Bulletin

Santé mentale

Santé publique France

Date de publication : 26.11.2026

ÉDITION CENTRE – VAL DE LOIRE

Parlons santé mentale! GRANDE CAUSE NATIONALE

Surveillance des conduites suicidaires

Bilan 2025

Points-clés

Mon soutien psy *(SNDS 2025 – dès 3 ans)*

● En 2025, 16 491 patients ont été inclus dans le dispositif Mon soutien psy en Centre-Val de Loire, soit 3 % des 529 118 patients inclus au niveau national.

● Le nombre de patients inclus dans la région a augmenté de 79 % par rapport à 2024, dans un contexte de mise en place de l'accès direct au dispositif depuis le 15 juin 2024.

● Le taux de recours à Mon soutien psy était de 661 patients pour 100 000 habitants en Centre-Val de Loire en 2025. Parmi les bénéficiaires, 67 % étaient des femmes et 22 % avaient entre 11 et 24 ans, des proportions proches de celles observées au niveau national.

● Des disparités départementales étaient observées, avec les taux de recours les plus élevés en Indre-et-Loire et dans le Loir-et-Cher. Ces différences pourraient en partie s'expliquer par une offre et une répartition hétérogènes des psychologues conventionnés entre les territoires.

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

● En 2025, 3 360 passages aux urgences pour geste auto-infligé ont été enregistrés en Centre-Val de Loire, soit une hausse de 12 % par rapport à 2024, supérieure à celle observée au niveau national (+4 %).

● Les gestes auto-infligés représentaient 4,6 ‰ de l'activité des urgences, un niveau proche de celui observé en France entière (4,7 ‰). Depuis 2021, cette part d'activité était en hausse de 10 %, notamment chez les femmes (+16 %).

● Les femmes représentaient 71,1 % des passages. Les parts d'activité les plus élevées étaient observées chez les filles de 11-17 ans (21,4 ‰) et les jeunes femmes de 18-24 ans (17,3 ‰). Sur cinq ans, ces deux classes d'âge présentaient les plus fortes hausses chez les femmes, respectivement +33 % et +48 %.

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

● Chez les hommes, les parts d'activité les plus élevées concernaient les 18-24 ans (5,0 ‰) et les 25-44 ans (4,3 ‰). Sur cinq ans, une hausse était observée chez les 11-17 ans (+15 %) et les 18-24 ans (+28 %).

● Les disparités territoriales étaient marquées : le Loir-et-Cher (7,7 ‰) et le Cher (5,0 ‰) présentaient les parts d'activité les plus élevées. Depuis 2021, la part d'activité avait augmenté dans le Loiret (+44 %), l'Indre-et-Loire (+29 %) et le Loir-et-Cher (+22 %).

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

● Une hausse des hospitalisations : 4 274 HGAI ont été recensées en 2025, soit +18 % par rapport à 2024. Le taux standardisé régional atteignait 170 pour 100 000 habitants, contre 146 en France entière.

● Une prédominance féminine et chez les jeunes : les femmes représentaient 66 % des HGAI et les 11-24 ans 40,4 % des hospitalisations. Les taux les plus élevés concernaient les filles de 11-17 ans (720/100 000) et les jeunes femmes de 18-24 ans (655/100 000).

● Une progression particulièrement marquée chez les jeunes femmes : chez les femmes, le taux d'HGAI a augmenté de 18 % en un an, avec une hausse notamment chez les 11-17 ans (+20 %), les 18-24 ans (+30 %) et les 25-44 ans (+41 %). Depuis 2021, les hausses atteignaient respectivement +56 % et +107 % chez les 11-17 ans et les 18-24 ans.

● Des disparités territoriales : le Loiret (203/100 000), l'Indre-et-Loire (175/100 000) et le Loir-et-Cher (169/100 000) présentaient les taux les plus élevés. Depuis 2021, le taux avait fortement augmenté dans le Loiret (+107 %), le Loir-et-Cher (+41 %) et le Cher (+36 %). Ces écarts sont toutefois à interpréter en tenant compte notamment des différences d'offre de soins psychiatriques entre les territoires.

Décès par suicide *(SNDS CépiDc 2024 – tous âges)*

● Un taux régional supérieur au niveau national : en 2024, 415 décès par suicide ont été recensés en Centre-Val de Loire. Le taux standardisé était de 15 décès pour 100 000 habitants, contre 13 en France entière.

● Une forte prédominance masculine et des taux plus élevés aux âges avancés : les hommes représentaient 76 % des décès. Les taux les plus élevés étaient observés chez les hommes de 65 ans et plus (50/100 000) et les 45-64 ans (32/100 000). Les décès concernaient majoritairement les personnes âgées de 45 ans et plus (74 %).

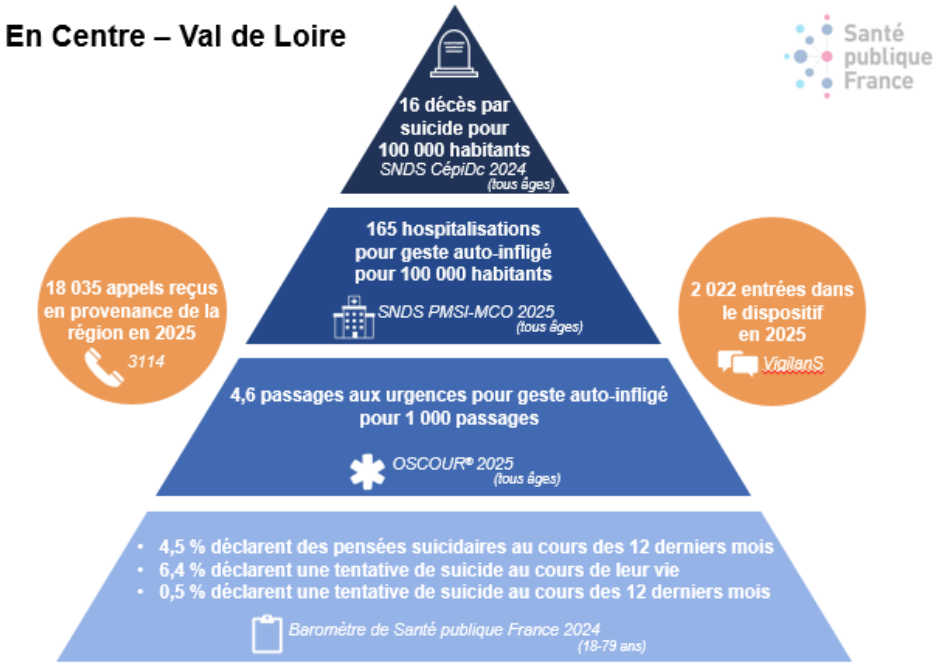
● Une tendance globalement stable : depuis 2020, les taux standardisés de décès par suicide étaient globalement stables, chez les hommes comme chez les femmes et dans les différentes classes d'âge.

● Des disparités territoriales : l'Indre (24/100 000) et le Cher (17/100 000) présentaient les taux les plus élevés en 2024. Depuis 2020, une hausse était observée dans l'Indre (+50 %) et, dans une moindre mesure, le Loiret (+7 %). Ces évolutions doivent être interprétées avec prudence compte tenu des faibles effectifs départementaux.

Activité 2025 des dispositifs de prévention 3114 et VigilanS

● Une forte progression des appels au 3114 : 18 037 appels provenaient du Centre-Val de Loire en 2025, soit +76 % en un an, contre +62 % au niveau national. Cette hausse pourrait notamment s'expliquer par une meilleure appropriation du numéro et une visibilité accrue en ligne.

● Une hausse des entrées dans VigilanS : En 2025, 2 022 entrées dans le dispositif VigilanS ont été enregistrées en Centre-Val de Loire, soit une augmentation de 19 % par rapport à 2024. L'évaluation menée par Santé publique France montre une réduction de près de 40 % du risque de réitération suicidaire chez les patients suivis par VigilanS. Le dispositif est par ailleurs reconnu comme pratique innovante par l'OCDE depuis 2025.



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 Centre-Val de Loire sont détaillées dans le Panorama régional sur le site de Santé publique France.

Temps forts et prévention en santé mentale

« Parlons santé mentale ! » La santé mentale, Grande Cause Nationale 2025 et 2026. L'année 2025 a été une année de sensibilisation pour libérer la parole, décomplexer les conversations et promouvoir l'écoute et l'inclusion dans tous les pans de la société. L'année 2026 vient consolider et amplifier la transformation déjà engagée. En savoir plus

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



Dispositif Mon soutien psy



Source de données

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

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

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

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

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

Définition

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

Offre de psychologues conventionnés

Au 31 décembre 2025, 7 280 psychologues étaient conventionnés en France hexagonale et DROM pour le dispositif Mon soutien psy, dont 223 (3 %) en Centre-Val de Loire.

