Bulletin

Santé mentale

Santé publique France

**Date de publication : 26.11.2026**

ÉDITION PAYS DE LA LOIRE

Parlons santé mentale! GRANDE CAUSE NATIONALE

# Surveillance des conduites suicidaires

Bilan 2025

## Points-clés en Pays de la Loire

### Situation régionale des conduites suicidaires

- La région Pays de la Loire présentait des indicateurs de recours aux soins (passages aux urgences et hospitalisations) pour geste auto-infligé et de décès par suicide supérieurs à ceux observés au niveau national.
- Chez les filles de 11-24 ans, la situation restait préoccupante avec un taux toujours élevé de recours aux soins pour geste auto-infligé, confirmant une vulnérabilité accrue de cette population.
- Les hommes de 45 ans et plus étaient les plus concernés par les décès par suicide.
- Des disparités territoriales étaient observées dans la région : la Sarthe, la Vendée et la Mayenne affichaient des taux d'hospitalisations pour geste auto-infligé et des taux de décès par suicide supérieurs à ceux observés en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire. Ces disparités pourraient en partie s'expliquer par des différences dans l'offre de soins.

### Evolution des indicateurs de recours aux soins et de décès

- Une hausse des recours aux soins pour geste auto-infligé a été observée dans la région sur la période 2021-2025, atteignant une part d'activité de 7 pour 1 000 passages aux urgences (soit 5 072 passages) et un taux standardisé de 170 hospitalisations pour 100 000 habitants (soit 6 724 hospitalisations) en 2025. Cette hausse était essentiellement portée par les jeunes filles de 11-24 ans. L'auto-intoxication médicamenteuse restait le moyen le plus fréquemment recensé lors d'une hospitalisation pour geste auto-infligé, quel que soit le sexe (74 % des séjours en 2025).
- Une stabilité globale des décès par suicide a été observée dans la région sur la période 2020-2024, avec un taux standardisé de 16 décès pour 100 000 habitants en 2024 (soit 624 décès). La pendaison était le moyen de décès par suicide le plus fréquemment enregistré dans les certificats de décès (56 % en 2024), quel que soit le sexe.

### Dispositifs de soutien et de prévention

- Une nette hausse du recours à « Mon soutien psy » et au dispositif de prévention 3114 a été observée en 2025 par rapport à 2024, avec près de 26 700 patients inclus et 39 000 appels reçus en provenance de la région, partiellement liée à une meilleure notoriété des dispositifs et à une meilleure accessibilité des psychologues conventionnés à « Mon soutien psy ».
- Près de 2 300 personnes sont entrées dans le dispositif VigilanS en 2025 dans la région, en légère baisse par rapport à 2024.

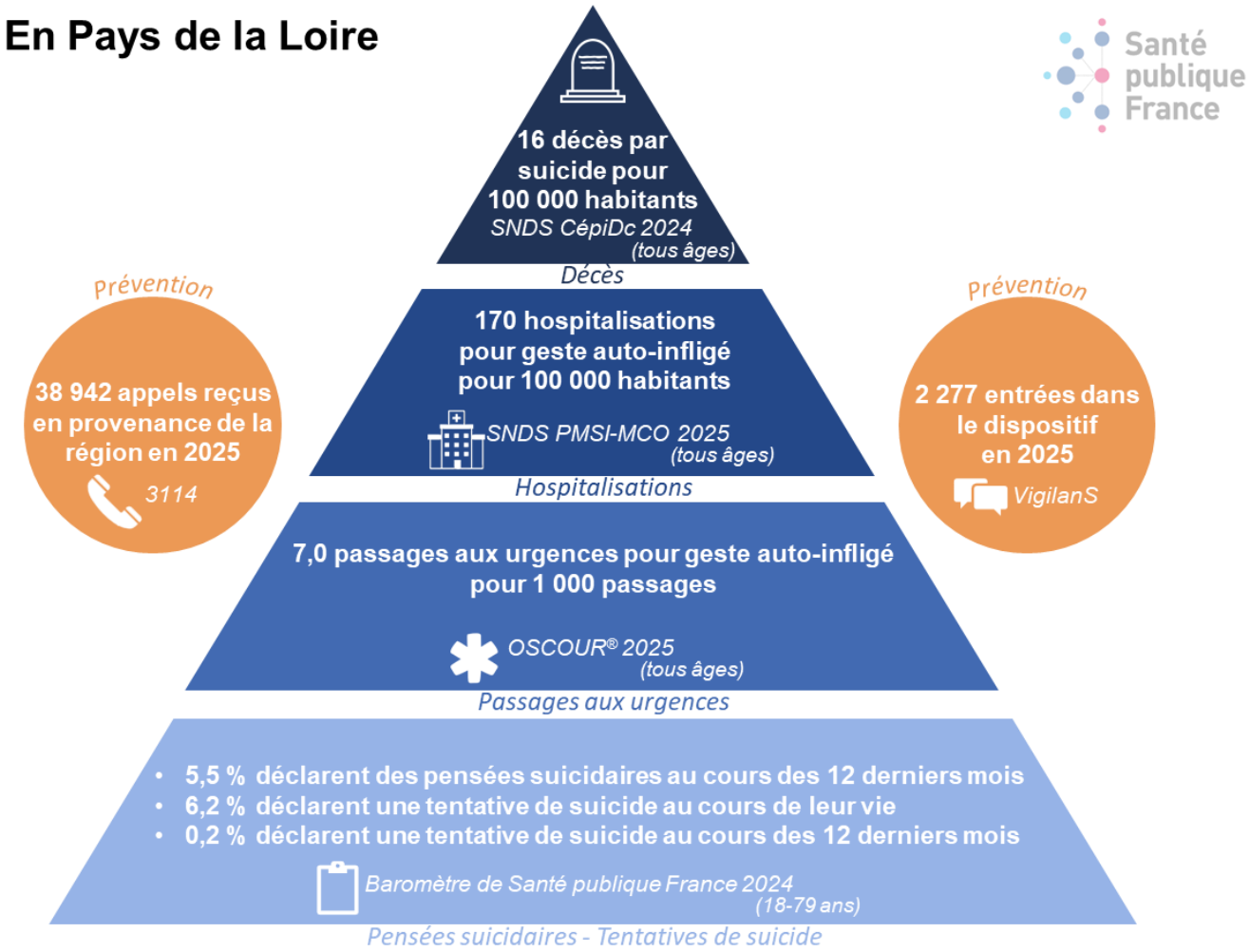
En partenariat avec :

Sécurité sociale – 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




Si vous êtes en détresse et/ou avez des pensées suicidaires, si vous voulez aider une personne en souffrance, vous pouvez contacter le numéro national de prévention du suicide, le 3114
(ouvert 24h/24h et 7j/7j, gratuit, confidentiel et professionnel)

3114
NUMÉRO NATIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Les données du Baromètre de Santé publique France pour les Pays de la 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

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

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

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

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

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

Santé Mentale info service.fr

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

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



# Dispositif Mon soutien psy



**Source de données**

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

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

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

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

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

**Définition**

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

## Offre de psychologues conventionnés

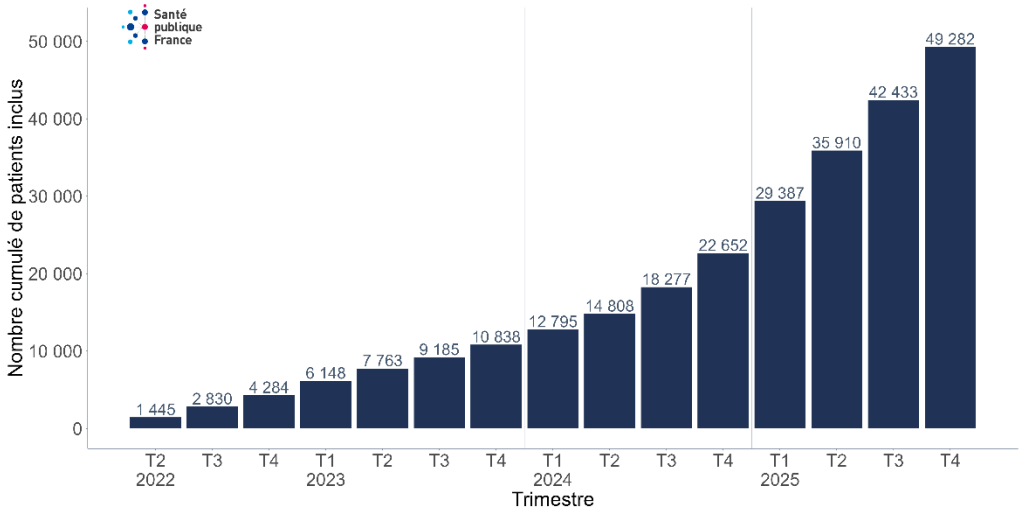
Au 31 décembre 2025, 7 280 psychologues étaient conventionnés en France (Hexagone + DROM) pour le dispositif Mon soutien psy, dont 309 (4 %) en Pays de la Loire.

