Bulletin

Santé mentale

Santé publique France

Date de publication : 26.11.2026

ÉDITION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

Parlons santé mentale! GRANDE CAUSE NATIONALE

Surveillance des conduites suicidaires

Bilan 2025

Points-clés

Au niveau régional

Depuis 2021, les indicateurs issus de la surveillance des conduites suicidaires en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) sont en hausse chez les femmes, particulièrement les plus jeunes mais la tendance est à la stabilisation en 2025. Les femmes sont majoritaires pour le recours au soin et à la prévention et ces chiffres sont plus élevés dans la région qu'au niveau national.

Chez les hommes la tendance se stabilise, voire diminue pour les hospitalisations et les chiffres sont inférieurs au niveau national pour cet indicateur. Le taux de décès par suicide observé dans la région est 3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Ce taux est inférieur à celui du niveau national chez les hommes et similaire chez les femmes.

La prévention progresse en 2025, surtout chez les femmes, avec une augmentation des inclusions dans les dispositifs Mon soutien Psy et Vigilans par rapport à 2024.

Au niveau départemental

Il existe des disparités territoriales au sein de la région PACA pour la prise en charge des patients et pour la prévention en santé mentale.

Les Alpes-Maritimes et le Var sont caractérisés par un recours au dispositif Mon soutien Psy plus élevé que les départements alpins et le Vaucluse, probablement en lien avec une densité plus importante de psychologues. Le département des Bouches-du-Rhône présente les taux d'hospitalisations et de décès les plus bas de la région.

Le département des Alpes-de-Haute-Provence se situe dans la moyenne pour les indicateurs, sauf pour la part d'activité pour geste auto-infligé (GAI) aux urgences, qui est faible La baisse du recours aux urgences depuis 2021 pourrait être lié à la fermeture régulière des urgences de Manosque.
Le département des Hautes-Alpes présente un taux de décès par suicide 2 fois plus élevé que les Bouches-du-Rhône, le taux de recours à Mon soutien Psy le plus faible et le dispositif Vigilans est moins bien implanté. Dans ces territoires ruraux et parfois isolés, il faudrait améliorer l'accès aux soins de 1er recours, notamment psychiatres et psychologues et augmenter la prévention.

Le Vaucluse est caractérisé par un niveau faible pour la plupart des indicateurs sauf le taux de décès qui se situe dans la moyenne.

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

Principaux résultats

Passages aux urgences pour geste auto-infligé (GAI)

- En 2025, environ 9 000 passages aux urgences pour GAI représentant 5,6 ‰ de part d'activité ;
- 66 % de femmes, principalement les 11-25 ans ; 34 % d'homme, principalement les 18-44 ans ;
- Par rapport à 2021, augmentation de + 15 % des passages aux urgences chez les femmes, particulièrement chez les 11-17 ans (+ 45 %) et baisse de - 12 % chez les hommes.

Hospitalisations pour GAI

- Près de 7 000 hospitalisations pour GAI en 2025, soit un taux standardisé de 133 pour 100 000 et environ 5 700 patients concernés ;
- 67 % de femmes, principalement les 11-25 ans ; 33 % d'hommes, principalement les 18-44 ans ;
- Depuis 2021, augmentation de + 16 % des hospitalisations chez les femmes et de +5 % chez les hommes mais la tendance est à la stabilisation depuis 2024 ;
- L'intoxication médicamenteuse volontaire est le moyen le plus utilisé dans les 2 sexes. Les hommes utilisent des moyens violents plus souvent que les femmes.

Décès par suicide

- En 2024, près de 630 décès par suicide soit un taux standardisé de 12 pour 100 000 habitants ;
- Ce taux est 3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (17 vs 6 pour 100 000 habitants). Les décès par suicide concernent majoritairement les 45 ans et plus ;
- Depuis 2020, ce taux était stable chez les femmes et en augmentation chez les hommes jusqu'en 2022, suivi d'une baisse en 2023 et 2024 ;
- La pendaison est le moyen le plus utilisé dans les 2 sexes (43 %). Les hommes utilisent des moyens violents plus souvent que les femmes.

Dispositif Mon soutien Psy urgences

- En 2025, environ 70 000 patients inclus, dont 68 % de femmes, principalement des adultes ;
- Près de 400 000 séances enregistrées, dont 80 % étaient des séances de suivi ;
- On note une montée en puissance du dispositif depuis sa mise en œuvre pour atteindre près de 155 000 patients cumulés fin 2025.

Appels reçus au 3114

- Près de 26 000 appels en 2025 soit environ 2 160 appels par mois. Le recours au 3114 a augmenté de 75% par rapport à 2024 grâce à une meilleure visibilité et une meilleure connaissance de ce dispositif.

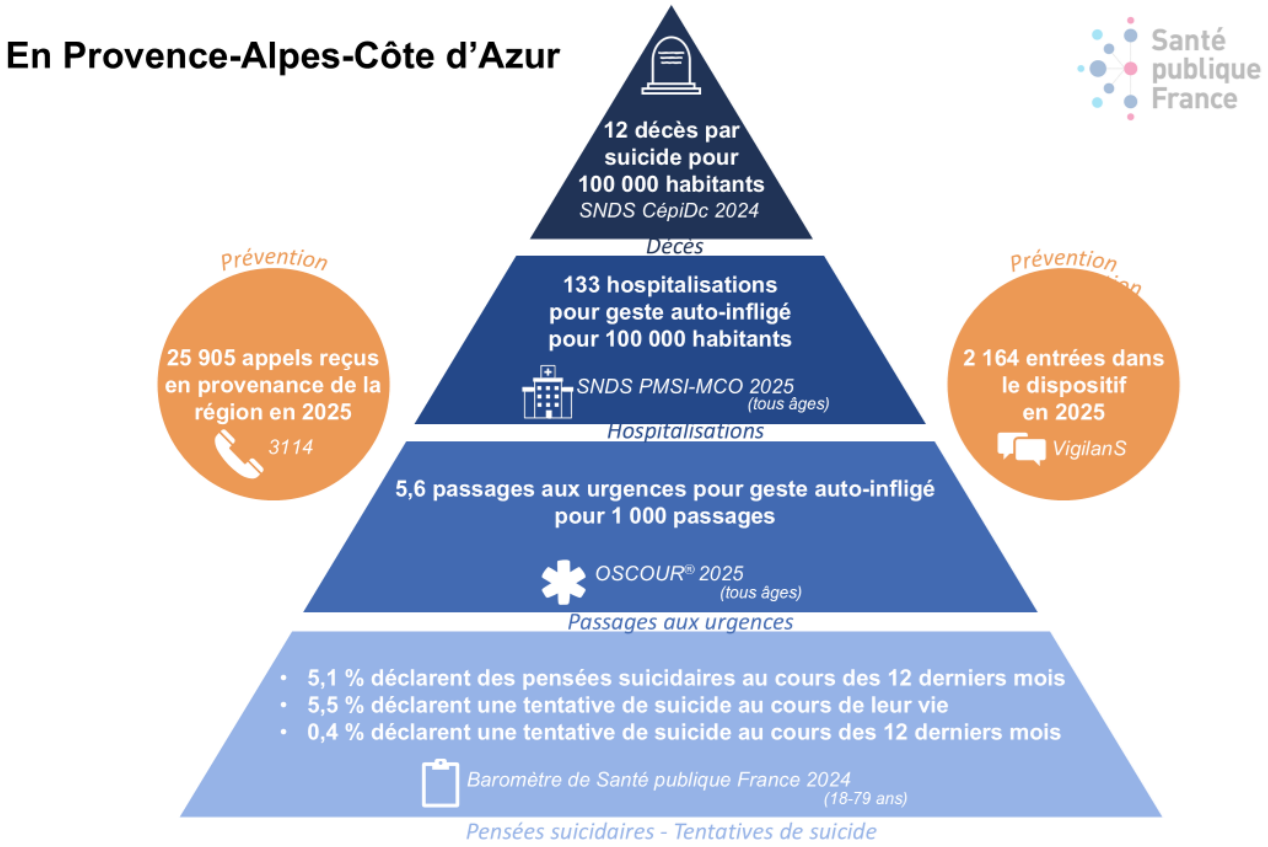
Entrées dans le dispositif VigilanS

- Plus de 2 160 personnes inclues dans le dispositif par les deux centres de la région en 2025, soit une moyenne de 180 entrées par mois, en hausse de +31% par rapport à 2024.

- Les personnes incluses sont majoritairement des femmes (71%), et les 26-64 ans pour les deux sexes.