Recours au dispositif

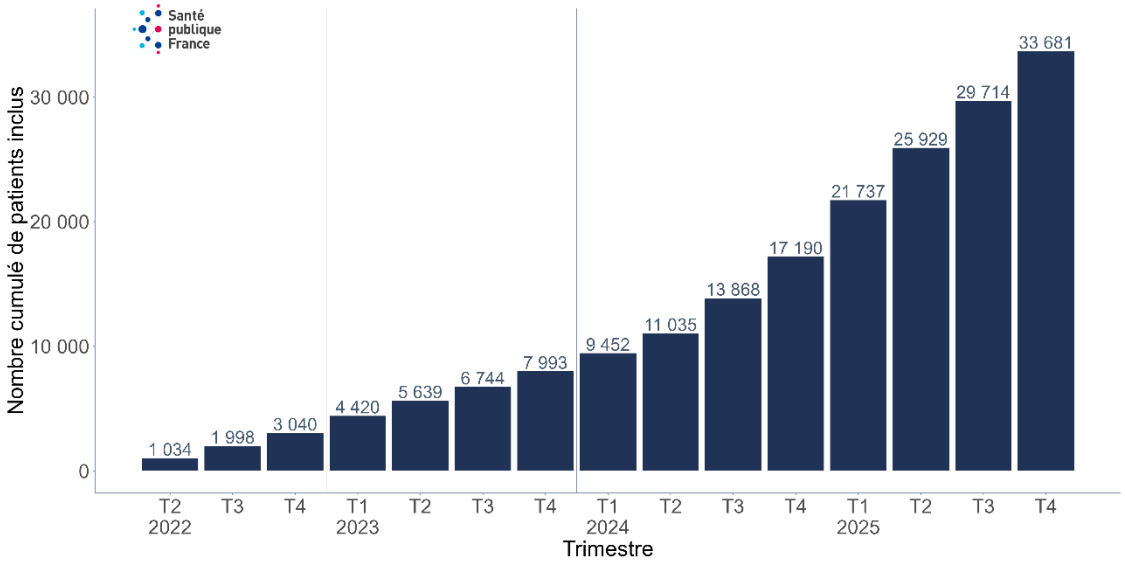
Depuis le début du dispositif et jusqu'au 31 décembre 2025, 33 681 patients ont bénéficié du dispositif en Centre-Val de Loire (Figure 1), pour un total de 1 102 303 patients en France. En 2025, 16 491 patients ont été inclus dans le dispositif Mon soutien psy en Centre-Val de Loire, soit 3 % des 529 118 patients inclus au niveau national. Parmi les bénéficiaires de la région en 2025, 67 % étaient des femmes (*vs.* 68 % en France) et 22 % avaient entre 11 et 24 ans, contre 21 % au niveau national (Figure 2).

Le nombre de patients inclus dans la région était en augmentation constante depuis le début du dispositif en 2022, avec une hausse de 79 % par rapport à 2024. Cette hausse était notamment liée 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 (Figure 1).

En 2025, 91 448 séances ont été réalisées dans la région dans le cadre de Mon soutien psy (*vs.* près de 3 millions en France) pour un montant remboursé par l'Assurance Maladie de près de 3

millions d'euros. Parmi ces séances, 80,4 % étaient des séances de suivi en présentiel ou à distance, les autres correspondant aux premiers entretiens d'évaluation. Le recours aux séances de suivi à distance demeurait limité avec seulement 2,7 % des séances de suivi, principalement chez les patients adultes.

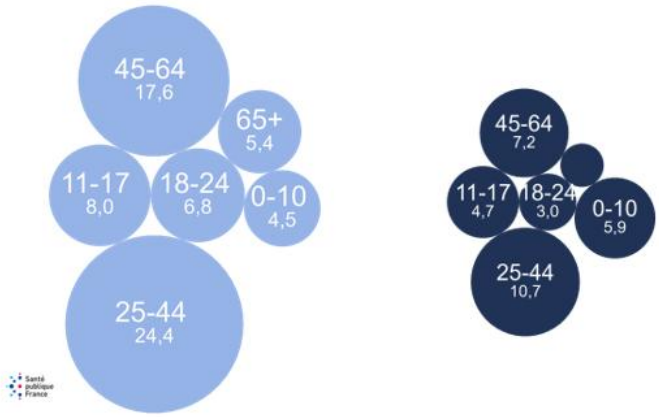
Figure 1. Évolution du nombre de patients (en cumulé) inclus dans le dispositif Mon soutien psy par trimestre, Centre-Val de Loire, 2022-2025



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

Source : SNDS. Exploitation : Santé publique France

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

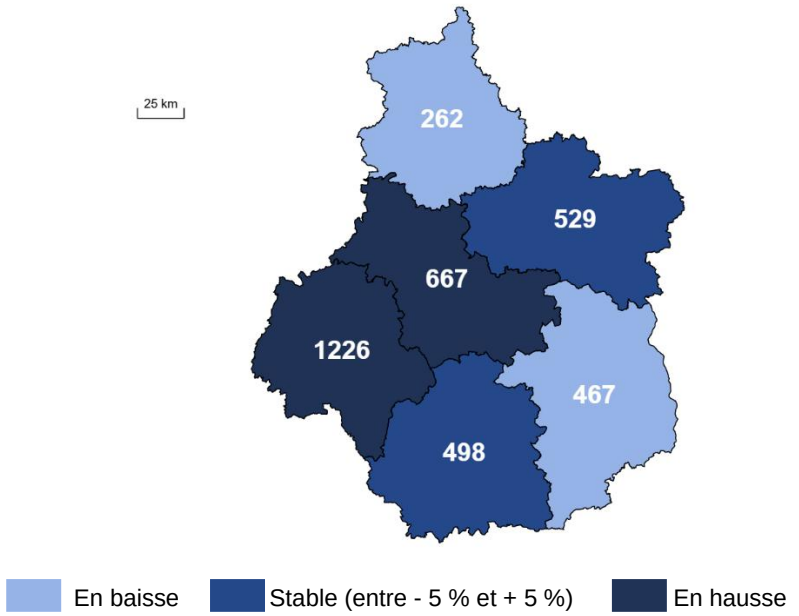


Les cercles vides correspondent à un pourcentage d'inclusions inférieur à 3 %.

Soins réalisés de janvier à décembre 2025, liquidés à fin juin 2026, tous régimes, SNDS. Exploitation : Santé publique France

En Centre-Val de Loire, le taux de recours à Mon soutien psy était de 661 patients pour 100 000 habitants en 2025. Au sein de la région, des disparités départementales étaient observées dans le recours au dispositif. Ainsi, l'Indre-et-Loire et le Loir-et-Cher présentaient les taux de recours les plus élevés de la région (Figure 3). Ces différences pourraient en partie s'expliquer par une offre et une répartition hétérogènes des psychologues conventionnés entre les territoires.

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



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

Note sur l'interprétation des résultats
Les **disparités territoriales** peuvent être en partie expliquées par les différences d'offre de soins (nombre de psychologues conventionnés).

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

Source de données

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

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

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

Définitions

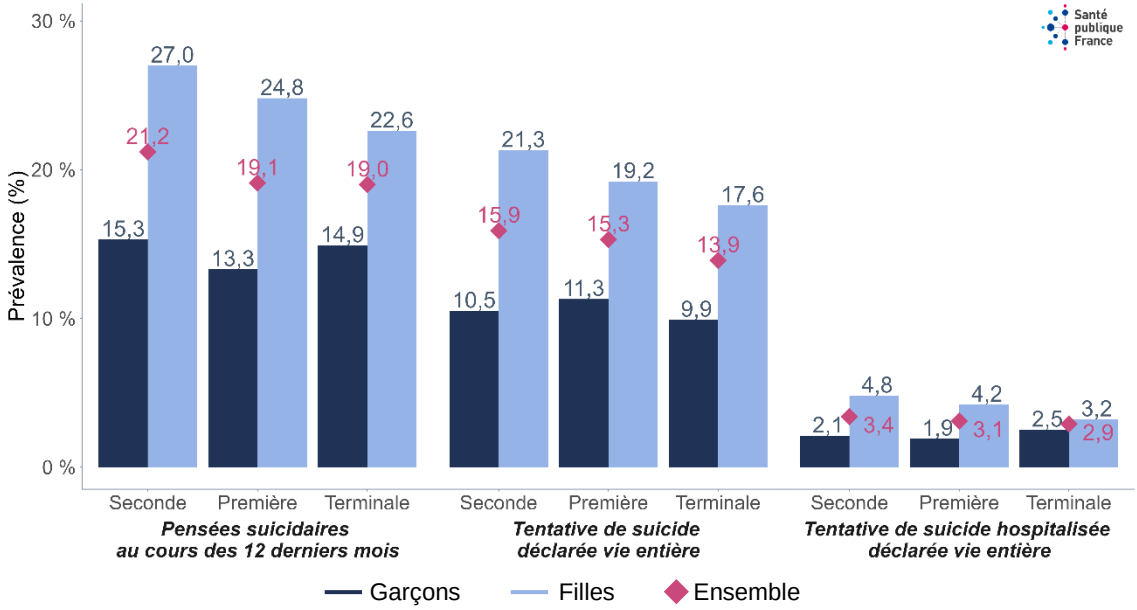
Les questions sur les comportements suicidaires ont été uniquement posées aux lycéens (pour rappel, 7 431 lycéens ont répondu à l'enquête en 2024). Ont été évaluées les **pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois** (« Au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé à te suicider ? »), les **tentatives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

Conduites suicidaires parmi les lycéens en 2024

En 2024, près d'un lycéen sur cinq (19,8 %) déclarait avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Les filles présentaient des prévalences plus élevées que les garçons (24,9 % contre 14,5 % en moyenne), 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 lycéens déclaraient avoir fait, au cours de leur vie, une tentative de suicide ayant nécessité une hospitalisation. Comme pour les deux autres indicateurs, cette prévalence 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).