## Recours au dispositif

En 2025, 26 630 patients ont été inclus dans le dispositif Mon soutien psy en Pays de la Loire, soit 5 % des 529 118 patients inclus au niveau national. Parmi ces bénéficiaires, 67 % des patients étaient des femmes (68 % en France) et 23 % avaient entre 11 et 24 ans (21 % en France). La part la plus élevée de recours à ce dispositif était observée chez les femmes de 25-44 ans (25 %) (figure 2). Le nombre de patients inclus dans la région (49 282 patients en cumulé) était en constante augmentation depuis le début du dispositif en 2022 (figure 1) et en hausse de +125 % par rapport à 2024. Cette hausse était notamment due à l'accès direct au dispositif depuis le 15 juin 2024, c'est-à-dire sans avoir à être adressé par un médecin ou un professionnel de santé.

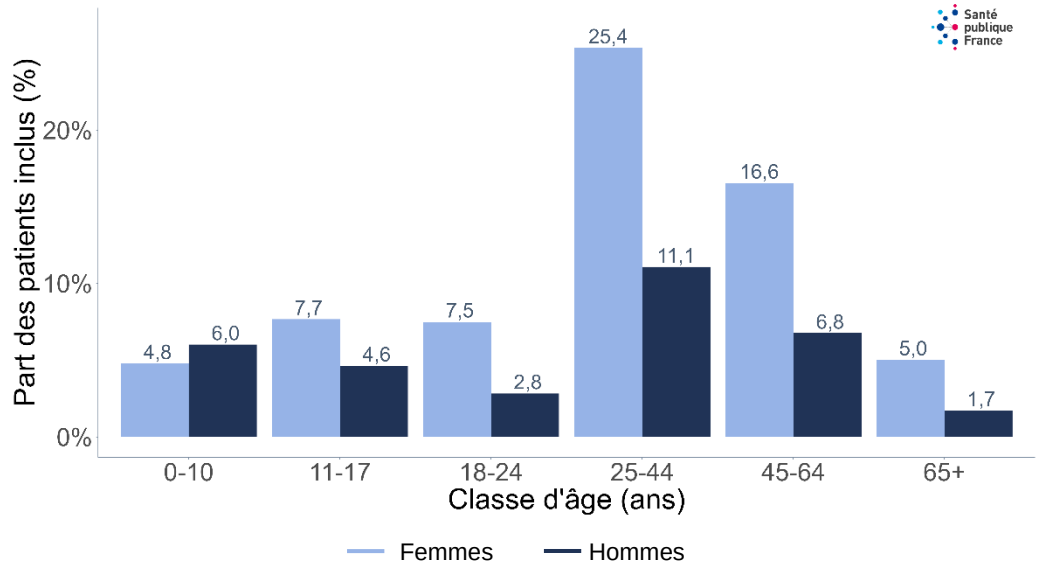
En 2025, 140 058 séances ont été réalisées dans la région dans le cadre de Mon soutien psy (près de 3 millions en France) pour un montant remboursé par l'Assurance Maladie de 4,4 millions d'euros. Parmi ces séances, 21 % étaient des premiers entretiens d'évaluation et 79 % des séances de suivi dont 2 % étaient des séances de suivi à distance concernant principalement des patients adultes.

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




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

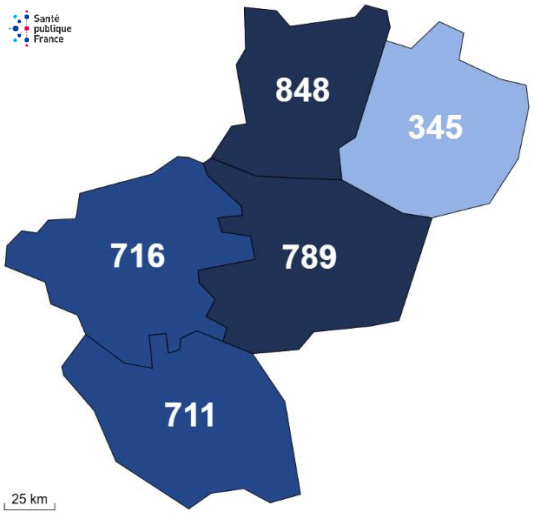
**Figure 2. Part des patients inclus dans le dispositif Mon soutien psy (%) par classe d'âge et sexe, Pays de la Loire, 2025**




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

En Pays de la Loire, le taux standardisé de recours à Mon soutien psy était de 686 patients pour 100 000 habitants en 2025, avec des disparités départementales. La Mayenne et le Maine-et-Loire étaient les deux départements avec le taux de recours le plus important dans la région en 2025, tandis que la Sarthe présentait le taux de recours le plus faible (figure 3). Néanmoins, ces différences peuvent refléter une offre et une répartition hétérogène de psychologues conventionnés entre les territoires de la région (offre allant de 23 psychologues conventionnés en Sarthe à 143 en Loire-Atlantique selon le site Sante.fr au 30/09/2026).

**Figure 3. Taux standardisé de patients inclus dans Mon soutien psy pour 100 000 habitants par département, Pays de la Loire, 2025**




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

**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 nationaux EnCLASS 2024

**Source de données**

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

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

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

**Définitions**

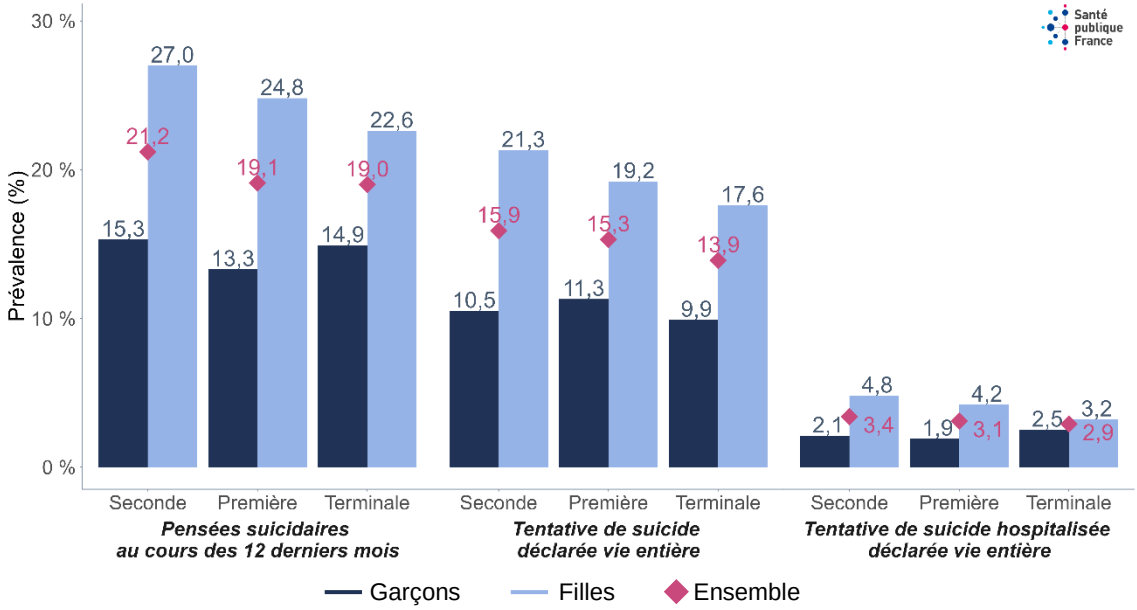
Les questions sur les comportements suicidaires ont été uniquement posées aux lycéens (pour rappel, 7 431 lycéens ont répondu à l'enquête en 2024). Ont été évaluées les **pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois** (« Au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé à te suicider ? »), les **tentatives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

