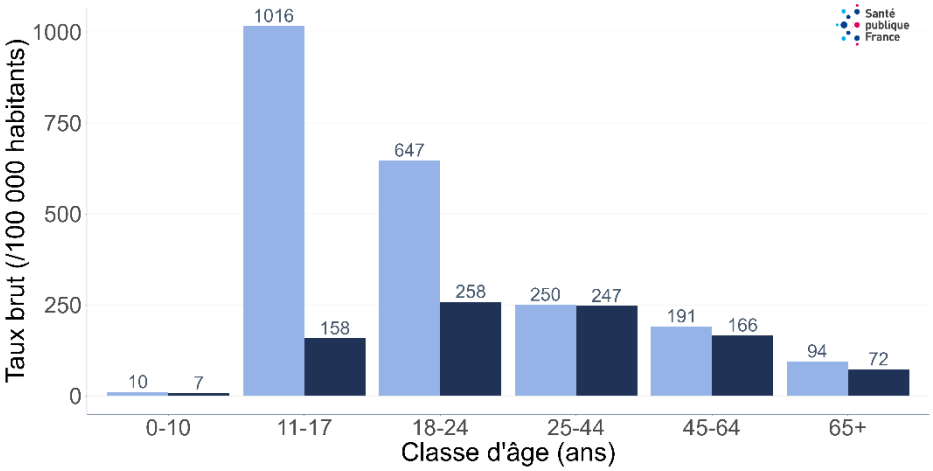
Caractéristiques des hospitalisations

Comme observé au niveau national, près de 2 HGAI sur 3 concernaient des femmes (64,4 %) en 2025. Chez celles-ci, les taux les plus élevés étaient observés pour les 11-17 ans et les 18-24 ans avec des taux respectivement égaux à 1 016 et 647 hospitalisations pour 100 000 femmes (respectivement 697 et 461 pour 100 000 au niveau France entière), largement supérieurs aux autres classes d'âge (figure 7).

Au cours des cinq dernières années, les jeunes filles de 11-17 ans, les femmes de 18-24 ans et de 25-44 ans présentaient une hausse des taux d'HGAI, respectivement de + 18 %, + 38 % et + 16%. Après une hausse marquée en 2024, le taux d'HGAI chez les femmes se stabilisait en 2025 pour tous les classe d'âge (Figure 8).

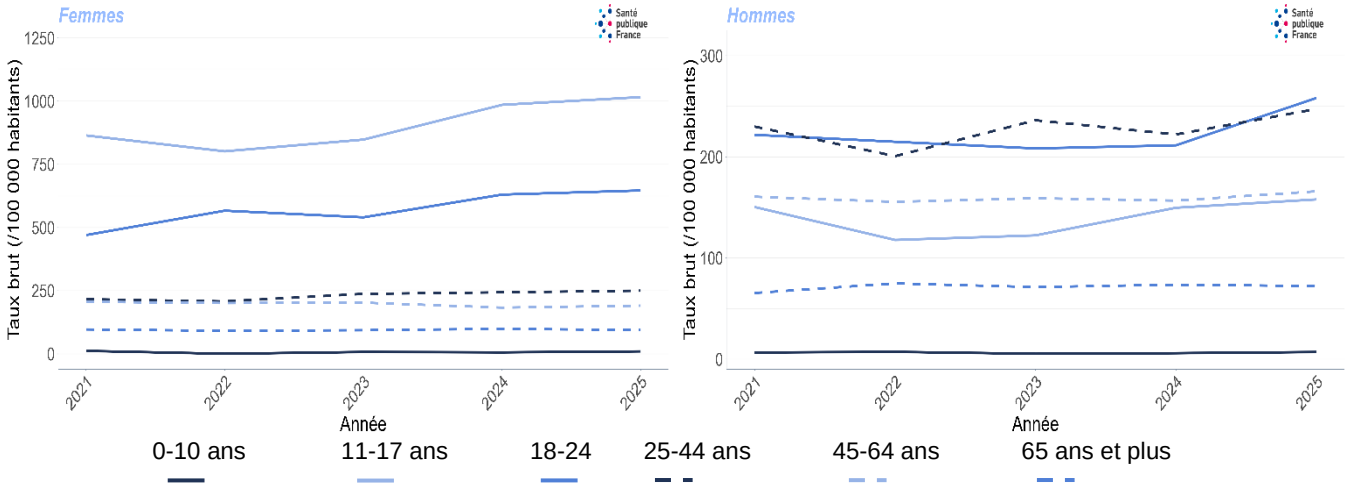
Chez les hommes, les 18-24 ans et les 25-44 ans présentaient les taux d'hospitalisations les plus élevés avec respectivement 258 et 247 hospitalisations pour 100 000 hommes (respectivement 179 et 156 pour 100 000 au niveau France entière) (Figure 7). L'augmentation constatée en 2024 chez les 18-24 ans et les 24-44 ans se poursuivait avec une hausse de + 22 % et de + 11 % (Figure 8).

Figure 7. Taux bruts d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, Normandie, 2025



Source : SNDS – PMSI MCO

Figure 8. Évolution des taux bruts d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par classe d'âge et par sexe, Normandie, 2021-2025



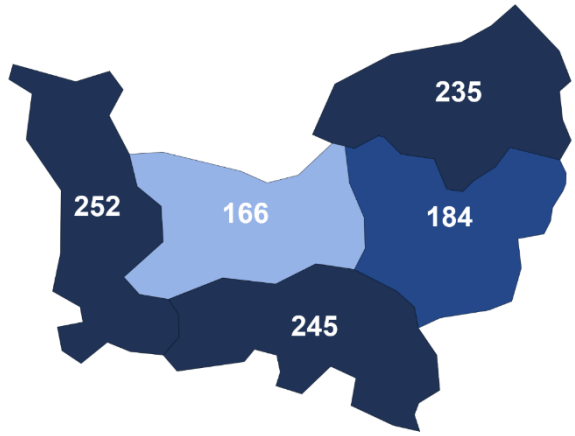
Source : SNDS – PMSI MCO

Disparités territoriales

Des disparités entre les taux d'HGAI étaient observées entre les départements de la région. Les départements de la Manche, de l'Orne et de la Seine-Maritime présentaient les taux d'hospitalisations les plus élevés avec respectivement 252, 245 et 235 hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants (figure 9).

