

Observatoire Romand des Tentatives de Suicide

Analyse socio-économique
Rapport final

Groupe Romand Prévention Suicide

Sur mandat de l'Office Fédéral de la Santé Publique

Juillet 2019

Direction du projet

Dr Laurent Michaud (Investigateur principal, responsable du projet), médecin associé, Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne, Suisse

Dr Stéphane Saillant (Adjoint au responsable de projet et responsable de site), médecin chef, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP), Neuchâtel

Philippe Golay, PhD, (responsable méthodologique) psychologue chef de projets de recherche, Section de psychiatrie sociale & Service de psychiatrie générale, CHUV, Lausanne

Louise Ostertag, chargée de recherche, Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne

Lausanne

Yves Dorogi (responsable de site), infirmier chef, Service de Psychiatrie de Liaison, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne

Dr Sebastien Brovelli, chef de clinique, Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne

Dre Dana Pamfile, cheffe de clinique, Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne

Neuchâtel

Dr Stéphane Saillant (responsable de site), médecin chef, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP), Neuchâtel

Valais

Dr Ioan Cromec (responsable de site), médecin chef de service, Service de Psychiatrie de Liaison, Pôle de Psychiatrie et Psychothérapie, Hôpital du Valais, Sion

Dre Bénédicte Van der Vaeren, médecin adjointe, Service de Psychiatrie de Liaison, Pôle de Psychiatrie et Psychothérapie, Hôpital du Valais, Sion

Genève Enfants et adolescents

Dr Rémy Barbe (responsable de site), médecin adjoint, responsable de l'unité d'hospitalisation, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SPEA), Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Genève

Dre Nihed Boughanem Vallotton, cheffe de clinique, unité d'hospitalisation Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SPEA), HUG, Genève

Genève Malatavie

Dre Anne Edan (responsable de site), médecin adjointe, responsable Unité de Crise-Malatavie, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SPEA), HUG, Genève

Ludovic Bornand, psychologue responsable, Malatavie, Unité de crise, Coordinateur pour aiRe d'ados, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Universitaires de Genève

Remerciements

Nous remercions chaleureusement notre interlocutrice Esther Walter, responsable du projet Prévention Suicide à l'Office Fédéral de la Santé Publique, pour son implication et son soutien sur toute la durée de ce deuxième mandat.

Un remerciement tout particulier est adressé aux responsables logistique de chaque site pour leur contribution à la bonne coordination du projet ;

Aux médecins assistant·es et équipes des urgences pour leur implication indispensable dans la collecte des données ;

Ainsi qu'aux collaboratrices administratives pour leur soutien.

Rédaction du rapport : Louise Ostertag, chargée de recherche

1. Introduction

L'Observatoire Romand des Tentatives de Suicide (ORTS) est un projet mandaté par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Il a pour but de suivre et d'étudier le phénomène des tentatives de suicide au sein des services d'urgences des hôpitaux de six sites de Suisse romande, sur les cantons de Vaud, Neuchâtel, Genève et du Valais.

Suite à un premier mandat consacré à la mise en place et à l'organisation du monitoring ORTS, un deuxième mandat d'analyse de la situation socio-économique des personnes suicidantes a été donné par l'OFSP.

Ce mandat vise à affiner les recommandations en matière de prévention, par l'observation de circonstances particulières qui pourraient s'appliquer à certaines sous-populations dites « à risque » en terme de situation socio-économique. Au vu des observations tirées du premier mandat et de la littérature existante, cette analyse s'avère incontournable pour le développement de l'ORTS. Elle s'inscrit dans les objectifs globaux de prévention établis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [1] et par l'OFSP dans le Plan national de prévention du suicide de 2016 [2].

Ce rapport rend compte d'une revue de littérature scientifique spécifique à la situation socio-économique en lien avec le suicide et les tentatives de suicide. Suite à l'élaboration d'objectifs et de questions de recherche, des analyses statistiques mettant en lien les conduites suicidaires et les données socio-économiques collectées par le monitoring ORTS sont effectuées, puis discutées.

2. Rappel historique et contextuel sur l'ORTS

Présentation du monitoring « ORTS »

Après une étude exploratoire sur la faisabilité, l'acceptabilité et les effets d'une intervention multi-composants pour les personnes suicidaires à Lausanne [3], la recherche sur la population suicidante s'est poursuivie sur le site du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Sur mandat de l'OFSP, les observations ont été élargies à plusieurs sites de Suisse romande ; l'observatoire des tentatives de suicide ainsi créé est coordonné par le Groupe Romand Prévention Suicide¹ (GRPS) depuis 2016.

La collecte des données a débuté à Lausanne et dans le canton de Neuchâtel en décembre 2016. Elle a été étendue au Valais Central et à Genève (Urgences adultes, Enfants et Adolescents) à l'été 2017 puis à l'unité de crise Malatavie en décembre 2017.

Les données sont ainsi récoltées dans les six structures suivantes:

- Lausanne : Service d'urgences somatiques et Services hospitaliers du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Vaud
- Canton de Neuchâtel : Service d'urgences somatiques et Services hospitaliers de l'Hôpital Neuchâtelois, villes de Neuchâtel et La Chaux-de-Fonds
- Valais Central : Services d'urgences somatiques et Services hospitaliers de l'Hôpital du Valais, à Sion et Martigny
- Genève Enfants et Adolescents : Urgences somatiques et Services hospitaliers de l'hôpital des enfants, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Genève
- Genève Unité de crise-Malatavie, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Genève
- Genève Adultes, Unité d'Accueil et d'Urgences Psychiatriques (UAUP), Service des Urgences, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Genève

Les détails de la construction du dispositif sont développés dans un premier rapport pour l'Office fédéral de la Santé Publique² ainsi que dans un article scientifique paru dans la revue Swiss Medical Weekly³.

¹ Site internet : www.preventionsuicide-romandie.ch

² Observatoire Romand des Tentatives de Suicide, OFSP, 2018 : https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitspolitik/Suizidprvention/ORTS_Rapport_final.pdf.download.pdf/2018_03_ORTS_Rapport_final_FR.pdf

³ The implementation and first insights of the French-speaking swiss programme for monitoring self-harm, Swiss Medical Weekly, 2019 : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitspolitik/Suizidprvention/Implementation-French-speaking-swiss-programme-self-harm.pdf>

Self-harm (SH) et tentative de suicide (TS)

Au cœur du dispositif de l'ORTS, le concept de « self-harm » considère : « toute lésion auto-infligée n'ayant pas conduit au décès, sans considération du degré d'intentionnalité suicidaire du geste » [4] et place ainsi la tentative de suicide sur un continuum prenant en compte les lésions auto-infligées avec des degrés d'intentionnalité suicidaire progressifs. Ainsi, l'ORTS est plus qu'un observatoire des tentatives de suicide ; il rend compte d'un grand nombre de conduites suicidaires.

Les situations intégrées à l'ORTS concernent en ce sens **tous les épisodes de self-harm intentionnel faisant partie des motifs de consultation aux urgences**. Celles-ci sont prises en compte dans le monitoring, moyennant les critères suivants :

- Tout geste ou lésion auto-dommageable est enregistré dans l'ORTS, et ce même lorsque l'intention suicidaire n'est pas confirmée. Le monitoring inclut aussi bien les « tentatives de suicide » au sens du DSM-5 que d'autres actes allant à l'encontre de soi-même avec des intentions diverses, en particulier les lésions auto-infligées non suicidaires (NSSI⁴). L'intentionnalité suicidaire du geste est documentée par un item ad hoc (intention « claire », « pas claire » ou « absente »).
- Toute situation interrompue et/ou n'aboutissant pas au suicide est intégrée au monitoring. A des fins de documentation, un item « degré de réalisation de la TS » a été ajouté en juillet 2018 au formulaire de collecte des données.

Au vu des définitions promues par la littérature anglo-saxonne et choisies pour conceptualiser cet observatoire, les termes self-harm (SH) et tentative de suicide (TS) sont utilisés de manière interchangeable dans le texte.

3. Revue de littérature

Suivant un processus itératif, cette revue de littérature non-exhaustive rassemble les principales observations sur les conduites suicidaires en lien avec les caractéristiques socio-économiques des personnes suicidantes effectuées en Europe et dans le monde anglo-saxon contemporain. Elle identifie premièrement les principaux facteurs de risque déterminés par les observatoires et recherches internationales, puis fait l'état d'investigations plus spécifiques de certains de ces facteurs de risque. Le recensement et l'articulation de ces dimensions permet ensuite l'élaboration d'une analyse socio-économique de la suicidalité telle qu'elle sera suivie dans ce rapport. Afin d'étudier la suicidalité dans sa globalité, les études sélectionnées concernent à la fois le suicide et les tentatives de suicide/self-harm ; il est nécessaire de garder à l'esprit que les facteurs de risque peuvent grandement différer entre ces populations distinctes.

La situation socio-économique comme facteur prédisposant ou précipitant au self-harm dans les observatoires internationaux

En Suisse, les précédentes recherches recensant des situations de TS ont été menées via des projets multicentriques de l'OMS : MONitoring SUicidal Behaviour (MONSUE) à Berne (2004-2010 [5]) et Multicentre study on Suicidal Behaviour à Bâle (2003-2006 [6]). A l'internationale, plusieurs systèmes de monitoring du self-harm ont été instaurés au Royaume-Uni, d'abord à Oxford [4,7,8] dans les années 1970 puis à Manchester et à Leeds [9] ; l'Irlande est l'un des rares pays qui bénéficie d'un registre national des tentatives de suicide [10,11]. De nombreux systèmes ont été introduits à la suite des programmes internationaux de l'OMS [12-14], comme c'est par exemple le cas de certaines villes en France [15] et en Italie [16].

En Suisse et en Europe, les différentes études qui en découlent présentent les données sociodémographiques et socio-économiques recueillies comme variables indépendantes contribuant à expliquer les occurrences de TS ainsi que certaines caractéristiques liées aux circonstances de celles-ci. Dans les données sociodémographiques, l'état civil, la composition du ménage et la nationalité sont particulièrement mises en avant dans ces analyses et un consensus semble se dégager. Les personnes célibataires ou vivant seules sont celles qui généralement présentent les plus hauts taux de TS par rapport au reste de la population, comme cela a été mis en avant au niveau européen [12,17,18] ainsi qu'en Suisse par les études réalisées à Berne [5] et à Bâle [6]. Certains résultats montrent en outre que

[harm.pdf.download.pdf/2019_french-speaking%20Swiss%20programme%20for%20monitoring%20self-harm_Ostertag.pdf](#)

⁴ NSSI est l'abréviation de « non suicidal self-injury » en anglais

les personnes immigrées présentent davantage de risque de SH que les personnes originaires des pays en question [6,19,20].