## Conduites suicidaires parmi les lycéens en 2024

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

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



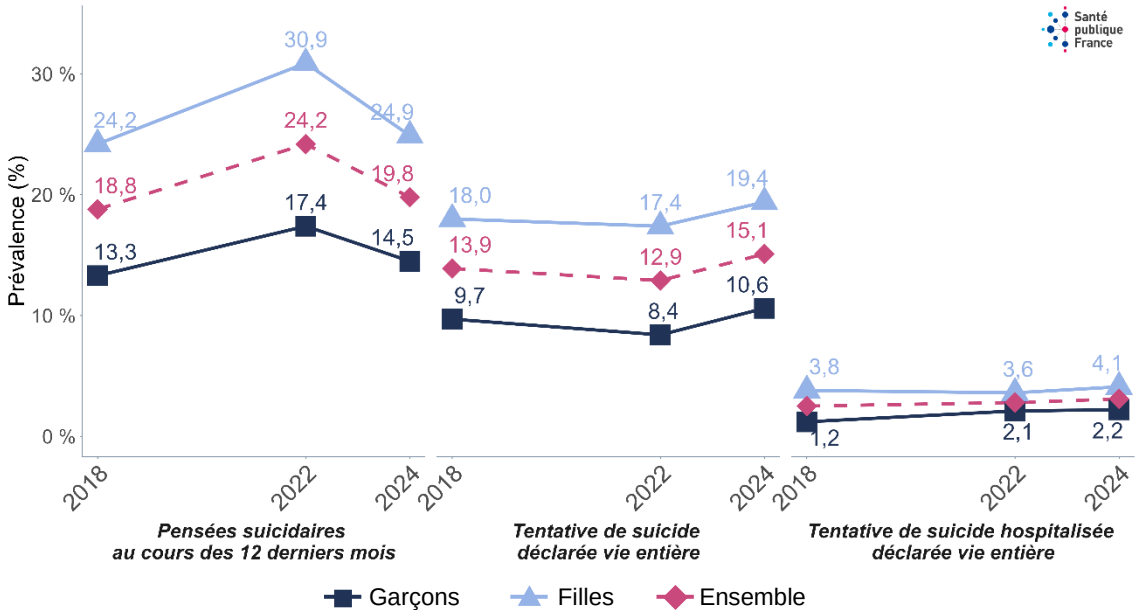

Source : EnCLASS 2024. Exploitation : Santé publique France

# 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 revenue à un niveau 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, évoluant de 12,9 % à 15,1 %, dépassant le niveau de 2018 (13,9 %) (figure 5). Cette hausse a été observée tant chez les filles (de 17,4 % à 19,4 %) que chez les garçons (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

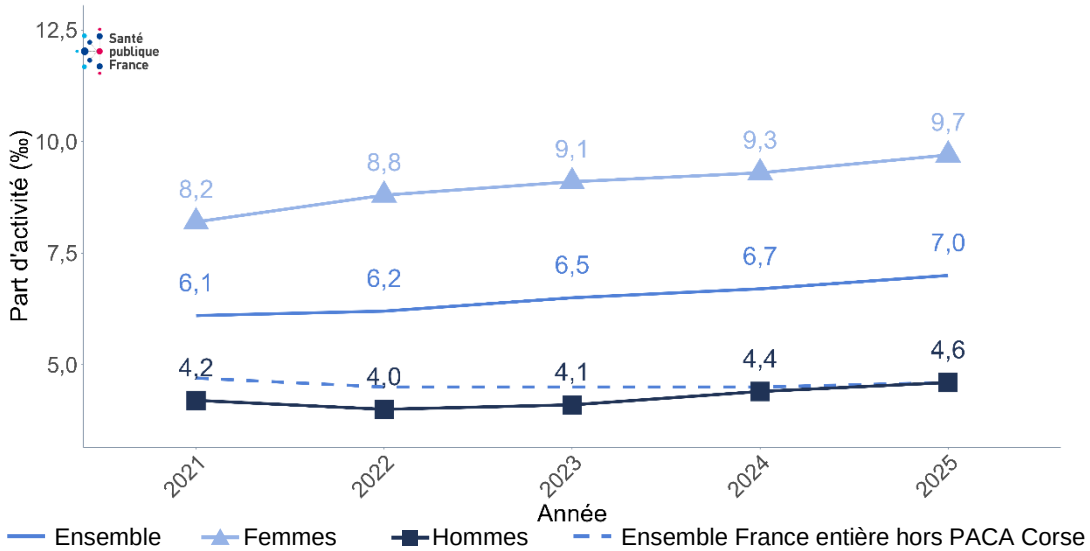
**Source de données**
Les données de passages aux urgences (RPU) sont issues du **réseau OSCOUR®** qui compte près de 700 services d'urgences générales (seuls 2 services d'urgences psychiatriques participent actuellement au dispositif) participants en 2025 et couvre 97 % des passages aux urgences de France (Hexagone + DROM). En Pays de la Loire, tous les services d'urgences participent au dispositif, avec un taux de codage des diagnostics médicaux de 85 % en 2025, variant de 59 % en Mayenne à 96 % en Vendée. A noter que les données des urgences psychiatriques du CHU Nantes sont incluses dans les données RPU transmises.

**Définitions**
Un **passage aux urgences pour geste auto-infligé** (GAI) est défini comme une tentative de suicide ou une automutilation sans possibilité de pouvoir faire la différence entre les deux. Les diagnostics étant réalisés majoritairement par des urgentistes et la circonstance de l'événement n'étant pas forcément connue au moment de l'enregistrement, les codes sélectionnés en lien avec un geste auto-infligé étaient ceux pour **auto-intoxications et lésions auto-infligées** (hors auto-intoxication par l'alcool et l'exposition à l'alcool), **et séquelles d'une lésion auto-infligée** ; ainsi que ceux pour **intoxications médicamenteuses, effet toxique de pesticides et asphyxie d'intention non déterminée**.
La **part d'activité représentée par les gestes auto-infligés** correspond au rapport entre le nombre de passages aux urgences pour ce motif et le nombre total de passages aux urgences avec un diagnostic codé durant une période donnée (taux pour 1 000 passages aux urgences).

## Évolution temporelle entre 2021 et 2025

En 2025, un total de 5 072 passages aux urgences pour geste auto-infligé (GAI) a été dénombré en Pays de la Loire, soit +8 % par rapport à 2024. Ces passages représentaient une part d'activité de 7,0 ‰ au sein des services d'urgences de la région, supérieure à la part d'activité nationale de 4,7 ‰ et en hausse progressive (+15 %) depuis 2021 (figure 6). Cette hausse était principalement observée chez les femmes (+18 % par rapport à 2021) et dans une moindre mesure chez les hommes (+7 % par rapport à 2021). Parmi l'ensemble des passages pour GAI, près de deux tiers (64,3 %) étaient suivis par une hospitalisation.

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




Source : OSCOUR®

**Note sur l'interprétation des résultats**

En 2022, une modification technique du logiciel Terminal Urgences (principalement utilisé dans les services d'urgences implantés en PACA et en Corse) a impacté le codage des diagnostics des passages aux urgences pour geste auto-infligé, entrainant ainsi une **forte sous-estimation des effectifs** dans les deux régions et donc au niveau national. Ce problème ayant persisté en 2023 (résolu depuis avril 2024 mais sans reprise d'historique pour les années 2022, 2023 et le début de l'année 2024), **les évolutions temporelles sont basées sur les indicateurs issus du réseau des urgences OSCOUR® pour la France entière hors régions PACA et Corse**.

# Caractéristiques des passages aux urgences

## Chez les femmes

En 2025, 2 passages pour GAI sur 3 concernaient des femmes (65,9 %). Les 11-17 ans et les 18-24 ans étaient les classes d'âge avec les parts d'activité les plus élevées chez les femmes dans la région (respectivement 25,8 ‰ et 24,5 ‰) (figure 7), comme au niveau national (respectivement 19,0 ‰ et 15,2 ‰).