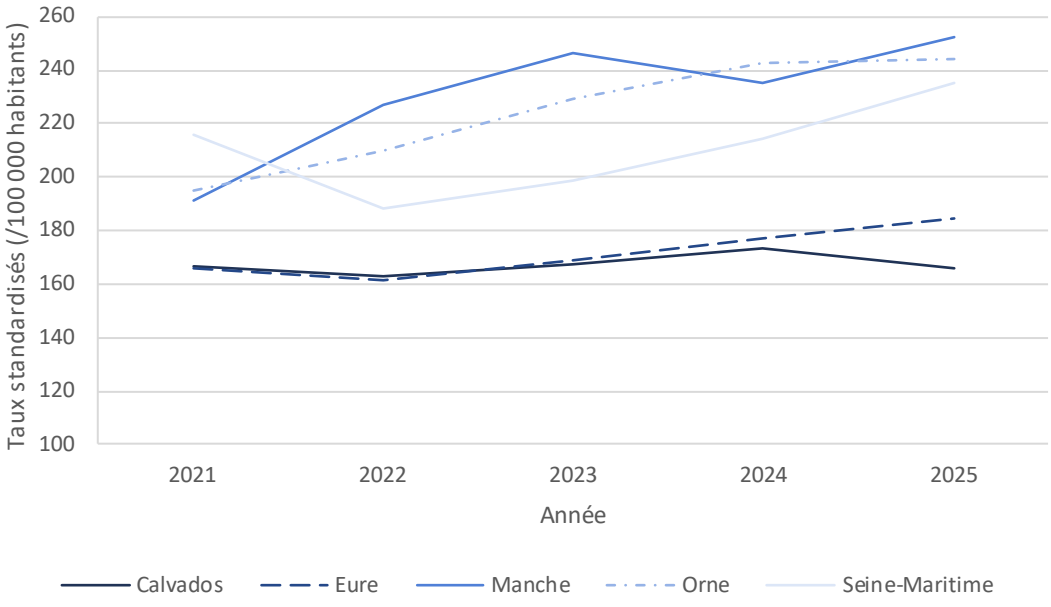
Par rapport à 2021, les taux d'HGAI étaient en très nette augmentation dans la Manche (+ 30 %) et dans l'Orne (+ 26 %) alors qu'ils avaient augmenté dans une moindre mesure d'environ + 9 % dans l'Eure et la Seine-Maritime et qu'il était stable dans la Calvados (Figure 10). Entre 2024 et 2025, les taux d'HGAI étaient en hausse par rapport à 2024 dans la Seine-Maritime (+ 10 %) et dans la Manche (+ 7 %).

Figure 9. Taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par département en 2025, Normandie



Source : SNDS – PMSI MCO

Figure 10. Evolution du taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par département de 2021 à 2025, Normandie



Source : SNDS – PMSI MCO

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

Par rapport à 2024, les trois PTSM de Seine-Maritime voyaient leur taux d'HGAI augmentés : le PTSM Dieppe (+ 13 %), le PTSM du Havre (+ 10 %) et le PTSM Rouen Elbeuf (+ 9 %). Au cours des cinq dernières années, l'ensemble des PTSM de la région ont vu leur taux d'HGAI augmentés (excepté pour le PTSM Calvados) de + 7 % dans le PTSM du Havre à + 31 % dans le PTSM Manche (Tableau 1).

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, Normandie

PTSM	Effectif ensemble	Taux brut	Taux standardisé	Evolution vs 2024	Evolution vs 2021
PTSM Calvados	1 167	167	168	-4 %	+ 1 %
PTSM Dieppe	333	210	218	+ 13 %	+ 4 %
PTSM Eure	1 085	181	186	+ 4 %	+ 11 %
PTSM Le Havre	760	191	193	+ 10 %	+ 7 %
PTSM Manche	1 158	234	252	+ 7 %	+ 31 %
PTSM Orne	598	216	240	+ 0 %	+ 22 %
PTSM Rouen Elbeuf	1 876	268	261	+ 9 %	+ 10 %

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 77,2 % des séjours (77,7 % en France entière). Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres l'utilisation d'objet tranchant (14,1 %), la pendaison (5,3 %) et l'alcool (2,9 %). L'auto-intoxication médicamenteuse ainsi que l'utilisation d'objet tranchant étaient plus fréquemment utilisées par les femmes que par les hommes. Les hommes ont utilisé plus fréquemment des modes violents que les femmes (Tableau 2).

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

Femmes

Moyen utilisé	Effectif	Proportion
IMV	3 581	80 %
Objet tranchant	720	16 %
Autres - non précisés	284	6 %
Pendaison*	160	4 %
Alcool	98	2 %
Autres auto-intoxications	62	1 %
Saut dans le vide*	52	1 %
Objet contondant*	9	0 %
Noyade*	7	0 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	6	0 %
Collision intentionnelle*	6	0 %
Armes à feu*	2	0 %

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire. Autres auto-intoxications : Auto-intoxications au gaz, aux produits chimiques ou aux solvants.
* indique les moyens considérés comme violents.

Hommes

Moyen utilisé	Effectif	Proportion
IMV	1 806	73 %
Objet tranchant	264	11 %
Pendaison*	213	9 %
Autres - non précisés	171	7 %
Alcool	104	4 %
Autres auto-intoxications	64	3 %
Saut dans le vide*	44	2 %
Armes à feu*	29	1 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	13	0 %
Collision intentionnelle*	12	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 moyens considérés comme violents.

Source : SNDS – PMSI MCO

Note sur l'interprétation des résultats

Plusieurs diagnostics de lésions auto-infligées pouvant être codés pour un même séjour, les **moyens utilisés ne sont donc pas exclusifs**.

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

Décès par suicide

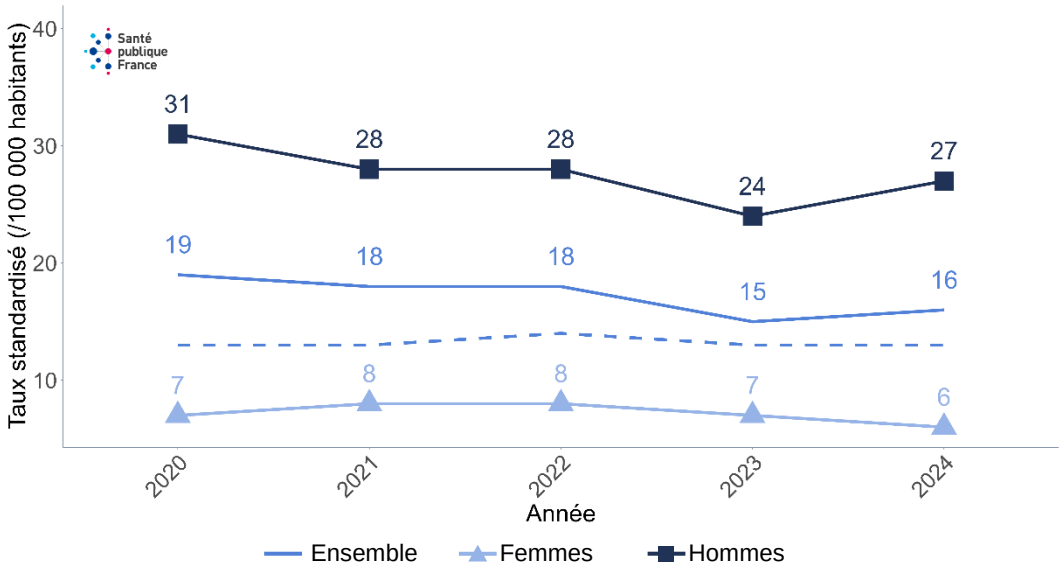
Source de données
La statistique annuelle des causes de décès est produite par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (**CépiDc**) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) à partir des volets médicaux des certificats de décès renseignés par les médecins (et les infirmières à partir de 2024 à titre expérimental) constatant le décès, et en collaboration avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Ces données sont ensuite mises à disposition dans le SNDS.