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



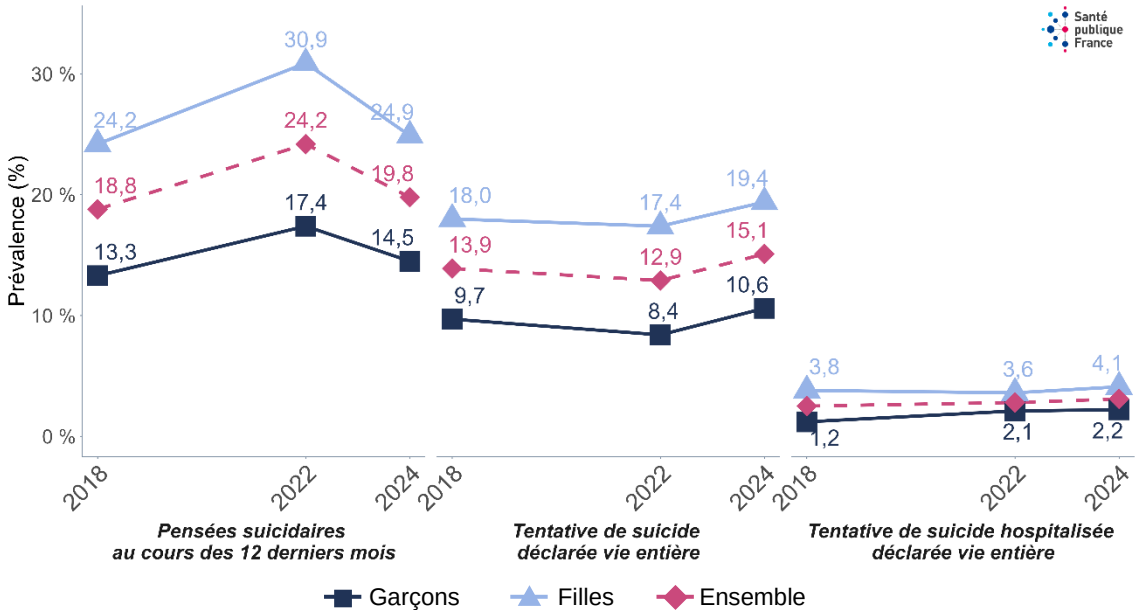
Source : EnCLASS 2024. Exploitation : Santé publique France

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 %. Cette baisse au cours des deux dernières années était observée pour les deux sexes, même si elle restait plus élevée chez les filles passant de 30,9 % à 24,9 %, que chez les garçons (de 17,4 % à 14,5 %).

A l'inverse, la prévalence des tentatives de suicide déclarées au cours de la vie a augmenté entre 2022 et 2024, évoluant de 12,9 % à 15,1 %, dépassant le niveau de 2018 (13,9 %). Cette hausse a été observée tant chez les lycéennes (de 17,4 % à 19,4 %) que chez les lycéens (de 8,4 % à 10,6 %). Concernant les tentatives de suicide déclarées au cours de la vie ayant mené à une hospitalisation, leur prévalence est restée stable autour de 2,8 % depuis 2018 (Figure 5).

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



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

Passages aux urgences pour geste auto-infligé

Source de données
Les données d'activité des services d'urgences sont issues du **réseau OSCOUR®** qui comptait près de 700 services d'urgences générales (seuls 2 services d'urgences psychiatriques participent actuellement au dispositif) participants en 2025 et couvrait 97 % des passages aux urgences de France hexagonale et DROM.
En Centre-Val de Loire, 26 des 27 services d'urgences participaient au dispositif en 2025 et couvraient 96 % des passages aux urgences de la région. Le taux de codage des diagnostics médicaux toutes causes confondues au niveau régional était de 88 % en 2025.

Définitions
Un **passage aux urgences pour geste auto-infligé** (GAI) est défini comme une tentative de suicide ou une automutilation, sans qu'il soit possible de distinguer les deux. Les diagnostics étant majoritairement réalisés par des urgentistes et la circonstance de l'événement n'étant pas toujours connue au moment de l'enregistrement, les codes sélectionnés en lien avec un geste auto-infligé étaient ceux correspondant aux **auto-intoxications et lésions auto-infligées** (hors auto-intoxication par l'alcool et l'exposition à l'alcool), ainsi qu'aux **séquelles d'une lésion auto-infligée**, **aux intoxications médicamenteuses, aux effet toxique des pesticides et aux 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.

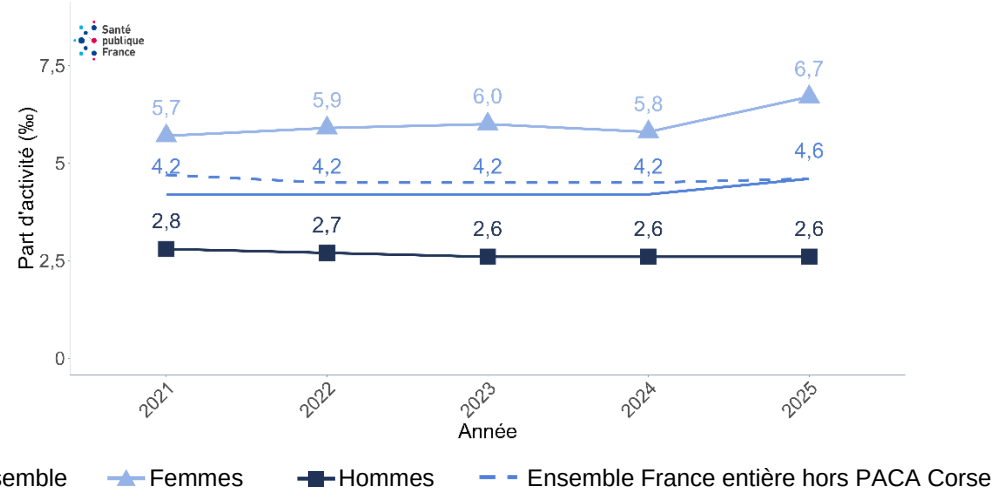
Évolution temporelle entre 2021 et 2025

En 2025, 3 360 passages aux urgences pour geste auto-infligé ont été dénombrés en Centre-Val de Loire, soit une hausse de 12 % par rapport à 2024, contre 4 % au niveau national.

Les passages aux urgences pour geste auto-infligé représentaient une part d'activité de 4,6 ‰ au sein des services d'urgence de la région (4,7 ‰ au niveau France entière). Cette part d'activité était en légère hausse de 10 % par rapport à 2024, contre 3 % au niveau national. Depuis 2021, la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé en Centre-Val de Loire était en hausse de 10 % notamment chez les femmes (+16 %), tandis qu'elle était stable chez les hommes (Figure 6).

Parmi l'ensemble des passages pour geste auto-infligé, près de deux tiers, 64,8 % étaient suivis par une hospitalisation. Cet indicateur est toutefois à interpréter avec précaution en raison de différences de pratiques entre les services d'urgence de la région.

Figure 6. Évolution de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (‰), par sexe, Centre-Val de Loire et France entière hors PACA et Corse, 2021-2025



Source : OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France

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

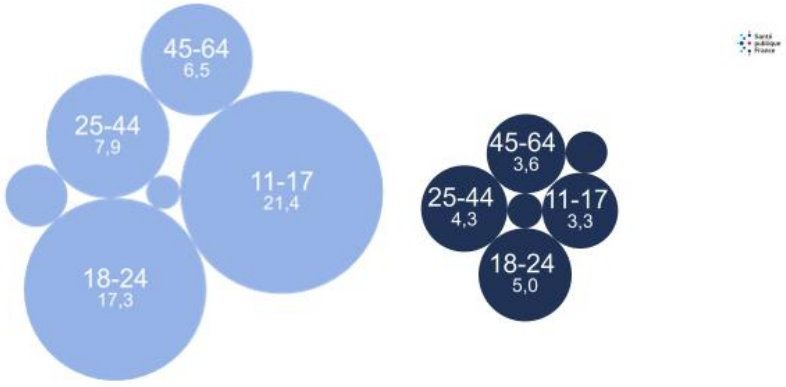
Caractéristiques des passages aux urgences

Parmi les passages aux urgences pour geste auto-infligé, près de 2 sur 3 concernaient des femmes (71,1 %). 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 dans la région (respectivement 21,4 ‰ et 17,3 ‰), proches de celles observées au niveau national (respectivement 19,0 ‰ et 15,2 ‰) (Figure 7). La part d'activité chez les femmes de 11-17 ans était en légère hausse par rapport à 2024 (+15 %), et stable chez les 18-24 ans.

Au cours des cinq dernières années, les 18-24 ans et les 11-17 ans étaient les classes d'âge chez les femmes pour lesquelles la part d'activité augmentait, avec des hausses respectives de 48 % et 33 %. Elle était stable ou en baisse dans les autres classes d'âge.

Chez les hommes, les 18-24 ans et les 25-44 ans étaient les classes d'âge avec les parts d'activité les plus élevées en 2025 dans la région (respectivement 5,0 ‰ et 4,3 ‰), proches de celles observées au niveau national (respectivement 5,7 ‰ et 5,0 ‰) (Figure 7). Pour ces deux classes d'âge, la part d'activité était stable par rapport à 2024. Au cours des cinq dernières années, les 11-17 ans et 18-24 ans étaient les classes d'âge chez les hommes pour lesquelles la part d'activité augmentait, avec respectivement une hausse de 15 % et 28 %. Elle était stable ou en baisse dans les autres classes d'âge.