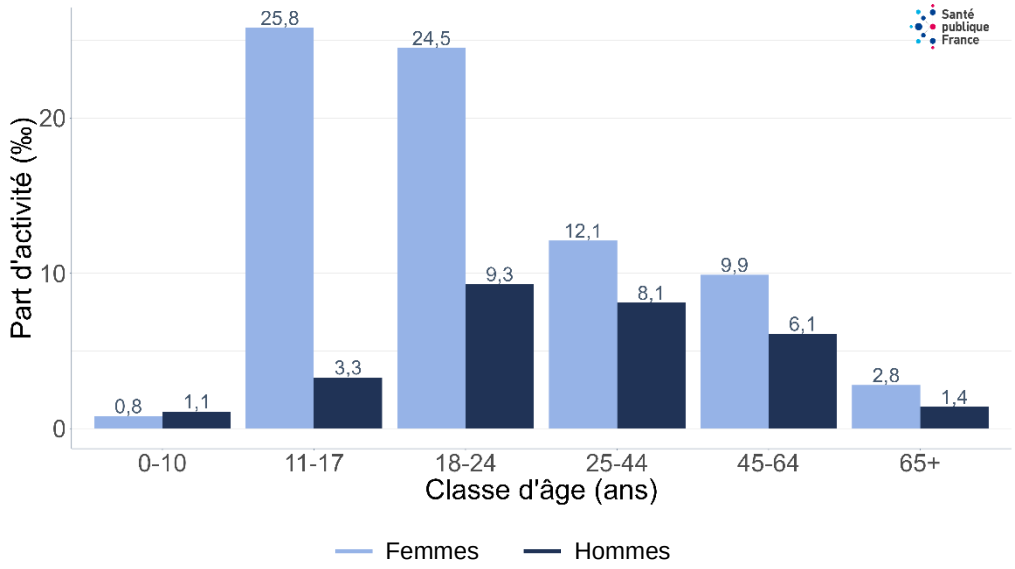
Par ailleurs, ces deux classes d'âge présentaient une augmentation de la part d'activité depuis 2021 (+34 % chez les 11-17 ans et +55 % chez les 18-24 ans) (figure 8).

## Chez les hommes

En 2025, les 18-24 ans et les 25-44 ans étaient les classes d'âge avec les parts d'activité les plus élevées chez les hommes dans la région (respectivement 9,3 ‰ et 8,1 ‰) (figure 7), comme au niveau national (respectivement 5,7 ‰ et 5,0 ‰).

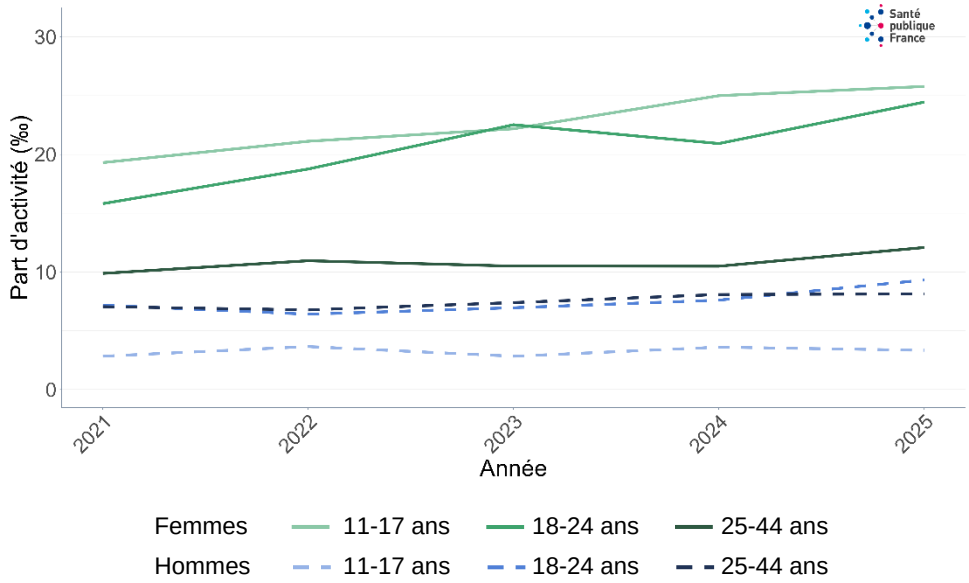
Par rapport à 2021, les parts d'activité pour ces deux classes d'âge ont augmenté de +30 % chez les 18-24 ans et de +15 % chez les 25-44 ans (figure 8).

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




Source : OSCOUR®

**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, Pays de la Loire, 2021-2025**

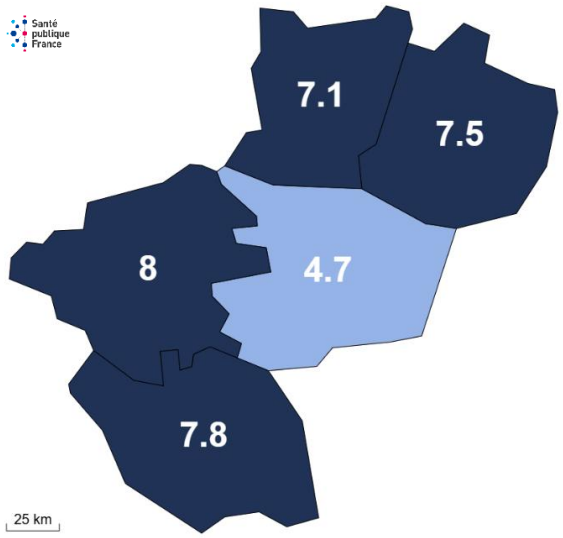



Source : OSCOUR®

# Disparités territoriales

En 2025, les parts d'activité de passages aux urgences pour GAI étaient similaires entre les départements ligériens, excepté pour le Maine-et-Loire qui présentait une part d'activité plus faible (4,7 ‰) (figure 9).

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




Source : OSCOUR®

**Note sur l'interprétation des résultats**

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

Les **disparités territoriales** peuvent être en partie expliquées par le fait que les diagnostics sont réalisés majoritairement par des urgentistes et par des différences d'offre de soins entre territoires. Le taux de codage des diagnostics médicaux est également variable selon les services d'urgences.

# Hospitalisations pour geste auto-infligé

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

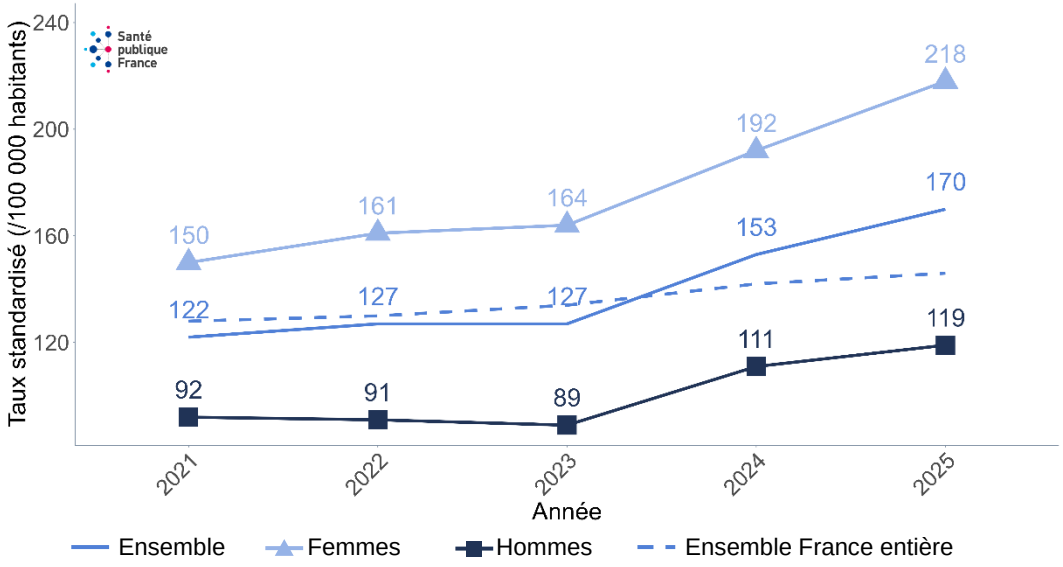
**Définition**
Une **hospitalisation pour geste auto-infligé (HGAI)** est définie comme une hospitalisation pour tentative de suicide ou une automutilation sans possibilité de pouvoir faire la différence entre les deux. Contrairement aux passages aux urgences pour geste auto-infligé, les diagnostics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

