Bulletin

Santé mentale

Santé publique France

**Date de publication : 26.11.2026**

ÉDITION GRAND EST

Parlons santé mentale! GRANDE CAUSE NATIONALE

# Surveillance des conduites suicidaires

Bilan 2025

## Points-clés

- **La prévention du suicide est l'affaire de tous**, comme le rappelle le centre régional de prévention du suicide Grand Est (p.4)
- **Les inclusions dans le dispositif Mon soutien psy** étaient en hausse en 2025, avec 32 936 patients pris en charge dans le Grand Est. Le recours restait toutefois moins important chez les hommes, qui représentaient moins d'une inclusion sur trois, ainsi que chez les jeunes et les personnes de plus de 65 ans (p.7)
- **Le 3114** avait reçu 36 091 appels en provenance de la région Grand Est en 2025, soit 6,6% des appels enregistrés en France entière. Leur nombre avait augmenté de 60 % par rapport à 2024, représentant en moyenne plus de 3 000 appels par mois (p.24)
- **Le dispositif Vigilans Grand Est** avait inclus 3 824 personnes en 2025, soit 8,3% des entrées nationales et 319 personnes par mois en moyenne. Les femmes représentaient les deux tiers des inclusions, avec une prédominance chez les 26-64 ans, qui représentaient une personne sur quatre (p.25)
- **Les données nationales EnCLASS** montraient qu'en 2024, près d'un lycéen sur cinq déclarait avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Cette proportion était nettement plus élevée chez les filles, avec près d'une lycéenne sur quatre. Par ailleurs, près d'une lycéenne sur cinq et un lycéen sur dix déclaraient avoir déjà fait une tentative de suicide (p.10)
- **Les passages aux urgences pour geste auto-infligé** s'élevaient à 6 964 en Grand Est en 2025, soit près de 19 passages par jour. La part d'activité régionale était supérieure à la part d'activité nationale (p.12). Parmi ces passages pour geste auto-infligé :
  - Deux passages sur trois concernaient des femmes ;
  - Les parts d'activité les plus importantes concernaient les jeunes filles de 11 à 24 ans et étaient en hausse sur les 5 dernières années ;
  - Chez les hommes également, les tranches d'âges jeunes (18-24 ans et 25-44 ans) étaient les plus concernées.
- **Les hospitalisations pour geste auto-infligés (HGAI)** étaient au nombre de 7 563, correspondant à 6 247 personnes en 2025 (p.16). Parmi ces hospitalisations :
  - Deux hospitalisations sur trois concernaient des femmes ;
  - Les jeunes de 11 à 24 ans étaient les plus représentés (42 % des HGAI) ;

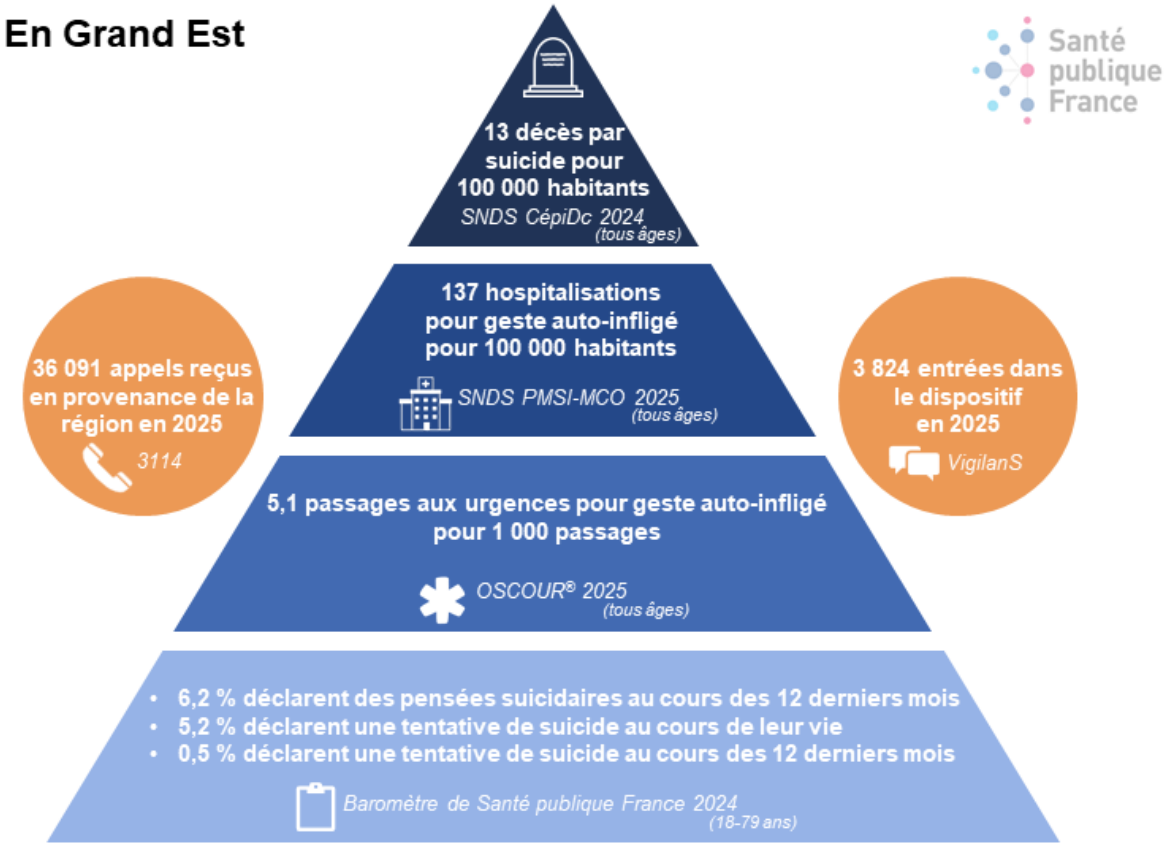
En partenariat avec :

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

  - Le taux d'hospitalisation des jeunes filles entre 11 et 24 ans était en hausse sur les 5 dernières années et se poursuivait en 2025 ;
  - Chez les hommes, les classes d'âge les plus représentées étaient celles des 18-24 ans et des 25-44 ans.

- **Le nombre de décès par suicide s'élevait à 734 dans le Grand Est en 2024**. Près des trois-quarts concernaient des hommes et la majorité survenait chez des personnes âgées de 45 ans et plus (p.20)

- **Des disparités territoriales** étaient observées dans la région. Elles peuvent refléter à la fois des différences de pratiques de codage (passages aux urgences, hospitalisation ou décès) et d'offre de soin. Certains territoires ressortent de manière plus marquée, notamment avec des niveaux plus élevés d'hospitalisations ou de décès par suicide. La différence entre l'est et l'ouest de la région mériterait notamment d'être approfondie avec les acteurs des territoires (p. 9, 14, 18 et 22).




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 le Grand Est sont détaillées dans le Panorama régional sur le site de Santé publique France.

# 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

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

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

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

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

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

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



# Sensibiliser pour prévenir : L'Agence Régionale de Santé Grand Est et le Centre Régional de Prévention du Suicide Grand Est vont à la rencontre des publics dans leur région

*Fabienne Ligier, Marianne Rémy – centre régional de Prévention du Suicide Grand Est*

Sensibiliser pour prévenir représente un des axes de la Stratégie Nationale de Prévention du Suicide !

Malgré une baisse de la mortalité au cours des dernières décennies, la France conserve un niveau de mortalité par suicide parmi les plus élevés d'Europe. Comme les chiffres proposés dans les autres parties de ce bulletin le montrent, les conduites suicidaires qui incluent les tentatives de suicide et les suicides aboutis, demeurent dans la région Grand Est préoccupantes. Elles sont préoccupantes par leur fréquence : la région Grand Est fait partie, avec les Hauts-de-France, des régions présentant les prévalences de conduites suicidaires les plus élevées selon les données du Baromètre de Santé publique France 2024. Elles sont aussi préoccupantes par le public concerné par ces conduites : des adolescents et jeunes adultes, des femmes en post-partum, des personnes âgées…

C'est pourquoi la prévention repose désormais sur une stratégie globale, la Stratégie Nationale de Prévention du Suicide, qui ne se limite pas à la prise en charge des patients en crise suicidaire. La Stratégie Nationale de Prévention du Suicide présente en effet plusieurs modalités de prévention du suicide, une prévention multimodale et multiniveaux. Du côté de la sensibilisation, elle peut ainsi s'adresser à un public déjà repéré comme vulnérable (« public ciblé ») ou à l'ensemble de la population.

La prévention est donc une affaire qui nous concerne tous et c'est ce qui la rend efficiente. Chacun peut être un maillon de la chaine dans le repérage d'une personne en souffrance, son soutien, son accompagnement aux soins… se soucier ainsi de l'autre peut sauver une vie. Pour ce faire, il est nécessaire d'être sensibilisé à la prévention du suicide : savoir repérer, oser en parler, connaitre les ressources territoriales et nationales.

La Stratégie Nationale de Prévention du Suicide, inscrite dans la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », organise plusieurs interventions complémentaires :

- La prévention de la réitération suicidaire : VigilanS, VigiteenS ;
- La formation des professionnels de santé et de la collectivité à la prévention du suicide : les formations GEPS ;
- La prévention de la contagion suicidaire, la diffusion de ce qui concerne le suicide dans les médias : Papageno ;
- Une ressource téléphonique unique : le 3114, numéro national de prévention du suicide ;
- L'information et la sensibilisation de publics ciblés et du grand public.

L'objectif est de construire une véritable chaîne de prévention, depuis l'apparition des premières idées suicidaires jusqu'au suivi après une tentative.

Dans le Grand Est, en étroit partenariat avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Grand Est, nous avons déployé les 5 axes de la Stratégie Nationale de Prévention du Suicide. Informer en allant vers les publics est notre mission. Que les tabous qui entourent le suicide tombent, pour que les conduites suicidaires soient mieux comprises et donc mieux repérées.

Cette démarche prend des formes différentes selon les publics concernés. Grand public, usagers, professionnel, adolescents ou jeunes adultes, ou encore agriculteurs ne disposent pas

nécessairement des mêmes connaissances, ne rencontrent pas les mêmes difficultés et ne fréquentent pas les mêmes lieux. Les actions conduites par l'ARS et le Centre régional de prévention du suicide (CRPS) Grand Est illustrent ainsi une approche à la fois territoriale et ciblée, en complément des actions destinées à l'ensemble de la population.

Quelques exemples d'actions menées en Grand Est :

- **À Châlons-en-Champagne afin d'aller à la rencontre du monde agricole**, un public qui est particulièrement touché par le risque suicidaire, l'équipe de VigilanS Champagne-Ardenne a participé à la Foire de Châlons en 2025 et 2026. En partenariat avec le Projet territorial de santé mentale (PTSM), un stand était proposé autour des thématiques « Gestes et numéros qui sauvent » et « Forum santé mentale ». La Foire de Châlons constitue un terrain privilégié pour toucher un public très large, mais aussi pour aller à la rencontre du monde agricole. La présence des professionnels de la prévention du suicide dans un événement de cette ampleur permet ainsi de toucher des personnes qui ne seraient pas nécessairement venues spontanément dans un service de santé mentale. Ce stand a permis d'informer sur les ressources, favoriser la connaissance des dispositifs et contribuer à lever les représentations qui peuvent constituer un frein à la demande d'aide.