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

Évolution temporelle entre 2020 et 2024

Le nombre de décès par suicide en Normandie était en légère augmentation en 2024, avec 552 décès recensés (+ 6 % par rapport à 2023, soit 32 décès par suicide en plus), correspondant à un taux brut de 16 décès pour 100 000 habitants. Cet effectif correspondait à un taux standardisé de 16 décès pour 100 000 habitants (+ 6 % par rapport à 2023), supérieur à celui de la France entière égal à 13 décès pour 100 000 habitants (- 2 % par rapport à 2023). Depuis 2020, le taux standardisé de décès par suicide en Normandie a diminué de 14 %, avec une baisse de 14 % chez les femmes et 13 % chez les hommes (figure 11).

Figure 11. Évolution du taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants, Normandie, 2020-2024



Source : SNDS - CépiDc

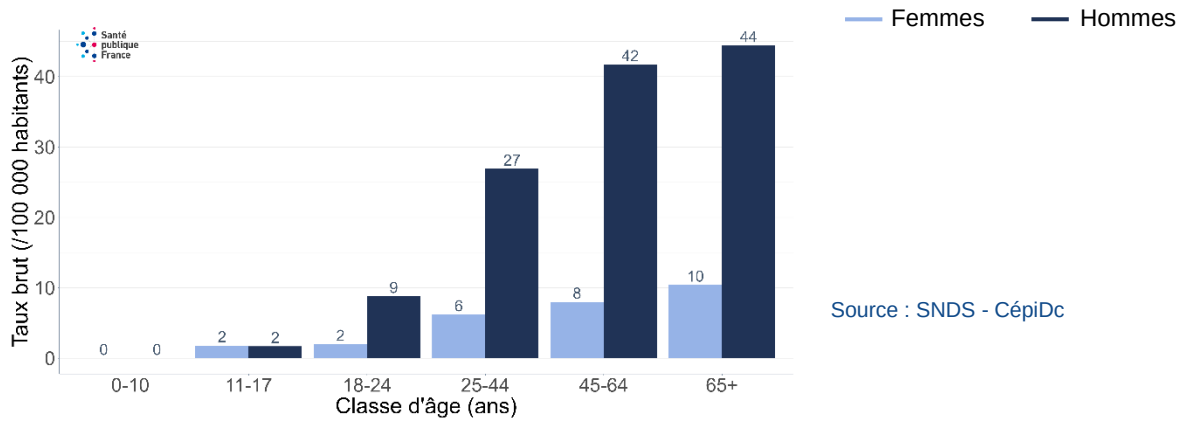
Caractéristiques des décès par suicide

Comme au niveau national, trois-quarts des décès concernaient des hommes (79,4 %) et la majorité des décès par suicide concernaient les 45 ans et plus (73,4 %).

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 44 et 42 décès pour 100 000 hommes (respectivement 36 et 28 pour 100 000 au niveau France entière) (figure 12). Les taux de décès par suicide étaient stables par rapport à 2023 chez les hommes de plus de 65 ans. Cependant, il était en augmentation chez les 45-64 ans et les 25-44 ans de +22 % chacun (figure 13).

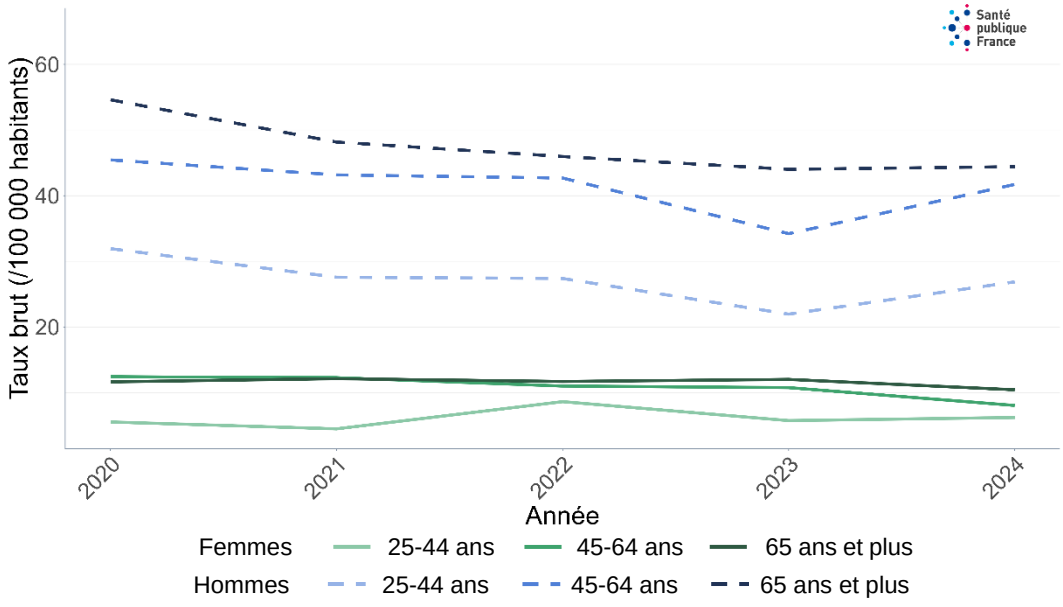
Chez les femmes, les taux les plus élevés étaient observés chez les 65 ans et plus et les 45-64 ans avec des taux respectivement égaux à 10 et 8 décès pour 100 000 femmes (9 pour 100 000 au niveau France entière) (Figure 12). Les taux de décès par suicide étaient en baisse par rapport à 2023 chez les femmes de 45-64 ans (- 25 %) et de 65 ans et plus (- 13 %), alors qu'ils étaient en augmentation de + 8 % chez les 25-44 ans (Figure 13).

