

# RENCONTRE et PILOT: nouvelle approche de la souffrance suicidaire

**YVES DOROGI<sup>a</sup>, Dre CAROLE KAPP<sup>b</sup>, PRUNELLE HENCHOZ<sup>a</sup>, Dr CHRISTOPH SALATHÉ<sup>c</sup>, ALAIN BOSON<sup>d</sup>, SOPHIA PEREZ<sup>e</sup>,  
Pr PACO PRADA<sup>f</sup>, LUDOVIC BORNAND<sup>g,h</sup>, Dr STÉPHANE SAILLANT<sup>i</sup> ET DR LAURENT MICHAUD<sup>a</sup>**

Rev Med Suisse 2025; 21: 1642-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.931.47772

Cet article synthétise les développements récents dans l'accompagnement des personnes en souffrance suicidaire, proposés par le Groupe romand prévention suicide et en accord avec l'évolution des pratiques internationales. Il détaille les changements apportés à la formation «Faire face au risque suicidaire», devenue «Prévention du suicide: rencontrer et accompagner». Il présente ensuite le nouveau modèle sur lequel la formation s'appuie (RENCONTRE), ainsi que l'outil proposé aux professionnel·les de santé pour son application (PILOT). Ces changements tiennent compte des possibles effets délétères des modèles explicatifs du suicide, dans lesquels la logique prédictive peut conduire à considérer tout suicide comme évitable. Ils invitent à une prévention du suicide plus humaine, plus humble, s'appuyant sur une rencontre collaborative.

## RENCONTRE and PILOT: a new approach to suicidal suffering

This article summarizes recent developments in supporting individuals experiencing suicidal suffering, as proposed by the Groupe Romand Prévention Suicide, in line with evolving international practices. It outlines the changes to the training program formerly known as Facing Suicide Risk, now renamed Suicide Prevention: Engaging and Supporting. The article presents the new conceptual model underpinning the training (RENCONTRE), along with a tool designed to support its implementation by healthcare professionals (PILOT). These changes reflect growing awareness of the potentially harmful effects of explanatory models of suicide based on

*predictive logic, which may suggest that every suicide is preventable. The proposed approach promotes a more humane, humble form of suicide prevention, grounded in collaborative engagement.*

## INTRODUCTION

Le suicide, les idées et les comportements suicidaires constituent un problème majeur de santé publique, avec plus de 700000 décès par année au niveau mondial et un nombre beaucoup plus important de tentatives de suicide.<sup>a</sup> En Suisse, malgré une baisse de la mortalité au cours des dernières décennies, le suicide reste l'une des principales causes de décès et représente trois à quatre fois plus d'années de vie perdues que les accidents de la route.<sup>b</sup> La souffrance suicidaire a en outre des répercussions majeures sur les proches et des impacts économiques importants.<sup>c</sup>

Les enjeux liés à la rencontre avec les personnes en souffrance suicidaire, l'évaluation clinique de leur situation, de leurs besoins, ainsi que les mesures d'accompagnement à mettre en place, sont centraux dans les institutions psychiatriques et les structures concernées, où les professionnel·les sont soumis-es à une forte pression.<sup>d</sup> Premièrement, ces institutions s'inscrivent souvent dans une vision de «risque zéro», s'avérant délétère à plusieurs égards.<sup>e</sup> Cette approche véhicule l'illusion que tout décès par suicide peut être évité, une croyance, alimentée notamment par la crainte des poursuites judiciaires, avec des conséquences tant individuelles que systémiques. Deuxièmement, la focalisation sur les maladies mentales comme explication dominante du suicide, largement ancrée dans les politiques publiques et les représentations sociales, influence profondément la posture clinique.<sup>f</sup> Elle renforce l'anxiété et la culpabilisation chez les professionnel·les en cas de décès par suicide et néglige les déterminants sociaux, tout en réduisant la complexité du phénomène suicidaire. Globalement, ces éléments de pression peuvent conduire à des réponses cliniques anxiées ou défensives, souvent éloignées des besoins subjectifs de la personne, notamment une focalisation sur l'évaluation du risque au détriment d'un accompagnement humain et personnalisé.<sup>f</sup>

Dans ce contexte, il est essentiel de repenser et d'adapter les cadres institutionnels. Pour ce faire, l'existence d'un modèle de référence, d'outils spécifiques pour les intervenant·es et de formations permettant leur transmission est essentielle. C'est l'une des missions du Groupe romand prévention suicide (GRPS<sup>d</sup>) qui rassemble des professionnel·les du champ de la santé mentale et des associations œuvrant dans la prévention du suicide.