## Évolution temporelle entre 2021 et 2025

Le nombre d'hospitalisations pour geste auto-infligé (HGAI) en Pays de la Loire poursuivait sa hausse en 2025, avec 6 724 hospitalisations recensées (+12 % par rapport à 2024). Cet effectif correspondait à un taux standardisé de 170 hospitalisations pour 100 000 habitants (+12 % par rapport à 2024), supérieur à celui de la France entière égal à 146 hospitalisations pour 100 000 habitants (+3 % par rapport à 2024) (figure 10). Depuis 2021, le taux standardisé d'HGAI a augmenté de +40 % dans la région, avec une hausse plus marquée chez les femmes (+46 %) que chez les hommes (+30 %). A noter qu'une modification dans la prise en charge hospitalière des patients hospitalisés pour geste auto-infligé a été mise en place en Sarthe en 2024, contribuant à la hausse observée des HGAI dans les données PMSI-MCO en 2024, aussi bien dans ce département que dans la région.

Ces 6 724 hospitalisations recensées en 2025 correspondaient à 5 354 personnes hospitalisées au moins une fois pour un geste auto-infligé (+9 % par rapport à l'année précédente) en Pays de la Loire. Depuis 2021, le taux standardisé de ces personnes hospitalisées était en augmentation (+30 %), principalement chez les femmes (+35 %, *vs.* +23 % chez les hommes).

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




Source : SNDS – PMSI MCO

# Caractéristiques des hospitalisations

Comme au niveau national, 2 HGAI sur 3 concernaient des femmes (65,8 %) en 2025 et les jeunes de 11 à 24 ans étaient les plus représentés (45,3 % des HGAI), notamment les jeunes femmes.

## Chez les femmes

En 2025, les taux les plus élevés d'HGAI chez les femmes étaient observés chez les 11-17 ans et les 18-24 ans, avec des taux respectivement égaux à 885 et 576 hospitalisations pour 100 000 femmes (respectivement 697 et 461 pour 100 000 au niveau France entière), largement supérieurs aux autres classes d'âge (figure 11).

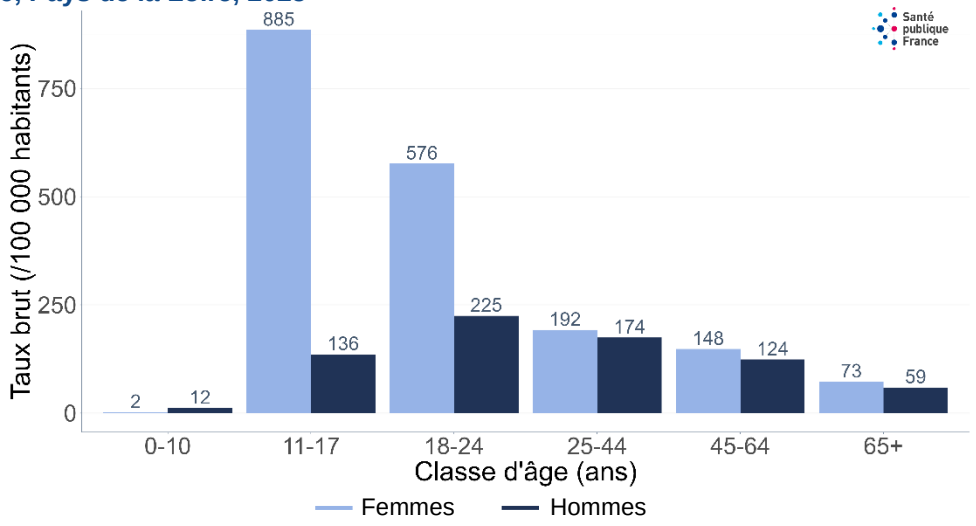
Au cours des cinq dernières années (2021-2025), c'est chez les femmes de 18-24 ans que le taux d'HGAI a le plus augmenté (+110 %) (figure 12). Une hausse a également été observée chez les jeunes filles de 11-17 ans (+50 %) et les femmes de 25-44 ans (+53 %).

## Chez les hommes

En 2025, les 18-24 ans et les 25-44 ans présentaient les taux d'HGAI les plus élevés chez les hommes, avec respectivement 225 et 174 hospitalisations pour 100 000 hommes (figure 11) (respectivement 179 et 156 pour 100 000 au niveau France entière).

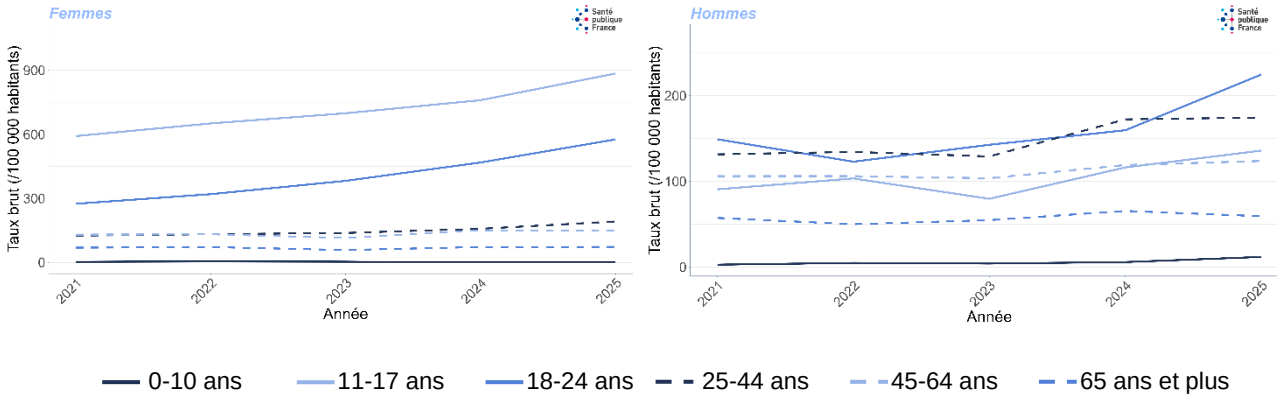
Au cours des cinq dernières années (2021-2025), le taux d'HGAI a le plus augmenté chez les jeunes hommes de 11-17 ans (+ 50 %) et de 18-24 ans (+51 %), puis chez les 25-44 ans (+33 %) (figure 12). La hausse chez les 18-24 ans s'est accélérée en 2025 par rapport à 2024 (+41 %).

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




Source : SNDS – PMSI MCO

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




Source : SNDS – PMSI MCO

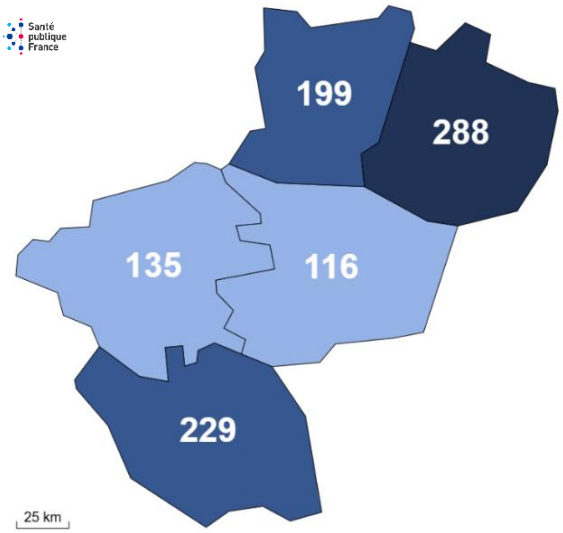
# Disparités territoriales

Des disparités entre les taux d'HGAI étaient observées entre les départements de la région. En 2025, la Sarthe restait le département qui présentait un taux standardisé d'HGAI le plus élevé dans la région (288 pour 100 000 habitants), suivi par la Vendée (229 pour 100 000 habitants) et la Mayenne (199 pour 100 000 habitants) (figure 13). Ces disparités territoriales pourraient en partie s'expliquer par des différences dans l'offre de soins.