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

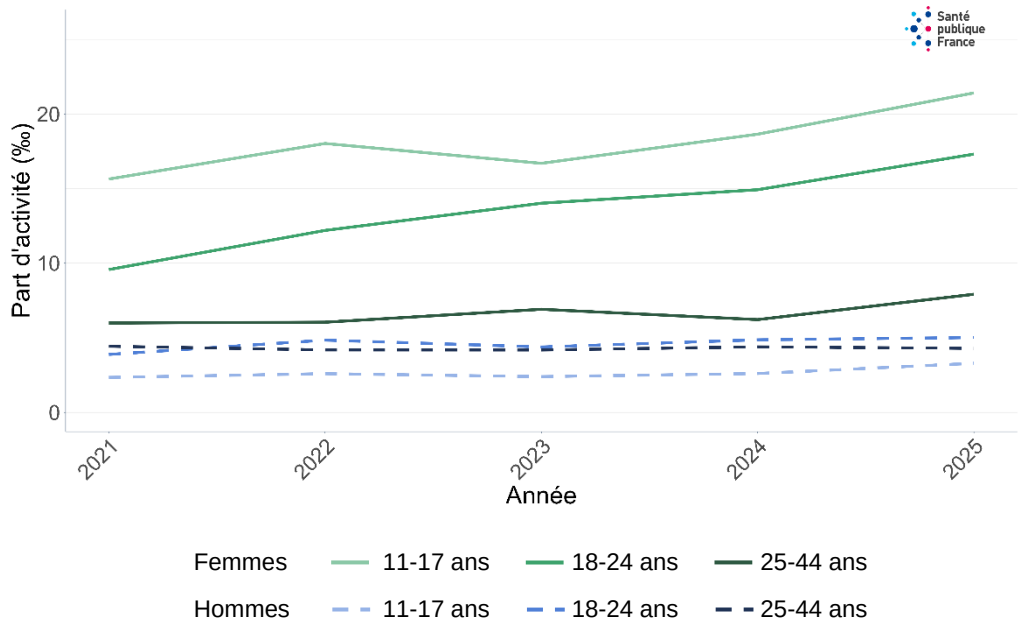


Les cercles vides correspondent à des parts d'activité inférieures à 2 ‰.

Source : OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France

Depuis 2021, la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé était en hausse chez les femmes en Centre-Val de Loire, avec une hausse plus marquée chez les 11-17 ans et les 18-24 ans (Figure 8).

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, Centre-Val de Loire, 2021-2025



Source : OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France

Disparités territoriales

Des disparités territoriales étaient observées entre les départements de la région concernant la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé. En 2025, le Loir-et-Cher présentait la part d'activité la plus élevée (7,7 ‰), devant le Cher (5,0 ‰) et l'Indre (4,8 ‰) (Figure 9).

Par rapport à 2024, la part d'activité était en hausse dans l'Indre (+45 %), le Loir-et-Cher (+22 %) et le Cher (+14 %). Depuis 2021, elle était en hausse dans le Loiret (+44 %), l'Indre-et-Loire (+29 %) et le Loir-et-Cher (+22 %), tandis qu'elle était en baisse en Eure-et-Loir (-19 %) et dans le Cher (-25 %).

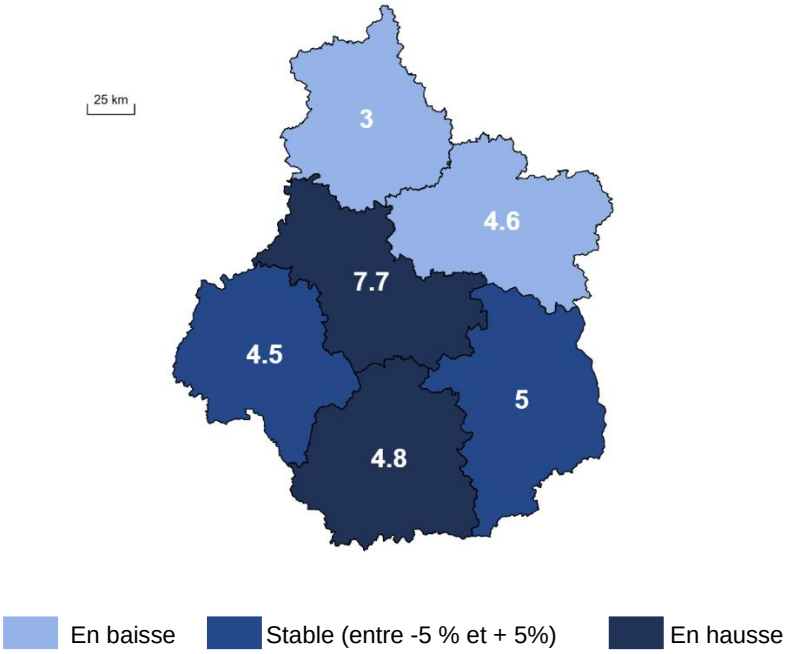
Ces différences entre les territoires doivent toutefois être interprétées avec prudence. Elles peuvent notamment s'expliquer par des différences de pratiques de codage entre les services d'urgence, les diagnostics étant majoritairement codés par des urgentistes, ainsi que par des différences d'offre de soins, notamment psychiatrique. Les évolutions observées au cours du temps ne traduisent donc pas nécessairement une évolution réelle des gestes auto-infligés.

Note sur l'interprétation des résultats

Les **indicateurs relatifs aux enfants de moins de 10 ans** sont à interpréter avec précaution, puisqu'il est difficile à cet âge de déterminer l'intentionnalité du geste auto-infligé avec les données dont nous disposons.

Les **disparités territoriales** peuvent être en partie expliquées par le fait que les diagnostics sont réalisés majoritairement par des urgentistes et par des différences d'offre de soins entre territoires, notamment l'activité des services d'urgences psychiatriques ne relevant pas d'un établissement de santé participant à OSCOUR®.

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



Source : OSCOUR®. Exploitation : Santé publique France

Hospitalisations pour geste auto-infligé

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

Définition
Une **hospitalisation pour geste auto-infligé (HGAI)** est définie comme une hospitalisation pour tentative de suicide ou une automutilation, sans qu'il soit possible de distinguer 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**.

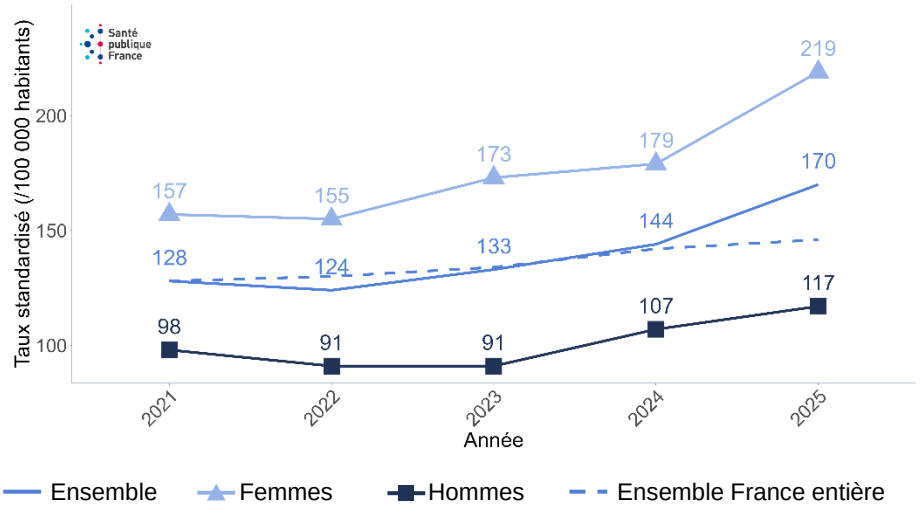
Évolution temporelle entre 2021 et 2025

Le nombre d'hospitalisations pour geste auto-infligé (HGAI) en Centre-Val de Loire poursuivait sa hausse en 2025, avec 4 274 hospitalisations recensées, soit une hausse de 18 % par rapport à 2024 et un taux brut de 165 hospitalisations pour 100 000 habitants. Le taux standardisé était de 170 hospitalisations pour 100 000 habitants, en hausse de 18 % par rapport à 2024, et supérieur à celui observé en France entière (146 pour 100 000 habitants, en hausse de 3 %).

Par rapport à 2024, le taux standardisé avait augmenté chez les deux sexes (+22 % chez les femmes et +9 % chez les hommes). Depuis 2021, le taux standardisé d'HGAI dans la région avait augmenté de 32 %, avec une hausse plus importante chez les femmes (40 %) que chez les hommes (20 %) (Figure 10).

Au total, 3 458 personnes ont été hospitalisées au moins une fois pour un geste auto-infligé en 2025 en Centre-Val de Loire, soit une hausse de 14 % par rapport à l'année précédente et un taux brut de 134 personnes hospitalisées pour 100 000 habitants. Depuis 2021, le taux standardisé de patients hospitalisés pour un geste auto-infligé avait augmenté de 24 %, avec une hausse plus marquée chez les femmes (+28 %) que chez les hommes (+16 %).

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



Source : SNDS – PMSI MCO. Exploitation : Santé publique France

Caractéristiques des hospitalisations

Comme au niveau national (65,3 %), près de deux HGAI sur trois concernaient des femmes (66,1 %) en 2025. Les jeunes de 11 à 24 ans représentaient 40,4 % des HGAI.