Pour la dimension économique, un niveau de formation « bas » peut également être mis en lien avec un risque de passage à l'acte [21], comme ce fut le cas à Bâle [6] où les taux de TS étaient les plus élevés chez les personnes ayant terminé l'école primaire, tandis que les taux les plus bas concernaient les personnes ayant terminé l'université⁵. Le fait d'être dans l'âge actif et de ne pas exercer d'activité professionnelle constitue également un facteur de risque [1,21]. A Bâle [6] à nouveau, les personnes dans l'âge actif se trouvant sans emploi présentaient un taux de TS nettement plus élevé que les personnes au bénéfice d'un emploi⁶.

Après des années de monitoring, les recherches menées à Oxford et au Royaume-Uni montrent qu'il est probable que des caractéristiques de précarité sociale soient davantage présentes au sein d'une population de personnes suicidantes [22]. De même, le fait que les personnes les plus à risque de passage à l'acte soient issues de catégories sociales dites « précaires » [13], est l'une des conclusions de l'étude multicentrique de l'OMS (WHO/Multicentre Study on Suicidal Behaviour), certaines de ces caractéristiques pouvant relever d'un « désavantage social », comme aussi thématiqué par Nock et al. (2008)[23].

L'étude du lien entre situation socio-économique, self-harm, tentative de suicide et suicide

Suite aux observations conduites par les monitorings européens et anglo-saxons, les thèmes suivants ont été spécifiés pour poursuivre l'investigation du lien entre situation socio-économique et suicidalité : le statut marital, familial et la composition du ménage, la nationalité et la dimension migratoire, la perte d'emploi et l'inactivité professionnelle au niveau individuel, la profession exercée et le niveau d'éducation, ainsi que le statut socio-économique et la classe sociale. D'autres points en lien l'intégration sociale, la marginalité et la précarité ont été identifiés, comme par exemple le fait de ne pas avoir de domicile fixe, d'être ou d'avoir été une personne détenue, etc.

Statut marital, familial et composition du ménage

Le fait d'être célibataire, séparé-e et de vivre seul-e est identifié de longue date comme un facteur de risque de suicide avéré, surtout chez les sujets masculins, dans les études suisses à Berne [5] et à Bâle [6] ainsi qu'au niveau européen [12,17,18]. Dans cette lignée, Kolves et al. (2010) [24], sur un échantillon de groupes d'hommes et de femmes en cours de séparation ayant fait appel à des services d'aide et de conseil, ont observé une tendance à la suicidalité plus importante chez les hommes que chez les femmes durant le processus de séparation. Pour les hommes séparés, les facteurs de risques identifiés comprenaient aussi un bas niveau de formation, un sentiment de honte lié à la séparation et du stress en lien avec les démarches administratives. Cette honte touchant particulièrement les individus masculins a été explicitée par la suite par Kolves et al. (2011)[24]. Balint et al. (2016)[25] présentent des résultats corroborant le fait que le statut marital a davantage d'effet comme facteur de risque chez les hommes que chez les femmes. Ces observations en matière de genre peuvent être nuancées par une revue de recherches conduites dans 19 pays occidentaux menée par Evans et al. (2014)[26]. Si douze des recherches incluses reportaient un risque plus élevé de suicide chez les hommes après une rupture, deux indiquaient un risque de suicide plus important chez des femmes et cinq ne déterminaient pas de différence genrée. La plupart des observations semblent toutefois mettre en avant un risque plus élevé de suicide chez individus de sexe masculin. A noter également que dans la base de données du monitoring de Manchester, le statut marital a été hautement associé aux répétitions d'épisodes de self-harm (Johnston, 2006)[27]. Finalement, selon Ajdacic-Gross et al. (2008), le risque de suicide des personnes veuves augmente durant la période qui suit la perte du conjoint ou de la conjointe [28]. En termes de composition familiale, selon Qin et al. (2000)[29] le statut parental semble avoir un impact sur le risque de suicide avéré : la présence d'enfants de moins de deux ans dans le ménage, semble constituer un facteur protecteur du risque suicidaire ; il l'est encore davantage

⁵ Les personnes au niveau d'éducation considéré comme bas présentaient un taux de SH plus élevé (316.19/100,000) que les personnes appartenant au niveau d'éducation moyen (124.75/100,000) et au niveau supérieur (38.54/100,000).

⁶ Taux de SH pour les personnes dans l'âge actif sans emploi : 505.77/100,000 chez les hommes (7% de l'échantillon) et 453.35/100,000 chez les femmes (3% de l'échantillon).

Taux de SH pour les personnes en âge actif ayant un emploi 38.83/ 100,000 chez les hommes (62% de l'échantillon) et 122.62/100,000 chez les femmes (48% de l'échantillon).

pour les femmes. Par ailleurs, Qin et al. (2000)[29] présentent également le fait d'être célibataire comme un potentiel facteur de risque.

Nationalité et dimension migratoire

Selon les études multicentriques européennes et suisses (WHO/European Multicentre study on Suicidal Behaviour), les personnes immigrées pourraient présenter davantage de risque de SH par rapport à la population originaires des pays en question [6,19,20]. Réutilisant ces données pour étudier spécifiquement la question, Bursztein Lipsicas et al. (2012)[19] font état de taux de TS généralement plus élevés au sein des populations de personnes migrantes, et une corrélation positive entre le taux de TS et le taux de suicide avéré atteste d'une continuité de cette tendance. Les taux de suicide entre les différents centres étaient similaires entre groupes d'immigrant-es de même origine et conservaient des proportions parallèles avec le taux de suicide de leur pays d'origine. Une étude conduite à Bâle en 2008 s'est focalisées sur la répartition intergénérationnelle des conduites suicidaires [30]. Une revue systématique de littérature de Spallek et al. (2014)[31] souligne que les résultats varient en fonction de l'âge et du sexe et que certains groupes peuvent être à risque mais que toutefois, chaque groupe d'immigrant-es conserve le risque qui lui est propre en fonction de son pays d'origine. Ratkowska & De Leo (2013)[32] passent en revue les aspects qui contribuent à la complexité d'analyse de l'interaction entre migration et suicide : phénomène de globalisation, acculturation, facteurs génétiques et environnementaux. En outre, le phénomène de la migration est complexe à isoler en tant que facteur de risque, dans un monde en constante évolution. En ce qui concerne la question de l'asile, deux études dévoilent des taux élevés de self-harm au sein de groupes demandeurs d'asile [33], dont une présentant un taux de self-harm chez les jeunes hommes demandeurs d'asile statistiquement plus élevé que chez les jeunes hommes non demandeurs d'asile aux Pays-Bas [34].

Perte d'emploi et inactivité professionnelle

Si l'évolution des taux de suicide mise en lien avec les crises et les récessions économiques peut être évoquée à titre indicatif, cette revue considère la perte d'emploi au niveau individuel, dans l'impact qu'elle peut avoir sur la vie de la personne suicidante. La perte d'un emploi ou perte financière a été identifiée de longue date par l'OMS [1] comme un facteur de risque clé du suicide au niveau individuel, surtout dans les pays où le taux de chômage est particulièrement bas. Selon le monitoring établi au Royaume-Uni par Hawton, davantage de personnes ayant eu recours au self-harm en 2008-2010 étaient sans emploi par rapport aux années précédentes et la plupart des patientes et patients présentaient des problèmes d'ordre financier [35]. Durant cette période de récession économique, le taux de self-harm a en revanche diminué chez les personnes au bénéfice d'une rente d'invalidité [35]. Milner et al. (2017)[36], ont observé un lien entre idéation suicidaire et stresseurs au travail, sur une cohorte de jeunes hommes australiens. Il apparaît que ceux d'entre eux ayant peu de contrôle sur leur travail, vivant dans l'insécurité et percevant un salaire inadéquat étaient davantage sujets aux idées suicidaires sur la période des deux semaines précédant les entretiens effectués. Les hommes ayant des contrats précaires ou à durée déterminée étaient davantage sujets à l'idéation suicidaire. Sur la durée, les résultats d'une méta-analyse de Milner et al. (2013)[37] indiquent que l'inactivité à long terme aurait une influence sur l'incidence du suicide, atteignant son point le plus élevé autour des cinq ans suivant la perte de l'emploi. Schneider et al. (2011)[38] ont comparé un échantillon de contrôle représentatif de la population avec 163 cas de suicides avérés, utilisant la méthode d'autopsie psychologique. Il s'avère que l'inactivité professionnelle, en particulier de plus de six mois, la retraite anticipée ou le fait d'avoir une activité au foyer étaient associés à un risque de suicide hautement plus élevé, indépendamment du diagnostic psychiatrique attribué aux individus. La recherche récente en Suisse identifie le chômage et l'inactivité professionnelle comme facteur de risque du suicide (Giuseva Canu et al., 2019) [39]. Pour les personnes au bénéfice d'un emploi, des conditions de travail difficile (monotonie et répétition, responsabilités extrêmes, restriction liée au contact avec les clients) étaient fortement liées à une augmentation du risque de suicide. Une piste supplémentaire apportée par Johnston et al. (2006) est que le statut professionnel peut être associé aux répétitions de self-harm [27].

Au niveau macroéconomique, le lien entre suicide et taux de chômage est plus complexe. Nordt et al. (2015)[40] indiquent via leur modèle d'analyse couvrant 63 pays (2000-2011), qu'un taux de suicide plus élevé précède, sur une période d'environ six mois, une hausse du taux de chômage. Cette étude n'offre pas d'information concernant spécifiquement la Suisse. Suite à sa parution, les auteurs de l'étude indiquent dans un communiqué de presse qu'un suicide sur sept serait imputable au chômage en Suisse⁷ [2]. Suite à la crise de 2008 en Amérique et en Europe, une augmentation des taux de

⁷ [http://www.tagesanzeiger.ch/Arbeitslosigkeit treibt jährlich 45000 Menschen in den Tod](http://www.tagesanzeiger.ch/Arbeitslosigkeit%20treibt%20j%C3%A4hrlich%2045000%20Menschen%20in%20den%20Tod) (consulté le 24.10.2018)

suicide aurait été constatée, particulièrement chez les jeunes hommes dans des pays présentant des niveaux importants de perte d'emploi [41]. En Grèce (2000-2012), une corrélation négative a été observée entre tentative de suicide et inactivité professionnelle, tandis que les taux de suicide y étaient corrélés positivement [42]. Selon Noh (2009)[43], l'inactivité professionnelle a un effet sur le taux de suicide, mais varie selon le revenu, associant notamment des revenus élevés à des taux de suicide élevés. Selon Platt et Hawton (2000)[44], les liens entre suicide ou tentatives de suicide et inactivité professionnelle restent complexes dans leur fonctionnement macroéconomique. Néanmoins, une association entre comportements suicidaires et perte d'emploi ou inactivité professionnelle est très souvent observée au niveau individuel en maîtrisant les autres paramètres sociodémographiques, notamment sur le long terme grâce aux études de cohorte [37].