Les taux d'HGAI étaient en hausse en 2025 par rapport à 2024 dans 3 départements de la région, avec une hausse de +22 % en Sarthe, +19 % en Loire-Atlantique et +10 % en Vendée.

Par rapport à 2021, les taux d'HGAI étaient en augmentation dans chaque département ligérien, mais dans une moindre mesure en Maine-et-Loire (+ 9 %).

**Figure 13. Taux standardisé d'hospitalisations pour geste auto-infligé pour 100 000 habitants par département en 2025, Pays de la Loire**




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.

Le moyen utilisé ayant mené à une HGAI le plus fréquemment recensé (tous sexes) dans la région était l'auto-intoxication médicamenteuse (IMV) avec 74,5 % des séjours (77,7 % en France entière). Venaient ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'utilisation d'objet tranchant (15,5 %), la pendaison (4,4 %) et l'alcool (4,2 %). L'auto-intoxication médicamenteuse ainsi que l'utilisation d'objet tranchant étaient plus fréquemment utilisées par les femmes que par les hommes (tableau 1). Les hommes ont utilisé plus fréquemment que les femmes des modes violents.

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

*Femmes*

| Moyen utilisé | Effectif | Proportion |
|---|---|---|
| IMV | 3 432 | 78 % |
| Objet tranchant | 766 | 17 % |
| Autres - non précisés | 167 | 4 % |
| Pendaison* | 126 | 3 % |
| Alcool | 120 | 3 % |
| Autres auto-intoxications | 66 | 2 % |
| Saut dans le vide* | 52 | 1 % |
| Noyade* | 15 | 0 % |
| Collision intentionnelle* | 15 | 0 % |
| Exposition aux fumées ou aux flammes* | 13 | 0 % |
| Objet contondant* | 10 | 0 % |
| Armes à feu* | 2 | 0 % |

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

*Hommes*

| Moyen utilisé | Effectif | Proportion |
|---|---|---|
| IMV | 1 576 | 69 % |
| Objet tranchant | 278 | 12 % |
| Pendaison* | 173 | 8 % |
| Alcool | 156 | 7 % |
| Autres - non précisés | 80 | 4 % |
| Autres auto-intoxications | 55 | 2 % |
| Saut dans le vide* | 44 | 2 % |
| Armes à feu* | 24 | 1 % |
| Collision intentionnelle* | 21 | 1 % |
| Exposition aux fumées ou aux flammes* | 11 | 0 % |
| Objet contondant* | 10 | 0 % |
| Noyade* | 8 | 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

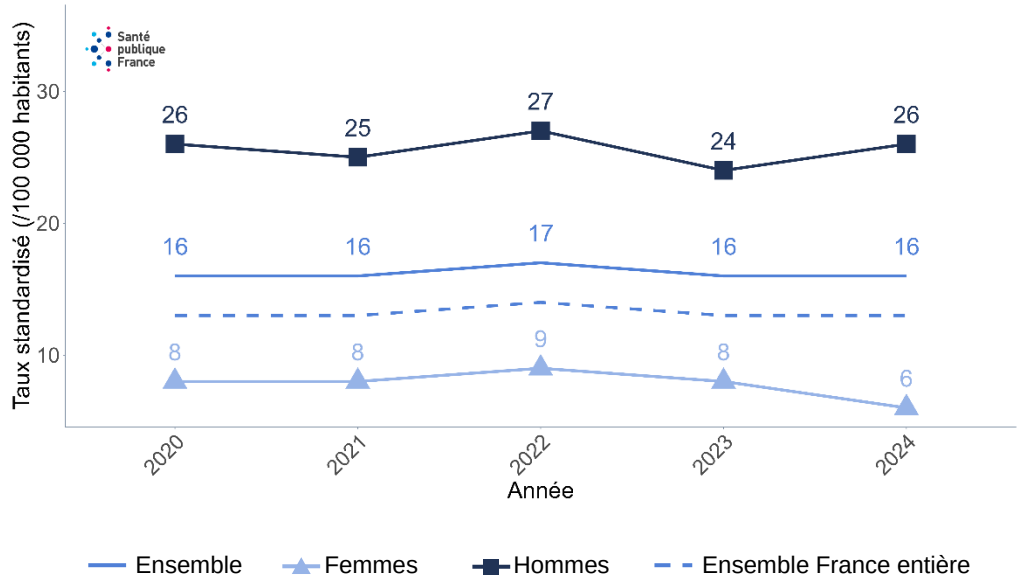
**Source de données**
La statistique annuelle des causes de décès est produite par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (**CépiDc**) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) à partir des volets médicaux des certificats de décès renseignés par les 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. A ce jour, les dernières données disponibles portent sur l'année 2024.

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

## Évolution temporelle entre 2020 et 2024

Le nombre de décès par suicide en Pays de la Loire restait stable en 2024, avec 624 décès recensés (-1 % par rapport à 2023). Ce nombre correspondait à un taux standardisé de 16 décès pour 100 000 habitants (-3 % par rapport à 2023), supérieur à celui de la France entière égal à 13 pour 100 000 habitants (-2 % par rapport à 2023) (figure 14). Depuis 2020, le taux standardisé était stable dans la région pour tous sexes (-4 %) et chez les hommes (+1 %), tandis qu'il était en légère baisse chez les femmes (-18 %).

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




Source : SNDS – CépiDc

## Caractéristiques des décès par suicide

En 2024, 3 décès par suicide sur 4 concernaient des hommes (79,7 %) et la grande majorité des décès par suicide concernaient les 45 ans et plus (73,7 %), comme au niveau national.

### Chez les hommes

En 2024, les taux les plus élevés étaient toujours observés chez les hommes âgés de 65 ans et plus et de 45-64 ans, avec respectivement 46 et 40 décès par suicide pour 100 000 hommes (figure 15) (respectivement 36 et 28 pour 100 000 hommes au niveau France entière).

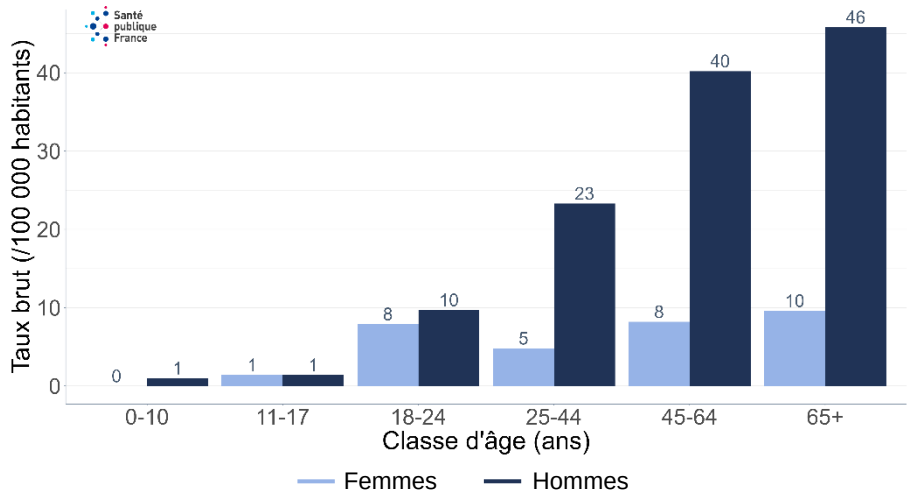
Par rapport à 2020, les taux de décès par suicide chez les hommes étaient globalement stables dans les différentes classes d'âge (figure 16).

### Chez les femmes

Chez les femmes, l'ensemble des taux de décès par suicide des différentes classes d'âge étaient inférieurs ou égaux à 10 décès pour 100 000 habitantes en 2024 (figure 15). Les 65 ans et plus étaient les plus représentées, avec 10 décès pour 100 000 femmes (9 pour 100 000 femmes au niveau France entière).