<sup>a</sup>Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, <sup>b</sup>Service universitaire de la psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, <sup>c</sup>Urgences psychiatriques, intervention de crise et psychiatrie de liaison du Réseau fribourgeois de santé mentale, 1752 Villars-sur-Glâne, <sup>d</sup>Pôle de psychiatrie et psychothérapie, Hôpital du Valais, 1870 Monthey, <sup>e</sup>Association STOP SUICIDE, Les Acacias, <sup>f</sup>Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, <sup>g</sup>Malatavie Unité de crise, Service de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, Département de pédiatrie, gynécologie et obstétrique, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, <sup>h</sup>Fondation Children Action, Rue de la Terrassière 14, 1207 Genève, <sup>i</sup>Service des urgences, liaison hôpital, Département de psychiatrie adulte, Centre neuchâtelois de psychiatrie, 2000 Neuchâtel  
yves.dorogi@chuv.ch | carole.kapp@chuv.ch | prunelle.h@bluewin.ch  
christoph.salathe@r fsm.ch | alain.boson@h ospitalv ls.ch | sophia@stopsuicide.ch  
paco.prada@hug.ch | ludovic.bornand@hug.ch | stephane.saillant@cnp.ch  
laurent.michaud@chuv.ch

<sup>a</sup>Organisation mondiale de la santé. Suicide; [www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide).

<sup>b</sup>Observatoire suisse de la santé (Obsan); <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/suicide-et-suicide-assiste> (ce décompte ne tient pas compte des suicides assistés).

<sup>c</sup>OFSP, CDS, PSS. Prévention du suicide en Suisse. Situation initiale, nécessité d'agir et plan d'action. [www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraeventi on.html#2144069470](http://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraeventi on.html#2144069470)

<sup>d</sup><https://preventionsuicide-romandie.ch/>

Cet article présente la refonte significative que le GRPS a opérée récemment concernant ces éléments, dans la ligne des recommandations internationales.<sup>6</sup> Après un rappel historique, il détaille les raisons qui ont conduit le GRPS à transformer son approche, puis le nouveau modèle sur lequel elle s'appuie (RENCONTRE), et l'outil proposé aux professionnel·les de santé (PILOT) pour son application.

## RAPPEL HISTORIQUE

En Suisse, les premières recommandations sur la «prise en charge du risque suicidaire» apparaissent dès 2000, mais leur application reste limitée. En 2005, Vaud s'inspire du Québec et de la France pour instaurer la formation «Faire face au risque suicidaire» (FFRS), qui s'étend progressivement à d'autres cantons: Neuchâtel (2015), Valais (2016) et Fribourg (2018). La formation repose dès le départ sur une approche socioconstructiviste, dans laquelle les participant·es sont en particulier invité·es à questionner et revisiter leurs idées reçues; elle s'appuie sur des mises en situation comme supports d'apprentissage. Entre 2005 et 2016, la formation FFRS met un accent important sur l'évaluation du risque suicidaire au moyen de l'outil RUD (risque, urgence, danger), qui propose une gradation de l'urgence et du danger perçus (faible, moyen, élevé), destinée à orienter les décisions cliniques. En 2017, le GRPS, nouvellement constitué, introduit l'UDR<sup>2</sup> (Urgence: exploration du processus suicidaire, Danger: accessibilité aux moyens, Risque actuel: facteurs précipitants et signaux d'alerte, risques épidémiologiques et facteurs protecteurs), une lecture plus qualitative du processus suicidaire.<sup>5</sup> Dans la suite des réflexions et des travaux sur les réactions des clinicien·nes et de l'institution à la question suicidaire, le dispositif pédagogique de la formation a évolué.<sup>5,6</sup> Tout en conservant le dispositif pédagogique expérientiel, il invite de plus en plus les participant·es à exercer leur propre réflexivité afin de créer les conditions d'un travail fécond concernant leur relation à la problématique suicidaire, aux personnes concernées et à leur propre institution.