Résultats de l'enquête EnClass (indicateurs nationaux uniquement)

- Un lycéen sur 5 déclarait avoir eu des pensées suicidaires dans les 12 derniers mois, 15 % avoir fait une tentative de suicide dans leur vie et 3 % avoir été hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide. Les prévalences étaient plus élevées chez les filles que les garçons ;
- Une diminution de la prévalence des pensées suicidaires était observée entre 2022 et 2024 ; en revanche, on observait une augmentation de la prévalence des tentatives de suicide et une stabilisation de la prévalence des hospitalisations.



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 la région Provence-Alpes-Côte d'Azur sont détaillées dans le Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024. .

Actualités et temps forts 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

Santé Mentale info service.fr

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



Passages aux urgences pour geste auto-infligé

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.

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.

En 2022, une **modification technique du logiciel Terminal Urgences** dans les services d'urgences implantés en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) 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 a persisté en 2023 et jusqu'à début avril 2024 mais sans reprise d'historique pour les années 2022, 2023 et le début de l'année 2024. Il n'est donc pas possible d'analyser correctement l'évolution temporelle des passages aux urgences pour geste auto-infligé comme cela est fait pour les autres indicateurs. Seule la comparaison avec l'année 2021 est présentée.

Part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé

En 2025, un total de 9 039 passages aux urgences pour GAI était dénombré en PACA. Ils représentaient une part d'activité de 5,6 ‰ au sein des services d'urgence de la région, supérieure à celle de la France entière (4,7 ‰).

La part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé en PACA était en légère hausse en 2025 (+ 4 %) par rapport à 2021 et caractérisée par une disparité selon le sexe. Cette part d'activité a diminué de – 12 % chez les hommes (3,7 ‰ vs 4,2 ‰ en 2021) alors qu'elle augmentait à+ 15 % chez les femmes (7,6 ‰ vs 6,6 ‰ en 2021).

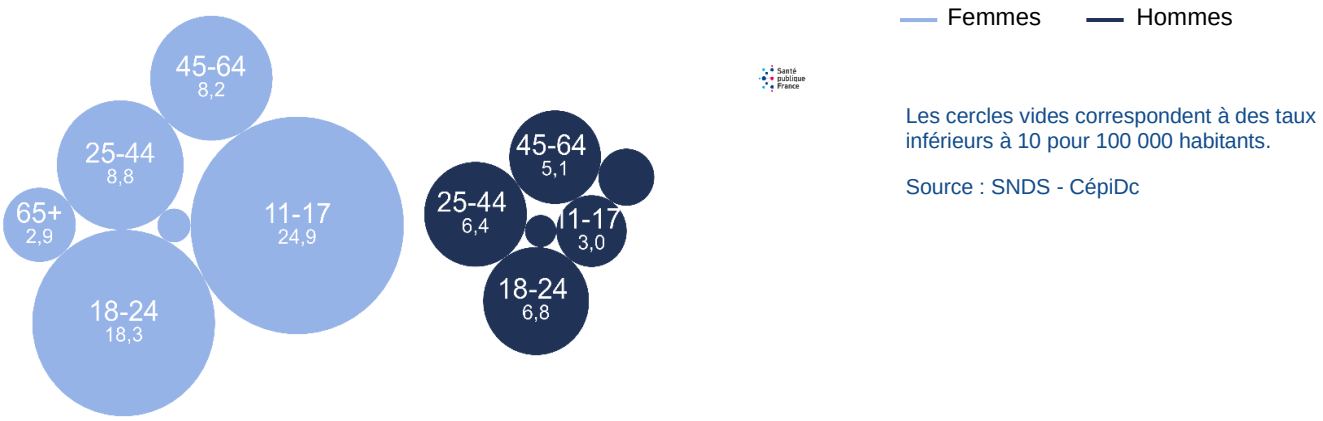
Parmi l'ensemble des passages pour GAI, 61 % étaient suivis par une hospitalisation, même si cet indicateur est à interpréter avec précaution du fait de différences de pratiques entre les services d'urgence de la région.

Caractéristiques des passages aux urgences

Parmi les passages aux urgences pour GAI, **2 sur 3 concernaient des femmes (66 %)** comme au niveau national (figure 1). Chez les femmes, les 11-17 ans et les 18-24 ans étaient les classes d'âge avec les parts d'activité les plus élevées en 2025 (respectivement 24,9 ‰ et 18,3 ‰), supérieures au niveau national (respectivement 19,0 ‰ et 15,2 ‰).
Si l'on compare à l'année 2021, la part d'activité en 2025 était en forte augmentation (+ 45 %) chez les femmes de 11-17 ans (+ 45 %) et 18-24 ans (+ 46 %) et de +23% chez les 25-44 ans, alors qu'elle était en diminution chez les femmes de 45 ans et plus et chez les filles de moins de 10 ans.

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 (respectivement 6,8 ‰ et 6,4 ‰), supérieures au niveau national (respectivement 5,7 ‰ et 5,0 ‰).
Si l'on compare à l'année 2001, la part d'activité en 2025 était en diminution pour toutes les classes d'âges chez les hommes variant de -33% pour les moins de 10 ans à -7% pour les 25-44 ans et les 65 ans et plus.

Figure 1. Part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par classe d'âge et sexe, Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2025

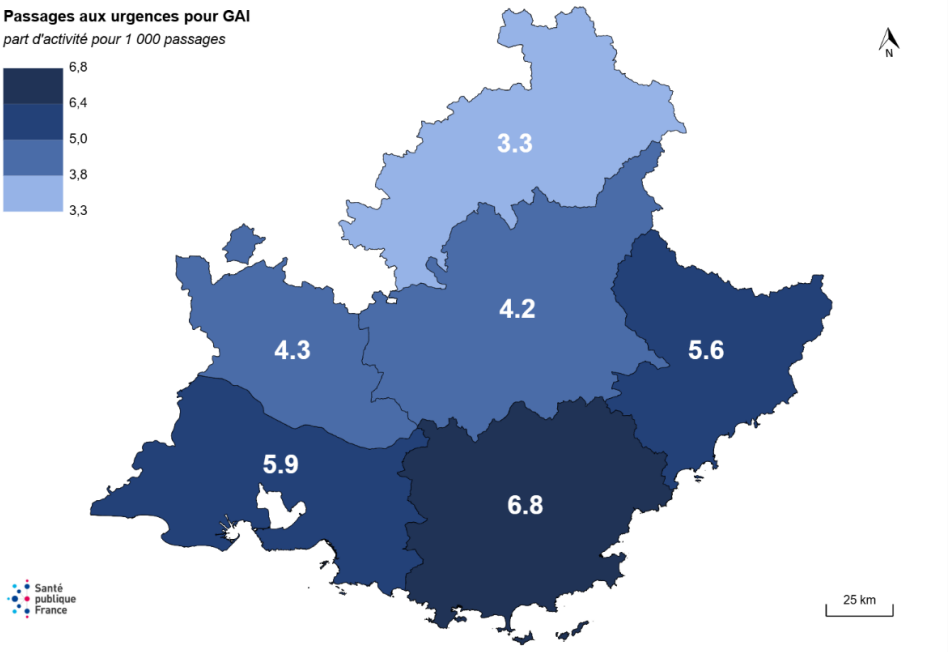


Disparités territoriales

De fortes disparités territoriales entre les départements de la région étaient observées concernant les parts d'activité de passages aux urgences pour GAI (figure 2). Néanmoins, ces disparités territoriales peuvent être en partie expliquées par le fait que les diagnostics sont réalisés et codés majoritairement par des urgentistes (avec des pratiques de codage pouvant être différentes entre services) et par des différences dans l'offre de soins, notamment psychiatrique, entre territoires.

Dans la région, **le Var était le département avec la part d'activité la plus élevée en 2025 (6,8 ‰)** devant les Bouches-du-Rhône (5,9 ‰). Par rapport à 2021, la part d'activité correspondant aux passages aux urgences pour GAI était augmentation dans le Var (+ 15 %) et les Alpes-Maritimes (+8%), alors qu'elle était en baisse dans le Vaucluse et les Alpes-de-Haute-Provence et qu'elle restait stable dans les deux autres départements de la région.