- **À Strasbourg, l'équipe de VigilanS Alsace participe également à des initiatives qui permettent d'aller à la rencontre du public**. C'est notamment le cas lorsqu'ils interviennent dans le cadre de La Vague Orange, une marche citoyenne organisée à Strasbourg en 2025 et 2026 autour de la sensibilisation au trouble de la personnalité borderline et de la prévention du suicide. La première édition, organisée le 13 mai 2025, était portée par le service GREMO-PASS des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et le Conseil local de santé mentale (CLSM) de Strasbourg, en lien avec l'association canadienne Sashbear. Un village de sensibilisation réunissait notamment VigilanS, le 3114 et le CREHPSY Grand Est, permettant au public de venir s'informer et d'échanger avec les professionnels et les acteurs de la santé mentale. En 2026, la deuxième édition s'est tenue le 28 mai et a permis de rencontrer plus de 60 personnes. Cette mobilisation illustre une autre dimension de l'information du public : rendre visible une réalité souvent méconnue ou stigmatisée pour favoriser la compréhension, le dialogue et le recours à l'aide. L'information du public concerne donc ici plusieurs niveaux : les personnes directement concernées, leur entourage mais aussi les professionnels qui peuvent jouer un rôle essentiel dans le repérage, l'orientation et le maintien du lien.

- **A Nancy, des actions sont mises en place pour sensibiliser des jeunes vulnérables** car l'information du public suppose également d'aller vers un public ciblé, notamment lorsque ceux-ci peuvent être éloignés des dispositifs classiques de prévention ou de soins. En 2026, le CRPS a participé au Festi'Foot organisé par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) sur l'île d'Esch à Pont-à-Mousson et a pu rencontrer plus de 40 personnes. Cet événement rassemble les unités éducatives d'hébergement de la PJJ, ainsi que les centres éducatifs fermés et les centres éducatifs renforcés du Grand Est. Chaque service constitue une équipe et participe à un tournoi de football. Mais le Festi'Foot ne se limite pas à la pratique sportive. Autour du tournoi, plusieurs stands de prévention et d'information sont proposés, notamment sur les addictions et la santé sexuelle. Les passages sur les stands permettent aux équipes d'obtenir des points bonus, intégrant ainsi la prévention au cœur même de l'événement. Pour le CRPS, cette participation permet de faire connaître les ressources en santé mentale et la prévention du suicide dans un cadre différent de celui du soin. Le contact se crée à partir d'un événement sportif, dans un environnement familier aux jeunes, et peut constituer une première porte d'entrée vers l'information et l'aide. Cette démarche illustre pleinement le

principe de « l'aller vers » : il ne s'agit pas d'attendre qu'une personne recherche une aide ou une information, mais de rendre les ressources visibles là où les publics se trouvent.




**Les équipes de Vigilans Alsace lors de la Vague orange - Strasbourg**




**Les équipes du 3114 lors du Festi'Foot – Pont-à-Mousson**

**Une autre action proposée depuis 3 ans par le CRPS est la Marche Jaune** qui a pour objectif là aussi de rendre la prévention visible dans l'espace public. Depuis 2024, le Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) et le CRPS Grand Est organisent en Meurthe-et-Moselle une Marche Jaune à l'occasion de la Journée Internationale de Prévention du Suicide qui a lieu le 10 septembre. La première édition a été organisée en septembre 2024 à Nancy et a été renouvelée avec succès en 2025 et 2026, proposant un parcours jalonné de stands consacrés notamment aux signaux d'alerte, aux idées reçues, aux facteurs de protection et aux ressources disponibles.

En 2025, la démarche a essaimé dans les Vosges, avec une première Marche Jaune organisée à Épinal, en partenariat avec le Centre hospitalier Ravenel, puis à nouveau en 2026.

La Marche Jaune constitue une forme différente d'information : elle s'adresse au grand public et investit l'espace public pour rendre la prévention visible. Marcher ensemble permet de parler d'un sujet encore entouré de nombreux tabous, mais aussi de transmettre des messages simples : oser parler, savoir écouter, reconnaître les signes de souffrance et connaître les ressources disponibles. La forte couverture de ces événements par la presse régionale contribue également à prolonger leur portée au-delà des seuls participants. L'information circule ainsi dans les territoires, auprès de personnes qui n'ont pas nécessairement participé à la marche mais qui peuvent être sensibilisées par les articles, les reportages ou les témoignages.

En conclusion, en touchant des publics différents, il est question de rendre la prévention accessible à tous. De Châlons-en-Champagne à Strasbourg, de Pont-à-Mousson à Nancy et Épinal, les actions conduites par le CRPS et les équipes de VigilanS Grand Est montrent que l'information du public peut prendre de multiples formes

Nous pouvons tous être acteurs de la prévention du suicide !

# 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** c'est-à-dire : 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 ou de PMI (Protection Maternelle et Infantile), des services de santé des universités ou hospitaliers ; 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 387 (5 %) dans la région Grand Est.

## Recours au dispositif

Depuis le début du dispositif et jusqu'au 31 décembre 2025, 68 131 patients ont bénéficié du dispositif dans le Grand Est, soit 6,2% des 1 102 303 patients en ayant bénéficié en France.

En 2025, 32 936 patients ont été inclus dans le dispositif Mon soutien psy en Grand Est, soit 6 % des 529 118 patients inclus au niveau national.

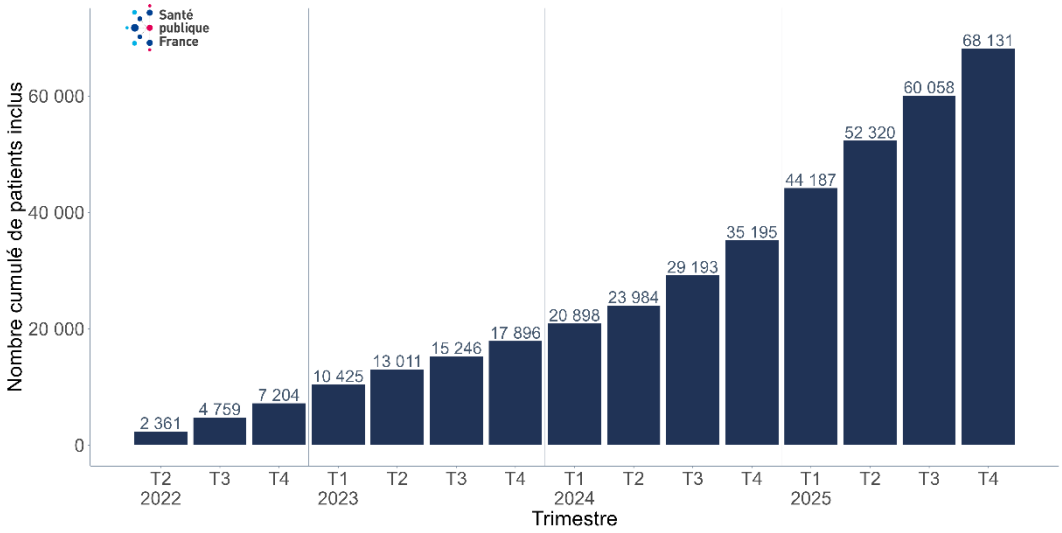
Le nombre de patients inclus dans la région était en constante augmentation depuis le début du dispositif en 2022 et en hausse de 90 % par rapport à 2024 (***Figure 1***). Cette hausse était notamment due à l'accès direct au dispositif depuis le 15 juin 2024, c'est-à-dire sans avoir à être adressé par un médecin ou un professionnel de santé.

Parmi les bénéficiaires de la région en 2025, 68 % des patients étaient des femmes (identique au niveau national). La classe d'âge la plus représentée était celle des femmes âgées de 25 à 44 ans avec 28,6% des bénéficiaires de la région (***Figure 2***).

En 2025, 169 711 séances ont été réalisées dans la région dans le cadre de Mon soutien psy pour un montant remboursé par l'Assurance Maladie de 5,34 millions d'euros.

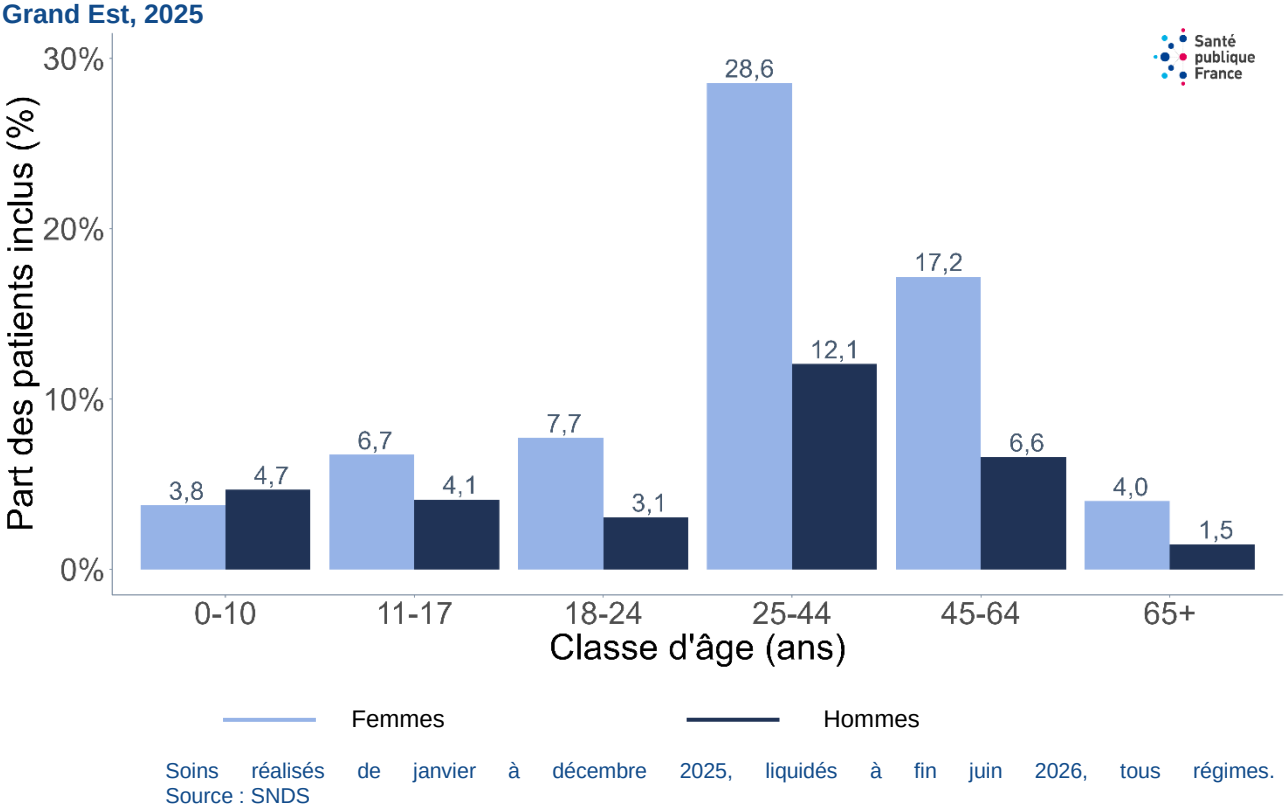
Parmi ces séances, 78,4 % étaient des séances de suivi en présentiel ou en distanciel, les autres étant des premiers entretiens d'évaluation. Le recours aux séances de suivi à distance demeurait limité avec seulement 1,8 % des séances de suivi, ces dernières concernant principalement des patients adultes.