## La volonté de favoriser l'accompagnement plutôt que la prédiction

Malgré ces ajustements, l'outil UDR<sup>2</sup> n'est pas complètement satisfaisant. Il continue de véhiculer une logique prédictive, en lien avec des modèles comme la théorie interpersonnelle du suicide<sup>7</sup> ou celle de la crise suicidaire,<sup>8</sup> et contribue à maintenir, au sein des équipes, une focalisation trop importante sur l'évaluation du risque. Cette question de la possibilité de prédire les décès par suicide, évidemment séduisante sur le plan clinique, occupe la recherche en suicidologie de longue date. En 1983, l'article princeps de Pokorny, qui s'appuyait sur une large gamme d'instruments psychométriques, avait échoué à identifier les futurs décès par suicide dans une cohorte de 4800 patient·es.<sup>9</sup> C'était une première illustration du fait que le suicide ne peut être prédit de manière fiable au niveau individuel en raison de sa rareté et de la complexité de ses déterminants. Par la suite, les recherches n'ont fait que

reproduire des résultats analogues, l'utilisation de l'intelligence artificielle ayant aujourd'hui remplacé celle des outils cliniques.<sup>10</sup> Toute une partie de la communauté suicidologique, à laquelle le GRPS se rattache, critique de longue date cette obstination façonnant malheureusement les discours, les pratiques et les politiques de prévention et propose un changement de paradigme: passer d'une logique de prédiction à une logique d'accompagnement.<sup>11,12</sup> La décision de faire évoluer la formation s'inscrit dans ce contexte.

## L'appui sur des modèles alternatifs existants

L'évolution des pratiques soutenues par le GRPS s'appuie sur des travaux théoriques et empiriques issus d'une même insatisfaction vis-à-vis des modèles centrés sur l'évaluation du risque et la prédiction. Hawton et coll. plaident ainsi pour une évaluation thérapeutique centrée sur la formulation clinique et la coconstruction du soin, plutôt que sur la simple stratification du risque.<sup>12</sup> L'ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program), une intervention brève suite à une tentative de suicide, s'inscrit dans une lecture du suicide à travers le prisme des «modes suicidaires», des états mentaux transitoires activés par des déclencheurs internes ou externes, orientant la personne vers des pensées et des comportements visant à mettre fin à la souffrance.<sup>13</sup> Ajdacic-Gross et coll. suggèrent d'envisager le suicide comme un «accident mental», résultant de la défaillance simultanée de plusieurs mécanismes de contrôle à différents niveaux: individuels, cognitifs, sociaux et émotionnels, et proposent de cibler chacun de ces niveaux plutôt que de chercher à anticiper un passage à l'acte.<sup>14</sup> Enfin, Large et coll. insistent sur le caractère «aléatoire» du suicide. Ils invitent à réorienter l'énergie des équipes vers la communication autour des risques globaux, l'accompagnement personnalisé et la reconnaissance de leur propre vulnérabilité.<sup>15</sup> En somme et loin de faire un constat d'impuissance, ces approches invitent à transformer la posture clinique pour mieux accueillir l'incertitude, renforcer la présence auprès des personnes concernées, et créer un espace propice à la rencontre thérapeutique. Le développement du modèle RENCONTRE et de l'outil PILOT s'inscrit dans ces objectifs.

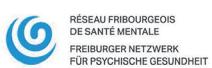
## UNE NOUVELLE APPROCHE

### L'évolution de la formation et le modèle RENCONTRE

De «Faire face au risque suicidaire», la formation est devenue «Prévention du suicide: rencontrer et accompagner».<sup>f</sup> Elle s'adresse toujours à un public large incluant le champ de la santé, mais aussi ceux du social, de l'éducation et de la sécurité, entre autres. Le nouveau modèle RENCONTRE (**figure 1**) en constitue un fil rouge fédérateur, prenant en compte l'hétérogénéité du public cible et la nécessité de toucher le plus grand nombre. Ce modèle s'articule autour de neuf principes rappelés sous forme d'acrostiche dans le mot RENCONTRE et constituant l'essence même des axes sur lesquels la formation invite les participant·es à travailler. Ces dernier·ères sont encouragé·es à réfléchir activement à leur posture, à leurs représentations du suicide, à leur état émotionnel, ainsi qu'au cadre institutionnel dans lequel-iels interviennent. Parmi les messages clés transmis figurent: reconnaître la souffrance suicidaire de la personne, explorer son processus suicidaire,