Profession exercée et niveau de formation

Si les taux de suicide ont diminué en Europe depuis les années 2000, un écart semble se creuser entre les personnes présentant un bas niveau de formation et celles bénéficiant d'un niveau de formation élevé. Lorant et al. (2018)[45], identifient des inégalités à ce niveau, avançant le fait que les taux de suicide ont augmenté en dix ans chez les personnes ayant un bas niveau de formation. Dans une étude précédente, Lorant et al. (2005) ont identifié un taux de suicide significativement plus élevé chez les hommes au bas niveau de formation que dans les autres catégories de population, et ce dans la plupart des pays européens étudiés sauf au Danemark [46]. Ces propensions au risque suicidaire ne semblent pas aussi présentes au sein des populations féminines. En Hongrie, Balint et al. (2016)[25] associent positivement un niveau élevé de formation et une diminution du risque de suicide, avec un effet accentué chez les individus de sexe masculin, semblant ainsi suivre les tendances générales [21]. Aux Etats-Unis, Philips & Hempstead (2017)[47] observent chez des jeunes âgés de 25 ans ou moins, un taux de suicide plus élevés dans la catégorie au bénéfice d'un diplôme d'école secondaire et moins élevé chez les personnes ayant terminé l'université. Certains résultats sont toutefois contradictoires et permettent de nuancer le propos, comme en Italie, où Pompilli et al. (2013)[48] identifient le fait que les personnes hautement formées ont davantage de risques de décéder de suicide que d'une mort « naturelle », surtout lorsqu'elles font face à des échecs. En ce qui concerne la profession exercée, la méta-analyse de Milner et al. (2013)[49], incluant 34 études utilisant les codes de classification internationaux des professions ISCO (International Standard Classification of Occupations), indique que le groupe de personnes les moins qualifiées était à plus grand risque de suicide que le groupe le plus qualifié. La recherche se poursuit en Suisse où une relation a été identifiée entre le suicide et les mauvaises conditions psychosociales de travail dans les professions élémentaires [39].

Statut socio-économique, classe sociale, déprivation socio-économique

Selon Hawton et al. (2007)[9], les résultats de l'étude multicentrique menée sur trois villes (Leeds, Manchester et Oxford), reflètent non seulement les caractéristiques des populations, mais montrent que la déprivation socio-économique est fortement associée aux taux de self-harm, notamment à Manchester. Une part importante de femmes ayant eu recours au self-harm rencontraient par exemple des problèmes de logement durant la récession de 2008-2010 [35]. Lorant et al. (2005) [46] ont également associé le désavantage socio-économique à un taux de suicide plus élevé, sur dix pays européens étudiés. Au Canada, Caron et al. (2011) associent détresse psychologique et populations à bas revenu. D'après leur analyse, les populations à bas revenu présentent un taux de détresse psychologique de 28%, tandis que celui-ci s'élève à 19% chez les personnes ne faisant pas partie de la catégorie des bas revenus. Pour la compréhension du phénomène, Kim et al. (2015)[50] avancent que l'écart entre le statut socio-économique et les perceptions qu'une personne a de sa position hiérarchique dans la société expliquent une part importante des inégalités en termes d'idéation suicidaire. Selon Aschan et al. (2013)[51], le statut socio-économique serait directement associé aux tentatives de suicide, mais pas à l'idéation suicidaire. En 2001, Hawton & Harriss font part d'une association entre self-harm et déprivation économique, soulignant un lien particulièrement fort entre ces deux dimensions au sein de la population des jeunes hommes ; le seul lien identifié entre suicide et déprivation sociale concernait également les jeunes hommes [22].

Le « désavantage socio-économique »

Thématisée à plusieurs reprises au cours de cette revue [22,23,46], la notion de désavantage socio-économique est définie dans un rapport des « Samaritans », publié en 2017 au Royaume-Uni, et intitulé « Socioeconomic disadvantage and suicidal behaviour during times of economic recession and recovery » [52]. En anglais, la définition du désavantage socio-économique est la suivante :

« *'Socioeconomic disadvantage' may refer to an individual, group (e.g., family) or community (especially, defined geographically). Being 'socioeconomically disadvantaged' means living in a situation of relatively more unfavourable social and economic circumstances than others (individuals, groups or communities) in the same society. Features of socioeconomic disadvantage include low income, unmanageable debt, poor housing conditions, lack of educational qualifications, unemployment, and living in a socioeconomically deprived area.* » McDaid (2017)

Elle présente l'avantage de problématiser et d'identifier des pistes de définition de ce que peut représenter la situation socio-économique et questionner en quoi celle-ci peut s'avérer être un facteur de risque du self-harm ou de la tentative de suicide. De manière générale, le désavantage socio-économique est modélisé sur la base de l'activité professionnelle et du niveau d'éducation, avec parfois un apport d'informations sur les conditions de vie liées au logement (fait d'être propriétaire ou non, d'avoir conservé la même adresse depuis l'année précédente) [46]. Comme mentionné précédemment, l'ORTS offre l'opportunité d'étudier les aspects individuels et les facteurs de risque clés propres à l'individu tels qu'établis dans le modèle de l'OMS [1].

4. Objectifs et questions de recherche

Cette recherche a pour but (« general aim ») d'étudier les liens entre situation socio-économique et tentatives de suicide, afin d'identifier certains critères ou populations à risque en Suisse romande. Les caractéristiques socio-économiques identifiées dans la littérature comme potentiels facteurs de risques et les données disponibles dans la base de données ORTS ont permis de dessiner ces pistes d'investigation.

Les objectifs de la recherche sont les suivants :

- Décrire la population des personnes ayant fait une tentative de suicide en fonction de leurs caractéristiques socio-économiques (statut marital et familial, nationalité, activité professionnelle, niveau de formation et statut socio-économique, etc.)
- Identifier les liens entre caractéristiques socio-économiques et suicidalité (intentionnalité suicidaire, antécédents de TS, méthode utilisée, degré de réalisation de la TS, gravité, etc.)

Nous chercherons ainsi à répondre aux questions suivantes :

- Quelles sont, du point de vue des caractéristiques socio-économiques, les populations à risque de self-harm en Suisse romande ?
- Existe-t-il des caractéristiques socio-économiques associées à des aspects spécifiques du self-harm ?
 - Dans quelle mesure la situation socio-économique et des facteurs comme le statut marital et familial, la nationalité, l'activité professionnelle, le niveau de formation et le statut socio-économique sont-ils associés à un ou plusieurs épisodes de self-harm au sein d'une population de personnes suicidantes ?
 - Comment ces éléments sont-ils associés avec l'intentionnalité suicidaire, les antécédents de TS, le degré de réalisation de la TS, la méthode ou la gravité de celle-ci ?

5. Méthodologie

Articulation des données de l'ORTS

La base de données ORTS permet de disposer de différents indicateurs de la situation socio-économique des personnes suicidantes. A chaque sous-dimension d'analyse identifiée dans la littérature correspond une ou plusieurs variables issues de la base de données ORTS (statut marital et familial, nationalité, activité professionnelle, niveau de formation et statut socio-économique, etc.).

La suicidalité en tant que variable dépendante se décompose en cinq variables issues de la base ORTS : l'intentionnalité suicidaire, les antécédents de TS, la méthode utilisée, le degré de réalisation de la TS et sa gravité

Les dimensions identifiées dans la littérature et les variables correspondantes dans la base de données ORTS sont présentées ci-dessous, de même que les variables dépendantes relevant de la suicidalité :

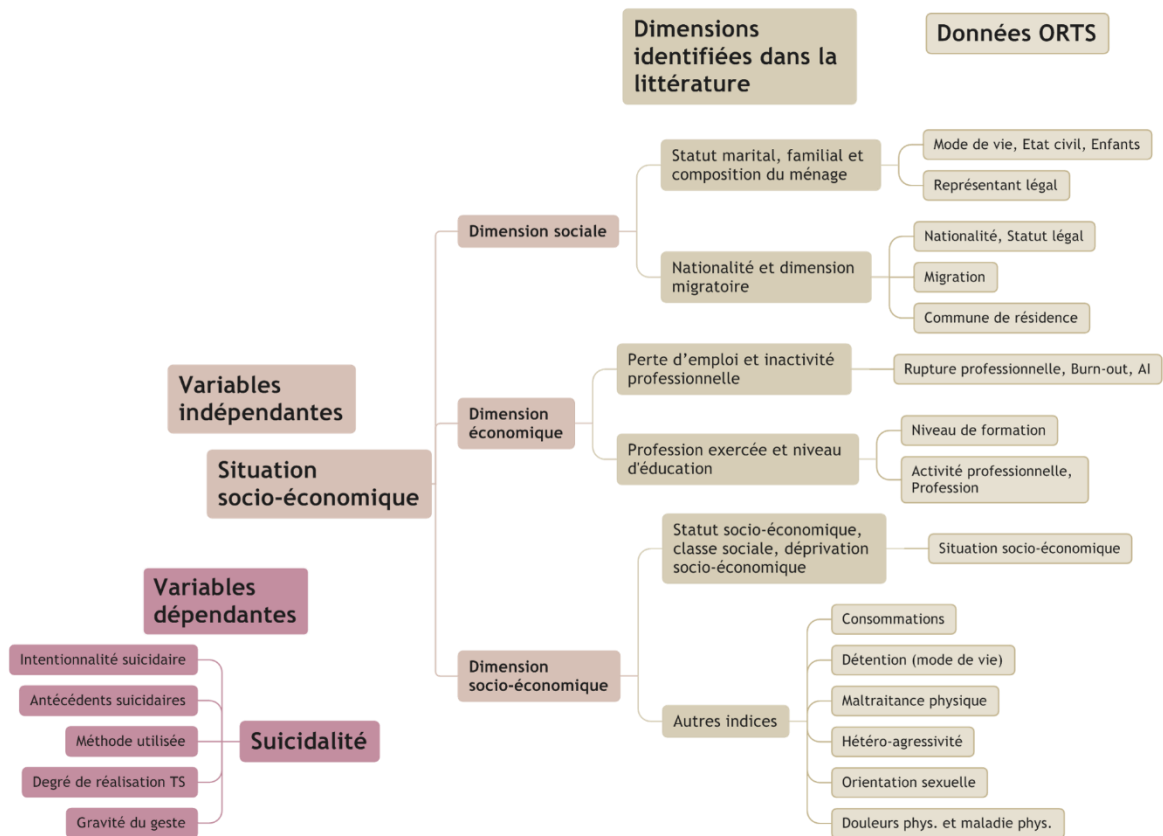


Figure 1 : Conceptualisation des dimensions et sous-dimensions de recherche en lien avec les données ORTS

Recodage effectué par l'Institut romand de Santé au Travail

L'analyse s'appuie également sur des variables recodées et standardisées par l'Institut romand de Santé au Travail, qui a procédé au recodage de certaines variables liées à l'activité professionnelle des personnes de 18 à 65 ans, selon les catégories suivantes :

- Statut d'activité professionnelle en 4 classes : en activité, en formation, inactif, inconnu
- Indice socioéconomique en 9 classes, selon la classification internationale de l'indice socioéconomique (Ganzeboom et al. 1992)
- Profession codée selon la classification internationale des types de professions, version 1988 (CITP-88, ou ISCO-88 en anglais), avec un niveau d'agrégation à 2, 3 ou 4 digits
- Niveau de compétence en 4 classes déterminé selon la méthode de Milner et al (2013).⁸

Formulaire ORTS	IST
Profession	ISCO-88 (chiffre à 4 digit)
	Catégorie socio-économique (groupes reprenant ISCO-88 sur 1 digit, formant ainsi 9 catégories)
	Niveau de compétences sur la base des 9 catégories socio-économiques, formant 4 niveaux
Activité professionnelle, analysée en complément lorsque la profession était renseignée au préalable	Statut d'activité (actif, en formation ou non-actif)

Le recodage effectué par l'Institut Romand de Santé au Travail (IST) s'applique à 490 entrées sur les sites de Lausanne et Neuchâtel, entre décembre 2016 et septembre 2017. Les variables concernées par le recodage (profession et activité professionnelle) ont été codées en codes ISCO-88 et en statut d'activité. Au vu d'améliorations apportées au formulaire de collecte des données en juin 2018, certaines nouvelles variables (degré de réalisation de la TS, nom générique médicament et dosage des intoxications médicamenteuses, etc.) sont disponibles pour 338 formulaires ayant été remplis à partir de l'été 2018.