Figure 2. Part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par département en 2025, Provence-Alpes-Côte d'Azur



Source : OSCOUR®

Hospitalisations pour geste auto-infligé

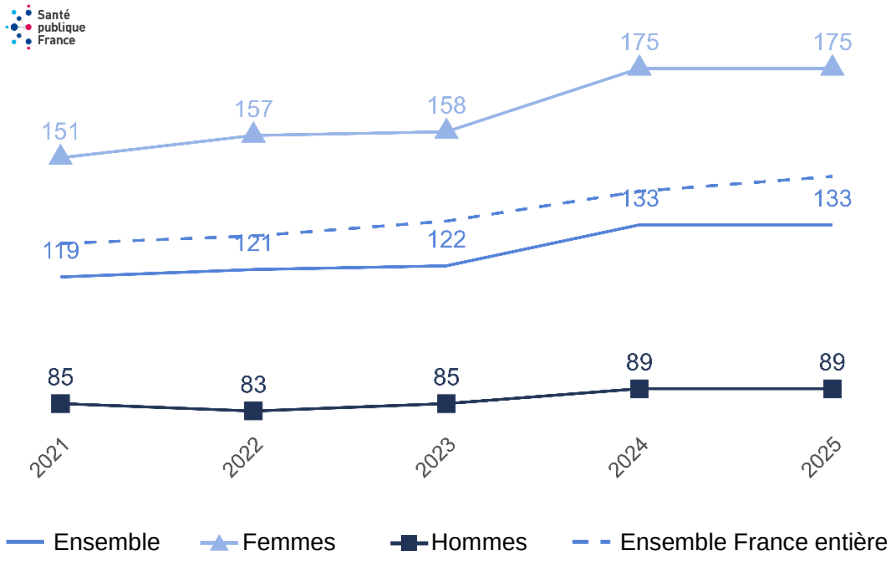
Définition
Une **hospitalisation pour geste auto-infligé (HGAI)** est définie comme une hospitalisation pour tentative de suicide ou une automutilation sans possibilité de pouvoir faire la différence entre les deux. Contrairement aux passages aux urgences pour geste auto-infligé, les diagnostics sélectionnés 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 PACA se stabilisait en 2025, avec **6 849 hospitalisations** recensées (+ 1 % par rapport à 2024), soit un **taux standardisé de 133 hospitalisations pour 100 000 habitants**. Ce taux était inférieur à celui de la France entière (146 hospitalisations pour 100 000 habitants).
Depuis 2021, le taux standardisé d'HGAI de la région a augmenté de + 12 %, avec une hausse plus marquée chez les femmes (+ 16 %) que chez les hommes (+ 5 %). Entre 2024 et 2025, ce taux standardisé était stable dans les deux sexes (figure 3).

En 2025, **5 677 personnes** (vs 5 666 en 2024) ont été hospitalisées au moins une fois pour un GAI en PACA, soit un taux standardisé de 110 patients pour 100 000 habitants.
Depuis 2021, le taux standardisé de patients hospitalisés pour GAI était en augmentation de + 9 %, supérieure chez les femmes (+ 11 %) que chez les hommes (+ 6 %).

Figure 3. Évolution du taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants, par sexe, Provence-Alpes-Côte d'Azur et France entière, 2021-2025



Source : SNDS – PMSI MCO

Caractéristiques des hospitalisations

Comme au niveau national, près de 2 HGAI sur 3 en 2025 concernaient des femmes (67 %) et les jeunes de 11 à 24 ans étaient les plus représentés (39 % des HGAI), notamment les jeunes femmes.

Figure 4. Taux bruts d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2025



Source : SNDS – PMSI MCO

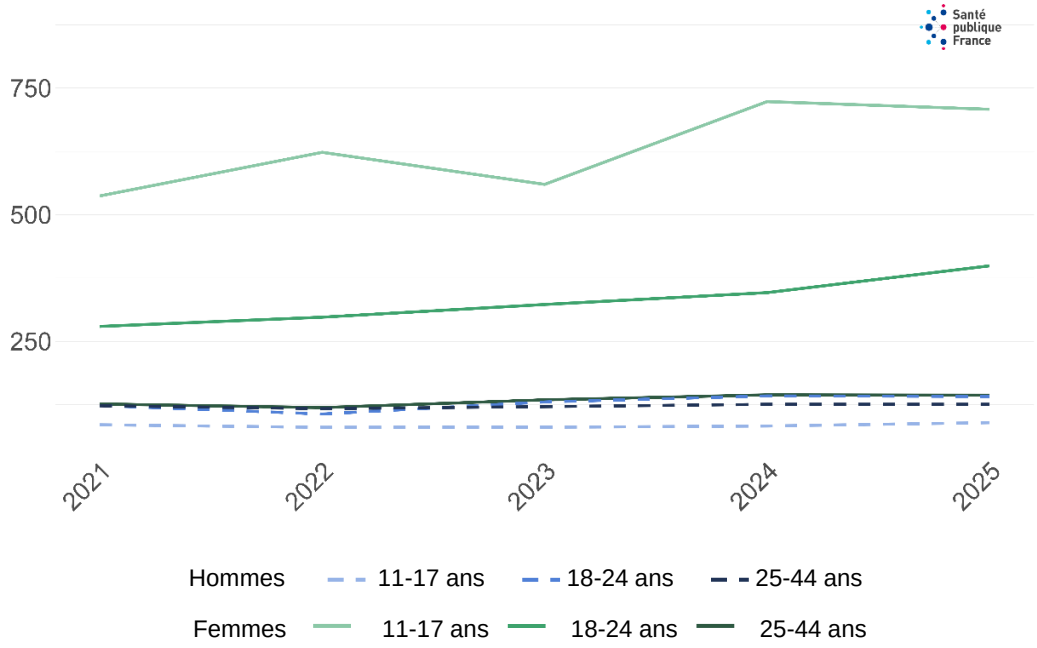
Chez les femmes, **les taux les plus élevés étaient observés chez les 11-17 ans et les 18-24 ans** (resp. 708 et 399 hospitalisations pour 100 000 femmes vs resp. 697 et 461 pour 100 000 au niveau France entière), largement supérieurs aux autres classes d'âge (figure 4).

Après une hausse marquée en 2024, le taux d'HGAI se stabilisait en 2025 chez les jeunes filles de 11-17 ans mais poursuivait sa hausse chez les jeunes femmes de 18-24 ans (+ 15 % par rapport à 2024). 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 le plus fortement augmenté, avec des hausses respectives de + 32 % et + 43 % (figure 5).
Chez les 45-64 ans, ce taux était en diminution depuis 2021 et, chez les 65 ans et plus, après une relative stabilité, le taux d'HGAI diminuait en 2025.
Chez les filles de moins de 10 ans, les effectifs étaient très faibles et difficiles à interpréter.

Chez les hommes, **les 18-24 ans et les 25-44 ans présentaient les taux d'hospitalisations les plus élevés** avec resp. 141 et 126 hospitalisations pour 100 000 hommes (resp. 179 et 156 pour 100 000 au niveau France entière).

Chez les moins de 45 ans, après une baisse des taux d'hospitalisation en 2022 puis une reprise les 2 années suivantes, la tendance était à la stabilisation en 2025 sauf pour les 11-17 ans (+8% par rapport à 2024). L'évolution la plus marquée par rapport à 2021 était observée chez les 18-25 ans (+15%). Chez les 45-64 ans, après une légère hausse entre 2021 et 2024, le taux se stabilisait également en 2025 (-2%). Chez les 65 ans et plus, les taux étaient en augmentation en 2025 (+7% par rapport à 2024 et +9% par rapport à 2021).
Il est à noter que le taux d'HGAI des jeunes garçons de moins de 10 ans était en baisse par rapport à 2024 (mais les effectifs étant très faibles, cette tendance est à interpréter avec précaution).