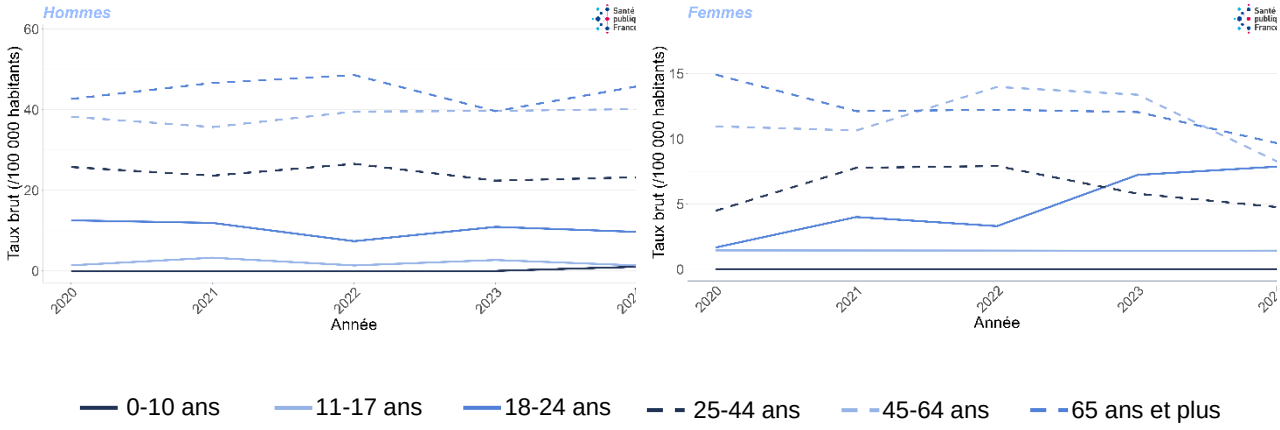
Par rapport à 2020, les taux de décès par suicide chez les femmes étaient stables ou en baisse dans toutes les classes d'âge, excepté chez les 18-24 ans où une hausse était observée (figure 16). Néanmoins, cette variation est à nuancer du fait du faible nombre de décès par suicide dans cette classe d'âge.

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




Source : SNDS - CépiDc

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

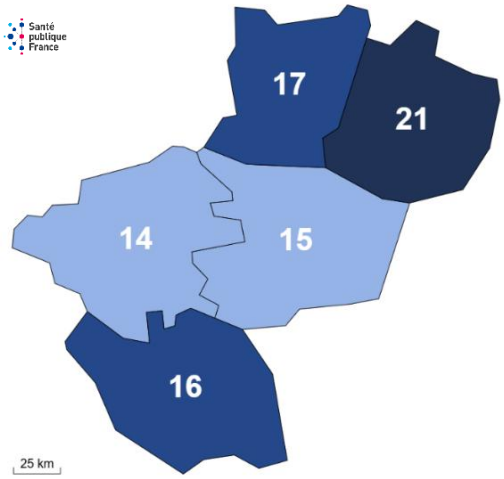



Source : SNDS – CépiDc

# Disparités territoriales

En 2024, la Sarthe restait le département avec le taux standardisé de décès par suicide le plus élevé dans la région (21 pour 100 000 habitants) devant la Mayenne (17 pour 100 000 habitants) et la Vendée (16 pour 100 000 habitants) (figure 17). Par rapport à 2020, les taux de décès par suicide étaient globalement stables dans les départements ligériens.

**Figure 17. Taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants par département en 2024, Pays de la Loire**




Source : SNDS – CépiDc

**Information**

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

**Note sur l'interprétation des résultats**

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

La **pandémie de Covid-19** peut avoir impacté les indicateurs de l'année 2020.

Les **décès pour cause inconnue (code R99) ou intentions indéterminées (codes Y10-Y34)** dont l'effectif varie entre les départements ne sont pas pris en compte dans cette analyse.

Les **volets complémentaires du certificat de décès réalisés suite à une autopsie** ne sont pas remontés au CépiDc de façon homogène entre les départements. Il est probable que certains décès par suicide soient inclus parmi ces décès, les indicateurs présentés dans ce bulletin sont donc potentiellement sous-estimés. Pour plus d'informations sur ce point, vous pouvez consulter la publication sur les grandes causes de mortalité 2023.

# Moyens utilisés

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

Le moyen de décès par suicide utilisé le plus fréquemment dans la région était la pendaison avec 55,8 % des décès (51,6 en France entière), et ce pour les deux sexes bien qu'elle soit plus fréquente chez les hommes (tableau 2). Chez les hommes, le 2ème moyen de décès par suicide utilisé était l'usage d'armes à feu (12 %) laquelle était quasi-inexistante chez les femmes ; chez les femmes, il s'agissait de l'auto-intoxication médicamenteuse (IMV) (19 %), moins fréquente chez les hommes (6 %). Les suicides par noyade et par saut dans le vide étaient plus fréquents chez les femmes (respectivement 6 % et 6 %) que chez les hommes (respectivement 3 % et 2 %). Dans 13 % des décès par suicide, aucun moyen utilisé n'était précisé sur le certificat de décès.

**Tableau 2. Répartition (%) des moyens de décès par suicide utilisés par sexe, Pays de la Loire, 2024**

*Hommes*

| Moyen utilisé | Effectif | Proportion |
|---|---|---|
| Pendaison* | 291 | 59 % |
| Autres - non précisés | 62 | 13 % |
| Armes à feu* | 60 | 12 % |
| IMV | 30 | 6 % |
| Noyade* | 15 | 3 % |
| Collision intentionnelle* | 13 | 3 % |
| Saut dans le vide* | 12 | 2 % |
| Autres auto-intoxications | 8 | 2 % |
| Objet tranchant | 2 | 0 % |
| Exposition aux fumées ou aux flammes* | 2 | 0 % |
| Alcool | 0 | 0 % |
| Objet contondant* | 0 | 0 % |

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

*Femmes*

| Moyen utilisé | Effectif | Proportion |
|---|---|---|
| Pendaison* | 57 | 45 % |
| IMV | 24 | 19 % |
| Autres - non précisés | 21 | 17 % |
| Noyade* | 7 | 6 % |
| Saut dans le vide* | 7 | 6 % |
| Autres auto-intoxications | 2 | 2 % |
| Armes à feu* | 2 | 2 % |
| Exposition aux fumées ou aux flammes* | 2 | 2 % |
| Collision intentionnelle* | 2 | 2 % |
| Alcool | 0 | 0 % |
| Objet tranchant | 0 | 0 % |
| Objet contondant* | 0 | 0 % |

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

Source : SNDS - CépiDc

# Activité des dispositifs de prévention 3114 et VigilanS

## Appels reçus au 3114

**Source de données**

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

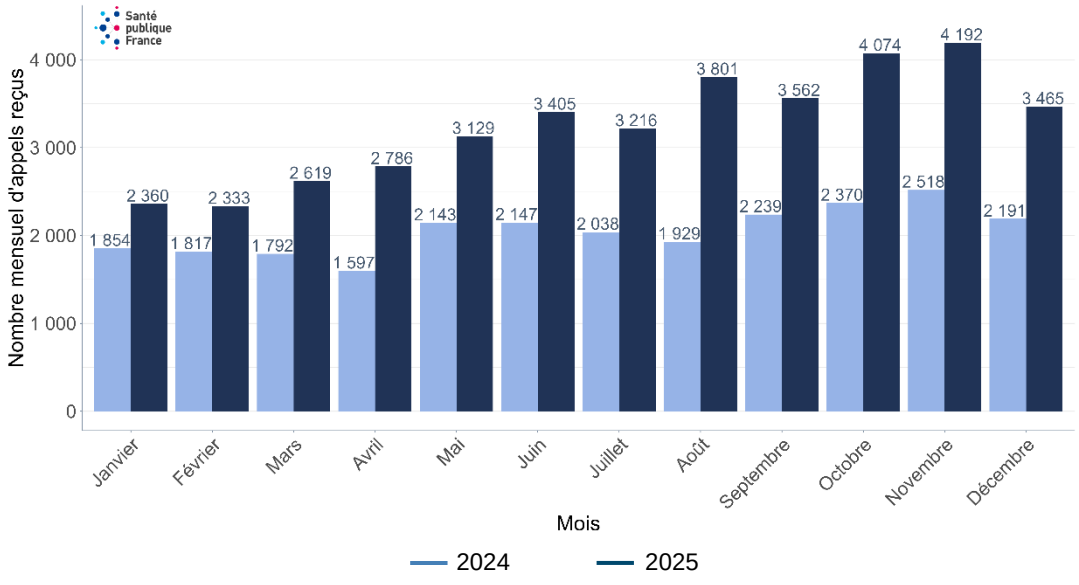
**Définitions**

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

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

Sur l'année 2025, 547 799 appels ont été reçus par les différents centres répondants 3114 répartis sur le territoire (+ 62 % par rapport à 2024), dont 38 942 en provenance des Pays de la Loire (7 %) (figure 18). Cela correspondait à un taux d'appels de 987 appels pour 100 000 habitants de la région et à une moyenne de 3 245 appels reçus par mois en 2025. Ce nombre d'appels en provenance de la région était en hausse de + 58 % par rapport à 2024, au cours de laquelle 24 635 appels avaient été reçus (figure 18). Cette hausse observée en 2025 peut être due en partie à une meilleure appropriation du numéro par les Français, mais aussi à l'amélioration du référencement du numéro sur les moteurs de recherche en ligne et, par effet domino, à une meilleure visibilité dans les différentes intelligences artificielles génératives.