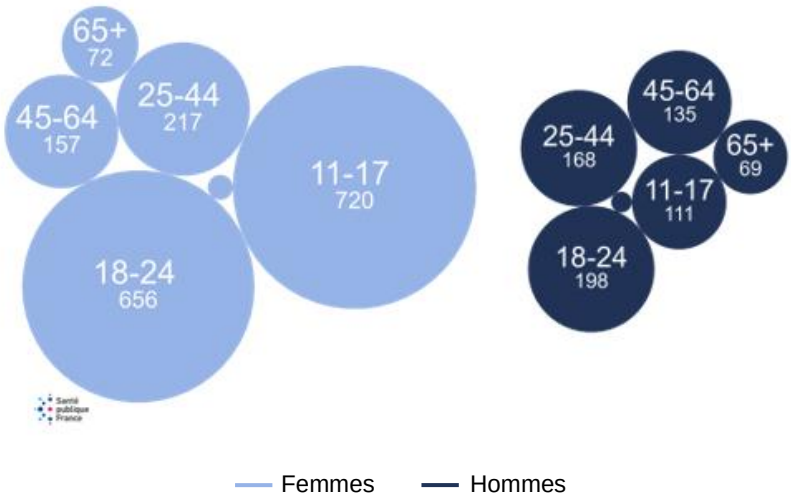
Chez les femmes, les taux les plus élevés étaient observés chez les 11-17 ans et les 18-24 ans, avec respectivement 720 et 655 hospitalisations pour 100 000 femmes (contre respectivement 697 et 461 pour 100 000 au niveau national). Ces taux étaient largement supérieurs à ceux observés dans les autres classes d'âge (Figure 11).

Chez les femmes, les taux d'HGAI étaient en hausse de 18 % par rapport à 2024. Cette hausse était notamment marquée chez les adolescentes de 11-17 ans (+20 %), les jeunes femmes de 18-24 ans (+30 %) et les femmes de 25-44 ans (+41 %), tandis que les taux étaient stables dans les autres classes d'âge. Au cours des cinq dernières années, les taux d'HGAI avaient fortement augmenté chez les 11-17 ans (+56 %) et les 18-24 ans (+107 %). Ils étaient stables dans les autres classes d'âge, à l'exception des femmes de 25-44 ans, chez lesquelles ils avaient augmenté de 10 % (Figure 12). Le taux d'HGAI chez les filles de moins de 10 ans était également en hausse par rapport à 2024 ; toutefois, compte tenu des faibles effectifs, cette évolution est à interpréter avec précaution.

Chez les hommes, les 18-24 ans et les 25-44 ans présentaient les taux d'hospitalisation les plus élevés, avec respectivement 198 et 168 hospitalisations pour 100 000 hommes (contre respectivement 179 et 156 pour 100 000 au niveau national) (Figure 11).

Par rapport à 2024, les taux étaient en hausse chez les adolescents de 11-17 ans (+32 %) et les hommes de 65 ans et plus (+23 %), et stables dans les autres classes d'âge. Au cours des cinq dernières années, les taux d'HGAI avaient augmenté chez les 11-17 ans (+46 %) et les 18-24 ans (+23 %), et étaient stables dans les autres classes d'âge (Figure 12). Comme chez les filles, le taux d'HGAI chez les garçons de moins de 10 ans était en hausse par rapport à 2024 ; toutefois, compte tenu des faibles effectifs, cette évolution est à interpréter avec précaution.

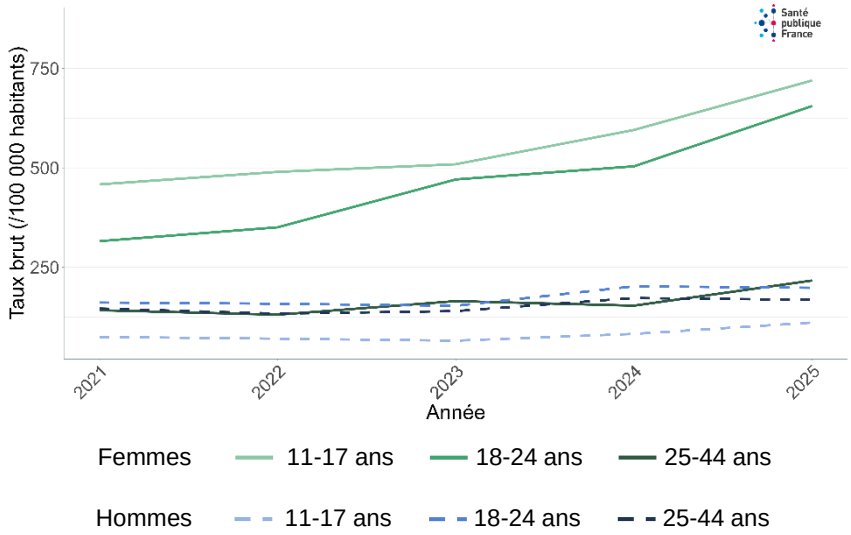
Figure 11. Taux bruts d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, Centre-Val de Loire, 2025



Les cercles vides correspondent à des taux inférieurs à 10 pour 100 000 habitants.

Source : SNDS – PMSI MCO. Exploitation : Santé publique France

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



Source : SNDS – PMSI MCO. Exploitation : Santé publique France

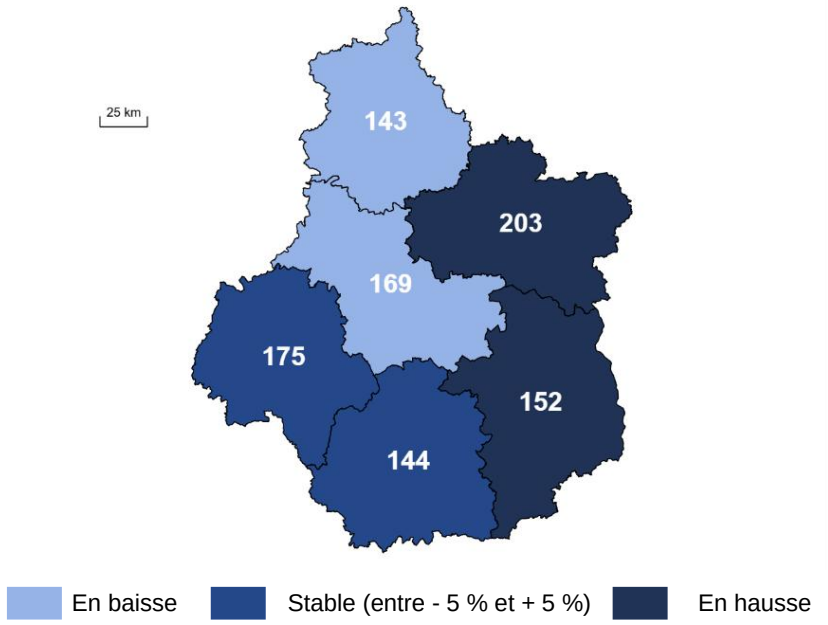
Disparités territoriales

Des disparités départementales étaient observées concernant les taux d'hospitalisation pour geste auto-infligé. En 2025, le Loiret, l'Indre-et-Loire et le Loir-et-Cher présentaient les taux standardisés d'hospitalisation les plus élevés de la région, avec respectivement 203, 175 et 169 hospitalisations pour 100 000 habitants (Figure 13).

Par rapport à 2021, les taux d'HGAI étaient en nette augmentation dans le Loiret (+107 %), le Loir-et-Cher (+41 %) et le Cher (+36 %), tandis qu'ils étaient stables en Eure-et-Loir (+1 %) et dans l'Indre (-7 %).

Ces disparités territoriales doivent toutefois être interprétées en tenant compte des différences d'offre de soins entre les départements, notamment en matière d'offre psychiatrique.

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



Source : SNDS – PMSI MCO. Exploitation : Santé publique France

Information
Afin d'aider à la décision, Santé publique France met désormais 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 complément de leur présentation dans le bulletin, sont également disponibles en ligne sur Odissé, le site d'*open data* de Santé publique France.

Par rapport à 2024, une hausse du taux d'HGAI était observée dans l'ensemble des PTSM de la région : +41 % dans le PTSM du Cher, +33 % dans le PTSM du Loiret, +14 % dans le PTSM d'Indre-et-Loire, +13 % dans le PTSM de l'Indre, et +4 % dans chacun des PTSM d'Eure-et-Loir et du Loir-et-Cher.

Au cours des cinq dernières années, le taux d'HGAI avait augmenté dans cinq des six PTSM de la région : +111 % dans le PTSM du Loiret, +39 % dans le PTSM du Loir-et-Cher, +34 % dans le PTSM du Cher, +14 % dans le PTSM d'Indre-et-Loire et +2 % dans le PTSM d'Eure-et-Loir. Il était en revanche en baisse dans le PTSM de l'Indre (-9 %) (Tableau 1).

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

PTSM	Effectif ensemble	Taux brut	Taux standardisé	Evolution vs 2024	Evolution vs 2021
PTSM Cher	407	136	150	+ 41 %	+ 34 %
PTSM Eure et Loir	590	137	145	+ 4 %	+ 2 %
PTSM Indre	284	131	144	+ 13 %	-9 %
PTSM Indre-et-Loire	1 082	177	176	+ 14 %	+ 14 %
PTSM Loir-et-Cher	519	158	169	+ 4 %	+ 39 %
PTSM Loiret	1 392	203	207	+ 33 %	+ 111 %

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

Source : SNDS – PMSI MCO. Exploitation : 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 des interventions recommandées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour prévenir le suicide. Afin de documenter leur utilisation et d'orienter l'action publique, Santé publique France présente des indicateurs sur les causes d'hospitalisation pour geste auto-infligé.