Figure 5. Évolution des taux bruts d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants pour les 11-44 ans par sexe, Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2021-2025



Source : SNDS – PMSI MCO

Disparités territoriales

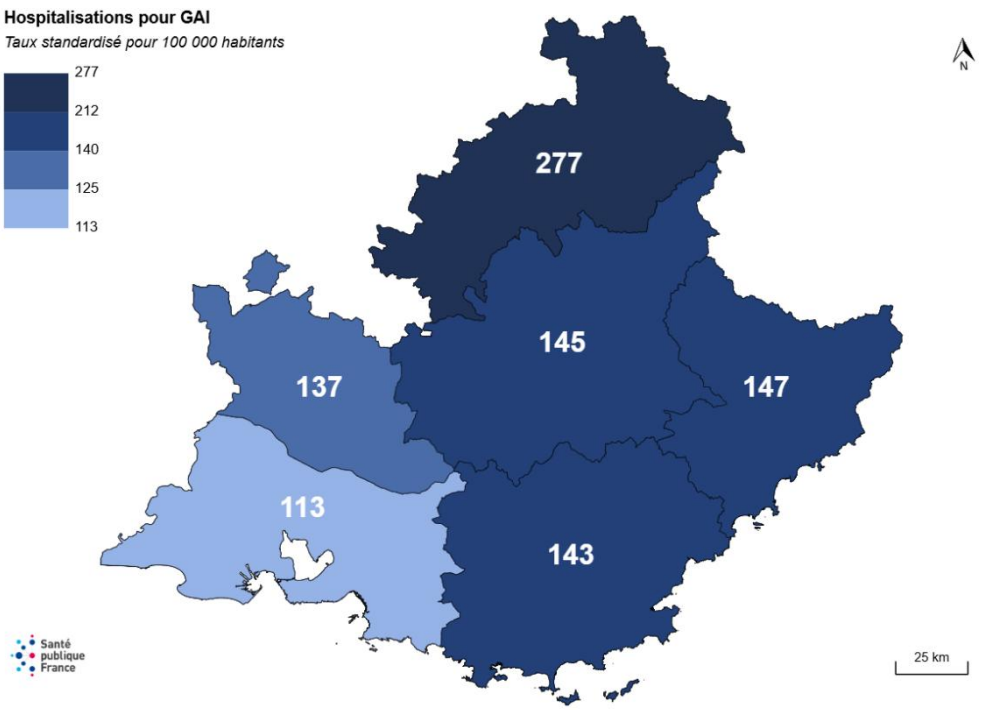
Des disparités entre les taux d'HGAI étaient observées entre les départements de la région (figure 6). Néanmoins, ces disparités territoriales doivent être mises en regard des différences dans l'offre de soins, notamment au niveau de l'offre psychiatrique, entre départements.

Dans la région, **les Hautes-Alpes était le département avec le taux d'hospitalisation le plus élevé** en 2025 (277 pour 100 000 habitants) et **le département des Bouches-du-Rhône celui avec le taux le plus bas** (113 pour 100 000 habitants).

Par rapport au niveau de 2021, tous les départements montraient une hausse du taux d'HGAI en 2025. L'augmentation était particulièrement marquée (+ 92 %) pour les Hautes-Alpes. Dans les autres départements, la hausse variait de + 4% (Alpes-Maritimes) à + 19 % (Vaucluse) ; les Alpes-de-Haute-Provence, le Var et les Bouches-du-Rhône se situaient dans une fourchette de + 10 % à + 15 %.

Entre 2024 et 2025, le taux d'HGAI était en hausse dans les Hautes-Alpes (+ 24 %) et dans le Var (+ 7 %), mais se stabilisait dans le Vaucluse et les Bouches-du-Rhône et une diminution était observée pour les Alpes-Maritimes (- 9 %) et les Alpes-de-Haute-Provence (- 12 %).

Figure 6. Taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par département en 2025, Provence-Alpes-Côte d'Azur



Source : SNDS – PMSI MCO

Moyens utilisés ayant conduit à une hospitalisation pour GAI

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.

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

Le moyen utilisé ayant mené à une HGAI le plus fréquemment recensé (tous sexes) dans la région était **l'auto-intoxication médicamenteuse (IMV) avec 81 % des séjours** (vs 78 % en France entière). Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'utilisation d'objet tranchant (12 %), l'alcool (3,5 %) et autres auto-intoxications (3 %) (tableau 1).

L'auto-intoxication médicamenteuse et, dans une moindre mesure, l'utilisation d'objet tranchant, étaient plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Les hommes utilisaient plus souvent que les femmes d'autres produits (i.e. non médicamenteux) dans le cas d'auto-intoxication ainsi que des modes violents (tableau 1).

Tableau 1. Répartition (%) des moyens utilisés ayant mené à une hospitalisation pour geste auto-infligé par sexe, Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2025

Femmes

Moyen utilisé	Effectif	Proportion
IMV	3 849	84 %
Objet tranchant	562	12 %
Alcool	131	3 %
Autres auto-intoxications	111	2 %
Pendaison*	92	2 %
Saut dans le vide*	50	1 %
Autres - non précisés	47	1 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	13	0 %
Objet contondant*	10	0 %
Noyade*	7	0 %
Armes à feu*	2	0 %
Collision intentionnelle*	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	1 691	75 %
Objet tranchant	237	10 %
Alcool	109	5 %
Pendaison*	98	4 %
Autres auto-intoxications	82	4 %
Saut dans le vide*	63	3 %
Autres - non précisés	38	2 %
Armes à feu*	29	1 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	11	0 %
Collision intentionnelle*	10	0 %
Noyade*	6	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

Décès par suicide

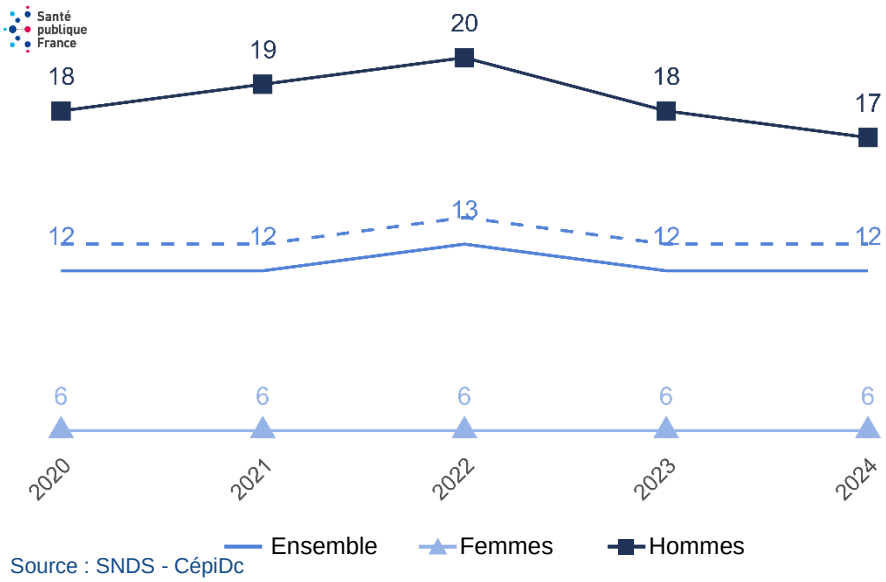
Définition
Un **décès par suicide** est défini comme un décès avec une cause médicale initiale d'**auto-intoxication ou de lésion auto-infligée**.

Évolution temporelle entre 2020 et 2024

Le nombre de décès par suicide en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) était de **629** en 2024 du même niveau qu'en 2023 et en baisse par rapport à 2022.
Le taux standardisé était de **12 décès pour 100 000 habitants** en 2024, du **même ordre de grandeur que le niveau national**.

La tendance était stable depuis 2020, à l'exception d'une légère augmentation en 2022 et suivait la même évolution qu'au niveau national. La mortalité par suicide était différente selon le sexe, avec un **taux de décès 3 fois plus élevé chez les hommes** (17 vs 6 pour 100 000 habitants chez les femmes) mais en baisse de - 15 % depuis 2022 (figure 7).
Chez les femmes, le taux de décès par suicide était stable depuis 2020.

Figure 7. Évolution du taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants, France entière, 2020-2024



Source : SNDS - CépiDc

Caractéristiques des décès par suicide

Presque trois-quarts des décès concernaient des hommes (71 %), légèrement inférieur au niveau national (76 %) et la majorité des décès par suicide concernait les 45 ans et plus (74 %).

Chez les hommes, **les 65 ans et plus et les 45-64 ans présentaient les taux de décès par suicide les plus élevés**, avec resp. 30 et 26 décès pour 100 000 hommes (figure 8) (vs resp.36 et 28 pour 100 000 au niveau France entière).

Les taux de décès par suicide étaient **en baisse en 2024 par rapport à 2023** chez les hommes dans toutes les classes d'âge, excepté chez les 11-17 ans où il était stable (à interpréter avec précaution car effectif < 5).
La tendance sur les cinq dernières années met en évidence en baisse des taux de décès par suicide dans la plupart des classes d'âge chez les hommes, hormis chez les 18-24 ans (en hausse de + 10 %) et les 25-44 ans (taux stable) (figure 9).

Chez les femmes, **les taux les plus élevés étaient également observés dans les classes d'âges de plus de 45 ans,** avec resp.10 et 8 décès pour 100 000 femmes chez les 45-64 ans et les 65 ans et plus (figure 8) (vs 9 pour 100 000 dans ces deux classes d'âges au niveau France entière).

Les taux de décès par suicide étaient **en hausse par rapport à 2023** chez les femmes pour toutes les classes d'âge, excepté chez les 45-64 ans où il était stable. La hausse était particulièrement **marquée chez les 18-24 ans** avec un nombre de décès multiplié par 5.
Au cours des cinq dernières années, les taux de décès par suicide étaient en hausse pour toutes les classes d'âge, excepté chez les femmes de 65 ans et plus (baisse d'environ - 28 %).