Figure 12. Taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, Normandie, 2024



Source : SNDS - CépiDc

Figure 13. Évolution des taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants pour les 25 ans et plus par sexe, Normandie, 2020-2024



Source : SNDS - CépiDc

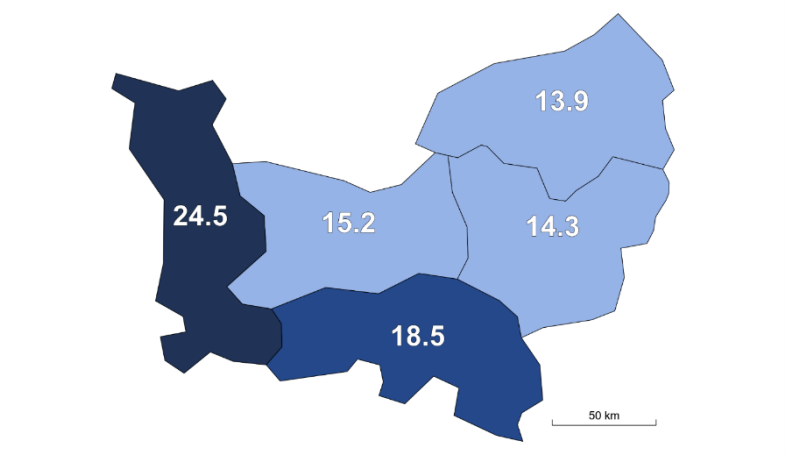
Disparités territoriales

Des disparités entre les taux de décès par suicide étaient observées entre les départements 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.

Les départements de l'ancienne Basse-Normandie étaient les départements ayant les plus hauts taux de décès par suicide de la région (figure 14) notamment en ce qui concerne la Manche ayant le plus haut taux régional (24,5 décès pour 100 000 habitants) et l'Orne (18,5 pour 100 000 habitants).

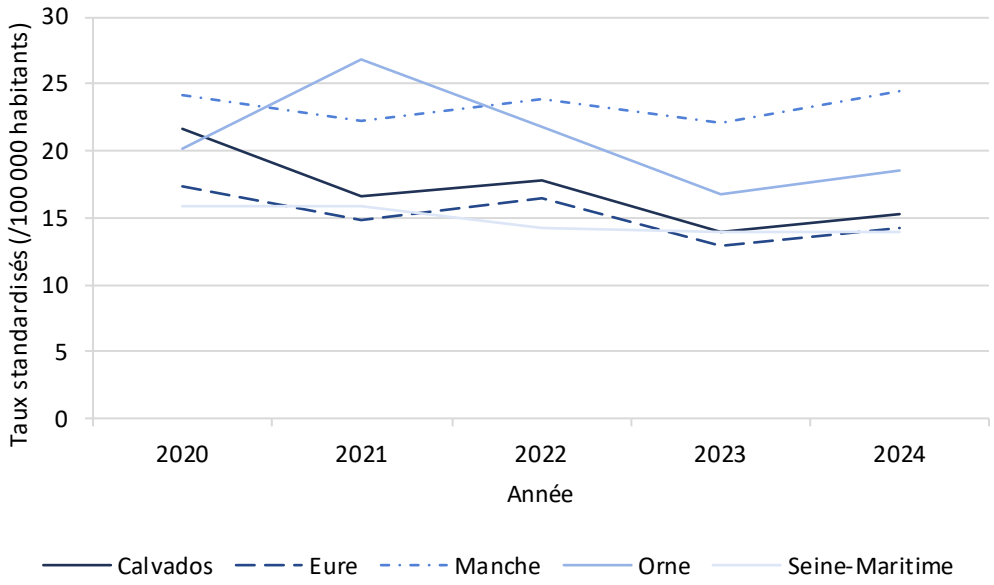
Les taux de décès par suicide étaient en augmentation par rapport à 2023 dans tous les départements (excepté dans la Seine-Maritime, où ce taux restait stable) de la région, avec une augmentation de 8 % dans la Calvados à 11 % dans la Manche et l'Eure. Par rapport à 2020, les taux de décès étaient en baisse dans tous les départements, excepté la Manche (+ 2 %) avec une baisse plus marquée dans le Calvados (- 30 %) et plus légère dans l'Orne (- 8 %) (figure 15).

Figure 14. Taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants par département en 2024, Normandie



Source : SNDS – CépiDc

Figure 15. Evolution du taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants par département de 2020 à 2024, Normandie



Source : SNDS – CépiDc

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, tous les PTSM voyaient leur taux de décès augmenter excepté le PTSM Dieppe (- 18 %) et le PTSM du Havre (- 7 %) (Tableau 3). Depuis 2020, le taux de décès par suicide était en baisse ou stabilisation dans tous les PTSM excepté le PTSM Rouen Elbeuf, en augmentation (+21 %).

Tableau 3. Taux brut et standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants par PTSM en 2024 et évolutions (%) par rapport à 2020 et 2023, Normandie

PTSM	Effectif ensemble	Taux brut	Taux standardisé	Evolution vs 2023	Evolution vs 2020
PTSM Calvados	109,0	16	15	+ 10 %	-28 %
PTSM Dieppe	30,0	19	18	-18 %	-20 %
PTSM Eure	87,5	15	14	+ 12 %	-16 %
PTSM Le Havre	41,0	10	10	-7 %	-43 %
PTSM Manche	128,5	26	25	+ 12 %	+ 3 %
PTSM Orne	53,0	19	18	+ 10 %	-8 %
PTSM Rouen Elbeuf	101,5	14	15	+ 10 %	+ 21 %

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 60,4 % des décès (51,6 % en France entière) (Tableau 4). Venaient ensuite, dans des moindres proportions, les intoxications médicamenteuses volontaire (IMV – 9,9 %) puis les armes à feu (5,3 %). Dans 12 % des décès par suicide, aucun moyen utilisé n'était précisé sur le certificat de décès.

La pendaison et l'utilisation d'armes à feu étaient plus fréquemment utilisés par les hommes (respectivement 66 % et 11 %). Chez les femmes, il s'agissait de la pendaison dans un moindre pourcentage (40 %) suivie de l'IMV (23 %). Les hommes utilisaient plus fréquemment que les femmes les moyens considérés comme violents (82 % contre 52 % chez les femmes).