L'auto-intoxication médicamenteuse (IMV) était le moyen le plus fréquemment recensé parmi les HGAI dans la région, représentant 78 % des séjours, comme au niveau national. Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'utilisation d'un objet tranchant (10 %), la consommation d'alcool (10 %) et la pendaison (3 %). L'auto-intoxication médicamenteuse et l'utilisation d'un objet tranchant étaient plus fréquemment recensées chez les femmes (respectivement 83 % et 11 %) que chez les hommes (respectivement 67 % et 8 %). Les auto-intoxications par d'autres produits (c'est-à-dire non médicamenteux) ainsi que les modes violents étaient davantage recensés chez les hommes que chez les femmes (Tableau 2).

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

Femmes

Moyen utilisé	Effectif	Proportion
IMV	2 334	83 %
Objet tranchant	305	11 %
Alcool	212	8 %
Autres auto-intoxications	51	2 %
Autres - non précisés	50	2 %
Pendaison*	49	2 %
Saut dans le vide*	31	1 %
Collision intentionnelle*	8	0 %
Noyade*	7	0 %
Objet contondant*	5	0 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	5	0 %
Armes à feu*	2	0 %

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

Hommes

Moyen utilisé	Effectif	Proportion
IMV	977	67 %
Alcool	252	17 %
Objet tranchant	121	8 %
Pendaison*	74	5 %
Autres - non précisés	37	2 %
Autres auto-intoxications	33	2 %
Armes à feu*	27	2 %
Saut dans le vide*	26	2 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	12	1 %
Noyade*	5	0 %
Collision intentionnelle*	5	0 %
Objet contondant*	0	0 %

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

Source : SNDS – PMSI MCO. Exploitation : Santé publique France

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 constatant le décès (et, à titre expérimental, par les infirmières depuis 2024), en collaboration avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Ces données sont ensuite mises à disposition dans le SNDS.

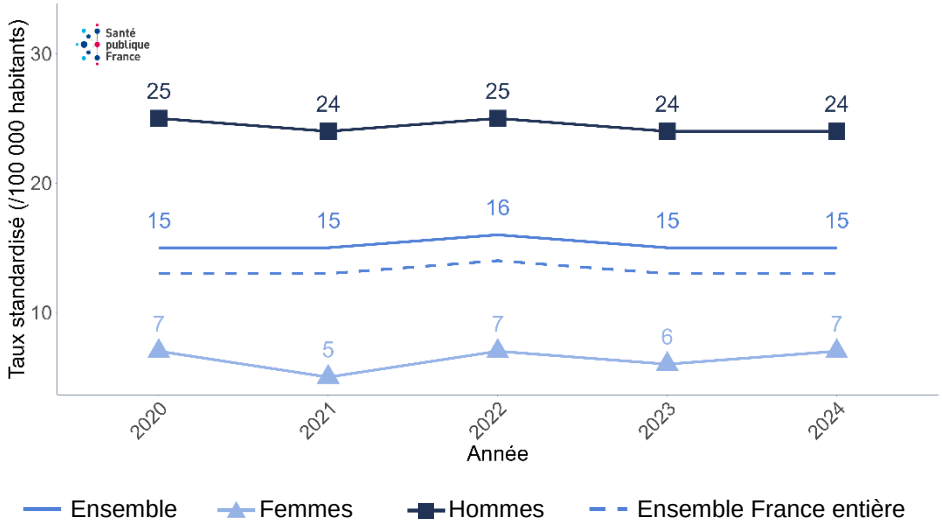
Définition
Un **décès par suicide** est défini comme un décès dont la cause médicale initiale d'**auto-intoxication ou de lésion auto-infligée**.

Évolution temporelle entre 2020 et 2024

En 2024, le nombre de décès par suicide en Centre-Val de Loire était en légère hausse, avec 415 décès recensés, soit +7 % par rapport à 2023 (28 décès supplémentaires). Ce nombre correspondait à un taux brut de 16 décès pour 100 000 habitants. Le taux standardisé était de 15 décès pour 100 000 habitants, en hausse de 7 % par rapport à 2023, contre 13 décès pour 100 000 habitants en France entière, en baisse de 2 % sur la même période.

Depuis 2020, le taux standardisé de décès par suicide en Centre-Val de Loire est resté globalement stable, malgré des fluctuations selon les années et le sexe (Figure 14).

Figure 14. Évolution du taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants, Centre-Val de Loire, 2020-2024



Source : SNDS – CépiDc. Exploitation : Santé publique France

Caractéristiques des décès par suicide

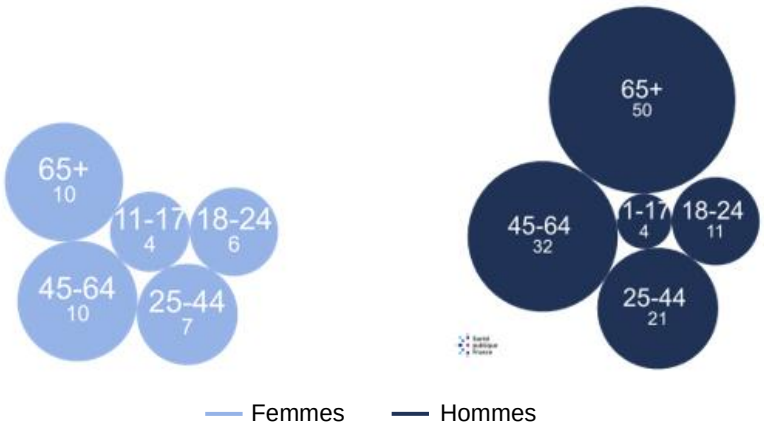
Comme au niveau national (75,6 %), les trois-quarts des décès par suicide concernaient des hommes (75,9 %) et la majorité des décès concernait les 45 ans et plus (74,4 %). Les taux de décès par suicide étaient nettement plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans toutes les classes d'âge.

Chez les hommes, les 65 ans et plus et les 45-64 ans présentaient les taux de décès par suicide les plus élevés, avec respectivement 50 et 32 décès pour 100 000 hommes, contre 36 et 28 pour 100 000 au niveau national. Ces taux étaient stables par rapport à 2023 dans l'ensemble des classes

d'âge. Au cours des cinq dernières années, les taux de décès par suicide étaient globalement stables chez les hommes (Figures 15 et 16).

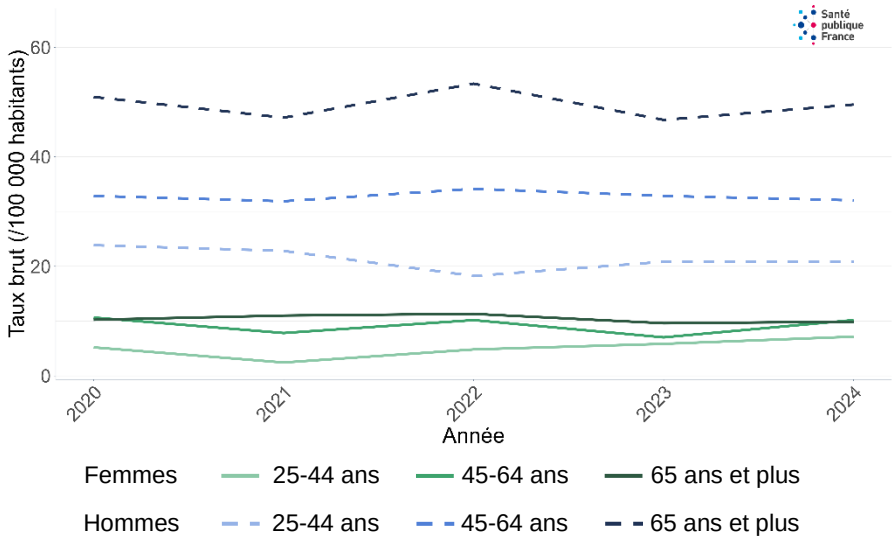
Chez les femmes, les taux les plus élevés étaient observés chez les 45-64 ans et les 65 ans et plus, avec 10 décès pour 100 000 femmes dans chacune de ces classes d'âge, contre 9 pour 100 000 au niveau national. Les taux étaient stables par rapport à 2023 dans l'ensemble des classes d'âge et globalement stables au cours des cinq dernières années (Figures 15 et 16).