Chez les jeunes filles de 11-17 ans le faible nombre de décès ne permet pas d'interpréter correctement les tendances.

Figure 8. Taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2024

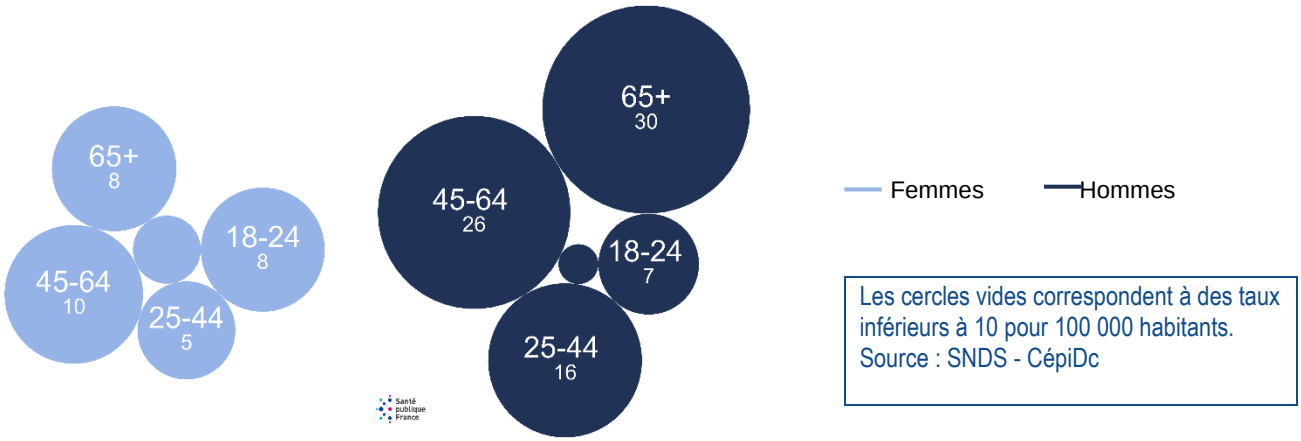
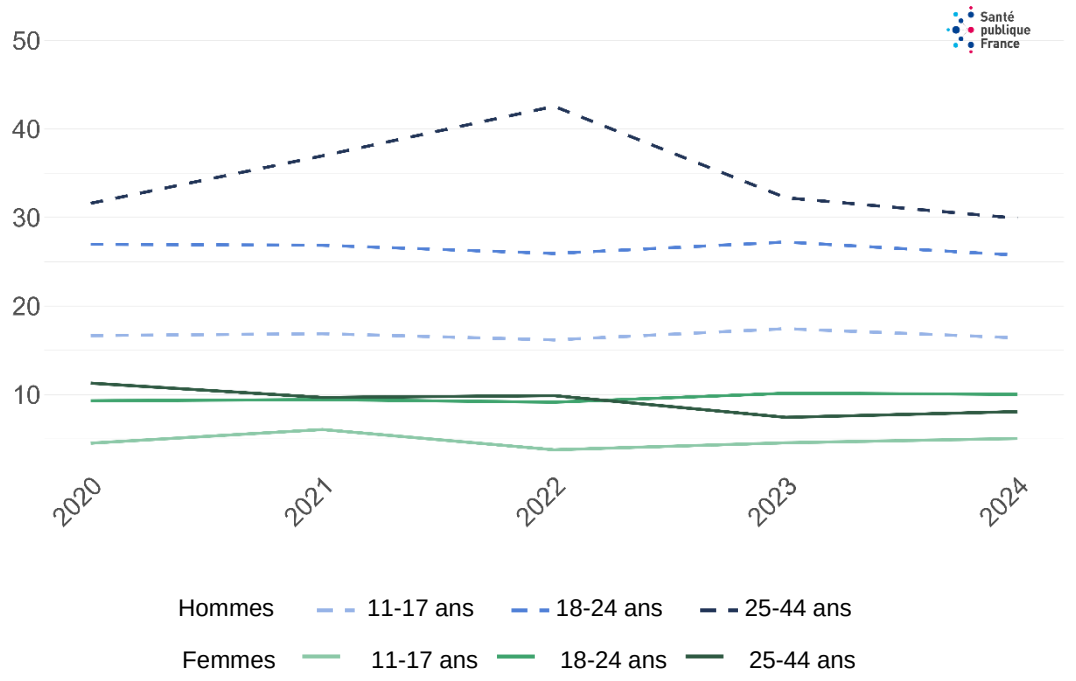


Figure 9. Évolution des taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants pour les 25 ans et plus par sexe, France entière, 2020-2024



Source : SNDS - CépiDc

Disparités territoriales

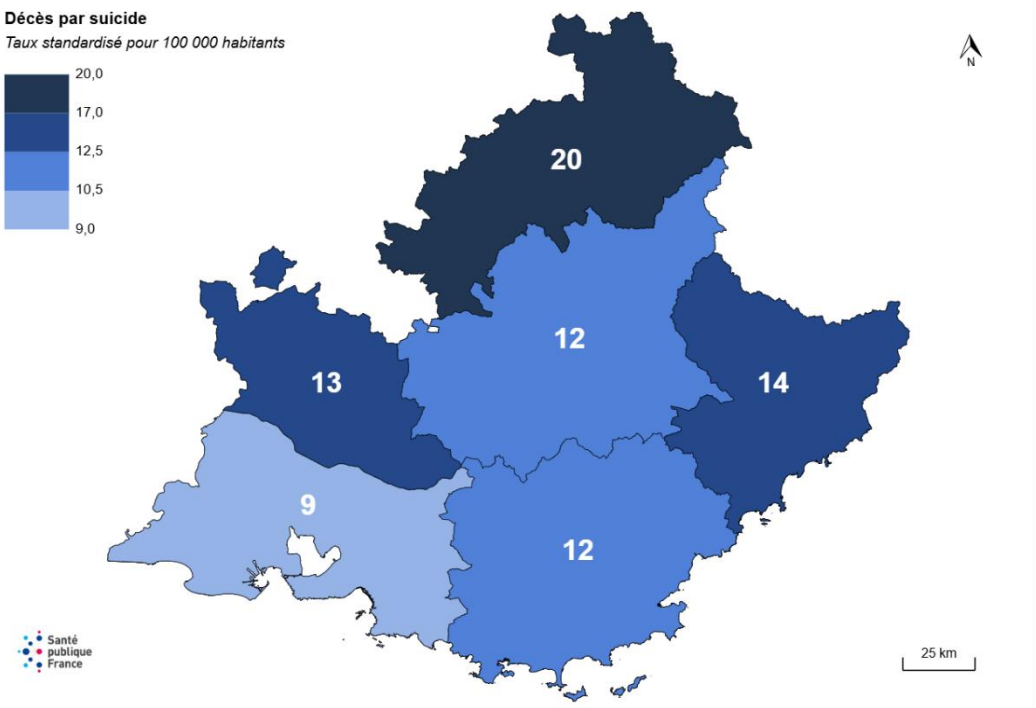
Des disparités entre les taux de décès par suicide étaient observées entre les départements de la région (figure 10). Il est important de noter que ces dernières peuvent être liées à l'utilisation plus importante de diagnostics de décès pour cause inconnue ou intentions déterminées mais aussi à une meilleure remontée des volets complémentaires suite à une autopsie dans certains départements.

Dans la région, comme pour les hospitalisations, **les Hautes-Alpes étaient le département avec le taux standardisé de décès par suicide le plus élevé** en 2024 (20 pour 100 000 habitants) et **les Bouches-du-Rhône celui avec le taux le plus faible** (9 pour 100 000 habitants).

Par rapport à 2020, les taux de décès étaient en baisse dans les Alpes-de Haute-Provence, le Var et les Bouches du Rhône et en augmentation dans les autres départements particulièrement dans le Vaucluse (+ 41 %) et les Alpes-Maritimes (+ 34 %).

Entre 2023 et 2024, on observait une hausse du taux de décès par suicide dans les Hautes-Alpes (+ 25 %), le Vaucluse (+ 26 %) et les Alpes-Maritimes (+ 9 %). La tendance à la baisse observée depuis 2020 se poursuivait toujours dans les Bouches-du-Rhône et le Var mais on notait une stabilisation dans les Alpes-de Haute-Provence.

Figure 10. Taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants par département en 2024, Provence-Alpes-Côte d'Azur



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 ayant conduit à un décès par suicide

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 suicide le plus fréquemment utilisé (tous sexes) dans la région était **la pendaison** pour 43 % des personnes décédées (vs 52 % France entière).

Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'utilisation d'armes à feu (16 %), les auto-intoxications médicamenteuses (12 %) et d'autres moyens non précisés (13 %) (tableau 2).

L'auto-intoxication médicamenteuse, le saut dans le vide et l'utilisation de moyens non précisés étaient plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Les modes violents (pendaison et armes à feu) étaient plus fréquemment utilisés par les hommes.

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

Femmes

Moyen utilisé	Effectif	Proportion
Pendaison*	62	34 %
IMV	40	22 %
Autres - non précisés	34	19 %
Saut dans le vide*	29	16 %
Noyade*	9	5 %
Autres auto-intoxications	2	1 %
Armes à feu*	2	1 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	2	1 %
Collision intentionnelle*	2	1 %
Alcool	0	0 %
Objet tranchant	0	0 %
Objet contondant*	0	0 %

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

Hommes

Moyen utilisé	Effectif	Proportion
Pendaison*	210	47 %
Armes à feu*	98	22 %
Autres - non précisés	49	11 %
IMV	36	8 %
Saut dans le vide*	26	6 %
Collision intentionnelle*	9	2 %
Autres auto-intoxications	8	2 %
Noyade*	7	2 %
Alcool	2	1 %
Objet tranchant	2	1 %
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.

Source : SNDS - CépiDc

Dispositif Mon soutien psy



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 955 (13 %) dans la région PACA.

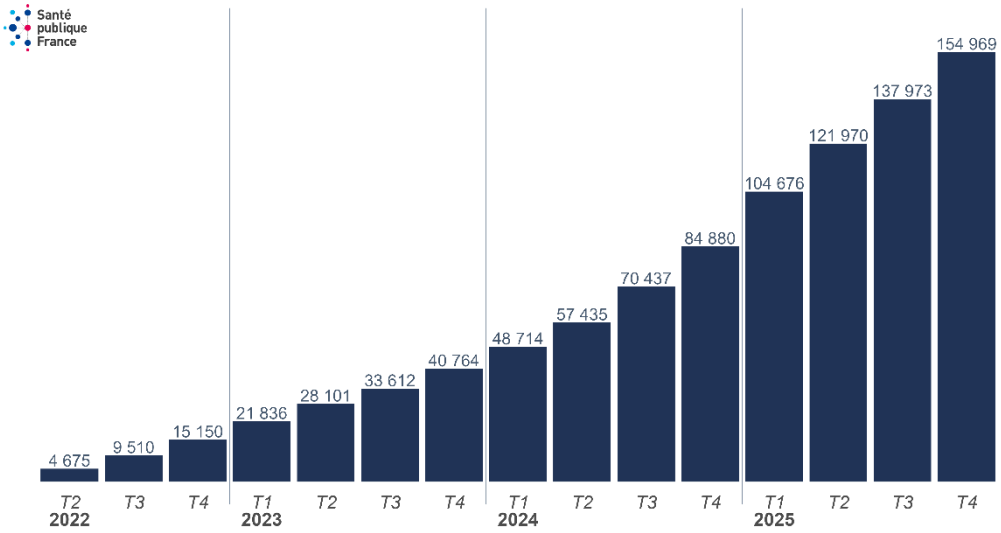
Recours au dispositif

Depuis le début du dispositif et jusqu'au 31 décembre 2025, 154 969 patients ont été inclus dans le cadre du dispositif en PACA (figure 11), pour un total de 1 102 303 inclusions en France. **En 2025, 70 089 patients ont été inclus dans le dispositif « Mon soutien psy » en PACA**, soit 13 % des 529 118 inclusions au niveau national. Parmi les bénéficiaires de la région en 2025, **68 % des patients étaient des femmes,** comme au niveau national et **20 % avaient entre 11 et 24 ans,** comparable au niveau national (21 %) (figure 12).

Le nombre d'inclusions dans la région était en constante augmentation depuis le début du dispositif en 2022 et en hausse de **+ 59 % par rapport à 2024 (fi**. 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.

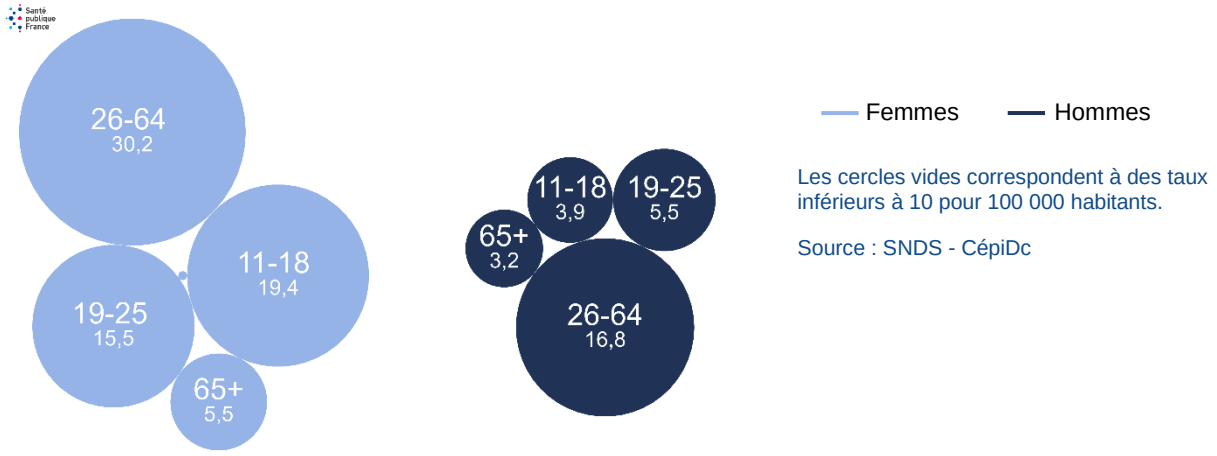
En 2025, **391 014 séances ont été réalisées** dans la région dans le cadre de Mon soutien psy (près de 3 millions en France) pour un montant remboursé par l'Assurance Maladie de près de 12,5 millions d'euros. Parmi ces séances, près de **80 % étaient des séances de suivi** en présentiel ou en distanciel, les autres étant des premiers entretiens d'évaluation. Le recours aux séances de suivi à distance demeurait limité avec seulement 1,5 % des séances de suivi, ces dernières concernant principalement des patients adultes.

Figure 11. Évolution du nombre de patients (en cumulé) inclus dans le dispositif Mon soutien psy par trimestre, Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2022-2025



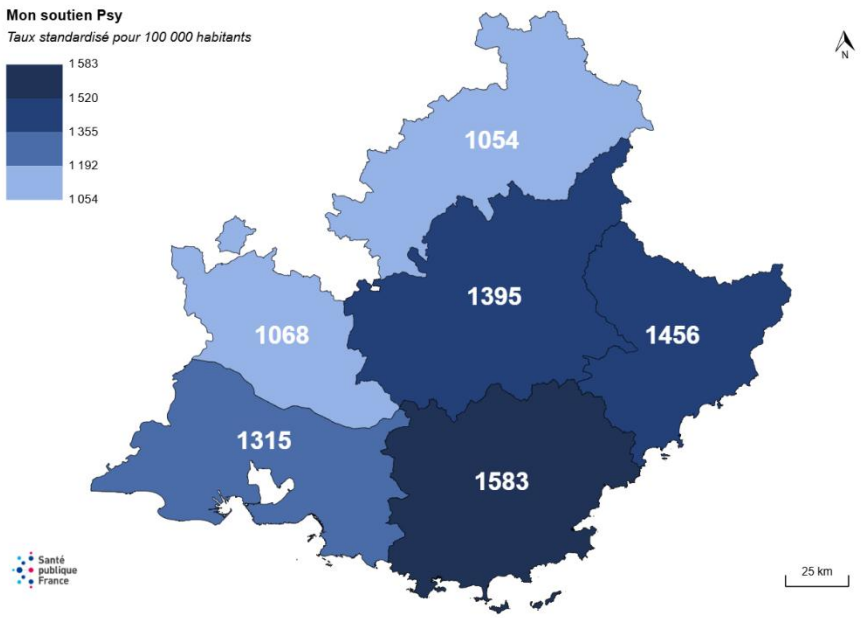
Champ : Soins réalisés du 5 avril 2022 à fin 2025, liquidés à fin juin 2026, tous régimes. Source : SNDS

Figure 12. Part des patients inclus dans le dispositif Mon soutien psy (%) par classe d'âge et sexe, Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2025