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




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

**Figure 2. Part des patients inclus dans le dispositif Mon soutien psy (%) par classe d'âge et sexe, Grand Est, 2025**



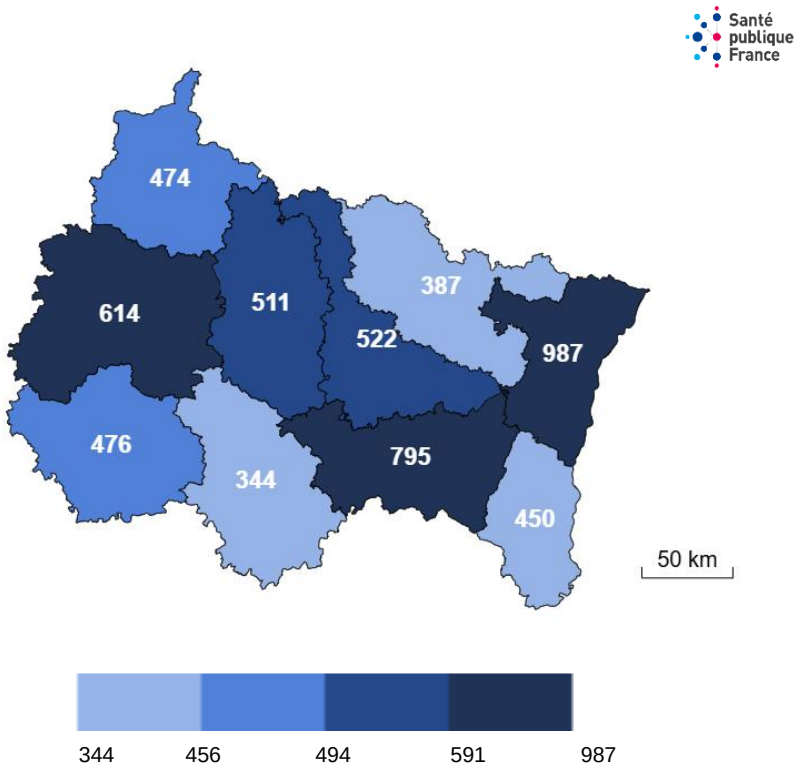

Soins réalisés de janvier à décembre 2025, liquidés à fin juin 2026, tous régimes.
Source : SNDS

En Grand Est, le taux de recours à Mon soutien psy était de 593 patients pour 100 000 habitants en 2025 et un taux standardisé de 601 pour 100 000 habitants (vs 771 pour la France entière)

Au sein de la région, des disparités départementales apparaissaient dans le recours au dispositif (***Figure 3***). Ainsi, le Bas-Rhin et les Vosges 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.

Si une partie de ces différences peuvent être liées à une répartition hétérogène de psychologues conventionnés entre les territoires, on note que des territoires ayant une offre similaire - eu égard à leur population - présentent toutefois des taux d'inclusions différents (ex : le Haut-Rhin présente un nombre de psychologues approximativement équivalent à celui des Vosges, eu égard à sa population, or le taux de patient inclus sur ces deux territoires varie presque du simple au double).

**Figure 3. Taux standardisé de patients inclus dans Mon soutien psy pour 100 000 habitants par département, Grand Est, 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).

# 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 France

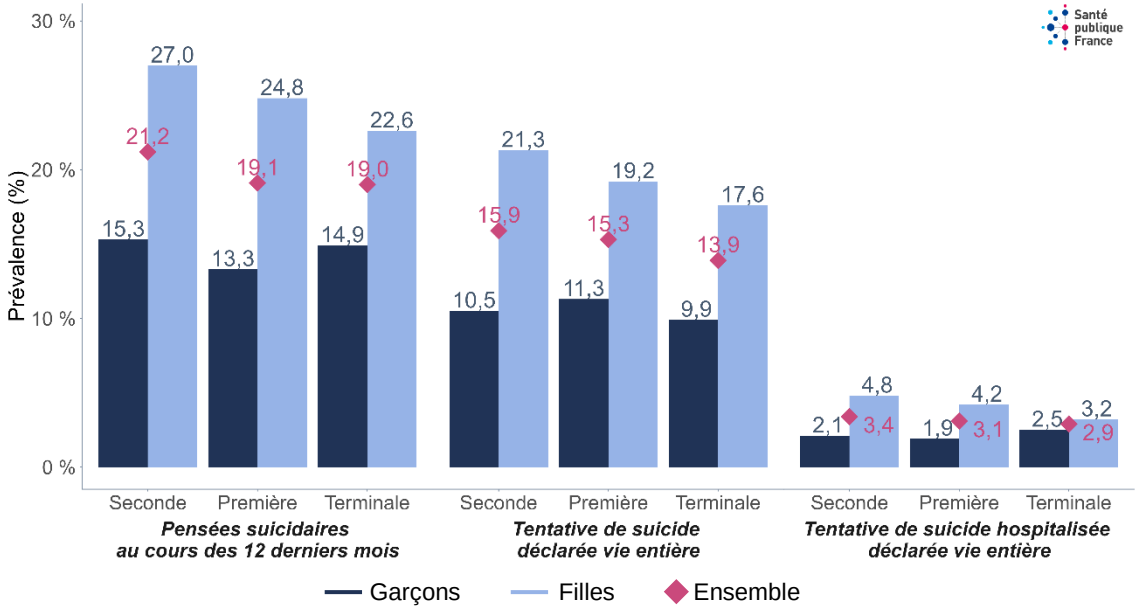
En 2024, près d'un lycéen sur cinq (19,8 %) déclarait avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête.

Les filles présentaient des prévalences plus élevées que les garçons (24,9 % contre 14,5 % en moyenne) et ce, quelle que soit la classe ***(Figure 4***). 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 4. Prévalences des comportements suicidaires chez les élèves de lycée (%) selon le sexe et le niveau scolaire, France hexagonale, 2024**




Source : EnCLASS 2024. Exploitation : Santé publique France

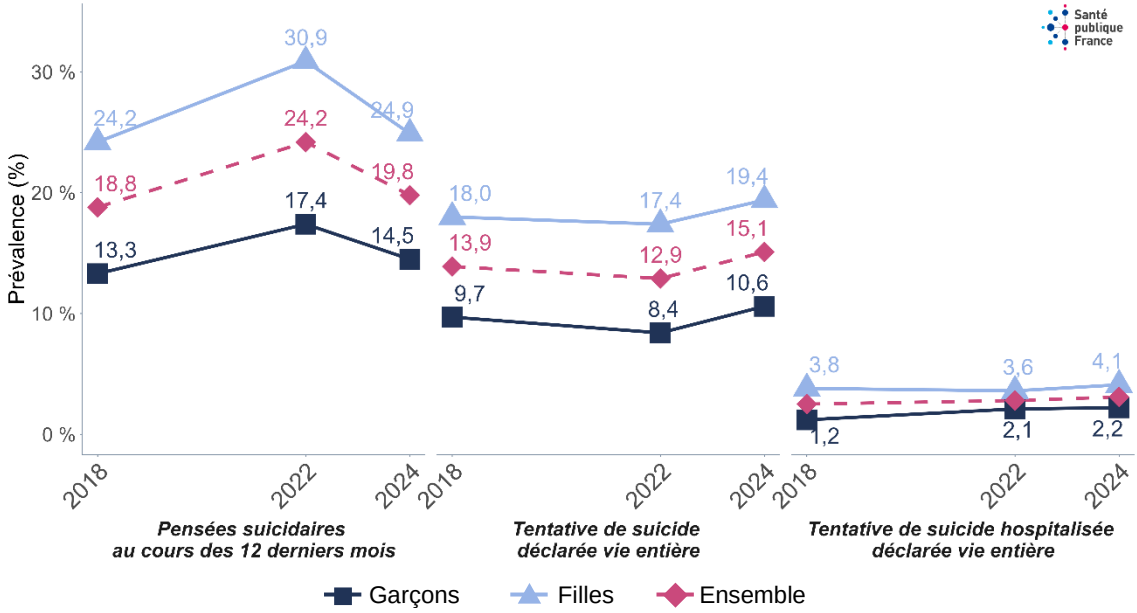
# Évolution temporelle entre 2018 et 2024

Après une hausse de la prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les lycéens entre 2018 et 2022 (de 18,8 % à 24,2 %), cette dernière est redescendue proche du niveau initial en 2024 à 19,8 % (***Figure 5***). 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 (***Figure 5***), évoluant de 12,9 % à 15,1 %, dépassant le niveau de 2018 (13,9 %). Cette hausse a été observée tant chez les lycéennes (de 17,4 % à 19,4 %) que chez les lycéens (de 8,4 % à 10,6 %).

Concernant les tentatives de suicide déclarées au cours de la vie ayant mené à une hospitalisation, leur prévalence est restée stable autour de 2,8 % depuis 2018.

**Figure 5. Évolution annuelle de la prévalence des comportements suicidaires chez les élèves de lycée (%) selon le sexe, France hexagonale, années 2018, 2022 et 2024**




Source : EnCLASS 2018-2024. Exploitation : Santé publique France

# Passages aux urgences pour geste auto-infligé - tous âges

**Source de données**
Les données d'activité des services d'urgences sont issues du **réseau OSCOUR®**. Près de 700 services d'urgences générales (seuls 2 services d'urgences psychiatriques participent actuellement au dispositif) participaient en 2025 et couvraient 97 % des passages aux urgences de France (Hexagone + DROM). En Grand Est, 62 services d'urgences participaient au dispositif et couvraient 97,6 % des passages aux urgences de la région. Le taux de codage des diagnostics médicaux toutes causes confondues au niveau régional était de 89 % 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) ; **séquelles d'une lésion auto-infligée** ; **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.

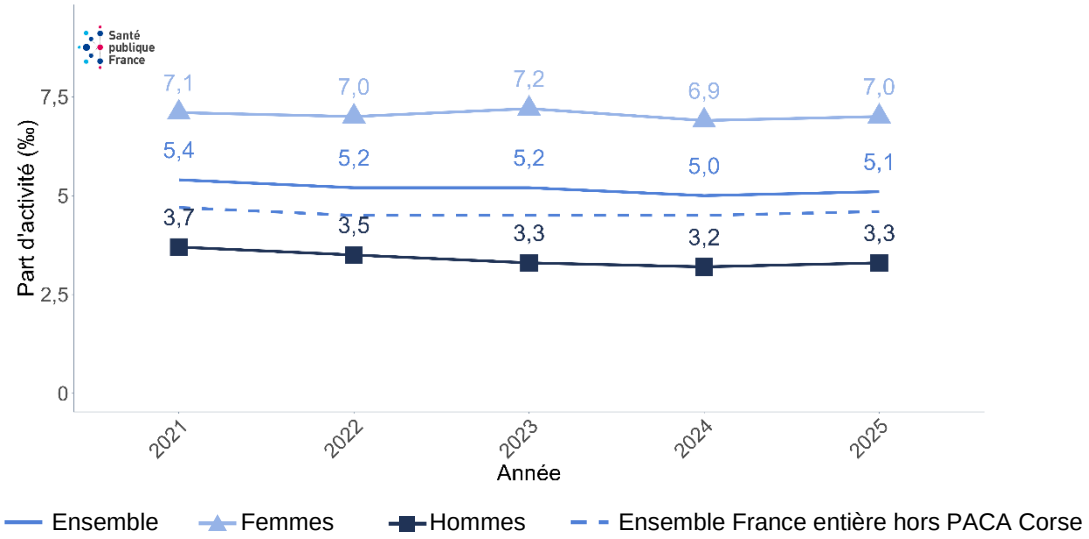
## Évolution temporelle entre 2021 et 2025

En 2025, on dénombrait un total de 6 964 passages aux urgences pour geste auto-infligé en Grand Est (stable par rapport à 2024, *vs.* +4 % au niveau national par rapport à 2024), ce qui représentait une moyenne de 19 passages par jour. Parmi l'ensemble des passages pour geste auto-infligé, 60,3 % étaient suivis par une hospitalisation.