<sup>e</sup>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). [www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/Recommendations](http://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/Recommendations)

<sup>f</sup>[www.formation-continue-unil-epfl.ch/formation/prevention-suicide/](http://www.formation-continue-unil-epfl.ch/formation/prevention-suicide/)

**FIG 1** Le modèle RENCONTRE**R E N C O N T R E : Modèle d'aide pour la rencontre avec la personne en souffrance suicidaire**

L'acrostiche R E N C O N T R E met en avant les 9 éléments clés de base, pour une approche préventive et humaniste. Ce modèle est résolument centré sur la rencontre et la posture de l'intervenant·e, quel que soit son contexte professionnel. Chacun·e peut s'y référer en l'intégrant à ses propres pratiques liées à son domaine d'expertise, à ses compétences spécifiques et aux recommandations de son institution.

**R Reconnaître la souffrance suicidaire de la personne**

Reconnaître les objectifs de la personne, ses ressources et son autonomie permet de s'ajuster à sa réalité et à ses possibilités. Il s'agit d'être le témoin de sa souffrance, de transmettre activement l'espoir et de ne pas chercher/proposer de solutions toutes faites. Dans une deuxième phase et pour les clinicien·nes, les outils comme le Plan de Crise Conjoint (PCC) sont utiles pour penser la suite de l'intervention.

**E Explorer le processus suicidaire et les moyens envisagés**

Cette exploration permet de rejoindre la personne dans sa souffrance, souvent teintée de honte, de culpabilité, de peur, de colère, etc. et de l'aider à sortir de son isolement. Faire émerger, les idées, les plans, mais aussi leurs mises en action (e.g. gestes, achats, repérages de lieux, lettre), permet de mieux comprendre l'évolution dynamique et fluctuante du processus et, lorsque cela est possible, de limiter l'accès aux moyens en partenariat avec la personne et son entourage (et/ou la police).

**N Narrer l'histoire singulière**

Il est préconisé de privilégier une approche narrative (« Racontez-moi avec vos mots l'histoire de votre tentatives/vos idées suicidaires ») sans attentes ni jugement. Cette démarche permet à la personne, avec le soutien de l'intervenant·e, de revisiter l'histoire de sa souffrance suicidaire et d'en co-construire une nouvelle compréhension.

**C Collaborer avec la personne et son entourage**

La personne en souffrance suicidaire est considérée comme "l'experte" de sa propre histoire de vie et de ses propres actions. Une approche empathique et bienveillante est favorisée, en tenant compte de l'ambivalence entre le "désir de mort" et l'élan de survie. Avec l'accord de la personne, il est recommandé, de manière pro-active, d'informer et d'impliquer ses proches et son réseau.

**O Oser parler ouvertement et directement**

Parler du suicide ouvertement et directement (en utilisant les mots suicide/suicidaire et pas des équivalents/péripHRASES) c'est surmonter de nombreuses résistances de part et d'autre (e.g. préjugés, fausses croyances, représentations).

**N Ne pas rester seul·e face à la souffrance suicidaire**

Être confronté·e à la souffrance de la personne peut engendrer des mouvements émotionnels intenses (e.g. contamination par le désespoir, sentiment de devoir résoudre les choses seul·e et agir, surimplication, rejet). Le recours à un tiers permet d'atténuer ces phénomènes.

**T Transparence comme principe guidant la rencontre et l'accompagnement**

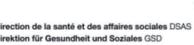
L'intervenant·e favorise, en s'appuyant sur ses propres compétences, une relation respectueuse, authentique et transparente, afin de transmettre un sentiment de confiance et de sécurité. Si l'accès au vécu de la personne en souffrance n'est pas possible, il est recommandé de s'appuyer sur un tiers pour favoriser la rencontre et, au besoin, convenir d'une attitude (e.g. accompagner la personne vers les ressources adaptées, orienter, rester à disposition). Les mesures de contraintes doivent respecter les procédures institutionnelles et législatives.