En PACA, le taux de recours à Mon soutien psy était de **1 326 patients pour 100 000 habitants en 2025**. Au sein de la région, des disparités départementales apparaissaient dans le recours au dispositif (figure 13). Ainsi, **le Var et les Alpes-Maritimes 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**. Les taux de recours les plus faibles concernaient les départements du Vaucluse et des Hautes-Alpes. Néanmoins, il est fortement possible que ces différences soient principalement dues à une offre et une répartition hétérogène de psychologues conventionnés entre les territoires. Elles peuvent également êtrei dues à un ancrage territorial plus ancien du fait de l'expérimentation santé mentale pilotée par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) entre 2018 et 2022 dans le département des Bouches-du-Rhône,

Figure 13. Taux standardisé de patients inclus dans Mon soutien psy pour 100 000 habitants par département, Provence-Alpes-Côte d'Azur, 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

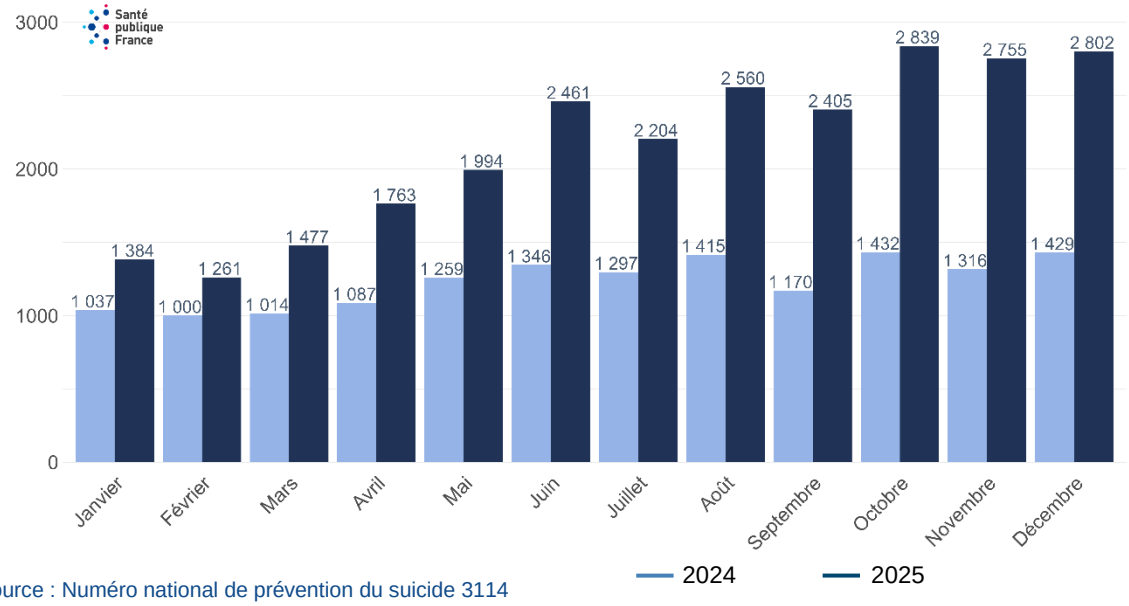
Appels reçus au 3114

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 PACA situé à Marseille**.

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 25 905 en provenance de PACA. Cela correspondait à un **taux d'appels de 490 appels pour 100 000 habitants de la région**. Le nombre d'appels reçus en provenance de la région était en hausse de **+ 75 % par rapport à 2024**, au cours de laquelle 14 802 appels avaient été reçus en provenance d'habitants de PACA (figure 14). Cela représentait une moyenne de 2 159 appels reçus par mois depuis la région en 2025. **Il faut noter qu'une hausse majeure des appels au 3114 a été observée en 2025**. Cette dernière est due à une meilleure appropriation du numéro par les Français, mais aussi à l'amélioration du référencement du numéro sur les moteurs de recherche en ligne et, par effet domino, à une meilleure visibilité dans les différentes intelligences artificielles génératives.

Figure 14. Évolution du nombre mensuel d'appels reçus par les centres 3114 en provenance des Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2024-2025



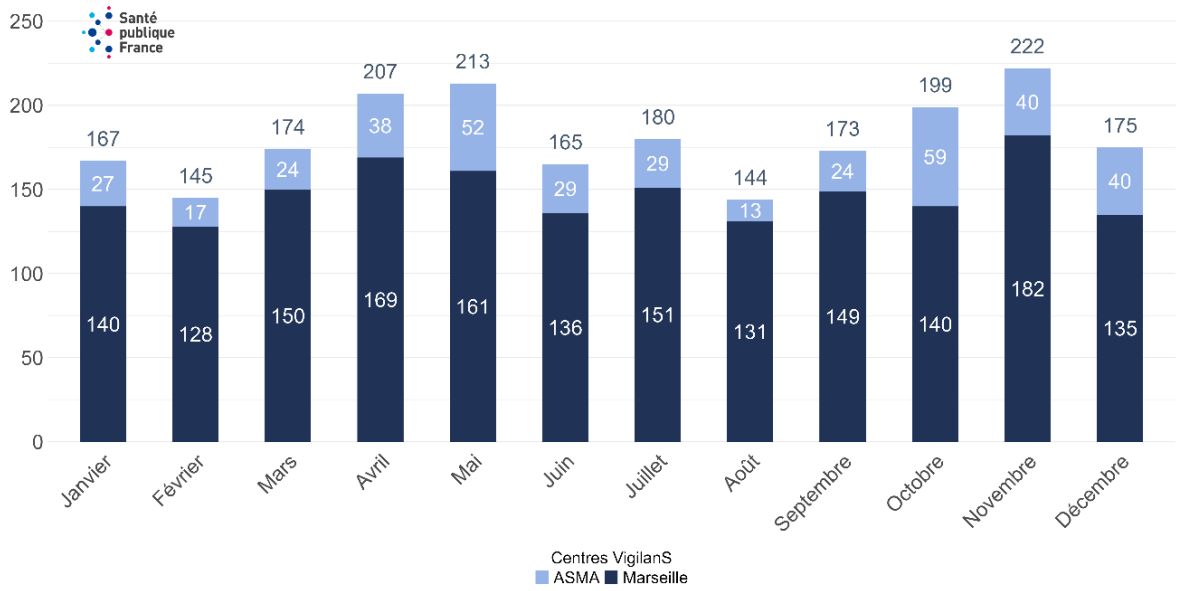
Source : Numéro national de prévention du suicide 3114

Entrées dans VigilanS

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 PACA, basés à Marseille**. Le centre **ASMA** de prévention de la santé mentale des adolescents a ouvert en septembre 2020 et le centre **Vigilans** au sein du CRPS a ouvert en janvier 2021. Au cours de l'année 2025**, 2 164 personnes (+ 31 % par rapport à 2024) sont entrées dans VigilanS en PACA** (45 875 au niveau national), soit une inclusion moyenne de 180 personnes par mois (figure 15).

Figure 15. Évolution du nombre mensuel d'entrées dans le dispositif VigilanS, Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2025

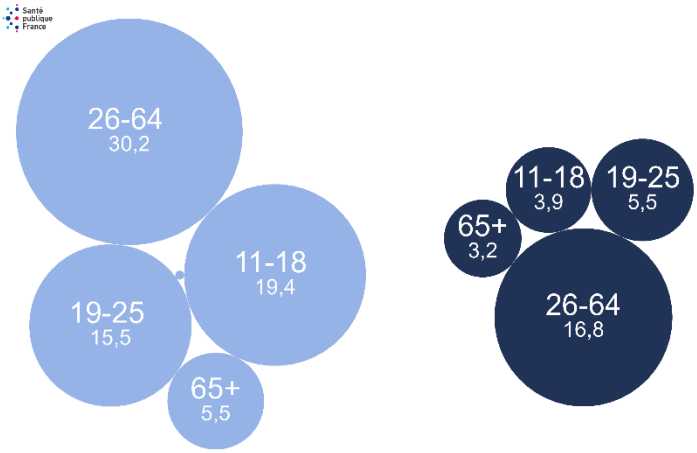


Source : Mission Nationale d'Appui à la coordination des centres VigilanS

Plus de deux-tiers des entrées dans le dispositif VigilanS concernaient **des femmes (71 %)**, **part un peu plus élevée qu'au niveau national** (67 %) en 2025. **Les femmes de 26-64 ans représentaient 30 % des entrées dans la région** (28 % au niveau national). Elles étaient suivies par les jeunes filles de 11-18 ans (19 %) devant les jeunes femmes de 19-25 ans et les femmes de 65 ans et plus (figure 16).

Chez les hommes, les 26-64 ans représentaient également le plus d'entrées (17 %), suivis des 19-25 ans (5,5 %).