Ces passages pour geste auto-infligés représentaient ainsi une part d'activité de 5,1 ‰ au sein des services d'urgence de la région (4,7 ‰ au niveau France entière) ***(Figure 6***). Cette part d'activité était stable (+ 2 %) par rapport à 2024 (+ 3 % au niveau national).

Depuis 2021, la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé en Grand Est était stable ***(Figure 6***).

**Figure 6. Évolution de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰), par sexe, Grand Est 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, 2 sur 3 concernaient des femmes (66,8 %) (***Figure 7***).

**Concernant les femmes**, la part d'activité était la plus élevée chez les jeunes filles âgées de 11 à 17 ans. Elle atteignait 21,9 passages pour gestes auto-infligés pour 1 000 passages (vs 19‰ au niveau national). Cette part était, quant à elle, de 17,4 ‰ (versus 15,2 ‰ au niveau national) chez les femmes âgées de 18 à 24 ans (***Figure 7***). Par rapport à 2024, cette part d'activité était en légère hausse chez les jeunes femmes de 11-17 ans (+ 4 %), comme chez les femmes de 18-24 ans (+ 5 %).

Au cours des cinq dernières années (***Figure 8***), chez les femmes, les classes d'âge de 11-17 ans et de 18-24 ans étaient les seules à présenter une hausse : la part d'activité augmentait, respectivement de + 10 % et + 32 %. A l'inverse, les parts d'activité étaient en baisse chez les 25-44 ans (-5 %), de 45-64 ans (-25 %) et de 65 ans et plus (-24 %). Elle restait stable chez les moins de 10 ans.

**Chez les hommes,** les 18-24 ans et les 25-44 ans présentaient les parts d'activité les plus élevées dans la région, avec respectivement 6,2 ‰ et 5,4 ‰ (***Figure7***). Ces deux classes d'âge étaient également les plus concernées au niveau national, avec respectivement 5,0 ‰ et 5,7 ‰. Par rapport à 2024, la part d'activité était stable dans ces deux classes d'âge. Elle était en revanche en hausse chez les moins de 10 ans (+ 16 %), les 11-17 ans (+23 %) et les 65 ans et plus (+17 %).

Au cours des cinq dernières années (***Figure 8***), les 18-24 ans étaient la seule classe d'âge chez les hommes à présenter une hausse de la part d'activité, avec + 21 %. A l'inverse, la part d'activité diminuait de - 9 % pour les moins de 10 ans à - 21 % pour les 45-64 ans.

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

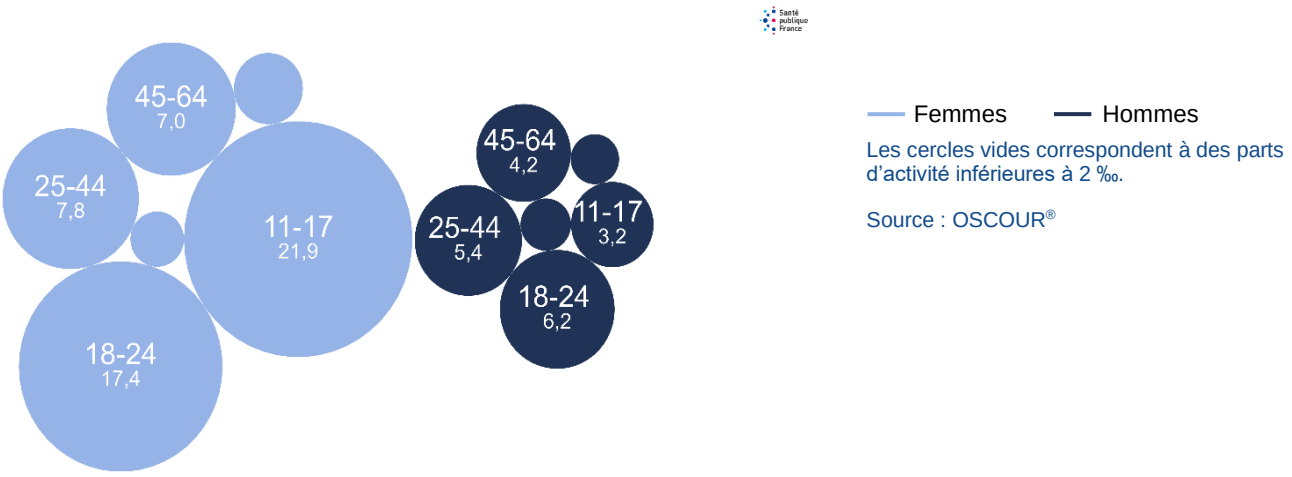
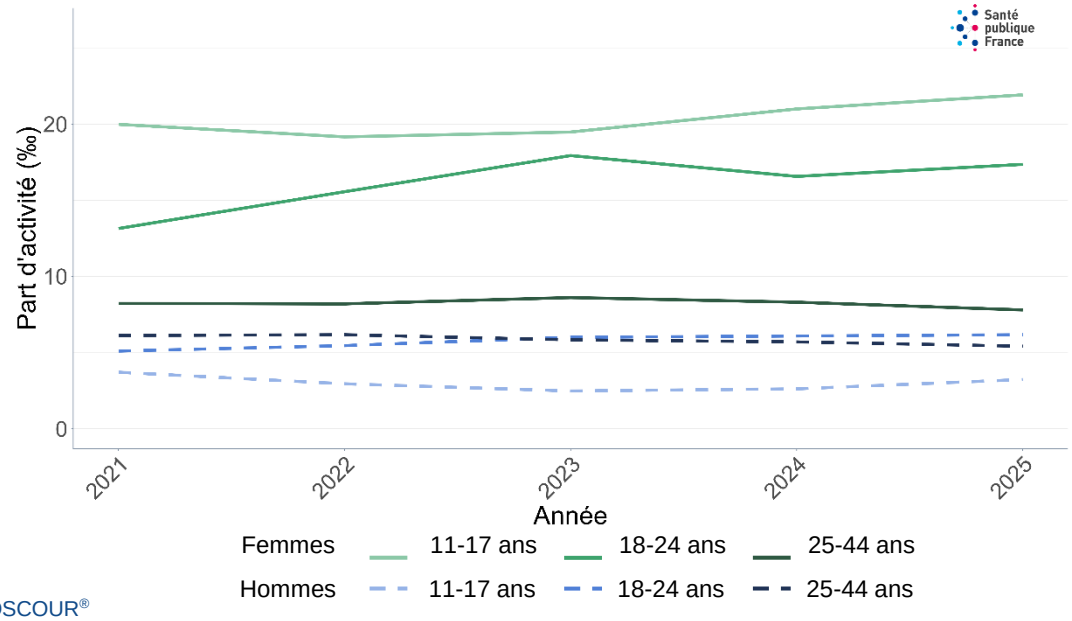


**Figure 8. Évolution de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé des 11-44 ans (‰) par classe d'âge et sexe, Grand Est, 2021-2025**




Source : OSCOUR®

## Disparités territoriales

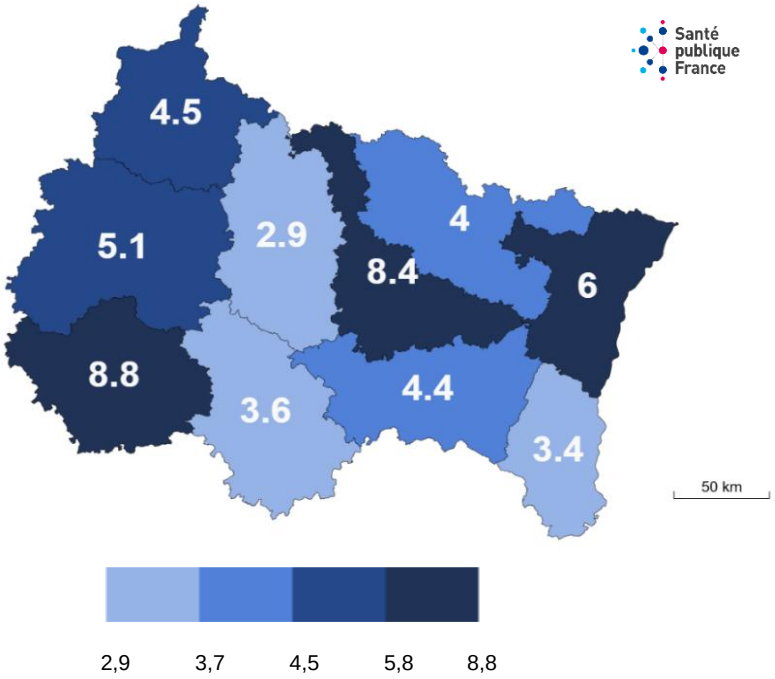
Au sein de la région, les parts d'activité de passages aux urgences pour geste auto-infligé présentaient de fortes disparités entre les départements.

En effet, l'Aube était le département avec la part d'activité la plus élevée en 2025 (8,8 ‰), devant la Meurthe-et-Moselle (8,4 ‰) (***Figure 9***). Néanmoins, ces disparités territoriales peuvent en partie s'expliquer par des différences de pratiques de codage entre les services d'urgence, ainsi que par une offre de soins, notamment psychiatrique, variable selon les territoires.

Par rapport à 2024, les parts d'activité étaient stables dans la plupart des départements de la région. Elles étaient toutefois en hausse dans les Ardennes (+ 14 %) et en baisse en Haute-Marne (- 25 %).

Sur les cinq dernières années, les parts d'activité avaient augmenté dans l'Aube (+ 30 %), la Meurthe-et-Moselle (+19 %) et la Marne (+ 15 %). A l'inverse, elles avaient diminué dans le Haut-Rhin (- 33 %), la Meuse (-24%), la Moselle (- 19 %), les Vosges (- 16 %), la Haute-Marne (- 12 %) et les Ardennes (- 11 %). Elle restait stable dans le Bas-Rhin.

**Figure 9. Part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰) par département en 2025, Grand Est**




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 – tous âges

**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. Ceci peut en partie expliquer les disparités territoriales observées.

**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**.

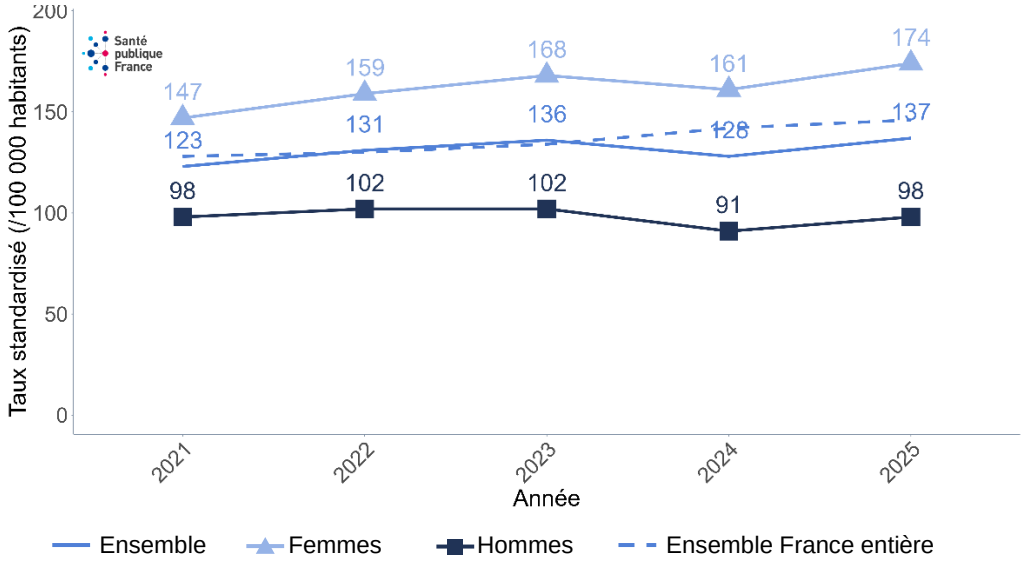
## Évolution temporelle entre 2021 et 2025

En 2025, 7 563 hospitalisations pour geste auto-infligé (HGAI) ont été enregistrées en Grand Est, soit une hausse de 7 % par rapport à 2024. Le taux brut régional était de 136 hospitalisations pour 100 000 habitants, et de 137 après standardisation, un niveau légèrement inférieur à celui de la France (146/100 000 habitants). Par rapport à 2024, le taux standardisé avait augmenté de 7 % de façon similaire chez les deux sexes.