Figure 15. Taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants par classe d'âge et sexe, Centre-Val de Loire, 2024



Les cercles vides correspondent à des taux inférieurs à 10 pour 100 000 habitants.
Source : SNDS – CépiDc. Exploitation : Santé publique France

Figure 16. Évolution des taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants par classe d'âge et par sexe, Centre-Val de Loire, 2020-2024



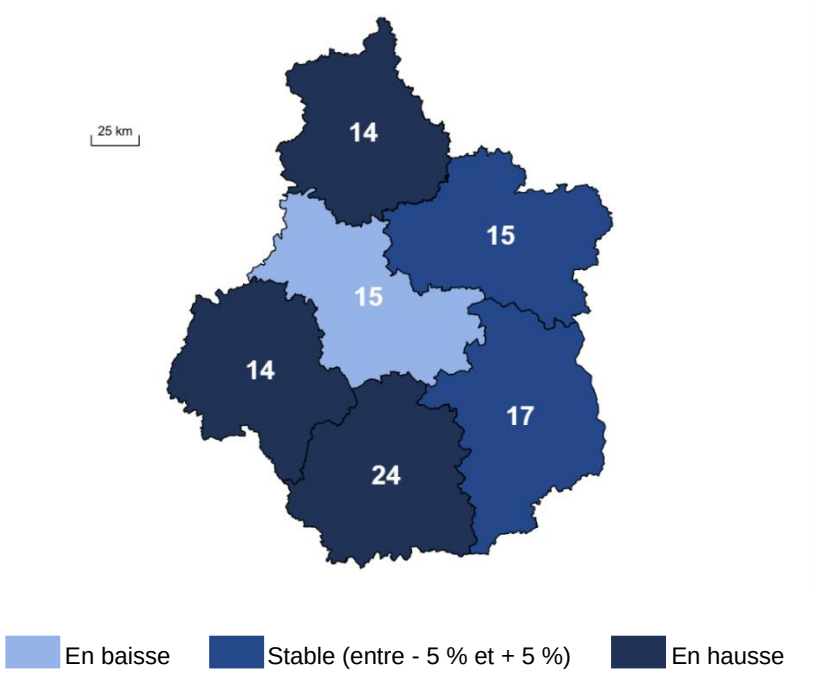
Source : SNDS – CépiDc. Exploitation : Santé publique France

Disparités territoriales

Des disparités départementales étaient observées concernant les taux standardisés de décès par suicide en 2024. L'Indre et le Cher présentaient les taux les plus élevés de la région, avec respectivement 24 et 17 décès pour 100 000 habitants. Les taux étaient de 15 pour 100 000 habitants en Eure-et-Loir et dans le Loiret, et de 14 pour 100 000 habitants en Indre-et-Loire et dans le Loir-et-Cher (Figure 17).

Depuis 2020, une tendance à la hausse du taux standardisé était observée dans l'Indre (+50 %) et, dans une moindre mesure, dans le Loiret (+7 %). Dans les autres départements, les évolutions étaient plus limitées. Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec précaution au regard des faibles effectifs de décès à l'échelle départementale, susceptibles d'entraîner des fluctuations importantes des taux d'une année à l'autre.

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



Source : SNDS – CépiDc. Exploitation : Santé publique France

Information
Afin d'aider à la décision, Santé publique France met désormais à disposition des acteurs et décideurs locaux les taux de décès par suicide, par classe d'âge et par sexe, à l'échelle des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Ces indicateurs, présentés dans le bulletin, sont également disponibles en ligne sur Odissé, le site d'*open data* de Santé publique France.

Par rapport à 2023, cinq PTSM sur six voyaient leur taux standardisé de décès par suicide augmenter : PTSM Indre-et-Loire (+15 %), PTSM Eure-et-Loir (+9 %), PTSM Indre et PTSM Loiret (+8 % chacun) et PTSM Cher (+6 %). À l'inverse, le taux standardisé était stable dans le PTSM Loir-et-Cher (-4 %).

Entre 2020 et 2024, seuls les PTSM de l'Indre et du Loiret présentaient une augmentation de leur taux standardisé de décès par suicide, respectivement de 54 % et 14 % (Tableau 3).

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

PTSM	Effectif ensemble	Taux brut	Taux standardisé	Evolution vs 2023	Evolution vs 2020
PTSM Cher	54,5	18	16	+ 6 %	-19 %
PTSM Eure et Loir	63,0	15	14	+ 9 %	-3 %
PTSM Indre	56,0	26	24	+ 8 %	+ 54 %
PTSM Indre-et-Loire	86,0	14	14	+ 15 %	-10 %
PTSM Loir-et-Cher	51,5	16	15	-4 %	-3 %
PTSM Loiret	105,0	15	15	+ 8 %	+ 14 %

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

Source : SNDS – CépiDc. Exploitation : 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.
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 les données de mortalité, consulter le bulletin régional « Grandes causes de mortalité en Centre-Val de Loire – Bilan 2023 ».

Pour plus d'informations sur la certification des décès et ses disparités territoriales, consulter le bulletin régional « Certification électronique des décès en région Centre-Val de Loire. Bulletin du 18 juin 2025 ».

Pour plus d'informations sur les limites liées aux volets complémentaires des certificats de décès réalisés à la suite d'une autopsie, consulter également la publication de la DREES sur la mortalité en France en 2023.

Moyens utilisés

Information

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

Le moyen de décès par suicide utilisé le plus fréquemment dans la région était la pendaison avec 51,8 % des décès (51,6 % au niveau France entière). Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, les armes à feu (16,6 %) et les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) (8,4 %).

La pendaison et le recours aux armes à feu étaient plus fréquemment utilisés par les hommes (respectivement 56 % et 22 %). À l'inverse, l'IMV était plus fréquente chez les femmes (18 % contre 8 % chez les hommes), tandis que la pendaison représentait une part moins importante des décès chez les femmes (38 %).

Les hommes utilisaient plus fréquemment que les femmes les moyens considérés comme violents (85 % contre 61 % chez les femmes) (Tableau 4).

Tableau 4. Répartition (%) des modes de décès par suicide par sexe, Centre-Val de Loire, 2024

Femmes

Moyen utilisé	Effectif	Proportion
Pendaison*	38	38 %
Autres - non précisés	21	21 %
IMV	18	18 %
Noyade*	9	9 %
Saut dans le vide*	8	8 %
Autres auto-intoxications	2	2 %
Objet tranchant	2	2 %
Armes à feu*	2	2 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	2	2 %
Collision intentionnelle*	2	2 %
Alcool	0	0 %
Objet contondant*	0	0 %

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

Hommes

Moyen utilisé	Effectif	Proportion
Pendaison*	176	56 %
Armes à feu*	68	22 %
Autres - non précisés	32	10 %
IMV	17	5 %
Noyade*	5	2 %
Saut dans le vide*	5	2 %
Collision intentionnelle*	5	2 %
Alcool	2	1 %
Autres auto-intoxications	2	1 %
Objet tranchant	2	1 %
Exposition aux fumées ou aux flammes*	2	1 %
Objet contondant*	0	0 %

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

Source : SNDS – CépiDc. Exploitation : Santé publique France

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.

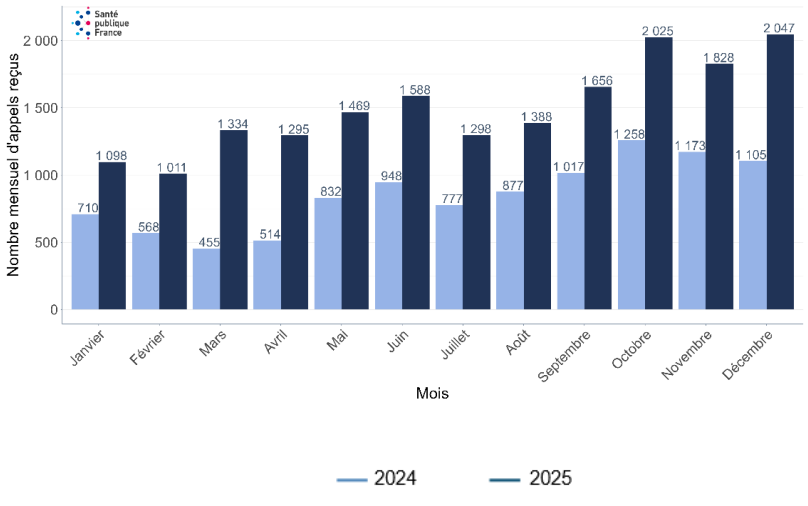
Définitions
Tous les **appels au 3114** d'une durée minimale de 5 secondes ont été pris en compte. Pour chaque appel, l'origine géographique de l'appelant (région de résidence) a été déterminée à partir de l'antenne-relais de ce dernier. Le **taux d'appels de la région** correspond au nombre d'appels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

Le 3114 est actuellement structuré 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 des appels de l'ensemble du territoire, y compris de Saint-Pierre-et-Miquelon. Un centre répondant est implanté en Centre-Val de Loire, à Tours.

En 2025, 547 799 appels ont été reçus par les différents centres répondants du 3114 (+62 % par rapport à 2024), dont 18 037 en provenance du Centre-Val de Loire. Cela correspondait à un taux de 697 appels pour 100 000 habitants dans la région. Le nombre d'appels en provenance du Centre-Val de Loire était en hausse de 76 % par rapport à 2024, année au cours de laquelle 10 234 appels avaient été reçus d'habitants de la région (Figure 18). Cela représentait une moyenne de 1 503 appels par mois en 2025.

Une forte augmentation du nombre d'appels au 3114 a été observée en 2025. Cette évolution est notamment attribuée à une meilleure appropriation du numéro par la population, à l'amélioration de son référencement dans les moteurs de recherche et, par effet domino, à une meilleure visibilité dans les outils d'intelligence artificielle générative. Ainsi, l'évolution du nombre d'appels au 3114 ne peut être interprétée à elle seule comme une évolution de la fréquence des comportements suicidaires ou de la souffrance psychique dans la population.