**Figure 18. Évolution du nombre mensuel d'appels reçus par les centres 3114 en provenance des Pays de la 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-hospitalier de prévention de la réitération suicidaire**. Il est proposé aux personnes suicidantes, de tous âges, après leur passage aux urgences ou leur hospitalisation. Une fois entrés dans le dispositif, les patients bénéficient d'une veille de la part d'une équipe dédiée composée d'un médecin, de « vigilanseurs » (des professionnels de santé, infirmiers.ères et/ou psychologues) et de personnels administratifs.

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

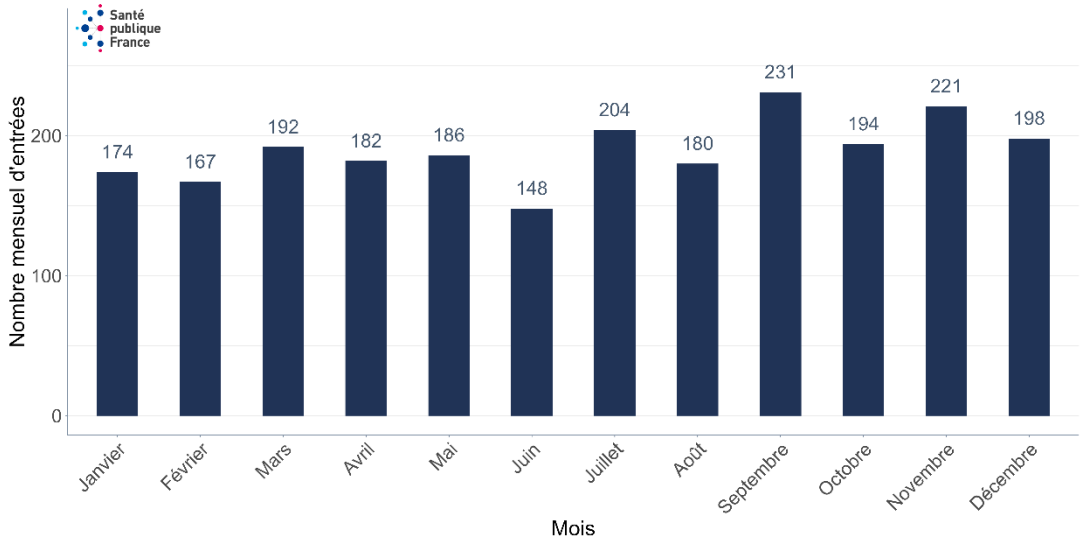
Le dispositif VigilanS est reconnu comme une **pratique innovante** par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) depuis octobre 2025. L'évaluation de Santé publique France, réalisée sur la période 2015-2017 et basée sur les données des 6 premiers territoires ayant expérimenté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

**Définition**

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

En 2025, VigilanS était déployé dans 17 régions françaises dont 4 régions d'Outre-mer (hors Mayotte) et dans 99 départements. Aujourd'hui, on compte 33 centres VigilanS répartis sur 32 sites, dont un centre en Pays de la Loire. Ce dernier, basé à Angers, a ouvert en janvier 2020. Au cours de l'année 2025, 2 277 personnes sont entrées dans VigilanS en Pays de la Loire, soit une inclusion moyenne de 190 personnes par mois (figure 19). Cela représente une baisse de -12 % par rapport à 2024, contrairement au niveau national où une hausse de +10 % a été observée (45 875 personnes incluses en France en 2025).

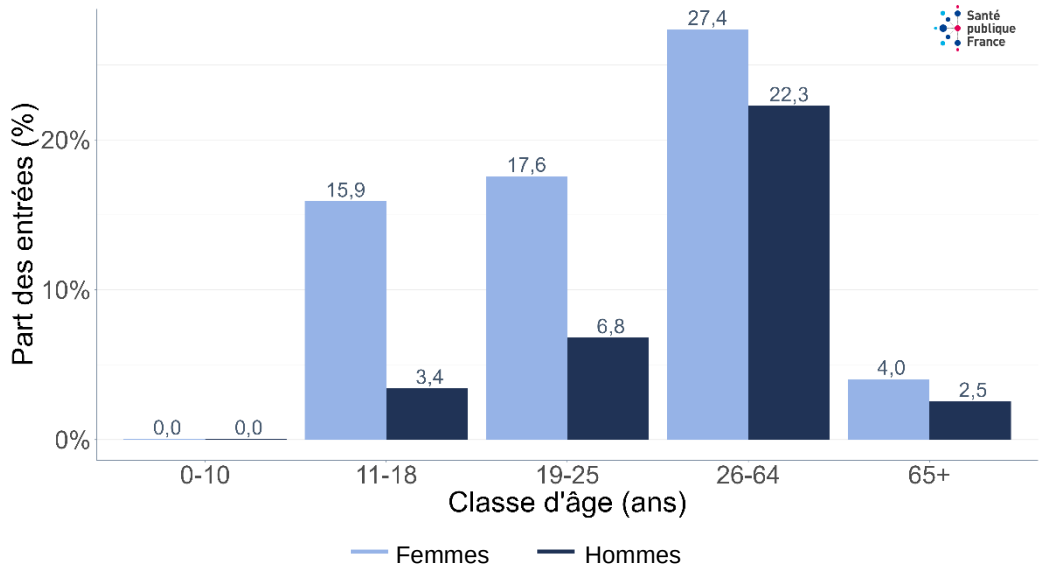
**Figure 19. Évolution du nombre mensuel d'entrées dans le dispositif VigilanS, Pays de la Loire, 2025**




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

Comme au niveau national, près de 2 entrées dans le dispositif VigilanS sur 3 concernaient des femmes (64,9 %) en 2025. Les femmes de 26-64 ans représentaient 27 % des entrées dans la région (figure 20) (28 % au niveau national). Elles étaient suivies par les hommes de 26-64 ans (22 %) devant les jeunes femmes de 19-25 ans (18 %) et les jeunes filles de 11-18 ans (16 %).

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




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

# Discussion

## Une situation préoccupante chez les jeunes

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

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

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

## Mais des avancées pouvant aussi expliquer l'évolution

Des évolutions sociétales et de prise en charge permettent également d'expliquer pourquoi les indicateurs apparaissent plus défavorables chez les jeunes. La crise du Covid-19 a notamment contribué à une déstigmatisation des problèmes de santé mentale et une libération de la parole, sans doute renforcée par les deux années successives de Grande cause nationale[2] consacrée à la santé mentale. Une meilleure sensibilisation des professionnels au dépistage des conduites suicidaires peut également expliquer la hausse des indicateurs, notamment par une amélioration 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 département et à la région de domicile du patient.

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.

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 régionales de VigilanS et les équipes du Numéro national de prévention du suicide 3114.

## Équipe de rédaction

Auteurs du bulletin : Noémie Fortin, Lisa King

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 Pays de la Loire. Saint-Maurice : Santé publique France, 26 p., 24 novembre 2026

**Directeur de publication :** Etienne Pot

**Date de publication :** 26 novembre 2026

**Contact :** presse@santepubliquefrance.fr