Depuis 2021, la tendance différait toutefois selon le sexe. Le taux standardisé d'HGAI avait augmenté de 18 % chez les femmes, tandis qu'il était resté stable chez les hommes (***Figure 10***).

En 2025, 6 247 personnes (+ 4 % par rapport à 2024) ont été hospitalisées au moins une fois pour un geste auto-infligé en Grand Est, soit un taux brut de 113 pour 100 000 habitants. Depuis 2021, le taux standardisé de patients hospitalisés avait augmenté de 6 %. Cette hausse concernait principalement les femmes (+12%), tandis que le taux était relativement stable chez les hommes (- 3 %).

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




Source : SNDS – PMSI MCO

# Caractéristiques des hospitalisations

Comme au niveau national, les femmes représentaient près des deux tiers (64,7%) des hospitalisations pour geste auto-infligé (HGAI) en Grand Est en 2025. Les jeunes de 11 à 24 ans étaient particulièrement concernés, représentant 42 % de l'ensemble des HGAI.

**Chez les femmes**, les taux d'hospitalisation les plus élevés étaient observés chez les 11-17 ans et les 18-24 ans, avec respectivement 720 et 403 hospitalisations pour 100 000 femmes (*vs* 697 et 461 pour 100 000 en France entière). Ces niveaux étaient largement supérieurs à ceux observés dans les autres classes d'âge (***Figure 11***).

Après une forte hausse en 2024, les taux d'HGAI chez les jeunes filles de 11-17 ans et 18-24 ans continuaient d'augmenter en 2025 (respectivement + 9 % et + 23 %). Au cours des cinq dernières années, ces deux classes d'âge présentaient également les plus fortes progressions, avec des hausses respectives de 31 % et 60 % (***Figure 12***). Les taux étaient stables dans les autres classes d'âge, à l'exception des femmes de 25-44 ans, chez lesquelles il avait augmenté de 12 %.

**Chez les hommes**, les 18-24 ans et les 25-44 ans présentaient les taux d'hospitalisations les plus élevés avec respectivement 175 et 145 hospitalisations pour 100 000 hommes (*vs* 179 et 156 pour 100 000 en France entière) (***Figure 11***).

En 2025, les taux augmentaient chez les 11-17 ans (+ 27 %) et les 18-24 ans (+ 22 %), tandis qu'ils restaient stables chez les 25-44 ans et les 45-64 ans. Au cours des cinq dernières années, la hausse était particulièrement importante chez les hommes de 18-24 ans (+ 32 %), tandis qu'il était stable ou en baisse pour les autres classes d'âge (***Figure 12***).

Chez les moins de 10 ans, les taux augmentaient chez les filles comme chez les garçons, à la fois par rapport à 2024 et à 2021. Ces évolutions doivent toutefois être interprétées avec prudence compte tenu des faibles effectifs dans cette classe d'âge.

**Figure 11. Taux bruts d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, Grand Est, 2025**

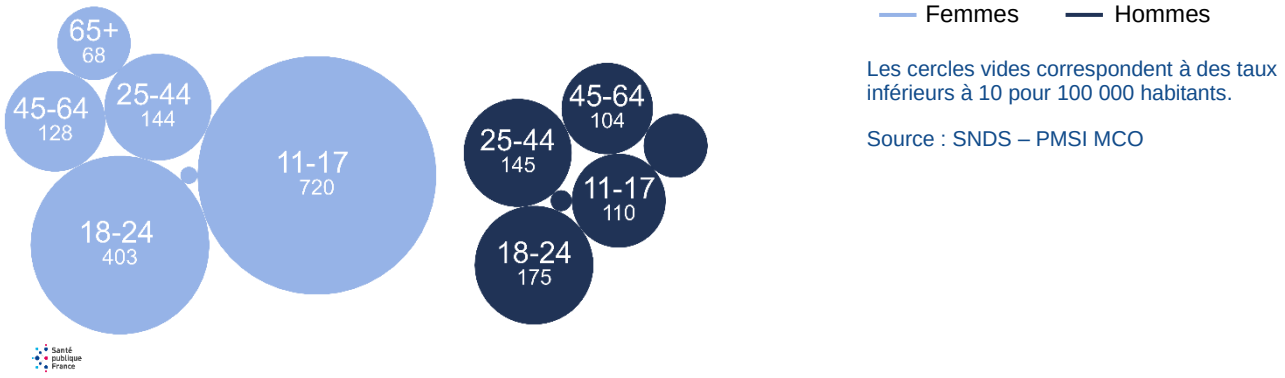
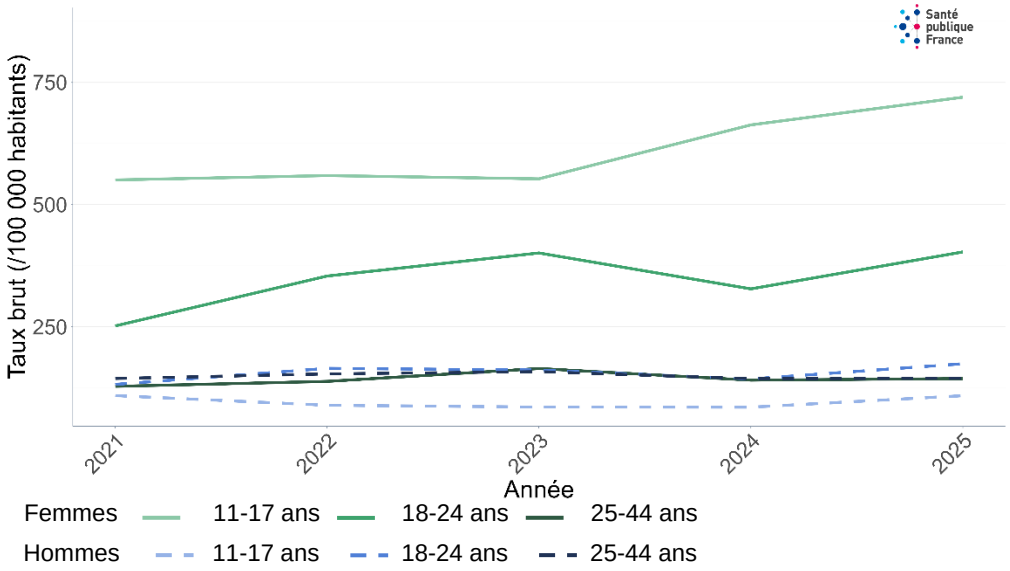


**Figure 12. Évolution des taux bruts d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants pour les 11-44 ans par sexe, Grand Est, 2021-2025**




Source : SNDS – PMSI MCO

## Disparités territoriales

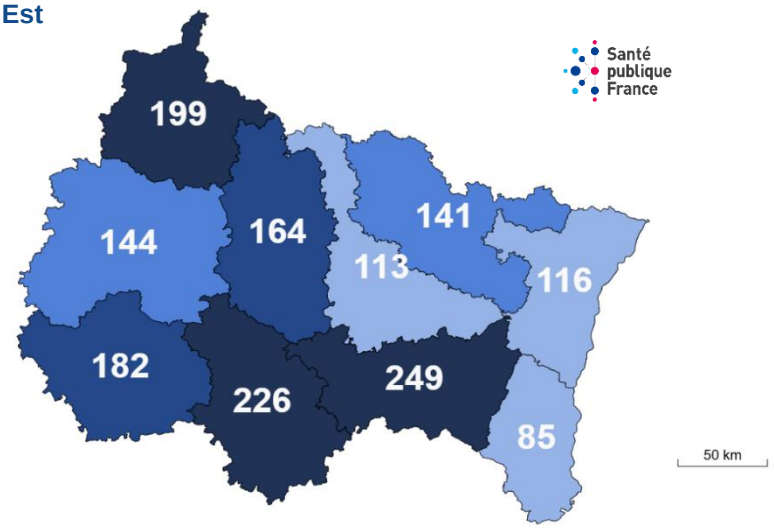
En 2025, des disparités départementales étaient observées entre les taux d'HGAI (***Figure 13***). Ces différences doivent toutefois être interprétées au regard des disparités territoriales en matière d'offre de soins, notamment psychiatriques.

Au sein de la région Grand Est, le département des Vosges était le département avec le taux d'hospitalisation le plus important en 2025 (249 pour 100 000), suivi de la Haute-Marne (226 pour 100 000).

Par rapport à 2024, le taux d'HGAI augmentait fortement dans l'Aube (+ 72 %) et progressait également dans les Ardennes (+ 18 %), la Moselle (+ 14 %) et le Haut-Rhin (+ 11 %).

Depuis 2021, les évolutions étaient plus contrastées selon les départements. Les plus fortes hausses étaient observées en Moselle (+ 44 %), dans l'Aube (+ 38 %), dans la Haute-Marne (+ 37 %) et dans le Bas-Rhin (+ 33 %). Le taux progressait plus modérément dans les Vosges (+ 12 %) et en Meurthe-et-Moselle (+ 6 %), tandis qu'il restait stable dans les Ardennes et dans la Meuse. A l'inverse, il diminuait dans le Haut-Rhin (- 19 %) et dans la Marne (- 15 %).

**Figure 13. Taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par département en 2025, Grand Est**




Source : SNDS – PMSI MCO

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

**Note sur l'interprétation des résultats**
Les **indicateurs relatifs aux enfants de moins de 10 ans** sont à interpréter avec précaution, puisqu'il est difficile à cet âge de déterminer l'intentionnalité du geste auto-infligé avec les données dont nous disposons.
Les **disparités territoriales** observées sont à mettre en regard des différences dans l'offre de soins, notamment au niveau de l'offre psychiatrique.
Les **séjours au sein des établissements psychiatriques** étant recueillis dans une autre base, ils **ne sont pas considérés** dans ce bulletin.

# Moyens utilisés

**Information**
La restriction de l'accès aux moyens utilisés pour s'enlever la vie fait partie de l'éventail d'interventions recommandées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour prévenir le suicide. Afin de documenter leur utilisation et orienter l'action publique, Santé publique France présente des indicateurs sur les causes d'hospitalisation pour geste auto-infligé.

En Grand Est, les auto-intoxications médicamenteuses (IMV) étaient à l'origine de plus de 75% des HGAI, un taux équivalent à celui du niveau national (77,7 % en France entière). Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'utilisation d'objet tranchant (15,8 %), l'alcool (5,3 %) et la pendaison (3,7 %).