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

Femmes

Moyen utilisé	Effectif	Proportion
Pendaison*	44	40 %
IMV	26	23 %
Autres - non précisés	22	20 %
Saut dans le vide*	7	6 %
Autres auto-intoxications	2	2 %
Objet tranchant	2	2 %
Noyade*	2	2 %
Armes à feu*	2	2 %
Collision intentionnelle*	2	2 %
Alcool	0	0 %
Objet contondant*	0	0 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	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*	289	66 %
Armes à feu*	50	11 %
Autres - non précisés	42	9 %
IMV	30	7 %
Noyade*	8	2 %
Objet tranchant	7	2 %
Saut dans le vide*	7	2 %
Autres auto-intoxications	6	1 %
Alcool	2	1 %
Objet contondant*	0	0 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	0	0 %
Collision intentionnelle*	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

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

Focus national : 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 (E)HE)SP)) et de Santé publique France.

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

Définitions

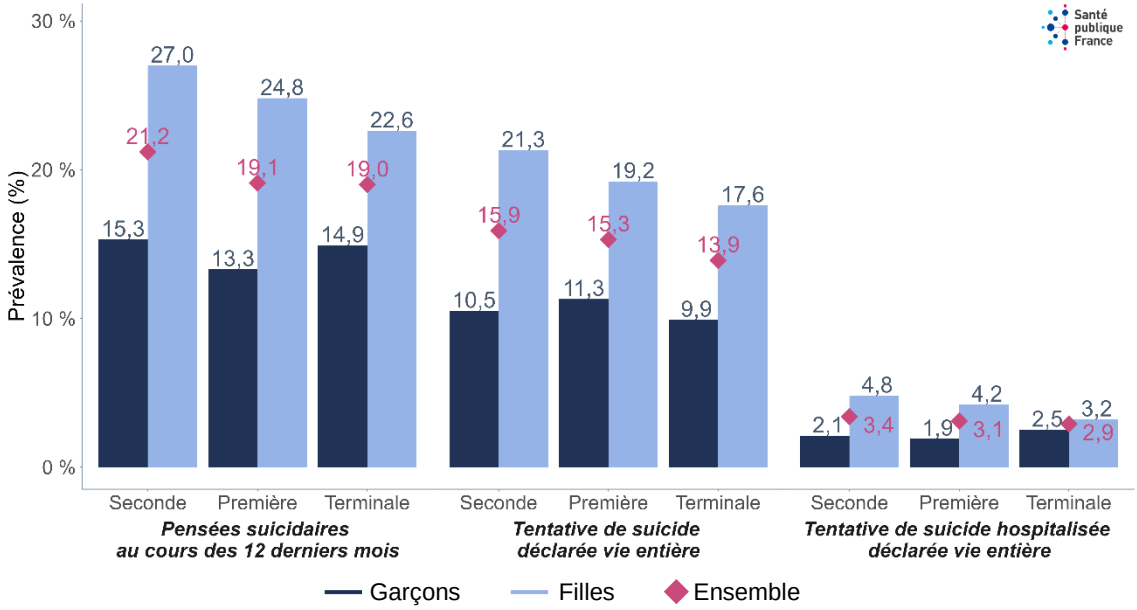
Les questions sur les comportements suicidaires ont été uniquement posées aux lycéens (pour rappel, 7 431 lycéens ont répondu à l'enquête en 2024). Ont été évaluées les **pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois** (« Au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé à te suicider ? »), les **tentatives 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 16).

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



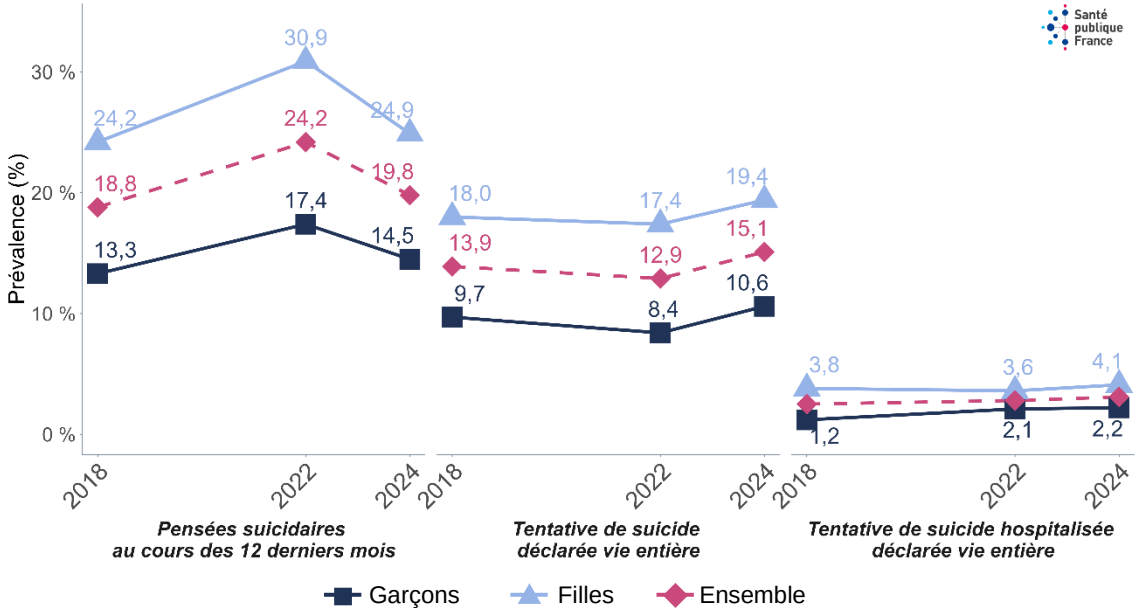
Source : EnCLASS 2024. Exploitation : Santé publique France

Évolution temporelle entre 2018 et 2024

Après une hausse de la prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les lycéens entre 2018 et 2022 (de 18,8 % à 24,2 %), cette dernière est redescendue proche du niveau initial en 2024 à 19,8 % (Figure 17). 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 17. 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

Dispositif Mon soutien psy



Source de données

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

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

Ce dispositif est **ouvert à toute personne à partir de 3 ans en souffrance psychique d'intensité légère à modérée** : trouble anxieux d'intensité légère à modérée, trouble dépressif d'intensité légère à modérée, stress chronique, détresse psychique liée à un évènement de vie difficile, troubles des conduites alimentaires sans critère de gravité immédiate, mésusage de tabac, d'alcool et/ou de cannabis (hors dépendance). Une personne en souffrance psychique peut être adressée par un médecin généraliste, une sage-femme, un médecin scolaire, de PMI (Protection Maternelle et Infantile), des services de santé des universités ou hospitalier ; ou peut prendre directement rendez-vous avec un psychologue conventionné partenaire via l'annuaire dédié en ligne, l'ensemble du territoire français (y compris l'Outre-mer) étant couvert.
Après un premier entretien d'évaluation et selon les besoins, le psychologue peut **proposer jusqu'à 11 séances de suivi psychologique** (renouvelable dans la limite de 12 séances par année civile) d'un montant de 50 € remboursées selon le taux de droit commun de 60 % par l'Assurance Maladie obligatoire (voire entièrement prises en charge pour les personnes bénéficiant du tiers payant obligatoire) puis à hauteur de 40 % par la complémentaire.