Figure 16. Part des entrées (%) dans le dispositif VigilanS par classe d'âge et sexe, Provence-Alpes-Côte d'Azur



Les cercles vides correspondent à un nombre d'entrées inférieur à 2 %.

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

Pensées suicidaires et tentatives de suicide des lycéens
Résultats de l'enquête nationale 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.

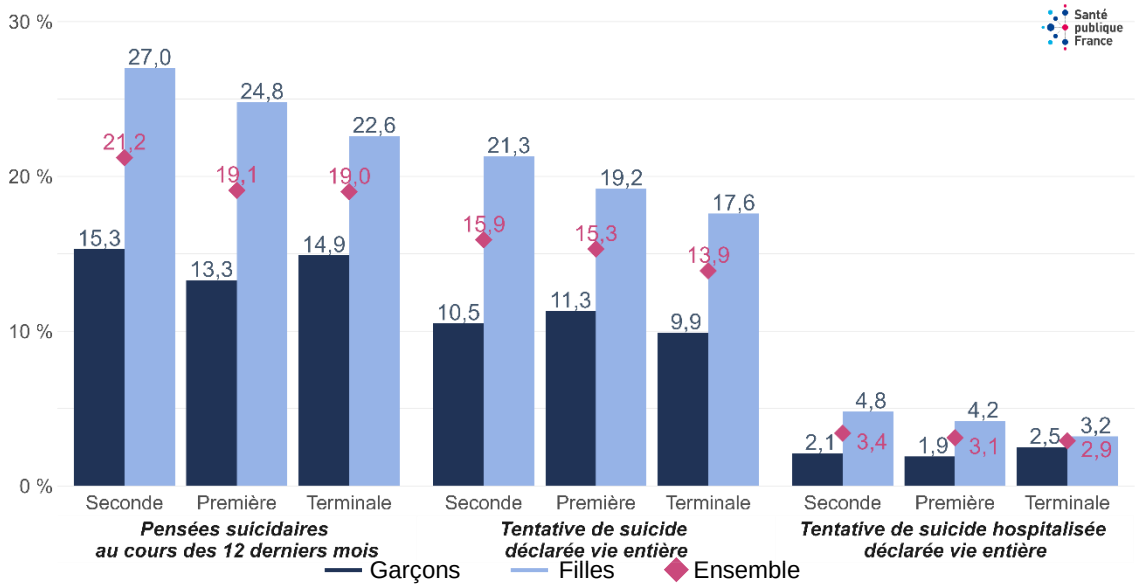
Remarque : EnCLASS ne permet pas d'estimer des indicateurs au niveau régional, notamment compte tenu des effectifs trop faibles, les résultats présentés dans ce bulletin sont donc estimés pour la France hexagonale (hors DROM).

Conduites suicidaires parmi les lycéens en France en 2024

En 2024, près d'un lycéen sur cinq (19,8 %) déclarait avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Les filles présentaient des prévalences plus élevées que les garçons (24,9 % contre 14,5 % en moyenne) et ce quelle que soit la classe. Aucune différence n'a été observée selon le niveau de scolarité.

Au total, 15,1 % des lycéens déclaraient avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie, avec une prévalence presque deux fois plus élevée chez les filles (19,4 %) que chez les garçons (10,6 %). Enfin, 3,1 % des élèves de lycée déclaraient avoir fait, au cours de leur vie, une tentative de suicide ayant nécessité une hospitalisation. Comme pour les deux précédentes prévalences, cette dernière était plus élevée chez les filles (4,1 %) que chez les garçons (2,2 %). La proportion de ces tentatives restait stable selon le niveau de scolarité.

Figure 17. Prévalences des comportements suicidaires chez les élèves de lycée (%) selon le sexe et le niveau scolaire, France hexagonale, 2024



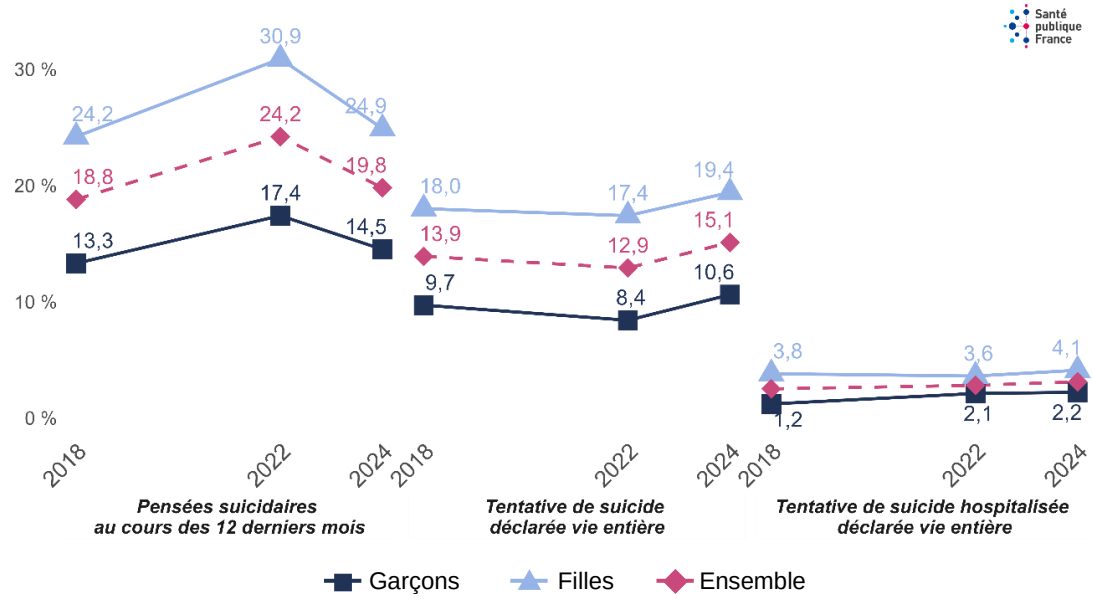
Source : EnCLASS 2024. Exploitation : Santé publique France

Évolution temporelle entre 2018 et 2024

Après une hausse de la prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les lycéens entre 2018 et 2022 (de 18,8 % à 24,2 %), cette dernière est redescendue proche du niveau initial en 2024 à 19,8 %. Cette baisse au cours des deux dernières années était observée pour les deux sexes, même si elle restait plus élevée chez les filles passant de 30,9 % à 24,9 %, que chez les garçons (de 17,4 % à 14,5 %).

A l'inverse, la prévalence des tentatives de suicide déclarées au cours de la vie a augmenté entre 2022 et 2024, évoluant de 12,9 % à 15,1 %, dépassant le niveau de 2018 (13,9 %). Cette hausse a été observée tant chez les lycéennes (de 17,4 % à 19,4 %) que chez les lycéens (de 8,4 % à 10,6 %). Concernant les tentatives de suicide déclarées au cours de la vie ayant mené à une hospitalisation, leur prévalence est restée stable autour de 2,8 % depuis 2018.

Figure 18. 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

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.

Sources des données

Passage aux urgences pour geste auto-infligé

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 Provence-Alpes-Côte d'Azur, 55 services d'urgences participent au dispositif et couvrent 98,7 % des passages aux urgences de la région. Le taux de codage des diagnostics médicaux toutes causes confondues au niveau régional était de 95 % en 2025. Avant 2022, aucune donnée de Martinique ne remontait via le dispositif OSCOUR®.

Hospitalisations pour geste auto-infligé

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.

Mortalité par suicide

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.

Dispositif mon soutien psy

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.

Dispositif 3114

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.

Dispositif Vigilans

Lancé en 2015, **VigilanS** est un **dispositif de recontact et de veille post-hospitalier de prévention de la réitération suicidaire**. Il est proposé aux personnes suicidantes, 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, infirmières 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.

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

Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024.

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 centres VigilanS de Marseille ainsi que les équipes du Numéro national de prévention du suicide 3114.

Équipe de rédaction

Auteurs du bulletin : Dr Laurence Pascal, Dr Céline Caserio-Schönemann

Génération des indicateurs : Anne Fouillet, Christophe Léon, Jonathan Roux, les équipes du 3114 et la Mission Nationale d'Appui VigilanS

Pour nous citer : Surveillance annuelle des conduites suicidaires, bilan 2025. Bulletin. Édition Provence-Alpes-Côte d'Azur. Saint-Maurice : Santé publique France, 28 p., 26 novembre 2026

Directeur de publication : Dr Etienne Pot, directeur général

Date de publication : 26 novembre 2026

Contact : paca-corse@santepubliquefrance.fr