Les auto-intoxications médicamenteuses et l'utilisation d'un objet tranchant étaient plus fréquentes chez les femmes.

Chez les hommes, les auto-intoxications par d'autres produits (i.e. non médicamenteux) ainsi que les modalités plus violentes étaient plus fréquentes (***Tableau 1***).

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

*Femmes*

| Moyen utilisé | Effectif | Proportion |
|---|---|---|
| IMV | 3 789,0 | 78 % |
| Objet tranchant | 866,0 | 18 % |
| Autres - non précisés | 150,5 | 3 % |
| Alcool | 143,0 | 3 % |
| Pendaison* | 134,0 | 3 % |
| Autres auto-intoxications | 92,0 | 2 % |
| Saut dans le vide* | 62,0 | 1 % |
| Objet contondant* | 27,0 | 1 % |
| Noyade* | 17,0 | 0 % |
| Exposition aux fumées ou aux flammes* | 13,0 | 0 % |
| Collision intentionnelle* | 6,0 | 0 % |
| Armes à feu* | 5,0 | 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 |
|---|---|---|
| IMV | 1 886 | 70 % |
| Objet tranchant | 326 | 12 % |
| Pendaison* | 146 | 6 % |
| Autres - non précisés | 127 | 5 % |
| Alcool | 126 | 5 % |
| Autres auto-intoxications | 90 | 3 % |
| Saut dans le vide* | 66 | 2 % |
| Armes à feu* | 23 | 1 % |
| Objet contondant* | 20 | 1 % |
| Collision intentionnelle* | 12 | 0 % |
| Noyade* | 10 | 0 % |
| Exposition aux fumées ou aux flammes* | 9 | 0 % |

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

Source : SNDS – PMSI MCO

**Note sur l'interprétation des résultats**
Plusieurs diagnostics de lésions auto-infligées pouvant être codés pour un même séjour, les **moyens utilisés ne sont donc pas exclusifs**.

# Décès par suicide

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

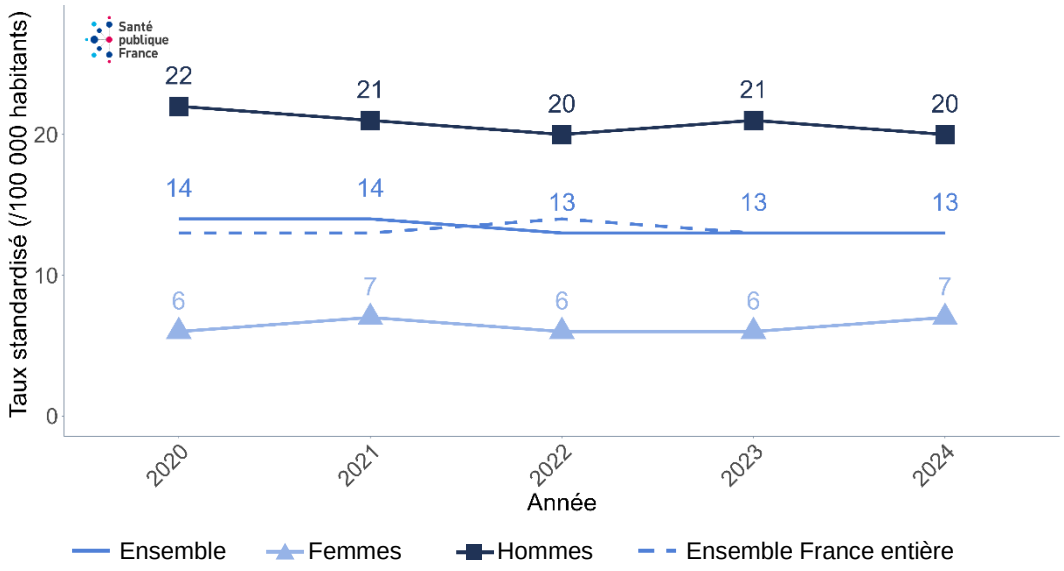
**Définition**
Un **décès par suicide** est défini comme un décès avec une cause médicale initiale d'**auto-intoxication ou de lésion auto-infligée**.

## Évolution temporelle entre 2020 et 2024

Le nombre de décès par suicide en Grand Est restait stable en 2024, avec 734 décès recensés. Cet effectif correspondait à un taux standardisé de 13 décès pour 100 000 habitants (-1 % par rapport à 2023), équivalent à celui de la France entière (-2 % par rapport à 2023).

Depuis 2020, le taux standardisé de décès par suicide a diminué de 7 % (***Figure 14***). Cette baisse concernait les hommes (-10 %), tandis que ce taux était en légère hausse (+ 5 %) chez les femmes.

**Figure 14. Évolution du taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants, Grand Est, 2020-2024**




Source : SNDS - CépiDc

## Caractéristiques des décès par suicide

Comme au niveau national, près de trois quarts des décès par suicide concernaient des hommes (74,3 %) et la majorité des décès par suicide survenait chez personnes âgées de 45 ans et plus (71,2 %) (***Figure 15***).

**Chez les hommes**, les taux de décès par suicide les plus élevés étaient observés chez les 65 ans et plus et les 45-64 ans avec respectivement 33 et 30 décès pour 100 000 hommes (36 et 28 pour

100 000 en France entière). Par rapport à 2023, ces taux diminuaient dans toutes les classes d'âge, hormis les 45-64 ans où il était stable.

Au cours des cinq dernières années, les taux de décès par suicide étaient en baisse dans toutes les classes d'âge, hormis chez les hommes de 18-24 ans où il était en hausse (+ 12 %) (***Figure 16***).

**Chez les femmes**, les taux les plus élevés étaient observés chez les 45-64 ans et les 65 ans et plus, avec respectivement 11 et 8 décès pour 100 000 femmes (9 pour 100 000 au niveau France entière pour ces deux classes) (***Figure 15).***

Par rapport à 2023, les taux de décès par suicide augmentaient dans toutes les classes d'âge (***Figure 16)***. La hausse était particulièrement marquée chez les jeunes femmes de 11-17 ans, mais doit être interprétée avec prudence compte tenu des faibles effectifs. Au cours des cinq dernières années, les taux diminuaient de 37 % chez les femmes de 25-44 ans. A l'inverse, ils étaient en hausse dans les autres classes d'âge féminines.

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

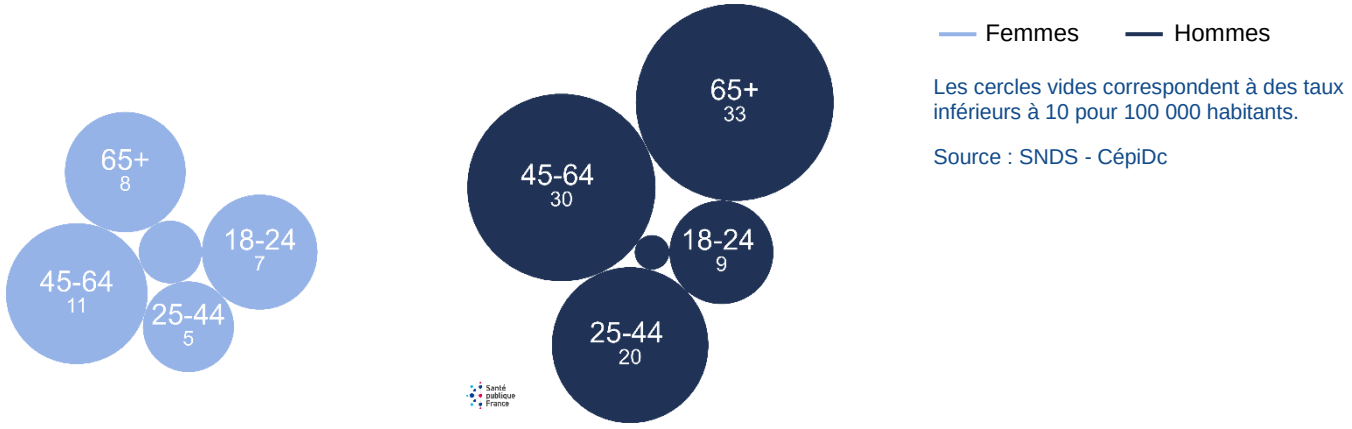
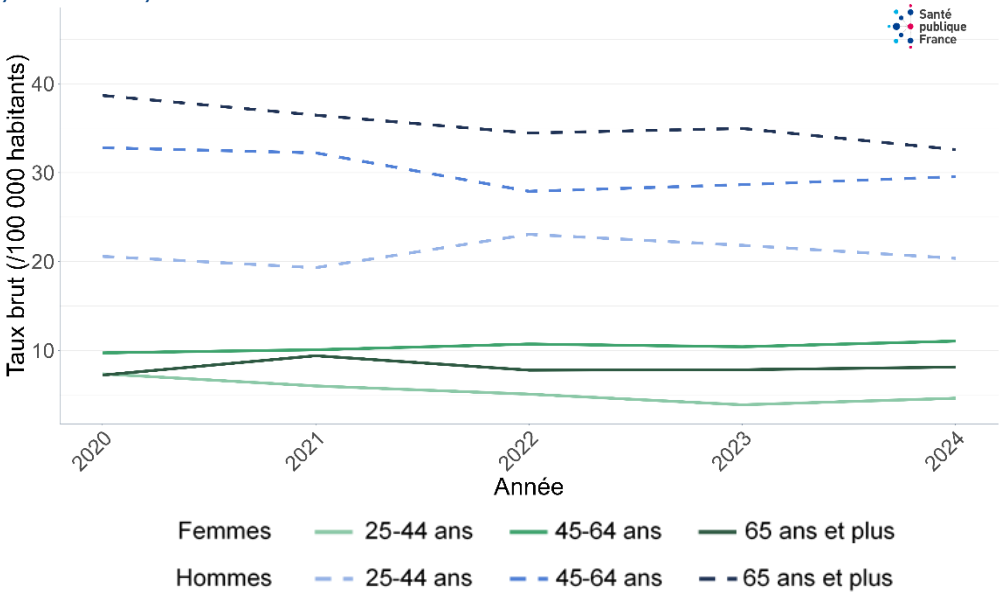



**Figure 16. Évolution des taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants pour les 25 ans et plus par sexe, Grand Est, 2020-2024**




Source : SNDS - CépiDc

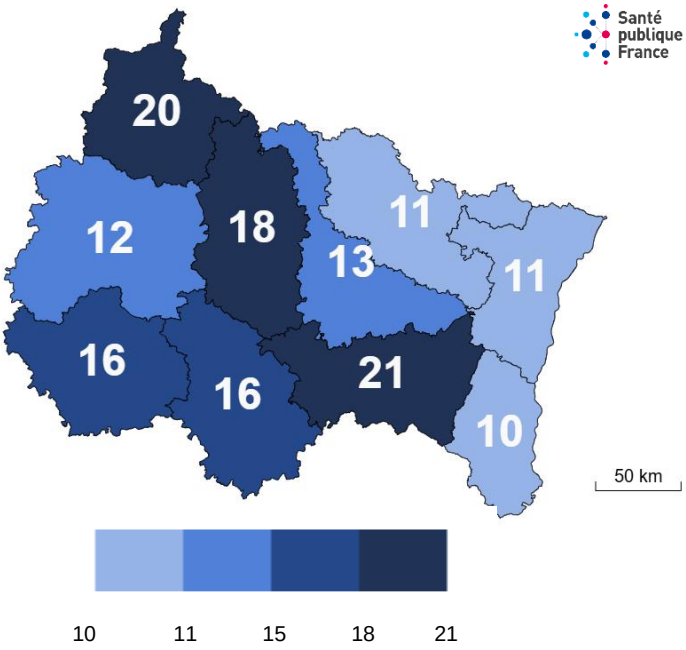
# Disparités territoriales

Des disparités départementales étaient observées concernant les taux de décès par suicide (***Figure 17***). Ces différences doivent toutefois être interprétées avec prudence. En effet, elles peuvent refléter des pratiques de codage différentes (notamment un recours plus ou moins important aux diagnostics de décès pour cause inconnue ou intentions déterminées) ainsi que des disparités dans la transmission des volets complémentaires après autopsie.