Les **idées suicidaires constituent un critère d'exclusion** à l'entrée dans le dispositif, les psychologues conventionnés renvoyant les personnes concernées vers une prise en charge adaptée.

Retrouvez l'annuaire des psychologues conventionnés proches de chez vous participants au dispositif et plus d'informations sur le site Ameli.fr.

Définition

Une **personne est considérée comme incluse dans le dispositif** Mon soutien psy une année donnée dès qu'elle réalise un premier entretien d'évaluation ou une séance de suivi par un psychologue conventionné du dispositif lors de cette année.

Offre de psychologues conventionnés

Au 31 décembre 2025, 7 280 psychologues étaient conventionnés en France (Hexagone + DROM) pour le dispositif Mon soutien psy, dont 245 (3,4 %) en Normandie.

Recours au dispositif

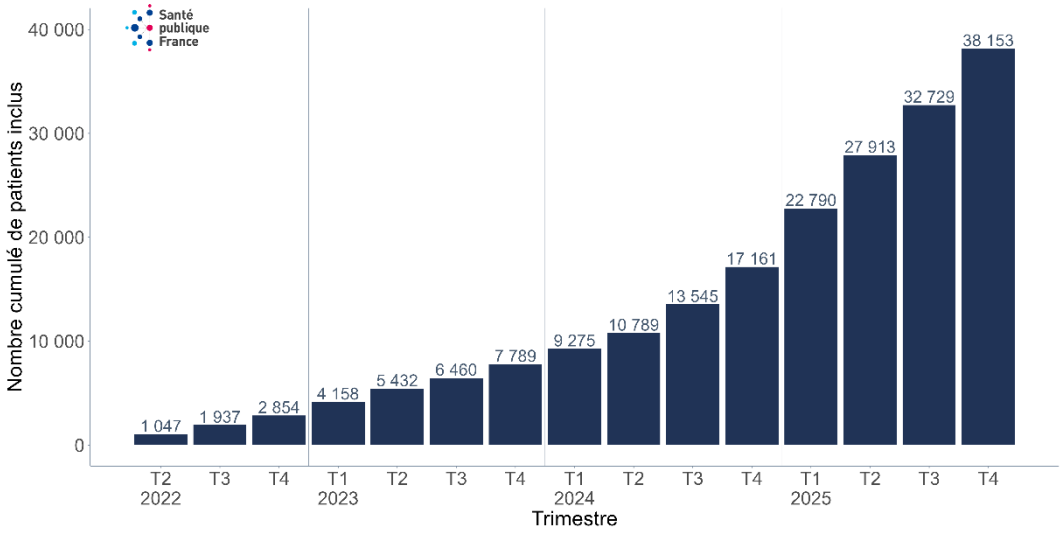
Depuis le début du dispositif et jusqu'au 31 décembre 2025, 38 153 patients ont bénéficié du dispositif en Normandie, pour un total de 1 102 303 patients en France. En 2025, 20 992 patients ont été inclus dans le dispositif Mon soutien psy en Normandie, soit 4 % des 529 118 patients inclus au niveau national. Le nombre de patients inclus dans la région était en constante augmentation depuis le début du dispositif en 2022 et en hausse de + 124 % par rapport à 2024 (Figure 18). Cette hausse était notamment due à l'accès direct au dispositif depuis le 15 juin 2024, c'est-à-dire sans avoir à être adressé par un médecin ou un professionnel de santé.

Parmi les bénéficiaires de la région en 2025, 68 % des patients étaient des femmes (similaire au niveau national) et 24 % avaient entre 11 et 24 ans (contre 21 % au niveau national) (Figure 19).

En 2025, 109 589 séances ont été réalisées dans la région dans le cadre de Mon soutien psy (*vs.* près de 3 millions en France) pour un montant remboursé par l'Assurance Maladie de plus de 3 millions d'euros. Parmi ces séances, 78,8 % étaient des séances de suivi en présentiel ou en

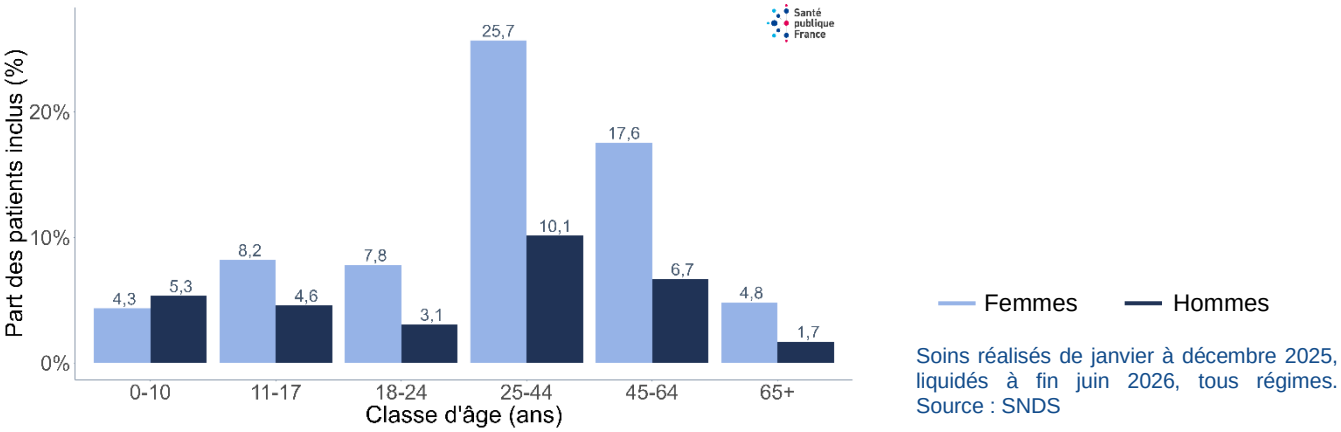
distanciel, les autres étant des premiers entretiens d'évaluation. Le recours aux séances de suivi à distance demeurait limité avec seulement 4,2 % des séances de suivi, ces dernières concernant principalement des patients adultes.