**R Restituer à la personne la synthèse de la situation et les risques globaux**

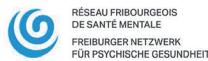
Privilégier une formulation de la situation en collaboration avec la personne, qui vise à résumer les risques et les difficultés actuels qu'elle affronte et à les comprendre afin d'élaborer un accompagnement adapté. Les éléments singuliers qui ont participé à la construction du processus suicidaire (facteurs précipitants), les facteurs prédisposants et les facteurs protecteurs sont utiles pour comprendre la personne et la dynamique de sa crise mais ne permettent pas de prédire le passage à l'acte sur le plan individuel. Vouloir prédire le suicide peut affecter la qualité de la rencontre et l'alliance thérapeutique.

**E Evaluer les besoins et les ressources de la personne et son état clinique**

Il s'agit de s'intéresser (en fonction des compétences de l'intervenant·e) aux besoins de la personne en lien à son état clinique (e.g. expression émotionnelle, humeur, agitation, symptômes psychotiques), mais aussi plus largement à son environnement (lieu de vie, profession, relations, ...) et de s'appuyer sur ses propres ressources et celles de son réseau primaire/secondaire, afin d'offrir un cadre soutenant et sécurisant. Pour les professionnel·les de la santé, l'exploration du processus suicidaire s'inscrit dans l'évaluation clinique globale et celle des besoins/ressources de la personne. C'est sur cette dernière et en tenant compte des éléments précités qu'une attitude peut être proposées.



© GRPS/YD/2025/VF

**FIG 2** L'outil PILOTDépartement de psychiatrie  
CCRPCCENTRE  
NEUCHATELOIS  
DE PSYCHIATRIE

### **P I L O T : Outil d'aide à la documentation et la transmission**

L'acrostique PILOT (complémentaire au modèle RENCONTRE) met en avant les 5 éléments clés pour favoriser une documentation et une transmission utiles et efficaces en milieu institutionnel. Il rend compte des éléments importants à explorer en clinique dans le domaine de la suicidalité, en s'appuyant sur la rencontre avec la personne, les contacts avec l'entourage et les observations de l'équipe de soins.

L'accès à la souffrance suicidaire de la personne n'est parfois pas possible, car influencé par des éléments cliniques perturbateurs ou par le contexte de soins. Exemples : trouble cognitif ; influence de substances psychoactives ; décompensation psychotique (hallucination impérieuse, sensation d'être contrôlé par un autre, préoccupation religieuse) ; trouble relationnel exacerbé (emprise relationnelle) ; contexte de soins où la rencontre doit être limitée dans le temps ; contexte d'urgence où la construction du lien est difficile. Dans ces situations, il est recommandé de documenter les différents éléments n'ayant pu être explorés par des « NE » (non-exploré, non-explorable).

#### **P**

##### **Explorer le Processus suicidaire (PS), passé, présent, futur et les scénarios.**

L'évolution des idées suicidaires (IS) et les scénarios imaginés (passés et présents) ; la nature, le nombre et la date des comportements suicidaires (CS) actuels/récents et antérieurs ; la présence d'un processus en progression ou interrompu (avec ou sans tentative de suicide) ; les facteurs précipitants, prédisposants (facteurs de risque épidémiologiques), protecteurs. L'histoire des IS et CS s'explore si cela est possible et pertinent ici et maintenant ; elle peut être reprise d'une précédente évaluation clinique mais doit être remise à jour s'il y a des nouveaux éléments.

##### **Histoire :**

Explorer l'histoire des IS et CS depuis leurs débuts : déclencheurs, intensité, contenu et fluctuation, circonstances et méthodes (imaginées et/ou utilisées) des CS

##### **Actuel :**

Qualifier l'intensité, le contenu et la fréquence des IS et CS dans les semaines précédent la rencontre et au moment présent

##### **Futur :**

Investiguer les éléments futurs possibles pouvant avoir un impact sur le PS et les possibilités d'y faire face, en s'appuyant sur un plan de crise conjoint

#### **I**

##### **Identifier les ressources internes et externes de la personne ainsi que ses besoins spécifiques.**

Décrire ici les ressources internes et externes de la personne (e.g. capacité à faire appel, soutien des proches) et ses besoins ici et maintenant. Dans un contexte hospitalier, identifier en quoi l'hôpital est pour le patient une ressource, un facteur de stress, ou les deux.