En 2024, les Vosges présentaient le taux de décès par suicide le plus élevé de la région, avec 21 décès pour 100 000 habitants, suivies des Ardennes (20 décès pour 100 000 habitants).

Par rapport à 2020, les taux de décès par suicide étaient en baisse dans la Meuse, la Meurthe-et-Moselle, la Marne, la Moselle, le Bas-Rhin, et le Haut-Rhin. A l'inverse, ils augmentaient dans les Ardennes, l'Aube et les Vosges. Ce taux restait stable en Haute Marne.

**Figure 17. Taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants par département en 2025 et évolution par rapport à 2021, Grand Est**




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.

En Grand Est, comme au niveau national, le principal mode de suicide était la pendaison (49,7 % des décès contre 51,6 % en France entière). Les autres principaux modes étaient les auto-intoxication médicamenteuse (IMV) (13,5 %), les autres moyens non précisés (12,1 %) et les armes à feu (11,4%).

Les modalités différaient selon le sexe (***Tableau 2)***. Des modalités plus violentes étaient plus fréquentes chez les hommes (77% contre 55% chez les femmes), tandis que les IMV étaient plus fréquentes chez les femmes.

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

*Femmes*

| Moyen utilisé | Effectif | Proportion |
|---|---|---|
| Pendaison* | 70,0 | 37 % |
| IMV | 58,0 | 31 % |
| Autres - non précisés | 21,0 | 11 % |
| Saut dans le vide* | 18,0 | 10 % |
| Noyade* | 6,0 | 3 % |
| Autres auto-intoxications | 5,0 | 3 % |
| Collision intentionnelle* | 5,0 | 3 % |
| Alcool | 2,5 | 1 % |
| Objet tranchant | 2,5 | 1 % |
| Armes à feu* | 2,5 | 1 % |
| Exposition aux fumées ou aux flammes* | 2,5 | 1 % |
| Objet contondant* | 0,0 | 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* | 295,0 | 54 % |
| Armes à feu* | 82,5 | 15 % |
| Autres - non précisés | 68,0 | 12 % |
| IMV | 41,0 | 8 % |
| Saut dans le vide* | 14,0 | 3 % |
| Collision intentionnelle* | 11,0 | 2 % |
| Objet tranchant | 10,0 | 2 % |
| Noyade* | 9,0 | 2 % |
| Autres auto-intoxications | 7,0 | 1 % |
| Exposition aux fumées ou aux flammes* | 6,0 | 1 % |
| Alcool | 0,0 | 0 % |
| Objet contondant* | 0,0 | 0 % |

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

Source : SNDS - CépiDc

# Activité des dispositifs de prévention 3114 et VigilanS

## Appels reçus au 3114

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

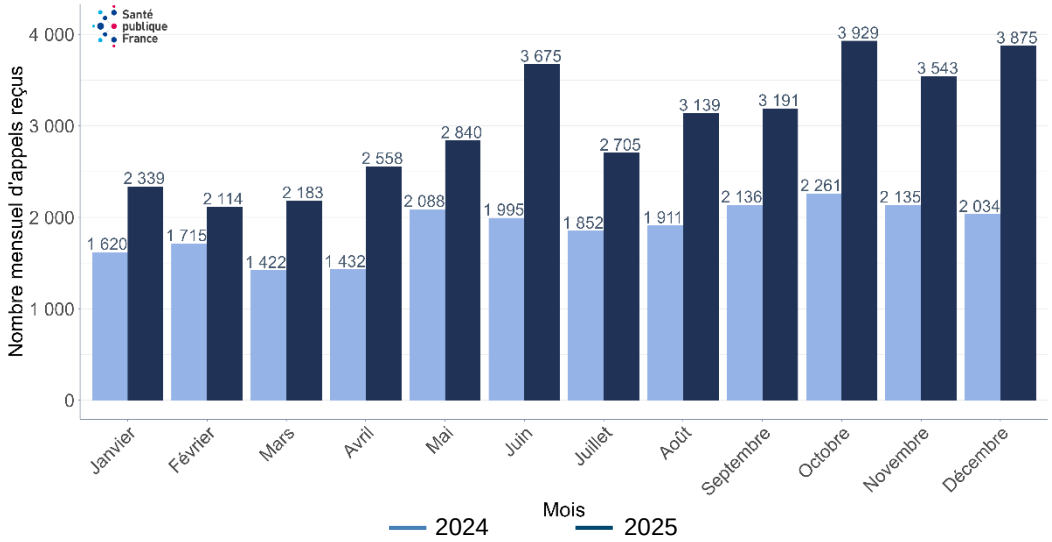
**Définitions**
Tous les **appels au 3114** d'une durée minimale de 5 secondes ont été pris en compte.
Pour chaque appel, l'origine géographique de l'appelant (région de résidence) a été déterminée à partir de l'antenne-relais de ce dernier.
Le **taux d'appels de la région** correspond au nombre d'appels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

Actuellement, le 3114 est organisé autour de 18 centres répondants, situés dans des établissements de soins et à proximité des SAMU en France hexagonale et en Outre-mer. Il reçoit les appels provenant de la France entière, y compris Saint-Pierre-et-Miquelon. En Grand Est, un centre répondant est basé à Nancy.

En 2025, 547 799 appels ont été reçus par les centres répondants du 3114, soit une hausse de 62 % par rapport à 2024. Parmi eux, 36 091 appels (6,6%) provenaient du Grand Est, correspondant à un taux d'appels de 650 appels pour 100 000 habitants. Le nombre d'appels provenant du Grand Est avait augmenté de 60 % en un an, passant de 22 601 en 2024 à 36 091 en 2025. Cela représentait en moyenne 3 008 appels par mois en 2025 (***Figure 18)***. On note une augmentation progressive des appels au fil des mois, avec plus du doublement des appels entre janvier 2024 et décembre 2025 (1 620 appels versus 3 875).

Cette hausse majeure pourrait s'expliquer par une meilleure appropriation du 3114 par la population, mais également par une meilleure visibilité du numéro, notamment grâce à son référencement dans les moteurs de recherche et, par effet indirect, dans les outils d'intelligences artificielles génératives.

**Figure 18. Évolution du nombre mensuel d'appels reçus par les centres 3114 en provenance du Grand Est, 2024-2025**




Source : Numéro national de prévention du suicide 3114

# Entrées dans VigilanS

**Source de données**

Lancé en 2015, **VigilanS** est un **dispositif de recontact et de veille post-hospitalier de prévention de la réitération suicidaire**. Il est proposé aux personnes suicidantes, de tous âges, après leur passage aux urgences ou leur hospitalisation. Une fois entrés dans le dispositif, les patients bénéficient d'une veille de la part d'une équipe dédiée composée d'un médecin, de « vigilanseurs » (des professionnels de santé, infirmiers.ères et/ou psychologues) et de personnels administratifs.

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

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

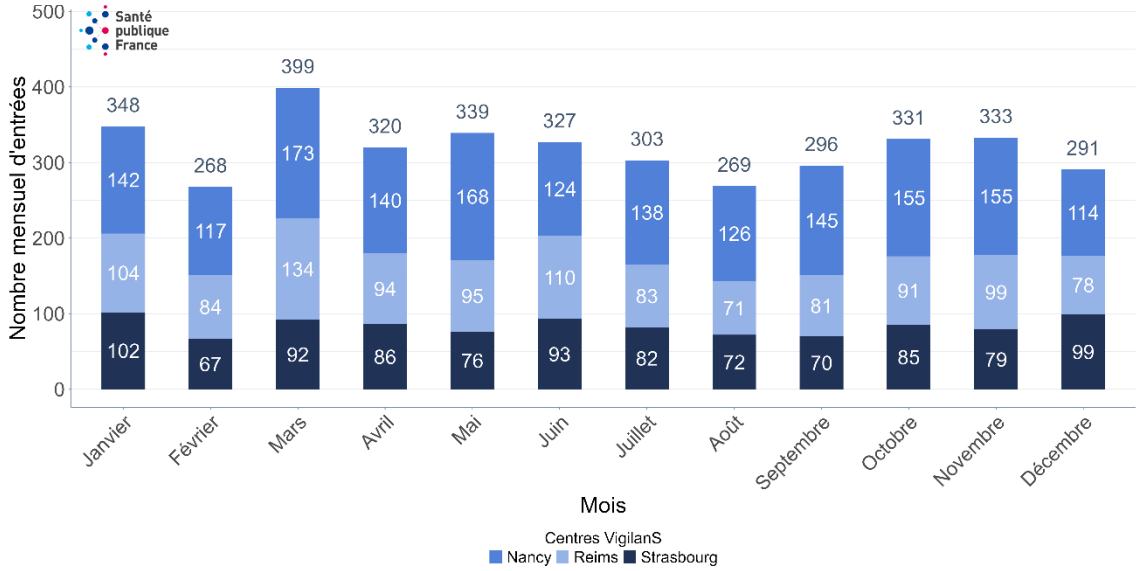
**Définition**

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

En 2025, le dispositif VigilanS était déployé dans 17 régions françaises, dont 4 régions d'Outre-mer (hors Mayotte), et dans 99 départements. Il comptait 33 centres répartis sur 32 sites. En Grand Est, le centre repose sur trois antennes, situées à Nancy et Reims et Strasbourg, ouvertes entre janvier 2019 et janvier 2021.