Figure 18. Évolution du nombre de patients (en cumulé) inclus dans le dispositif Mon soutien psy par trimestre, Normandie, 2022-2025



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

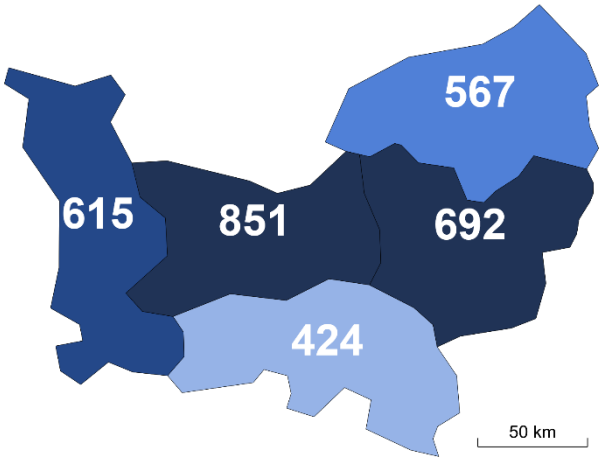
Figure 19. Part des patients inclus dans le dispositif Mon soutien psy (%) par classe d'âge et sexe, Normandie, 2025



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

En Normandie, le taux de recours à Mon soutien psy était de 626 patients pour 100 000 habitants en 2025. Au sein de la région, des disparités départementales apparaissaient dans le recours au dispositif. Ainsi, le Calvados et l'Eure étaient les deux départements avec le taux de recours le plus important dans la région, c'est-à-dire avec le plus de personnes bénéficiant du dispositif. Néanmoins, il est fortement possible (Figure 20) que ces différences soient principalement dues à une offre et une répartition hétérogène de psychologues conventionnés entre les territoires.

Figure 20. Taux standardisé de patients inclus dans Mon soutien psy pour 100 000 habitants par département, Normandie, 2025



Source : 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).

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.

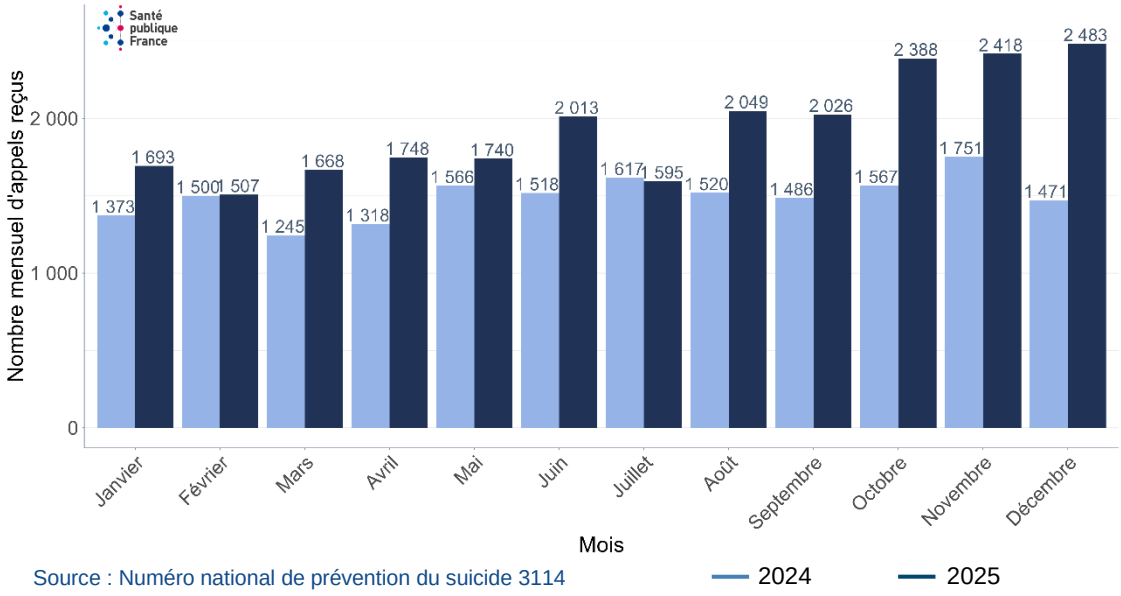
Définitions
Tous les **appels au 3114** d'une durée minimale de 5 secondes ont été pris en compte. Pour chaque appel, l'origine géographique de l'appelant (région de résidence) a été déterminée à partir de l'antenne-relais de ce dernier. Le **taux d'appels de la région** correspond au nombre d'appels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

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 23 328 en provenance de Normandie. Cela correspondait à un taux d'appels de 696 appels pour 100 000 habitants de la région. Le nombre d'appels reçus en provenance de la région était en hausse de + 30 % par rapport à 2024, au cours de laquelle 17 932 appels avaient été reçus en provenance d'habitants de Normandie. Cela représentait une moyenne de 1 944 appels reçus depuis la région par mois en 2025. Il faut noter

qu'une hausse majeure des appels au 3114 a été observée en 2025 (Figure 21). Cette dernière peut être 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 21. Évolution du nombre mensuel d'appels reçus par les centres 3114 en provenance des Normandie, 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.

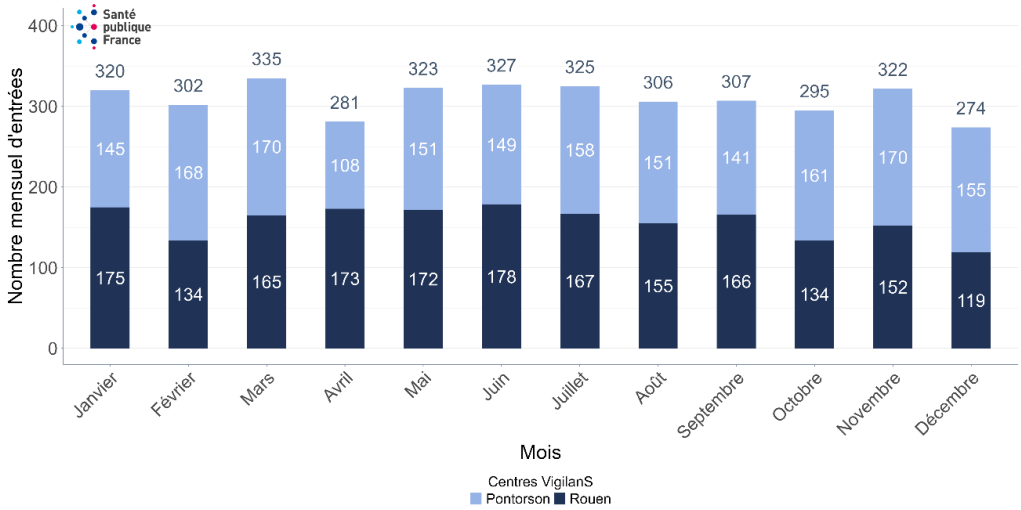
Le dispositif VigilanS est reconnu comme une **pratique innovante** par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) depuis octobre 2025. L'évaluation de Santé publique France, réalisée sur la période 2015-2017 et basée sur les données des 6 premiers territoires ayant expérimenté 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.