Plan d'analyse

Les relations entre les variables liées à la situation socio-économique (variables indépendantes) et celles relatives à la suicidalité (variables dépendantes) sont observées en conduisant des analyses descriptives univariées et bivariées selon les trois étapes suivantes :

1. Analyse descriptive univariée de la situation socio-économique de la population de personnes suicidantes selon les cinq dimensions évoquées (statut marital et familial, nationalité et dimension migratoire, activité ou inactivité professionnelle, profession exercée et niveau de formation, statut socio-économique)
2. Analyse descriptive univariée des variables circonstancielles de la TS et liées à la suicidalité (intentionnalité suicidaire, antécédents de TS, méthode utilisée, degré de réalisation de la TS, gravité de la TS)
3. Analyses descriptives bivariées, test des associations entre les variables dépendantes et indépendantes
VD = suicidalité ; VI = situation socio-économique

Statistiques

Des tests du χ^2 et des tests exacts de Fisher (F.E.T) ont permis de vérifier les liens entre les variables binaires et nominales, tandis que des ρ de Spearman ont été utilisés pour décrire les liens entre variables ordinales. Des tests d'indépendance (Kruskal Wallis, U de Mann-Whitney) ont permis de vérifier les liens entre les variables indépendantes nominales et ordinales avec des variables

⁸ Cette description est extraite du *Plan d'analyse des données de l'ORTS sur les tentatives de suicide et le lien avec l'activité professionnelle* (Z.Mediouni, I.Guseva-Canu, 2018)

dépendantes respectivement ordinales et nominales. Les tailles d'effet correspondantes ont ensuite été calculées afin d'évaluer la force des liens entre ces variables.

Echantillon

L'échantillon sur lequel est effectuée l'analyse porte sur l'ensemble des épisodes de tentatives de suicide ou self-harm documentés par l'observatoire sur une période de deux ans (décembre 2016 - novembre 2018), soit 1541 entrées.

6. Analyses

Description de l'échantillon

Tableau 1
Description de l'échantillon par site

SITE	N	Homme N (% par site)	Femme N (% par site)	Âges inclus.
Lausanne	710	329 (46.3)	381 (53.7)	18-65 ans
Neuchâtel	264	120 (45.3)	144 (54.3)	18+ ans
Valais Central	207	74 (35.6)	133 (63.9)	18+ ans
Genève Adulte	240	99 (41.3)	141 (58.8)	18+ ans
Genève Enfant & Ado	73	20 (27.0)	53 (71.6)	-18 ans
Genève Malatavie	44	11 (25.0)	33 (75.0)	12+ ans
Total*	1541	653 (42.4)	885 (57.4)	Tous âges

* Trois personnes appartiennent à la catégorie « autre »

L'échantillon se compose de données collectées sur les sites de Lausanne, Neuchâtel, Valais Central, Genève Adulte, Genève Enfants et Adolescents et Unité de crise-Malatavie. Il comprend 1'541 entrées individuelles, collectées sur une période d'un an et demi à deux ans (décembre 2016 – novembre 2018).

Sur tous les sites, une proportion plus importante de femmes peut être observée. Certains sites présentent une différence de proportion homme-femme importante, notamment les sites genevois où une population jeune et adolescente est incluse. Le site du Valais qui recense une population adulte présente également une différence importante dans cette proportion. A noter que trois personnes à l'identité de genre « autre » ont été incluses sur l'ensemble des sites.

Variables concernant la situation socio-économique de la population de personnes suicidantes (VI)

Les modes de vie représentés dans la base de données ORTS se rapprochent de ceux de la population suisse⁹ bien que certaines catégories soient potentiellement surreprésentées, par exemple celle des personnes détenues. En ce qui concerne l'état civil, la proportion de personnes célibataires reste à nuancer au vu de la proportion importante d'enfants et d'adolescents dans l'échantillon. La proportion de personnes suisses et non suisses se trouve dans la lignée des observations précédentes, Lausanne

⁹ OFS, Ménages, Consulté le 12.03.2019 : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/effectif-evolution/menages.html>

comptabilisant toujours une proportion plus importante de personnes non suisses par rapport au reste de l'échantillon (52.1%, n = 367).

Variables circonstancielles de la TS et liées à la suicidalité (VD)

Une variable « méthode de la TS en trois catégories » a été créée pour distinguer l'intoxication médicamenteuse du geste auto-dommageable, conservant une catégorie « autre et méthodes multiples » qui regroupe certains cas hybrides ou particuliers n'ayant pas pu être recodés. La nouvelle variable « degré de réalisation de la TS » a été intégrée au formulaire dès juin 2018. Conçue sur la base de l'échelle de cotation de la sévérité de Columbia¹⁰ [53] elle montre ainsi que sur l'ensemble de la base de données, 63.3% (n=195) des gestes ont été réalisés de manière complète, mais que ces gestes n'ont pas abouti à un suicide avéré. La tentative était considérée comme « interrompue » dans 24.7% (n=76) des cas, ce qui signifie qu'une personne ou une circonstance a prévenu le déroulé complet de l'acte. Puis, dans 12% (n=37) des cas, la tentative est « avortée », ce qui signifie que la personne suicidante s'est arrêtée d'elle-même.

Analyses descriptives bivariées mettant en lien les variables liées à la situation socio-économiques (VI) et les variables liées à la suicidalité (VD)

Des analyses bivariées mettent en lien les variables dépendantes et indépendantes décrites précédemment. Chaque variable exprimant la suicidalité (intentionnalité suicidaire, antécédents de self-harm, méthode de la TS, degré de réalisation de la TS et gravité de la TS) est mise en lien avec les variables indépendantes. Les variations au sein des variables exprimant la suicidalité peuvent être ainsi en partie expliquées par l'influence des variables socio-économiques.

Intentionnalité suicidaire

Le tableau 2 décrit les relations entre l'intentionnalité suicidaire et les variables socio-économiques. Des variables indépendantes telles que l'âge, le mode de vie, l'état civil, la parentalité, la nationalité, la migration ainsi que l'activité professionnelle ont une influence sur l'intentionnalité suicidaire. Plusieurs de ces paramètres peuvent être liés à l'âge, et l'intentionnalité suicidaire est plus élevée dans les groupes d'âges les plus avancés ($p = 0.148$, $p < .001$). Une intentionnalité claire est présente chez 51.6% (n=359) de personnes suisses pour 48.4% (n=383) des personnes non suisses. Cette tendance s'inverse au fur et à mesure que l'intentionnalité diminue, et la proportion de personnes suisses ne présentant pas d'intentionnalité suicidaire est de 41.6% (n=142) contre 58.4% (n=199) des personnes non suisses. Les personnes retraitées ou sans emploi pourraient aussi être davantage concernées par une intentionnalité suicidaire claire ($H(7) = 26.403$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.014$).

¹⁰ Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

Tableau 2
Intentionnalité suicidaire en lien avec les variables socio-économiques

	Suicidal intent			Statistic	p-Value	Effect size
	Clear % (n)	Unclear % (n)	No suicidal intent % (n)			
Gender				U =	.055	Z = -1.920
Male	45.4 (337)	39.6 (169)	40.4 (139)	265369.5		
Female	54.6 (406)	60.4 (258)	59.6 (205)			
Age (OFS category)				$\rho = 0.148$	<.001	
0-14 years	2.4 (18)	4.2 (18)	4.9 (17)			
15-34 years	43.7 (326)	45.7 (195)	52.0 (179)			
35-49 years	27.7 (207)	29.3 (125)	27.9 (96)			
50-64 years	18.1 (135)	16.9 (72)	13.7 (47)			
65-79 years	5.4 (40)	3.0 (13)	0.6 (2)			
80+ years	2.7 (20)	0.9 (4)	0.9 (3)			
Lifestyle				H(8) =	.039	$\eta^2 = 0.006$
Single	25.0 (186)	25.2 (107)	21.1 (72)	16.270		
In a relationship w/o children	13.3 (99)	14.6 (62)	16.4 (56)			
In a relationship w/ children	19.9 (148)	20.9 (89)	19.4 (66)			
Living at one's parents	17.6 (131)	21.6 (92)	22.9 (78)			
Shared/student accommodation	3.5 (26)	3.8 (16)	3.5 (12)			
Home, institution for the elderly	8.1 (60)	5.4 (23)	5.6 (19)			
Incarcerated	5.2 (39)	4.9 (21)	6.5 (22)			
Homeless	3.2 (24)	1.2 (5)	1.5 (5)			
Other	4.0 (30)	2.4 (10)	3.2 (11)			
Civil status				H(4) =	<.001	$\eta^2 = 0.012$
Single	52.4 (381)	56.7 (234)	64.5 (214)	22.093		
Married	22.1 (161)	22.3 (92)	16.0 (53)			
Divorced	14.9 (108)	14.0 (58)	12.7 (42)			
Separated	5.6 (41)	5.8 (24)	5.4 (18)			
Widowed	5.0 (36)	1.2 (5)	1.5 (5)			
Parenthood				U =	.019	Z = -2.350
Yes	46.1 (333)	42.0 (172)	38.7 (128)	245392.5		
No	53.9 (389)	58.0 (238)	61.3 (203)			
Nationality				U =	.030	Z = -2.170
Swiss	48.4 (359)	44.4 (189)	41.6 (142)	265701.0		
Non-Swiss	51.6 (383)	55.6 (237)	58.4 (199)			
Migration in the last 10 years				H(2) = 6.006	.050	$\eta^2 = 0.003$
No migration	70.1 (426)	74.3 (260)	75.4 (214)			
Chosen migration	18.8 (114)	19.1 (67)	17.3 (49)			
Forced migration	11.2 (68)	6.6 (23)	7.4 (21)			
Activity status				H(2) = 1.781	.411	$\eta^2 = -0.001$
Active	71.2 (116)	81.1 (60)	75.6 (62)			
Student/in training	13.5 (22)	10.8 (8)	13.4 (11)			
Inactive	15.3 (25)	8.1 (6)	11.0 (9)			
Professional activity				H(7) =	<.001	$\eta^2 = 0.014$
Student/in training	17.6 (123)	19.7 (79)	24.1 (78)	26.403		
Full-time worker	15.0 (105)	13.9 (56)	17.6 (57)			
Part-time worker	6.7 (47)	8.5 (34)	7.4 (24)			
Homemaker	2.0 (14)	4.0 (16)	1.9 (6)			
Unemployed	29.4 (206)	28.4 (114)	24.4 (79)			
Retired or equivalent	8.1 (57)	3.7 (15)	1.9 (6)			
Disabled insured	15.9 (111)	16.9 (68)	17.0 (55)			
Other	5.3 (37)	5.0 (20)	5.9 (19)			