En 2025, 3 824 personnes avaient intégré VigilanS en Grand Est, un nombre stable par rapport à 2024. Elles représentaient 8,3% des 45 875 inclusions enregistrées au niveau national, soit en moyenne 319 nouvelles inclusions par mois (***Figure 19).***

**Figure 19. Évolution du nombre mensuel d'entrées dans le dispositif VigilanS, Grand Est, 2025**



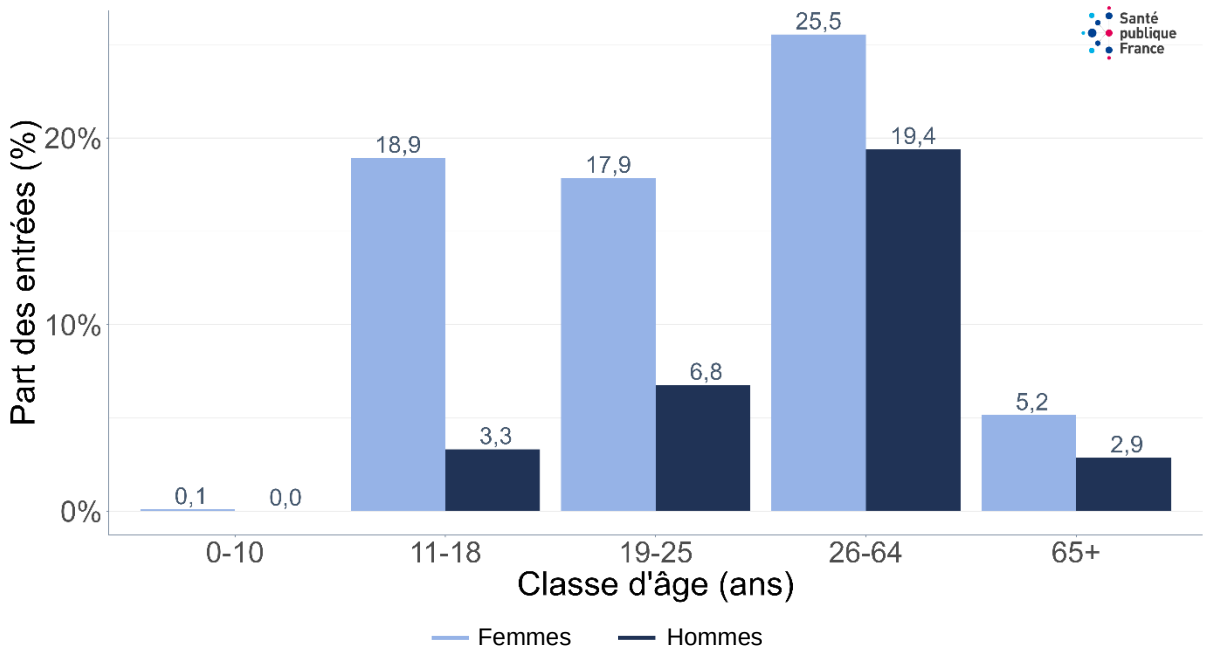

Source : Mission Nationale d'Appui à la coordination des centres VigilanS

Comme au niveau national, les femmes représentaient près des deux tiers des personnes incluses dans le dispositif (67,5 % en Grand Est *vs* 67,2% au niveau national) (***Figure 20)***.

**Chez les femmes**, les 26-64 ans constituaient la classe d'âge la plus représentée, avec une admission sur quatre (25,5 %) en région, contre 28 % au niveau national. Les jeunes filles de 11-18 ans et celles de 19-25 ans représentaient respectivement 18,9% et 17,9% des admissions du dispositif.

**Chez les hommes**, les 26-64 ans étaient également majoritaires, représentant 19,4% des entrées.

**Figure 20. Part des entrées (%) dans le dispositif VigilanS par classe d'âge et sexe, Grand Est, 2025**




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

# Discussion

## Des données défavorables chez les plus jeunes

Les dernières données montrent une évolution défavorable de la santé mentale et des indicateurs de morbidité plus élevés chez les jeunes âgés de 11 à 24 ans, tant au niveau national que régional.

Ces constats, documentés depuis de nombreuses années, témoignent d'une dégradation de la santé mentale des jeunes au cours des 30 dernières années, comme le souligne le Haut conseil de la santé publique (1). Plusieurs études françaises et internationales permettent de générer des hypothèses explicatives de cette évolution, ainsi que des disparités observées, notamment la situation particulièrement défavorable chez les jeunes filles et les jeunes femmes.

Quel que soit le sexe, plusieurs études soulignent le rôle potentiel des réseaux sociaux (2), en particulier en l'absence de régulation (3), et plus largement des écrans (4), dans la dégradation de la santé mentale des jeunes. Si cette relation demeure complexe, ces usages favoriseraient les comparaisons sociales, la pression normative (image corporelle, popularité, performance) et le cyberharcèlement (2).

La pression scolaire constitue également un facteur de risque fréquemment évoqué dans la dégradation de la santé mentale des jeunes (4–6). Les premiers résultats de l'étude Mentalo[1] montrent ainsi que la scolarité figure parmi les principales préoccupations associées à l'évolution défavorable de leur santé mentale. Parmi les 20 000 jeunes interrogés, 87 % déclarent ressentir une pression à la réussite scolaire, et plus de 50 % une très forte pression (4).

La conjoncture géopolitique et le changement climatique sont également cités comme des facteurs susceptibles d'affecter leur santé mentale (3).

Par ailleurs, les indicateurs de santé mentale apparaissent systématiquement plus défavorables chez les jeunes filles et jeunes femmes (1–4,6–8). Cette différence selon le sexe pourrait notamment s'expliquer par une exposition accrue à certains facteurs de risque, parmi lesquels les violences sexistes et sexuelles (1,3,8), le cyberharcèlement (2), ainsi que les injonctions sociales relatives aux normes de beauté et aux idéaux corporels véhiculés par les réseaux sociaux (2).

## Des avancées pouvant aussi expliquer l'évolution constatée

Certaines évolutions sociétales et des pratiques de prise en charge pourraient également contribuer à expliquer les tendances observées et, notamment, la dégradation apparente de certains indicateurs chez les jeunes.

Si la crise du Covid-19 a contribué à une déstigmatisation des problèmes de santé mentale et à une libération de la parole sur ces questions, cette dynamique s'inscrit également dans un contexte de forte mobilisation des acteurs de terrain et de reconnaissance de la santé mentale comme Grande cause nationale[2]. En Grand Est, de nombreux acteurs se mobilisent ainsi autour de cette thématique et déploient de nombreuses interventions pour libérer la parole et mieux faire connaitre les dispositifs existants.

Au-delà de cette plus grande facilité à exprimer les difficultés rencontrées, l'évolution des indicateurs pourrait également être liée à une meilleure sensibilisation des professionnels au repérage des conduites suicidaires. En région Grand Est[3] par exemple, le déploiement de formations à destination

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

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

[3] https://www.grand-est.ars.sante.fr/prevention-du-suicide-3

des professionnels a probablement contribué à améliorer les pratiques de codage et de la prise en charge des personnes concernées.

Parallèlement, les actions de promotion des dispositifs de prévention et de prise en charge, qu'ils soient spécifiquement consacrés à la prévention du suicide, (numéro national 3114 ou VigilanS) ou généralistes (« Mon soutien psy ») ont pu favoriser leur appropriation par la population. Le renforcement de leur visibilité, notamment dans les moteurs de recherche et les outils d'intelligence artificielle, a également pu contribuer à une meilleure connaissance de ces ressources par la population. Ces éléments pourraient ainsi expliquer, au moins en partie, l'augmentation du recours à certains dispositifs. Ceci peut être interprété positivement comme le signe d'un meilleur repérage et d'un accès facilité à la prise en charge adaptée.

## Pour une meilleure prévention

Les analyses confirment l'intérêt de poursuivre le renforcement des dispositifs de prévention et de prise en charge, en veillant à inscrire leur pilotage dans une démarche fondée sur la surveillance épidémiologique.

Cela suppose de porter une attention particulière aux populations les plus concernées, notamment les jeunes âgés de 11 à 24 ans, tout en adaptant les modalités d'accès aux dispositifs aux besoins et aux spécificités des territoires. En ce sens, les données régionales et infrarégionales constituent des éléments utiles pour éclairer les échanges et orienter les actions, en lien avec les acteurs locaux.

Il importe également de poursuivre les efforts pour mieux toucher les populations qui semblent recourir moins fréquemment aux dispositifs de prévention et de soins, en particulier les hommes, alors même qu'ils restent fortement concernés par la mortalité par suicide. L'enjeu est ainsi de mieux adapter les stratégies de prévention aux besoins et aux modalités de recours aux soins de ces populations.

Par ailleurs, les données relatives aux moyens utilisés lors des gestes auto-infligés ayant entraîné une hospitalisation, notamment les intoxications médicamenteuses volontaires, peuvent constituer un point d'appui pour approfondir la connaissance des modalités d'accès à ces moyens et d'identifier les mesures susceptibles d'en limiter l'accès. Cette approche s'inscrit dans les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé en matière de prévention du suicide.

Enfin, le renforcement de la prévention passe également par la promotion de la santé mentale dans une approche plus globale, mobilisant différents leviers complémentaires : l'information et la sensibilisation, au travers de ressources dédiées telles que Santé mentale info service ; le développement de ressources individuelles, par exemple grâce au renforcement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge ; et la création d'environnements et de politiques favorables à la santé mentale.

# 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, les indicateurs ont été déclinés selon des classes d'âge légèrement différentes : moins de 10 ans ; 11-18 ans ; 19-25 ans ; 26-64 ans et 65 ans et plus.

Il est important de noter que les indicateurs relatifs aux enfants de moins de 10 ans sont à interpréter avec précaution. En effet, il est difficile à cet âge de déterminer l'intentionnalité du geste auto-infligé à partir des données à notre disposition.

Très peu d'âges sont manquants quelle que soit la source de données (<0,05 %).

## Standardisation et populations utilisées

Les passages aux urgences sont rattachés au département et à la région de recours aux soins, alors que les hospitalisations et les décès sont rattachés au département et à la région de domicile du patient.

Sauf indication contraire, les populations utilisées pour le calcul des taux bruts (c'est-à-dire non standardisés), sont les données d'estimations localisées de population (ELP) de l'année 2025 pour les données d'hospitalisations, issues des dispositifs Mon soutien psy, VigilanS et du 3114. Les ELP de l'année 2024 ont été utilisées pour les données de décès.

Sauf indication contraire, la population utilisée pour le calcul des taux standardisés est basée sur les ELP de l'année 2023 pour l'ensemble des indicateurs. Pour la standardisation sur le sexe et l'âge des données tous sexes confondus, les données France entière (Hexagone + DROM) tous sexes ont été utilisées. Pour la standardisation des données pour chacun des sexes indépendamment, les données France entière du sexe considéré ont été utilisées, par conséquent les taux standardisés sur l'âge chez les hommes et chez les femmes ne sont pas directement comparables.

Les ELP sont mises à disposition par l'Insee. Saint-Martin et Saint-Barthélemy n'étant pas inclus dans les ELP, ils ne sont pas considérés dans les effectifs et les taux de la France entière (Hexagone + DROM).

## Gestion des petits effectifs

En raison d'un risque potentiel de réidentification, les effectifs strictement inférieurs à 5 et différents de zéro ont été imputés, ainsi que les taux, proportions et totaux correspondants. Ce floutage explique que certains effectifs soient approximés.

## Dates d'extraction des données

Les données ont été extraites le 15 juillet 2026 pour le SNDS PMSI-MCO, le 17 juillet 2026 pour Mon Soutien psy à partir du SNDS, le 24 août 2026 pour OSCOUR® et le 16 septembre 2026 pour le SNDS CépiDc. Des mises à jour des données ont pu avoir lieu depuis cette extraction.

## En savoir plus

Suicides et tentatives de suicide

## Remerciements

Santé publique France tient à remercier l'ensemble de ses partenaires contribuant à la surveillance des conduites suicidaires : les services d'urgences membres du réseau OSCOUR®, la Fédération et les Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU et ORU), la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), les Agences Régionales de Santé (ARS), l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), l'Inserm/CépiDc (Institut national de la santé et de la recherche médicale) et la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam).

Santé publique France tient également à remercier la Mission Nationale d'Appui VigilanS, les équipes du Numéro national de prévention du suicide 3114, le centre régional de Prévention du Suicide Grand Est, l'ensemble des équipes du 3114 Grand Est, l'ensemble des équipes de Vigilans Grand Est ainsi que l'ARS Grand Est.

## Équipe de rédaction

Auteurs du bulletin : Nadège Marguerite, Lidiana Munerol, Justine Trompette

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

**Pour nous citer :** Surveillance annuelle des conduites suicidaires, bilan 2025. Bulletin. Édition Grand Est. Saint-Maurice : Santé publique France, 31 p., 26 novembre 2026

**Directeur de publication :** Etienne Pot

**Date de publication :** 26 novembre 2026

**Contact :** presse@santepubliquefrance.fr ; GrandEst@santepubliquefrance.fr