

RENCONTRE et PILOT : a new approach to suffering in French-speaking switzerland

Ipsilon Research Meeting

24 november 2025

Prunelle Henchoz, Psychologist, project manager,
coordinator for suicide prevention actions, Service de
psychiatrie de liaison, CHUV

Groupe Romand Prévention Suicide (GRPS)

- Working group founded in 2002 in the canton of Vaud. It became an association in 2016.
- The association regroups:
 - Professionals working in mental health institution of french-speaking switzerland
 - People working in associations active in suicide prevention
- Our main activities:
 - Training for professionals
 - Clinical activities
 - Research

Training for professionals

- 2 trainings programs:
 - 2 days formation
 - Sensibilisation of 4 hours
- New approach (and change in name) since january 2025



PRÉVENTION DU SUICIDE: RENCONTRER ET ACCOMPAGNER



RÉSEAU Fribourgeois
DE SANTÉ MENTALE
FREIBURGER NETZWERK
FÜR PSYCHISCHE GESUNDHEIT



Evolution of the model

RUD	UDR ²	RENCONTRE
R: Risk U: Urgency D: Danger	U: Suicidal process D: Method and accessibility R: Currents risk, precipitating factors and warnings signs R: Predisposing and protective factors	Exploration of the person's unique lived experience through a narrative approach to their life story and their suicidal process.
Predictive approach: Rating suicidal risk as «low, moderate, high»	Person-centred qualitative approach: Identification of risk factors	Preventive and humanistic approach: To engage and support the person experiencing suicidal suffering
Focused on the assessment of suicidal risk	Focus on the exploration of the suicidal process	Focus on the person suffering

Why those evolutions ?

- Epidemiological risk scoring does not make it possible to predict suicidal attempts. (Simon R.I., 2006; Oquendo M.A. & al., 2006; Nielssen O. & al., 2017)
- Risk scales used after self-inflicted injuries (self-harm) have limited clinical utility and may waste valuable resources. (Quinlivan L. & al., 2017).
- These scales may even lead to negative outcomes : (Mulder R. & al., 2016)
 - Feeling falsely reassured
 - Responding to professional anxiety
 - Disengaging from a genuine clinical encounter with the person suffering
 - Resorting unnecessarily to compulsory care

Model RENCONTRE

RENCONTRE : Modèle d'aide pour la rencontre avec la personne en souffrance suicidaire

L'acrostique RENCONTRE 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.

Reconnaitre la souffrance suicidaire de la personne

Reconnaitre 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'espérance et de ne pas chercher/propposer 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.

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).

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.

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.

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).

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.

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.

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.

Évaluer 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-le-s 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.

Model RENCONTRE

Reconnaître la souffrance suicidaire de la personne

Recognize the person's suicidal suffering

Explorer le processus suicidaire et les moyens envisagés

Explore the suicidal process and the method considered

Narrer l'histoire singulière

Narrate the individual's unique story

Collaborer et co-construire avec la personne et son entourage

Collaborate and co-construct with the person and their support network

Oser parler ouvertement et directement

Dare to speak openly and directly

Ne pas rester seul·e face à la souffrance suicidaire

Do not remain alone in the face of suicidal suffering

Transparence comme principe guidant la rencontre et l'accompagnement

Transparency as a guiding principle in the encounter and support

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

Provide the person with a summary of the situation and overall risks

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

Assess the person's needs, resources and clinical state

Tool PILOT

PILOT : Outil d'aide à la documentation et la transmission

L'acrostiche 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-explorables).

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'explique 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 précédant 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.

Conclusion

- A new clinical approach to engage with a person experiencing suicidal suffering
- Focus on the person suffering and their unique life story
- What's next ? :
 - Implementing the model in the mental health institutes in french-speaking switzerland
 - A german traduction of the model and tool

Article on the new approach

An article on this new approach have been published in the *Revue Médicale Suisse* (revmed.ch), in september 2025 : « RENCONTRE and PILOT : a new approach to suicidal suffering »

Dorogi, Y., Kapp, C., Henchoz, P., Salathé, C., Boson, A., Perez, S., Prada, P., Bornand, L., Saillant, S., & Michaud, L. (2025, 17 septembre). *RENCONTRE et PILOT : nouvelle approche de la souffrance suicidaire*. *Revue Médicale Suisse*, (931), Psychiatrie. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2025.21.931>

Save the date

12 march 2026

Lausanne

Public event around the recent changes in the engagement et support of the person experiencing suicidal suffering

Intervention of Rachel Gibbons (UK)
Presentation of RENCONTRE and PILOT
Testimony



Département de Psychiatrie



Contact

- **Prunelle Henchoz:** prunelle.henchoz@chuv.ch
- GRPS internet site:
<https://preventionsuicide-romandie.ch>

Bibliography

- DOROGI, Y., MICHAUD L., SAILLANT S., (2019) Les enjeux de la rencontre avec la personne suicidaire. Apports du Groupe romand prévention du suicide (GRPS). *Rev Med Suisse* 2019;15(643):344-649.
- EDAN, A. & SCHMID NICHOLS, N. (2014). La question du suicide, le pari de la rencontre : quelques dispositifs de prévention autour du mouvement suicidaire chez l'adolescent. *Psychothérapies*, 34, 97-103.
- KNAFO, A. & al. (2012). Nouveaux regards sur l'évaluation du risque suicidaire: les facteurs de protection. In: *L'énigme du suicide à l'adolescence*, sous la direction de A. Birraux et D. Lauru. Paris: Albin Michel.
- LADAME, F. (2002). *Les éternels adolescents*. Paris: Odile Jacob.
- LUCIA, S., STADELMANN, S. et PIN, S. (2018). Enquêtes populationnelles sur la victimisation et la délinquance chez les jeunes dans le canton de Neuchâtel. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé 288).
- MARCELLI, D. & BRACONNIER, A. (2008). *Adolescence et psychopathologie*. 8^{ème} édition. Paris: E. Masson.
- MARCELLI, D. & HUMEAU, M. (2006). Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent. *EMC-Psychiatrie*, 128, 1-11.
- MICHAUD, L. & BONSACK C. (2017). *Prévention du suicide – Rencontrer, évaluer, intervenir*. Médecine et Hygiène.
- Observatoire suisse de la santé (2020). *La santé en Suisse 2020. Enfants, adolescents et jeunes adultes*. Rapport national sur la santé 2020. Hogrefe Verlag, Berne.
- OFS - Office fédéral de la statistique (2020). Causes spécifiques de décès. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces/specifiques.html>
- Organisation Mondiale de la Santé (2014). *Prévention du suicide: l'état d'urgence mondiale*.
- Organisation Mondiale de la Santé (2014). Un décès sur 100 est un décès par suicide. <https://www.who.int/fr/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
- POMMEREAU, X. (2006). *Ado à fleur de peau. Ce que révèle son apparence*. Paris: Albin Michel.
- SCHMID NICHOLS, N. (2013). Mal-être sur internet. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 16, 229-237.