	Clear % (n)	Unclear % (n)	No suicidal intent % (n)	Statistic	p-Value	Effect size
Socio-economic category				$\rho = -0.105$	.105	
Managers	0.8 (1)	1.7 (1)	9.8 (6)			
Professionals	9.3 (11)	5.0 (3)	3.3 (2)			
Technicians and associate professionals	16.1 (19)	20.0 (12)	21.3 (13)			
Clerical support workers	16.9 (20)	16.7 (10)	13.1 (8)			
Service and sales workers	27.1 (32)	36.7 (22)	34.4 (21)			
Skilled agricultural, forestry and fishery workers	1.7 (2)	5.0 (3)	1.6 (1)			
Craft and related trades workers	15.3 (18)	13.3 (8)	13.1 (8)			
Plant and machine operators and assemblers	2.5 (3)	0.0 (0)	0.0 (0)			
Elementary occupations	10.2 (12)	1.7 (1)	3.3 (2)			
Socio-economic situation				U =	.075	Z = -1.780
Precarious	58.6 (373)	54.7 (208)	52.7 (154)	199806.0		
Non-precious	41.4 (264)	45.3 (172)	47.3 (138)			

Antécédents suicidaires

En ce qui concerne les antécédents suicidaires, la proportion de femmes au sein des personnes ayant fait part d'antécédents suicidaires est largement plus importante que celle des hommes ($\chi^2(1) = 13.454$, $p < .001$, OR = 1.49). Le mode de vie ($\chi^2(8) = 21.341$, $p = .006$, $\phi = 0.124$) et l'état civil ($\chi^2(4) = 24.144$, $p < .001$, $\phi = 0.133$) sont significativement mis en relation avec le fait d'avoir des antécédents suicidaires. Les pourcentages d'antécédents suicidaires sont plus élevés chez les personnes célibataires ou vivant seules. Chez les personnes travaillant à temps plein, la proportion de personnes n'ayant pas d'antécédents suicidaires est la plus élevée (20.2%, $n=124$, vs. 11.9%, $n=83$), tandis qu'une proportion plus importante de personnes au bénéfice de l'assurance invalidité présente des antécédents suicidaires (22.3% $n=156$ vs. 7.6% $n=47$, $\chi^2(7) = 72.915$ $p < .001$, $\phi = 0.236$.)

Tableau 3
Antécédents suicidaires en lien avec les variables socio-économiques

	Past self-harm history		Statistic	p-Value	Effect size
	No suicidal history % (n)	Previous suicidal history % (n)			
Gender			$\chi^2(1) = 13.454$	<.001	OR = 1.49
Male	47.9 (312)	38.1 (282)			
Female	52.1 (340)	61.9 (458)			
Age (OFS category)			$\rho = -0.002$	.943	
0-14 years	4.1 (27)	3.5 (26)			
15-34 years	47.7 (311)	45.6 (339)			
35-49 years	24.8 (162)	31.6 (235)			
50-64 years	16.3 (106)	15.7 (117)			
65-79 years	4.6 (30)	2.4 (18)			
80+ years	2.5 (16)	1.1 (8)			
Lifestyle			$\chi^2(8) = 21.341$	.006	$\phi = 0.124$
Single	20.2 (131)	25.4 (188)			
In a relationship w/o children	16.4 (106)	12.9 (95)			
In a relationship w/ children	23.2 (150)	17.6 (130)			
Living at one's parents	21.6 (140)	20.3 (150)			
Shared/student accommodation	4.0 (26)	3.2 (24)			
Home, institution for the elderly	4.9 (32)	8.1 (60)			
Incarcerated	4.3 (28)	6.2 (46)			
Homeless	2.0 (13)	2.3 (17)			
Other	3.2 (21)	3.9 (29)			
Civil status			$\chi^2(4) = 24.144$	<.001	$\phi = 0.133$
Single	52.9 (335)	59.5 (431)			
Married	26.5 (168)	16.7 (121)			
Divorced	11.2 (71)	15.9 (115)			
Separated	6.0 (38)	5.0 (36)			
Widowed	3.3 (21)	2.9 (21)			
Parenthood			$\chi^2(1) = 0.265$	.607	OR = 1.05
Yes	43.5 (276)	42.1 (300)			
No	56.5 (359)	57.9 (413)			
Nationality			$\chi^2(1) = 0.861$	.353	OR = 1.10
Swiss	53.5 (348)	56.0 (414)			
Non-Swiss	46.5 (302)	44.0 (325)			
Migration in the last 10 years			$\chi^2(2) = 3.446$	.179	$\phi = 0.055$
No migration	70.8 (373)	73.4 (459)			
Chosen migration	20.9 (110)	16.8 (105)			
Forced migration	8.3 (44)	9.8 (61)			

	No suicidal history % (n)	Previous suicidal history % (n)	Statistic	p-Value	Effect size
Activity status			$\chi^2(2) = 5.519$	.063	$\phi = 0.136$
Active	79.3 (115)	69.0 (107)			
Student/in training	12.4 (18)	14.2 (22)			
Inactive	8.3 (12)	16.8 (26)			
Professional activity			$\chi^2(7) = 72.915$	<.001	$\phi = 0.236$
Student/in training	21.3 (131)	20.3 (142)			
Full-time worker	20.2 (124)	11.9 (83)			
Part-time worker	9.4 (58)	5.7 (40)			
Homemaker	2.1 (13)	2.6 (18)			
Unemployed	27.3 (168)	27.2 (190)			
Retired or equivalent	7.0 (43)	3.9 (27)			
Disabled insured	7.6 (47)	22.3 (156)			
Other	5.0 (31)	6.0 (42)			
Skill level			$\rho = -0.145$	.030	
Lowest skill level	2.6 (3)	10.2 (11)			
Second lowest skill level	62.1 (72)	66.7 (72)			
Second highest skill level	27.6 (32)	12.0 (13)			
Highest skill level	7.8 (9)	11.1 (12)			
Socio-economic category			$\rho = 0.105$	.118	
Managers	4.3 (5)	2.8 (3)			
Professionals	3.4 (4)	8.3 (9)			
Technicians and associate professionals	27.6 (32)	12.0 (13)			
Clerical support workers	13.8 (16)	16.7 (18)			
Service and sales workers	29.3 (34)	30.6 (33)			
Skilled agricultural, forestry and fishery workers	4.3 (5)	0.9 (1)			
Craft and related trades workers	12.9 (15)	17.6 (19)			
Plant and machine operators and assemblers	1.7 (2)	0.9 (1)			
Elementary occupations	2.6 (3)	10.2 (11)			
Socio-economic situation			$\chi^2(1) = 9.639$	.002	OR = 1.43
Precarious	50.2 (293)	59.0 (372)			
Non-precious	49.8 (291)	41.0 (258)			

Méthode de la TS

Le genre et l'âge ont une influence sur la méthode utilisée. Les femmes recourent davantage à l'intoxication médicamenteuse, tandis que les hommes ont davantage recours à des gestes auto-dommageables n'étant pas des intoxications médicamenteuses ($\chi^2(2) = 73.654$, $p < .001$, $\phi = 0.219$). Les personnes de 15 à 34 ans recourent le plus souvent à des gestes auto-dommageables. Dans les tranches d'âge de 35-49 ans puis de 50-64 ans, l'intoxication médicamenteuse est la plus utilisée. Les méthodes « autres » ou multiples sont davantage utilisées par les personnes âgées entre 65-79 ans et les personnes de plus de 80 ans ($H(5) = 48.543$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.028$). L'état civil et le statut marital influencent également le type de méthode utilisée, les personnes en relation ou avec des enfants utilisent davantage l'intoxication médicamenteuse, ce qui peut également être lié à l'âge. Parmi les personnes ayant recours à l'intoxication médicamenteuse, 74.6% ($n=563$) d'entre elles n'ont pas vécu de migration, et 6.8% ($n=51$) ont vécu une migration forcée. Parmi les personnes ayant recours au geste auto-dommageable, 68.2% (304) d'entre elles n'ont pas vécu de migration, tandis que 12.8% ($n=57$) d'entre elles ont vécu une migration « forcée » (F.E.T, $p = .004$, $\phi = 0.114$). 26.8% ($n=135$) des gestes auto-dommageables concernent des étudiantes et étudiants et 30.4% ($n=153$) d'entre eux n'ayant pas d'activité professionnelle. Les personnes au bénéfice d'une activité professionnelle sont plus représentées dans la catégorie de l'intoxication médicamenteuse.