#### **L**

##### **Évaluer la qualité du Lien thérapeutique, l'engagement de la personne dans sa prise en soins et son sentiment de sécurité.**

Indiquer ici la qualité du lien (alliance thérapeutique) avec la personne et comment cela influence son engagement dans sa prise en soins (adhésion et respect du cadre, en milieu hospitalier participation aux activités, présence au repas, mobilisation pour ses soins). Qualifier également le sentiment de sécurité tel qu'évalué par la personne en notant les éléments le favorisant et/ou le diminuant.

#### **O**

##### **Observer l'état clinique : changements rapides et éléments psychopathologiques significatifs.**

Noter ici les éléments/changements cliniques importants pouvant influencer le processus suicidaire. Indiquer et qualifier en particulier une éventuelle impulsivité, la présence d'un trouble psychotique actif ainsi que l'utilisation de substances.

#### **T**

##### **Transmettre le cadre de la prise en soins et les interventions sur les moyens suicidaires mises en place.**

Documenter la prise en soins (les éléments du cadre thérapeutique) et la manière dont elle s'articule avec les risques et les difficultés actuels que la personne affronte. Préciser également les moyens envisagés ainsi que la planification effectuée (préparation, repérage, achats...), puis les mesures prises, avec la personne, son entourage et le réseau et en tenant compte de la clinique et du contexte, relativement à l'accès aux moyens. Dans certaines situations, cette réduction n'est pas directement possible pour des raisons concrètes (e.g. habitation proche d'une gare ou dans un étage élevé), ce qui n'empêche pas le sujet d'être discuté avec la personne.


**ne.ch**
**RESEAU ENTRAIDE**  
 de l'Etat du Valais

 ETAT DE FRIBOURG  
 STAAT FREIBURG

 Direction de la santé et des affaires sociales DSAS  
 Direktion für Gesundheit und Soziales GSS

**GRPS**  
 GROUPE ROMAND PRÉVENTION SUICIDE

© GRPS/YD/2025/VF

oser en parler, ne pas rester seul-e, s'appuyer sur le réseau secondaire, impliquer proactivement les proches en tant que partenaires légitimes et ressources potentielles dans le processus de soutien, privilégier une approche collaborative et évaluer les besoins plutôt que le risque. Autant de repères qui offrent un cadre structurant aux participant-es.

### L'outil PILOT

L'outil PILOT (**figure 2**) propose une structure pour la documentation clinique et la transmission d'informations dans les institutions de soins et s'adresse donc plus spécifiquement aux professionnel-les de la santé. Complémentaire au modèle RENCONTRE, il fait état des éléments importants à explorer en clinique dans le domaine de la suicidalité, en s'appuyant sur la rencontre avec la personne, les contacts avec l'entourage et les observations cliniques de l'équipe de soins. Il prend en outre en compte les contextes où la possibilité d'un échange est limitée, voire inexiste (passage à l'acte en cours avec mode suicidaire persistant, troubles cognitifs, décompensation sévère et aiguë d'un trouble psychiatrique, etc.).

### CONCLUSION

L'approche longtemps privilégiée en prévention du suicide, centrée sur les facteurs de risque et le recours fréquent à des questionnaires, échelles ou outils standardisés, doit évoluer. Les développements présentés dans cet article envisagent l'intervention comme une rencontre humaine, fondée sur une posture collaborative, des outils structurants, mais adaptables, et un travail en réseau solide. Il s'agit de permettre aux clinicien-nes de développer des compétences relationnelles et réflexives, de prendre la mesure de la nécessité d'intégrer proactivement les proches et de favoriser la solidarité entre professionnel-les dans les situations cliniques complexes. Au-delà des enjeux strictement cliniques, promouvoir un abord humble de la suicidalité, admettant l'impossibilité d'empêcher tous les décès par suicide, est nécessaire vis-à-vis

des institutions. Dans cet esprit, on pourrait souhaiter également un consensus large des milieux psychiatriques, pour mieux informer et sensibiliser les partenaires politiques et juridiques aux limites intrinsèques de la prédition. Nous sommes convaincu-es que de telles évolutions, outre une amélioration de l'accompagnement des personnes en souffrance, permettraient aux équipes soignantes, mais aussi aux institutions, un abord plus serein de la suicidalité.