Définitions

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. Aujourd'hui, on compte 33 centres VigilanS répartis sur 32 sites, dont deux centres en Normandie. Ces derniers, basés à Pontorson et Rouen, ont ouvert respectivement en mars 2016 et mars 2017. Au cours de l'année 2025, 3 717 personnes (+ 4 % par rapport à 2024) sont entrées dans VigilanS en Normandie (45 875 au niveau national), soit une inclusion moyenne de 310 personnes par mois (Figure 22).

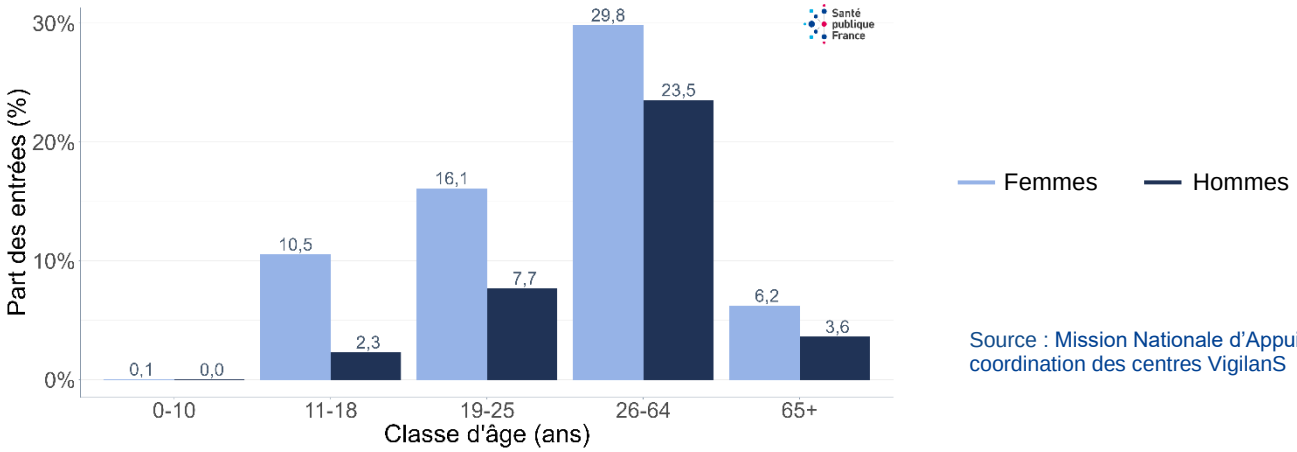
Figure 22. Évolution du nombre mensuel d'entrées dans le dispositif VigilanS, Normandie, 2025



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 (62,8 %) en 2025. Les femmes de 26-64 ans représentaient 30 % des entrées dans la région (28 % au niveau national) (Figure 23). Elles étaient suivies par les hommes de 26-64 ans (24 %) devant les jeunes femmes de 19-25 ans (16 %).

Figure 23. Part des entrées (%) dans le dispositif VigilanS par classe d'âge et sexe, Normandie, 2025



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

Prévention en santé mentale

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



« Silence radio » : un escape game pour libérer la parole des jeunes sur la santé mentale. La Mutualité Française Normandie et la Mutualité Française Bretagne ont conçu un outil de prévention ludique à destination des 15-25 ans. Pendant 45 minutes, les participants mènent une enquête pour comprendre ce qui est arrivé à Camille, une jeune lycéenne, en explorant les indices dissimulés dans son sac à dos. Au fil des énigmes, ils découvrent différents facteurs pouvant fragiliser la santé mentale : pression scolaire, isolement, troubles du sommeil, addictions ou encore impact des réseaux sociaux. Au-delà du jeu, « Silence radio » vise à déstigmatiser la santé mentale, à aider les jeunes à repérer les signes de mal-être et à identifier les ressources et les personnes vers lesquelles se tourner. Une approche interactive pour favoriser les échanges et libérer la parole sans jugement.

Les établissements scolaires et structures accueillant des jeunes peuvent contacter la Mutualité Française Normandie pour connaître les modalités de déploiement de cet outil : prevention@normandie.mutualite.fr »

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[3] 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[4] consacrée à la santé mentale. Une meilleure sensibilisation des professionnels au dépistage des conduites suicidaires peut également expliquer la hausse des indicateurs, notamment par une amélioration des pratiques de codage et de la prise en charge. La promotion des dispositifs de prévention des conduites suicidaires, le 3114 notamment, et de la santé mentale avec « Mon soutien psy », notamment via le renforcement de leur notoriété dans les moteurs de recherche et par effet domino dans les modèles d'intelligence artificielle, et leur appropriation par la population peuvent également expliquer une partie de l'augmentation constatée, et donc être le signe d'une prise en charge adaptée.

Pour une meilleure prévention

Les analyses confirment l'intérêt de renforcer les dispositifs de prévention (3114 et VigilanS) ainsi que « Mon soutien psy », tout en appuyant leur pilotage sur la surveillance, en ciblant les populations les plus concernées (les 11 à 24 ans), et en dimensionnant leur accessibilité en fonction des besoins territoriaux.

[3] https://etude-mentalo.fr/

[4] https://www.info.gouv.fr/actualite/la-sante-mentale-grande-cause-nationale-2026

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.

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

Auteurs du bulletin : Valentin Courtillet, Mélanie Martel

Génération des indicateurs : Anne Fouillet, Nicolas Méthy, Christophe Léon et Jonathan Roux de Santé publique France ; Mohamed Mazza de la Cnam ; Eugénie Pétrequin et Nadia Younès du réseau Sentinelles ; Isam Zerga du 3114 ; Christophe Debien de la Mission Nationale d'Appui VigilanS et les centres VigilanS.

Pour nous citer : Surveillance annuelle des conduites suicidaires, bilan 2025. Bulletin. Édition Normandie. Saint-Maurice : Santé publique France, 29 p., 26 novembre 2026
Directeur de publication : Etienne Pot
Date de publication : 26 novembre 2026
Contact : presse@santepubliquefrance.fr