Tableau 4
Méthode de la TS en lien avec les variables socio-économiques

	Method of self-harm			Statistic	p-Value	Effect size
	Self-poisoning % (n)	Self-injury % (n)	Other or multiple % (n)			
Gender				$\chi^2(2) = 73.654$	<.001	$\phi = 0.219$
Male	33.7 (312)	54.6 (296)	63.2 (43)			
Female	66.3 (613)	45.4 (246)	36.8 (25)			
Age (OFS category)				$H(5) = 48.543$	<.001	$\eta^2 = 0.028$
0-14 years	1.5 (14)	6.6 (36)	4.4 (3)			
15-34 years	43.1 (399)	51.5 (280)	48.5 (33)			
35-49 years	30.2 (280)	25.0 (136)	27.9 (19)			
50-64 years	19.8 (183)	12.1 (66)	10.3 (7)			
65-79 years	4.1 (38)	2.4 (13)	5.9 (4)			
80+ years	1.3 (12)	2.4 (13)	2.9 (2)			
Lifestyle				$\chi^2(16) = 106.018$	<.001	$\phi = 0.264$
Single	25.9 (238)	20.4 (110)	29.9 (20)			
In a relationship w/o children	16.0 (147)	11.3 (61)	13.4 (9)			
In a relationship w/ children	24.3 (224)	14.1 (76)	11.9 (8)			
Living at one's parents	18.5 (170)	22.7 (122)	17.9 (12)			
Shared/student accommodation	3.2 (29)	4.6 (25)	1.5 (1)			
Home, institution for the elderly	3.7 (34)	12.3 (66)	6.0 (4)			
Incarcerated	3.0 (28)	8.9 (48)	10.4 (7)			
Homeless	1.6 (15)	3.0 (16)	6.0 (4)			
Other	3.8 (35)	2.6 (14)	3.0 (2)			
Civil status				$\chi^2(8) = 49.298$	<.001	$\phi = 0.182$
Single	49.8 (453)	67.3 (345)	61.5 (40)			
Married	25.0 (227)	14.2 (73)	15.4 (10)			
Divorced	16.5 (150)	9.7 (50)	15.4 (10)			
Separated	5.9 (54)	5.1 (26)	4.6 (3)			
Widowed	2.8 (25)	3.7 (19)	3.1 (2)			
Parenthood				$\chi^2(2) = 25.198$	<.001	$\phi = 0.131$
Yes	48.4 (437)	35.0 (178)	36.9 (24)			
No	51.6 (465)	65.0 (331)	63.1 (41)			
Nationality				$\chi^2(2) = 2.371$	.306	$\phi = 0.039$
Swiss	54.9 (507)	52.5 (283)	61.8 (42)			
Non-Swiss	45.1 (416)	47.5 (256)	38.2 (26)			

	Self-poisoning % (n)	Self-injury % (n)	Other or multiple % (n)	Statistic	p-Value	Effect size
Migration in the last 10 years				F.E.T.	.004	$\phi = 0.114$
No migration	74.6 (563)	68.2 (304)	80.0 (44)			
Chosen migration	18.7 (141)	19.1 (85)	9.1 (5)			
Forced migration	6.8 (51)	12.8 (57)	10.9 (6)			
Activity status				F.E.T.	.855	$\phi = 0.052$
Active	76.2 (147)	72.9 (86)	66.7 (8)			
Student/in training	12.4 (24)	13.6 (16)	16.7 (2)			
Inactive	11.4 (22)	13.6 (16)	16.7 (2)			
Professional activity				F.E.T.	<.001	$\phi = 0.187$
Student/in training	16.0 (140)	26.8 (135)	15.6 (10)			
Full-time worker	16.5 (144)	13.1 (66)	12.5 (8)			
Part-time worker	8.1 (71)	6.2 (31)	6.3 (4)			
Homemaker	2.7 (24)	2.4 (12)	0.0 (0)			
Unemployed	26.0 (277)	30.4 (153)	34.4 (22)			
Retired or equivalent	5.5 (48)	4.8 (24)	10.9 (7)			
Disabled insured	20.0 (175)	3.8 (55)	12.5 (8)			
Other	5.0 (44)	5.6 (28)	7.8 (5)			
Skill level				H(3) = 1.342	.719	$\eta^2 = -0.007$
Lowest skill level	6.1 (9)	6.9 (6)	0.0 (0)			
Second lowest skill level	63.3 (93)	66.7 (58)	87.5 (7)			
Second highest skill level	19.0 (28)	19.5 (17)	0.0 (0)			
Highest skill level	11.6 (17)	6.9 (6)	12.5 (1)			
Socio-economic category				H(8) = 8.824	.357	$\eta^2 = 0.004$
Managers	3.4 (5)	3.4 (3)	0.0 (0)			
Professionals	8.2 (12)	3.4 (3)	12.5 (1)			
Technicians and associate professionals	19.0 (28)	19.5 (17)	0.0 (0)			
Clerical support workers	18.4 (27)	12.6 (11)	0.0 (0)			
Service and sales workers	29.9 (44)	32.2 (28)	50.0 (4)			
Skilled agricultural, forestry and fishery workers	0.7 (1)	5.7 (5)	0.0 (0)			
Craft and related trades workers	12.9 (19)	14.9 (13)	37.5 (3)			
Plant and machine operators and assemblers	1.4 (2)	1.1 (1)	0.0 (0)			
Elementary occupations	6.1 (9)	6.9 (6)	0.0 (0)			
Socio-economic situation				$\chi^2(2) = 4.856$	.088	$\phi = 0.610$
Precarious	53.8 (433)	59.8 (275)	61.0 (36)			
Non-precious	46.2 (372)	40.2 (185)	39.0 (23)			

Degré de réalisation de la TS

La répartition des effectifs dans les catégories de la variable degré de réalisation de la TS varie en fonction du sexe et de l'âge des personnes suicidantes. Les hommes (60%, n=45) sont davantage interrompus dans leur tentative que les femmes (40%, n=30), tandis que celles-ci ne s'interrompent ou sont moins interrompues (61.9%, n=120). En ce qui concerne l'âge, les tentatives « avortées » concernent particulièrement les 15-34 ans (62.2, n=23), tandis que les personnes issues des groupes plus âgés sont plus concernées par les tentatives achevées. A noter qu'ayant été ajoutée au formulaire de collecte des données à l'été 2018, le N de cette variable est encore relativement faible.

Tableau 5
Degré de réalisation de la TS en lien avec les variables socio-économiques

	Completed suicide attempt % (n)	Interrupted suicide attempt % (n)	Aborted suicide attempts % (n)	Statistic	p-Value	Effect size
Gender				U = 9528.0	.002	Z = -3.160
Male	38.1 (74)	60.0 (45)	54.1 (20)			
Female	61.9 (120)	40.0 (30)	45.9 (17)			
Age (OFS category)				$\rho = -0.165$	.004	
0-14 years	5.1 (10)	6.6 (5)	5.4 (2)			
15-34 years	40.0 (78)	52.6 (40)	62.2 (23)			
35-49 years	26.7 (52)	19.7 (15)	21.6 (8)			
50-64 years	22.1 (43)	18.4 (14)	8.1 (3)			
65-79 years	4.6 (9)	1.3 (1)	2.7 (1)			
80+ years	1.5 (3)	1.3 (1)	0.0 (0)			
Lifestyle				H(8) = 3.412	.906	$\eta^2 = -0.020$
Single	25.8 (50)	18.9 (14)	32.4 (12)			
In a relationship w/o children	16.5 (32)	16.2 (12)	8.1 (3)			
In a relationship w/ children	17.5 (34)	14.9 (11)	18.9 (7)			
Living at one's parents	22.2 (43)	18.9 (14)	32.4 (12)			
Shared/student accommodation	5.2 (10)	4.1 (3)	2.7 (1)			
Home, institution for the elderly	5.2 (10)	12.2 (9)	0.0 (0)			
Homeless	6.2 (12)	12.2 (9)	2.7 (1)			
Other	0.5 (1)	1.4 (1)	2.7 (1)			
Civil status				H(4) = 3.255	.516	$\eta^2 = -0.003$
Single	57.0 (106)	60.6 (43)	70.6 (24)			
Married	19.4 (36)	15.5 (11)	20.6 (7)			
Divorced	15.6 (29)	15.5 (11)	5.9 (2)			
Separated	4.8 (9)	7.0 (5)	2.9 (1)			
Widowed	3.2 (6)	1.4 (1)	0.0 (0)			
Parenthood				U = 9290.5	.263	Z = -1.120
Yes	42.2 (78)	37.7 (26)	32.4 (11)			
No	57.8 (107)	62.3 (43)	67.6 (23)			
Nationality				U = 10985.0	.411	Z = -0.820
Swiss	57.0 (110)	48.0 (36)	56.8 (21)			
Non-Swiss	43.0 (83)	52.0 (39)	43.2 (16)			
Migration in the last 10 years				H(2) = 0.156	.925	$\eta^2 = -0.007$
No migration	76.9 (130)	67.9 (38)	84.4 (27)			
Chosen migration	17.8 (30)	23.2 (13)	15.6 (5)			
Forced migration	5.3 (9)	8.9 (5)	0.0 (0)			

	Completed suicide attempt % (n)	Interrupted suicide attempt % (n)	Aborted suicide attempts % (n)	Statistic	p-Value	Effect size
Professional activity				H(7) =	.803	$\eta^2 = -0.012$
Student/in training	21.8 (39)	20.3 (14)	32.4 (12)	3.792		
Full-time worker	11.7 (21)	13.0 (9)	8.1 (3)			
Part-time worker	4.5 (8)	2.9 (2)	5.4 (2)			
Homemaker	3.4 (6)	2.9 (2)	5.4 (2)			
Unemployed	25.1 (45)	36.2 (25)	21.6 (8)			
Retired or equivalent	6.7 (12)	2.9 (2)	2.7 (1)			
Disabled insured	20.1 (36)	14.5 (10)	16.2 (6)			
Other	6.7 (12)	7.2 (5)	8.1 (3)			
Socio-economic situation				U = 8748.5	.820	Z = -0.227
Precarious	60.1 (104)	71.6 (48)	50.0 (17)			
Non-precarius	39.3 (69)	28.4 (19)	50.0 (17)			

Gravité de la TS

La proportion de TS « sérieuse » augmente au fil de l'âge, le ρ de Spearman indiquant une relation faible entre ces deux variables ($\rho = -0.120$, $p < .001$). Les différences de répartition entre ces catégories sont aussi significatives pour le mode de vie ($\chi^2(8) = 20.260$, $p = .009$, $\phi = 0.120$) et l'état civil ($\chi^2(4) = 14.976$, $p = .005$, $\phi = 0.100$). Ce lien s'avère également être significatif pour la perte d'emploi en tant qu'événement récent significatif, sachant que la proportion de personnes ayant perdu un emploi est plus élevée au sein des TS « graves » (26.2%, $n=17$) qu'au sein des TS non « graves » (12.1%, $n=27$, $\chi^2(1) = 7.672$, $p = .006$, $OR = 2.57$). La répartition de la gravité des TS diffère également selon la situation socio-économique, les TS « graves » comptabilisent plus de personnes en situation précaire que non précaire (62.3%, $n = 127$, vs. 37.7%, $n=77$).

Tableau 6
Gravité de la TS en lien avec les variables socio-économiques

	Seriousness of the attempt		Statistic	p-Value	Effect size
	Yes % (n)	No % (n)			
Gender			$\chi^2(1) = 1.058$	.304	OR = 1.16
Male	45.5 (106)	41.9 (525)			
Female	54.5 (127)	58.1 (729)			
Age (OFS category)			$\rho = -0.120$	<.001	
0-14 years	0.9 (2)	4.0 (50)			
15-34 years	36.5 (85)	47.5 (597)			
35-49 years	30.0 (70)	28.0 (352)			
50-64 years	26.2 (61)	15.3 (192)			
65-79 years	3.9 (9)	3.6 (45)			
80+ years	2.6 (6)	1.6 (20)			
Lifestyle			$\chi^2(8) = 20.260$	.009	$\phi = 0.120$
Single	31.9 (74)	22.7 (283)			
In a relationship w/o children	14.2 (33)	14.5 (180)			
In a relationship w/ children	19.4 (45)	20.2 (252)			
Living at one's parents	10.8 (25)	21.4 (267)			
Shared/student accommodation	3.9 (9)	3.6 (45)			
Home, institution for the elderly	7.8 (18)	6.6 (82)			
Incarcerated	6.5 (15)	5.2 (65)			
Homeless	3.0 (7)	2.2 (27)			
Other	2.6 (6)	3.5 (44)			
Civil status			$\chi^2(4) = 14.976$	.005	$\phi = 0.100$
Single	49.3 (112)	57.7 (699)			
Married	20.3 (46)	21.0 (254)			
Divorced	20.7 (47)	12.9 (156)			
Separated	4.4 (10)	5.7 (69)			
Widowed	5.3 (12)	2.8 (34)			
Parenthood			$\chi^2(1) = 2.405$	.121	OR = 1.25
Yes	48.2 (108)	42.6 (514)			
No	51.8 (116)	57.4 (692)			
Nationality			$\chi^2(1) = 2.267$	.132	OR = 1.24
Swiss	41.2 (96)	46.6 (581)			
Non-Swiss	58.8 (137)	53.4 (667)			
Migration in the last 10 years			$\chi^2(2) = 2.145$	.342	$\phi = 0.420$
No migration	71.6 (139)	72.6 (747)			
Chosen migration	16.5 (32)	18.7 (192)			
Forced migration	11.9 (23)	8.7 (90)			

	Yes % (n)	No % (n)	Statistic	p-Value	Effect size
Activity status			F.E.T	.869	$\phi = 0.250$
Active	72.7 (24)	74.8 (211)			
Student/in training	12.1 (4)	12.8 (36)			
Inactive	15.2 (5)	12.4 (35)			
Professional activity			$\chi^2(7) = 8.195$	.316	$\phi = 0.080$
Student/in training	16.7 (36)	20.2 (238)			
Full-time worker	13.9 (30)	15.4 (182)			
Part-time worker	7.4 (16)	7.5 (89)			
Homemaker	1.9 (4)	2.7 (32)			
Unemployed	28.2 (61)	27.7 (327)			
Retired or equivalent	6.5 (14)	5.3 (63)			
Disabled insured	21.8 (47)	15.4 (182)			
Other	3.7 (8)	5.7 (67)			
Loss of employment (2d)			$\chi^2(1) = 7.672$	.006	OR = 2.57
Yes	26.2 (17)	12.1 (27)			
No	73.8 (48)	87.9 (196)			
Educational background			$\chi^2(8) = 14.348$	.072	$\phi = 0.124$
Achieved compulsory education	18.2 (24)	33.5 (266)			
Apprenticeship	31.1 (41)	25.9 (206)			
High school degree	6.8 (9)	6.0 (48)			
Technical/commercial school	16.7 (22)	13.2 (105)			
University	18.9 (25)	13.7 (109)			
Incomplete schooling	3.8 (5)	2.5 (20)			
Unschooling	3.0 (4)	2.8 (22)			
Specialized schooling	0.8 (1)	1.8 (14)			
Other	0.8 (1)	0.5 (4)			
Skill level			$\rho = 0.033$	.614	
Lowest skill level	4.5 (1)	6.5 (14)			
Second lowest skill level	72.7 (16)	64.5 (138)			
Second highest skill level	18.2 (4)	18.2 (39)			
Highest skill level	4.5 (1)	10.7 (23)			
Socio-economic category			$\rho = -0.006$	.931	
Managers	0.0 (0)	3.7 (8)			
Professionals	4.5 (1)	7.0 (15)			
Technicians and associate professionals	18.2 (4)	18.2 (39)			
Clerical support workers	22.7 (5)	15.0 (32)			
Service and sales workers	36.4 (8)	30.8 (66)			
Skilled agricultural, forestry and fishery workers	0.0 (0)	2.8 (6)			
Craft and related trades workers	4.5 (1)	15.4 (33)			
Plant and machine operators and assemblers	9.1 (2)	0.5 (1)			
Elementary occupations	4.5 (1)	6.5 (14)			
Socio-economic situation			$\chi^2(1) = 4.100$	.043	OR = 1.37
Precarious	62.3 (127)	54.6 (590)			
Non-precious	37.7 (77)	45.4 (491)			

7. Discussion

Dans cette partie, les résultats sont discutés en fonction des dimensions d'analyse identifiées et de la littérature existante.

Sexe et âge

Les caractéristiques telles que le sexe et l'âge ont été associées à des variabilités de la suicidalité au sein des variables dépendantes. Les femmes font davantage part d'antécédents suicidaires, et la question du genre a une influence sur la méthode utilisée, les femmes ayant statistiquement plus recours à l'intoxication médicamenteuse qu'à des gestes auto-dommageables, ce qui rejoint la littérature existante. Concernant le degré de réalisation de la TS, les femmes comptabilisent un plus grand nombre de tentatives de suicide n'étant pas interrompues, ce qui méritera d'être investigué plus en profondeur. L'âge a une influence importante sur les différentes variables dépendantes de l'analyse, puisqu'il est mis en relation significative avec l'intentionnalité suicidaire, la méthode utilisée, le degré de réalisation de la TS ainsi que sa gravité. L'intentionnalité suicidaire s'avère ainsi plus élevée dans les groupes d'âges plus âgés, qui sont également concernés par une majorité de tentatives « achevées » et un plus grand sérieux dans la gravité de la TS.

Statut marital, familial et composition du ménage

L'état civil et le mode de vie présentent des liens significatifs avec la plupart des variables dépendantes identifiées, notamment l'intentionnalité suicidaire, la méthode et la gravité de la TS. Le fait d'être célibataire ou de vivre seul semble influencer ces dimensions, conférant une gravité plus élevée et une intentionnalité plus importante aux personnes vivant seules. Ces observations rejoignent celles faites en Suisse [5] [6] et en Europe [12,17,18], qui considèrent que l'état civil peut être un facteur de risque important du suicide et de la tentative de suicide, notamment pour les hommes célibataires. Concernant la gravité de la TS, le fait d'être dans une relation pourrait avoir un effet protecteur. En revanche, les observations effectuées n'attribuent pas un effet positif au fait d'avoir un enfant. Cette relation est au contraire inversée dans les analyses. La question de la parentalité dans le formulaire ORTS porte sur le fait d'être parent ou non, et peut donc être fortement influencée par l'âge. Qin et al. (2000)[29] avaient trouvé un effet protecteur dans le fait d'avoir un enfant de moins de deux ans, notamment chez les mères. En ce qui concerne la méthode et l'intentionnalité suicidaires, les personnes incarcérées ont davantage recours à des méthodes « autres » ou des gestes auto-dommageables, mais présentent une intentionnalité suicidaire moins importante. Les personnes vivant dans des institutions, notamment pour personnes âgées, ont recours à des gestes auto-dommageables, et font preuve d'une intentionnalité suicidaire importante.

Nationalité et dimension migratoire

La nationalité et la migration sont liées significativement avec les variables « intentionnalité suicidaire » et « méthode de la TS ». Bursztein Lipsicas et al. [19] montraient en 2012 que les personnes migrantes recouraient davantage au self-harm que les personnes suisses, bien que ce facteur soit extrêmement difficile à isoler. Les observations effectuées sur la base ORTS montrent de manière globale une proportion importante de personnes non suisses dans la base de données et dans les analyses, l'intentionnalité suicidaire est en revanche davantage présente chez les personnes suisses.

Perte d'emploi et inactivité professionnelle

L'activité professionnelle a un impact sur toutes des variables liées à la suicidalité. L'intentionnalité suicidaire est plus claire chez les personnes n'ayant pas d'activité professionnelle. Les groupes de personnes inactives font également part de plus d'antécédents suicidaires, ce qui peut suivre une piste apportée par Johnston et al. (2006) [27]. La perte récente d'un emploi a un effet direct sur la gravité de la TS, ce qui souligne l'importance de ce facteur de risque à l'échelle individuelle [1].

Profession exercée et niveau de formation, statut socio-économique

La profession exercée et le niveau de formation, peut-être en raison de leur faible effectif, ne présentent pas autant de liens significatifs que les autres variables indépendantes lorsqu'elles sont mises en lien avec les variables liées à la suicidalité. Dans la recherche récente en Suisse, des liens ont été identifiés entre type de profession et occupation professionnelle, et mortalité par suicide [39]. Les résultats observés dans la littérature sont nuancés quant à l'influence du niveau de formation sur les tentatives de suicide et les suicides. Certains résultats avancent le fait que les taux de suicide ont augmenté chez les personnes ayant un bas niveau de formation depuis dix ans [45], tandis que d'autres [48] identifient le fait que les personnes hautement formées ont davantage de risques de décéder de suicide que d'une mort dite « naturelle » en faisant face à des échecs. Finalement, la gravité de la TS présente une relation significative avec la situation socio-économique, les personnes se trouvant dans des situations précaires faisant davantage de tentatives « graves » ce qui va dans le sens des résultats observés dans la littérature, qui a tendance à associer déprivation socio-économique et taux de self-harm [9].

8. Conclusion

Ces résultats offrent de nombreuses pistes de réflexion, et pour la plupart s'alignent sur la littérature existante. Une analyse approfondie sera effectuée dans un deuxième temps, au moyen de modèles multivariés permettant de contrôler la variable de l'âge, qui semble avoir une influence considérable sur la suicidalité.

Les principaux résultats discutés rejoignent ceux présentés dans la revue de littérature. Les variables socio-démographiques telles que la composition du ménage et l'état civil sont d'une importance primordiale et gagneraient à être analysées au travers du prisme du genre, par ailleurs souvent mentionné dans la littérature. L'inactivité professionnelle pourrait avoir un effet considérable sur plusieurs aspects de la suicidalité. La précarité de la situation socio-économique pourrait quant à elle influencer la gravité des tentatives de suicide.

Ces analyses ont été effectuées sur des données collectées durant les deux premières du monitoring ORTS. Il est prévu que d'autres analyses soient effectuées une fois la collecte des données terminée, en novembre 2019. Après trois ans de collecte, la force des analyses en sera d'autant plus importante.

9. Bibliographie

1. World Health Organization (2014) Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1.
2. OFSP (2016) Plan d'action national "La prévention du suicide en Suisse". Office Fédéral de la Santé Publique,
3. Brovelli S, Dorogi Y, Feiner AS, Golay P, Stiefel F, Bonsack C, Michaud L (2017) Multicomponent intervention for patients admitted to an emergency unit for suicide attempt: an exploratory study. *Front Psychiatry* 8 (188). doi:10.3389/fpsyt.2017.00188
4. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, Townsend E, van Heeringen K (2016) Psychosocial interventions for self-harm in adults. *The Cochrane database of systematic reviews* 5:CD012189. doi:10.1002/14651858.CD012189
5. Steffen T, Maillart A, Michel K, Reisch T (2011) Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern der Jahre 2004 bis 2010 im Rahmen der WHO/Monsue Multicenter Study on Suicidal Behaviour. Bundesamt für Gesundheit & Berner Bündnisses gegen Depressionen, Bern
6. Muheim F, Eichhorn M, Berger P, Czernin S, Stoppe G, Keck M, Riecher-Rössler A (2013) Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss medical weekly* 143. doi:DOI: 10.4414/smw.2013.13759
7. Hawton K, Casey D, Bale E, Ryall J, Brand F, Geulayov G (2014) Self-harm in Oxford. Centre for Suicide Research, Department of Psychiatry, Warneford Hospital & Emergency Department Psychiatric Service (Barnes Unit), John Radcliffe Hospital, Oxford
8. Hawton K, Bale L, Casey D, Shepherd A, Simkin S, Harriss L (2006) Monitoring deliberate self-harm presentations to general hospitals. *Crisis* 27 (4):157-163. doi:10.1027/0227-5910.27.4.157
9. Hawton K, Bergen H, Casey D, Simkin S, Palmer B, Cooper J, Kapur N, Horrocks J, House A, Lilley R, Noble R, Owens D (2007) Self-harm in England: a tale of three cities. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42 (7):513-521. doi:10.1007/s00127-007-0199-7
10. Griffin E, Dillion CB, Arensman E, Corcoran P, Williamson E, Perry IJ (2017) National self-harm registry Ireland: annual report 2016. National Suicide Research Foundation, Cork
11. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E (2012) The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self harm: findings from the world's first national registry. *PLoS one* 7 (2):e31663. doi:10.1371/journal.pone.0031663
12. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Weinacker B, Löhr C (2004) Sociodemographic characteristics of suicide attempters in Europe. In: Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A (eds) *Suicidal Behaviour in Europe: results from the Who/Euro Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. 1st edn. Hogrefe & Huber, Göttingen, pp 29-43
13. Schmidtke A, Bille-Brahe U, Deleo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepaf P, Haring C, Hawton K, Lönnqvist J, Michel K, Pommereau X, Querejeta I, Phillippe I, Salander-Renberg E, Temesváry B, Wasserman D, Fricke S, Weinacker B, Sampaio-Faria JG (1996) Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta psychiatrica Scandinavica* 93 (5):327-338. doi:10.1111/j.1600-0447.1996.tb10656.x
14. World Health Organization (2016) Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208895/9789241549578_eng.pdf;jsessionid=DB9894D3EC5DD66BE3521E9D66E8022C?sequence=1.
15. Chan Chee C, Paget LM (2017) Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P): un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide. *Rev Epidemiol Sante Publique* 65 (5):349-359. doi:10.1016/j.respe.2017.05.006
16. Kölves K, Vecchiato T, Pivetti M, Barbero G, Cimitan A, Tosato F, De Leo D (2011) Non-fatal suicidal behaviour in Padua, Italy, in two different periods: 1992–1996 and 2002–2006. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 46 (9):805-811. doi:10.1007/s00127-010-0251-x
17. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, Bruffaerts R, Chiu WT, de Girolamo G, Gluzman S, de Graaf R, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Karam E, Kessler RC, Lepine JP, Levinson D, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Williams D (2008) Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 192 (2):98-105. doi:10.1192/bjp.bp.107.040113
18. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh

- EK (1999) Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological medicine* 29 (1):9-17
19. Bursztein Lipsicas C, Mäkinen IH, Apter A, De Leo D, Kerkhof A, Lönnqvist J, Michel K, Salander Renberg E, Sayil I, Schmidtke A, van Heeringen C, Värnik A, Wasserman D (2012) Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47 (2):241-251. doi:10.1007/s00127-010-0336-6
20. Brückner B, Muheim F, Berger P, Riecher-Rössler A (2011) Charakteristika von Suizidversuchen türkischer Migranten im Kanton Basel-Stadt: Resultate der WHO/EURO-Multizenterstudie. *Nervenheilkunde* 2011 (7):517-522
21. Taylor R, Page A, Morrell S, Carter G, Harrison J (2004) Socio-economic differentials in mental disorders and suicide attempts in Australia. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 185:486-493. doi:10.1192/bjp.185.6.486
22. Hawton K, Harriss L, Hodder K, Simkin S, Gunnell D (2001) The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. *Psychological medicine* 31 (5):827-836. doi:10.1017/S0033291701003993
23. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S (2008) Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews* 30:133-154. doi:10.1093/epirev/mxn002
24. Kölves K, Ide N, De Leo D (2011) Marital Breakdown, Shame, and Suicidality in Men: A Direct Link? *Suicide and Life-Threatening Behavior* 41 (2):149-159. doi:doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00021.x
25. Bálint L, Osváth P, Rihmer Z, Döme P (2016) Associations between marital and educational status and risk of completed suicide in Hungary. *Journal of affective disorders* 190:777-783. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.011>
26. Evans R, Scourfield J, Moore G (2014) Gender, Relationship Breakdown, and Suicide Risk: A Review of Research in Western Countries. *Journal of Family Issues* 37 (16):2239-2264. doi:10.1177/0192513X14562608
27. Johnston A, Cooper J, Webb R, Kapur N (2006) Individual- and area-level predictors of self-harm repetition. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 189:416-421. doi:10.1192/bjp.bp.105.018085
28. Ajdacic-Gross V, Ring M, Gadola E, Lauber C, Bopp M, Gutzwiller F, Rössler W (2008) Suicide after bereavement: an overlooked problem. *Psychological Medicine* 38 (5):673-676. doi:10.1017/S0033291708002754
29. Qin P, Agerbo E, Westergård-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB (2000) Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *British Journal of Psychiatry* 177 (6):546-550. doi:10.1192/bjp.177.6.546
30. Yilmaz TA, Riecher-Rössler A (2008) Suizidversuche in der ersten und zweiten Generation der ImmigrantInnen aus der Türkei. *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater* 22 (4):261-267
31. Spallek J, Reeske A, Norredam M, Nielsen SS, Lehnhardt J, Razum O (2015) Suicide among immigrants in Europe : a systematic literature review. *European Journal of Public Health* 25 (1):63-71. doi:10.1093/eurpub/cku121
32. Ratkowska KA, Leo DD (2013) Suicide in Immigrants: An Overview. *Open Journal of Medical Psychology* Vol.02No.03:10. doi:10.4236/ojmp.2013.23019
33. Cohen J (2008) Safe in our hands?: a study of suicide and self-harm in asylum seekers. *Journal of forensic and legal medicine* 15 (4):235-244. doi:10.1016/j.jflm.2007.11.001
34. Goosen S, Kunst AE, Stronks K, van Oostrum IE, Uitenbroek DG, Kerkhof AJ (2011) Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study. *BMC Public Health* 11 (1):484. doi:10.1186/1471-2458-11-484
35. Hawton K, Bergen H, Geulayov G, Waters K, Ness J, Cooper J, Kapur N (2016) Impact of the recent recession on self-harm: Longitudinal ecological and patient-level investigation from the Multicentre Study of Self-harm in England. *Journal of affective disorders* 191:132-138. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.001>
36. Milner A, Currier D, LaMontagne AD, Spittal MJ, Pirkis J (2017) Psychosocial job stressors and thoughts about suicide among males: a cross-sectional study from the first wave of the Ten to Men cohort. *Public Health* 147:72-76. doi:<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.02.003>
37. Milner A, Page A, LaMontagne AD (2013) Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS one* 8 (1):e51333. doi:10.1371/journal.pone.0051333
38. Schneider B, Grebner K, Schnabel A, Hampel H, Georgi K, Seidler A (2011) Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide: A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry research* 190 (2):265-270. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.037>

39. Guseva Canu I, Bovio N, Mediouni Z, Bochud M, Wild P, Cohort FtSN (2019) Suicide mortality follow-up of the Swiss National Cohort (1990–2014): sex-specific risk estimates by occupational socio-economic group in working-age population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. doi:10.1007/s00127-019-01728-4
40. Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W (2015) Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. *The Lancet Psychiatry* 2 (3):239-245. doi:[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00118-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00118-7)
41. Chang S-S, Stuckler D, Yip P, Gunnell D (2013) Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ (Clinical research ed)* 347. doi:10.1136/bmj.f5239
42. Fountoulakis KN, Savopoulos C, Apostolopoulou M, Dampali R, Zaggelidou E, Karlafti E, Fountoukidis I, Kountis P, Limenopoulos V, Plomaritis E, Theodorakis P, Hatzitolios AI (2015) Rate of suicide and suicide attempts and their relationship to unemployment in Thessaloniki Greece (2000–2012). *Journal of affective disorders* 174:131-136. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.047>
43. Noh Y-H (2009) Does unemployment increase suicide rates? The OECD panel evidence. *Journal of Economic Psychology* 30 (4):575-582. doi:<https://doi.org/10.1016/j.joep.2009.04.003>
44. Platt S, Hawton K (2000) Suicidal behaviour and the labour market. In: Heeringen KHKV (ed) *The international handbook of suicide and attempted suicide*. John Wiley & Sons, Chichester, pp 303-378
45. Lorant V, de Gelder R, Kapadia D, Borrell C, Kalediene R, Kovács K, Leinsalu M, Martikainen P, Menvielle G, Regidor E, Rodríguez-Sanz M, Wojtyniak B, Strand BH, Bopp M, Mackenbach JP (2018) Socioeconomic inequalities in suicide in Europe: the widening gap. *The British Journal of Psychiatry* 212 (6):356-361. doi:10.1192/bjp.2017.32
46. Lorant V, Kunst AE, Huisman M, Costa G, Mackenbach J (2005) Socio-economic inequalities in suicide: A European comparative study. *British Journal of Psychiatry* 187 (1):49-54. doi:10.1192/bjp.187.1.49
47. Phillips JA, Hempstead K (2017) Differences in U.S. Suicide Rates by Educational Attainment, 2000–2014. *American Journal of Preventive Medicine* 53 (4):e123-e130. doi:<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.010>
48. Pompili M, Vichi M, Qin P, Innamorati M, De Leo D, Girardi P (2013) Does the level of education influence completed suicide? A nationwide register study. *Journal of affective disorders* 147 (1):437-440. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.046>
49. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD (2013) Suicide by occupation: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 203 (6):409-416. doi:10.1192/bjp.bp.113.128405
50. Kim J-H, Park E-C, Yoo K-B (2015) Effects of the gap between socioeconomic status and perceived social class on suicidal ideation: Unique perspectives using a longitudinal analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 61 (3):384-391. doi:<https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.002>
51. Aschan L, Goodwin L, Cross S, Moran P, Hotopf M, Hatch SL (2013) Suicidal behaviours in South East London: Prevalence, risk factors and the role of socio-economic status. *Journal of affective disorders* 150 (2):441-449. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.037>
52. McDaid D (2017) Socioeconomic disadvantage and suicidal behaviour during times of economic recession and recovery.
53. Posner K, Brent D, Lucas C, Gould M, Stanley B, Brown G, Fisher P, Zelazny J, Burke A, Oquendo M, Mann J (2008) *Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*. The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc., Columbia