**Conflit d'intérêts:** les autrices et auteurs font partie du Groupe romand prévention suicide, qui a développé le modèle et l'outil présentés dans cet article. Ils-elles n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

#### ORCID ID

- A. Boson: <https://orcid.org/0009-0005-2957-7262>
- P. Prada: <https://orcid.org/0000-0002-9283-1076>
- S. Saillant: <https://orcid.org/0000-0001-5062-3052>
- L. Michaud: <https://orcid.org/0000-0002-2954-3848>

### IMPLICATIONS PRATIQUES

- Dans la rencontre avec la personne en souffrance suicidaire, l'approche actuelle, trop focalisée sur l'évaluation du risque, doit évoluer.
- Au sein des équipes et des institutions, il s'agit de promouvoir l'accompagnement plutôt que le contrôle et la surveillance, en valorisant la réflexion clinique et la discussion interprofessionnelle.
- Les pensées et comportements suicidaires doivent être explorés ouvertement, afin de réduire les tabous, ainsi que la honte, la culpabilité et la solitude des personnes concernées.
- Les possibilités d'aide et de soutien doivent être réfléchies avec la personne et son entourage, en s'appuyant sur leurs ressources et celles du réseau.
- La limitation de l'accès aux moyens (par exemple, arme, médicaments, cordes) est essentielle.

1 Michaud L, Bourquin C, Stiebel F, Saraga M. Le médecin, sa clinique et l'institution: le cas du patient suicidaire. Rev Med Suisse. 2021 Fév 10;17(725):286-8.

2 Oularis C, Gunaratne P, Ryan C, et al. The zero suicide approach: style over substance. Br J Psychiatry. 2025 Mar 10;226(5):1-14.

3 \*\*Gibbons R. Rethinking suicide prevention: from prediction to understanding. BJPsych International. 2025 May 19;1-4.

4 \*\*Smith MJ, Bouch J, Bradstreet S, et al. Health services, suicide, and self-harm: patient distress and system anxiety. Lancet Psychiatry. 2015 Mar;2(3):275-80.

5 Dorogi Y, Saillant S, Michaud L. Les

enjeux de la rencontre avec la personne suicidaire. Rev Med Suisse. 2019 Mar 20;5(643):644-9.

6 \*Michaud L, Greenway KT, Corbeil S, Bourquin C, Richard-Devantoy S. Countertransference towards suicidal patients: a systematic review. Curr Psychol. 2023 Jan 1;42(1):416-30.

7 Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, et al. The interpersonal theory of suicide. Psychol Rev. 2010 Apr;117(2):575-600.

8 Lafleur C, Séguin M. Intervenir en situation de crise suicidaire. Québec: Presses de l'université Laval, 2008.

9 Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. Arch Gen Psychiatry. 1983 Mar;40(3):249-57.

10 Lejeune A, Le Glaz AL, Perron PA, et al. Artificial intelligence and suicide prevention: a systematic review. Eur Psychiatry. 2022 Feb 15;65(1):1-22.

11 Michaud L, Dorogi Y, Gilbert S, Bourquin C. Patient perspectives on an intervention after suicide attempt: The need for patient centred and individualized care. PLoS One. 2021 Feb 19;16(2):e0247393.

12 Hawton K, Lascelles K, Pitman A, Gilbert S, Silverman M. Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. Lancet Psychiatry. 2022 Nov;9(11):922-8.

13 Keller R, Saillant S, Gysin-Maillart A, Michaud L. ASSIP: nouvelle modalité

thérapeutique après un geste suicidaire. Rev Med Suisse. 2021 Sep 22;(751):1602-5.

14 \*Ajdacic-Gross V, Hepp U, Seifritz E, Bopp M. Rethinking suicides as mental accidents: Towards a new paradigm. J Affect Disord. 2019 Jun 1;252:141-51.

15 \*Soper CA, Ocejo PM, Large MM. On the Randomness of Suicide. In: Evolutionary Psychiatry [En ligne]. Cambridge: Cambridge University Press, 2022. (Cité le 30 mai 2025). Disponible sur: <https://doi.org/10.1017/9781009030564.011>

\* à lire

\*\* à lire absolument