Figure 18. Évolution du nombre mensuel d'appels reçus par les centres 3114 en provenance du Centre-Val de Loire, 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-hospitalière 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 varie 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, qu'il ait abouti ou non, fait l'objet d'un courrier auprès des professionnels du cercle de soins du patient. En cela, VigilanS s'inscrit en parallèle des soins de première ligne.

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

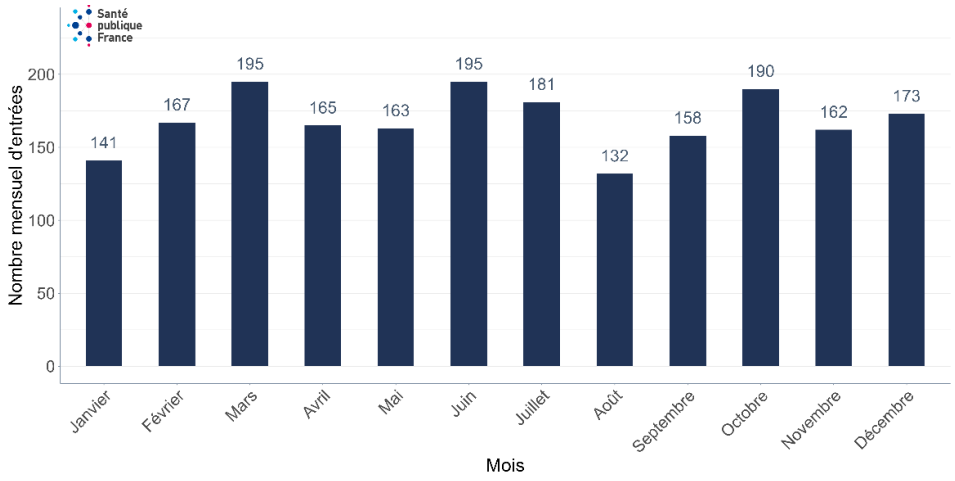
Définition

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

En 2025, VigilanS était déployé dans 17 régions françaises, dont 4 régions d'Outre-mer (hors Mayotte), et dans 99 départements. Le dispositif comptait 33 centres VigilanS répartis sur 32 sites, dont un centre en Centre-Val de Loire. Ce dernier, basé à Tours, a ouvert en octobre 2021.

En 2025, 2 022 personnes (+19 % par rapport à 2024) sont entrées dans le dispositif VigilanS en Centre-Val de Loire, contre 45 875 au niveau national, soit en moyenne 168 personnes incluses par mois. Le nombre d'entrées variait selon les mois, de 132 en août à 195 en mars et en juin (Figure 19).

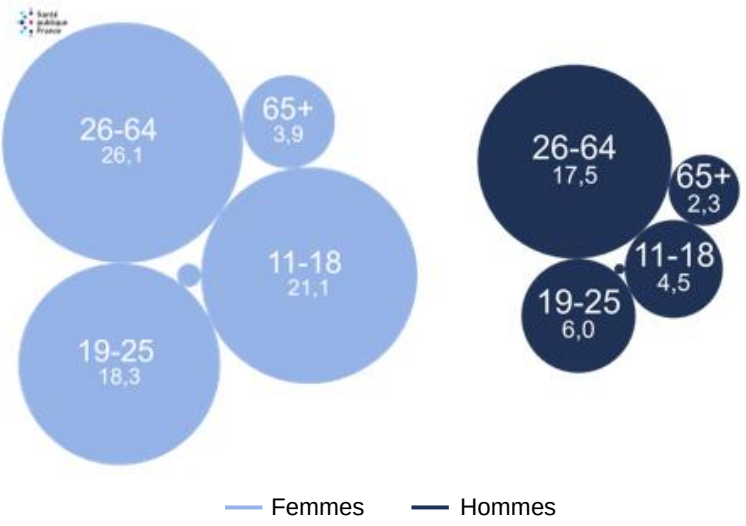
Figure 19. Évolution du nombre mensuel d'entrées dans le dispositif VigilanS, Centre-Val de la Loire, 2025



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

Comme au niveau national (67,2 %), près de 2 entrées dans le dispositif VigilanS sur 3 concernaient des femmes (69,7 %) en 2025. Les femmes de 26-64 ans représentaient 26 % des entrées dans la région (28 % au niveau national), suivies des femmes de 11-18 ans (21 %) et des jeunes femmes de 19-25 ans (18 %). Chez les hommes, les 26-64 ans représentaient 18 % des entrées (Figure 20).

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



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

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

Discussion

Une situation préoccupante chez les jeunes

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

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

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

Mais des avancées pouvant aussi expliquer l'évolution

Des évolutions sociétales et de prise en charge permettent également d'expliquer pourquoi les indicateurs apparaissent plus défavorables chez les jeunes. La crise du Covid-19 a notamment contribué à une déstigmatisation des problèmes de santé mentale et une libération de la parole, sans doute renforcée par les deux années successives de Grande cause nationale[2] consacrée à la santé mentale. Une meilleure sensibilisation des professionnels au dépistage des conduites suicidaires peut également expliquer la hausse des indicateurs, notamment par une amélioration des pratiques de codage et de la prise en charge. La promotion des dispositifs de prévention des conduites suicidaires, le 3114 notamment, et de la santé mentale avec « Mon soutien psy », notamment via le renforcement de leur notoriété dans les moteurs de recherche et par effet domino dans les modèles d'intelligence artificielle, et leur appropriation par la population peuvent également expliquer une partie de l'augmentation constatée, et donc être le signe d'une prise en charge adaptée.

Pour une meilleure prévention

Les analyses confirment l'intérêt de renforcer les dispositifs de prévention (3114 et VigilanS) ainsi que « Mon soutien psy », tout en appuyant leur pilotage sur la surveillance, en ciblant les populations

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

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

les plus concernées (les 11 à 24 ans), et en dimensionnant leur accessibilité en fonction des besoins territoriaux.

Enfin, les indicateurs sur les moyens utilisés ayant mené à une hospitalisation pour geste auto-infligé (souvent une ingestion de dose toxique de médicaments) invitent à analyser les modes d'accès à ces moyens létaux pour le limiter, comme recommandé par l'Organisation mondiale de la santé dans sa stratégie de prévention du suicide.

Références

1. Haut Conseil de la santé publique. Trente ans d'évolution de la santé des adolescents. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; sept 2025. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1458

2. Anses. Usages des réseaux sociaux numériques et santé des adolescents. Anses; déc 2025. p. 562. (Avis de l'Anses Rapport d'expertise collective).

3. McGorry PD, Mei C, Dalal N, Alvarez-Jimenez M, Blakemore SJ, Browne V, et al. The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. Lancet Psychiatry. 1 sept 2024;11(9):731-74. doi:10.1016/S2215-0366(24)00163-9

4. Mentalo. Communiqué de presse. 9 oct 2026.

5. Léon C, Godeau E, Spilka S, Gillaizeau I, Beck F. La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances – EnCLASS 2022. Saint-Maurice: Santé publique France; avr 2024. p. 17. (Le point sur). Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/enquetes-etudes/la-sante-mentale-et-le-bien-etre-des-collegiens-et-lyceens-en-france-hexagonale-resultats-de-l-enquete-enclass-2022

6. Léon C, Mertens C, Gillaizeau I, Le Nezet O, Philippon A, Spilka S, et al. La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS) 2024. Saint-Maurice: Santé publique France; juin 2026. p. 23. (Le point sur). Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/enquetes-etudes/la-sante-mentale-et-le-bien-etre-des-collegiens-et-lyceens-en-france-hexagonale-resultats-de-l-enquete-enclass-2022

7. Observatoire nationale du Suicide. Suicide : mal-être croissant des jeunes femmes et fin de vie - Penser les conduites suicidaires aux prismes de l'âge et du genre - 6ème rapport / février 2025 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Paris, France: Observatoire National du Suicide; févr 2025 [cité 11 juin 2025]. p. 278. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/suicide-mal-etre-croissant-des-jeunes-femmes-et-fin-de

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

Méthodologie

Odissé

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

Classes d'âge utilisées

Les indicateurs ont été déclinés selon 6 classes d'âge : moins de 10 ans ; 11-17 ans ; 18-24 ans ; 25-44 ans ; 45-64 ans et 65 ans et plus. Pour le dispositif VigilanS uniquement, les indicateurs ont été déclinés selon 6 classes d'âge : moins de 10 ans ; 11-18 ans ; 19-25 ans ; 26-64 ans et 65 ans et plus. Il est important de noter que les indicateurs relatifs aux enfants de moins de 10 ans sont à interpréter avec précaution. En effet, il est difficile à cet âge de déterminer l'intentionnalité du geste auto-infligé à partir des données à notre disposition.

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

Standardisation et populations utilisées

Les passages aux urgences sont rattachés au département et à la région de recours aux soins, alors que les hospitalisations et les décès sont rattachés au Projet territorial de santé mentale (PTSM), au département et à la région de domicile du patient.

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

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

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

Gestion des petits effectifs

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

Dates d'extraction des données

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

En savoir plus

Suicides et tentatives de suicide

Remerciements

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

Santé publique France tient également à remercier la Mission Nationale d'Appui VigilanS et les équipes du Numéro national de prévention du suicide 3114.

Équipe de rédaction

Auteurs du bulletin : Jean-Rodrigue Ndong, Esra Morvan, Mathieu Rivière

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 Centre-Val de Loire. Saint-Maurice : Santé publique France, 30 p., 26 novembre 2026

Directeur de publication : Etienne Pot

Date de publication : 26 novembre 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr