

# La méthode CASE : exploration chronologique des événements suicidaires

Développée par le Dr Shawn C. Shea, la méthode CASE (Chronological Assessment of Suicide Events – Exploration chronologique des événements suicidaires) est enseignée au TISA aux États-Unis. Il s'agit d'un outil structuré pour explorer en profondeur les pensées, comportements et intentions des patients suicidaires. Cette exploration approfondie peut sauver des vies.

En effet, ce n'est qu'après avoir exploré de manière approfondie et méthodique l'état mental de la personne, la présence d'idées suicidaires, l'intensité et la fréquence de ces idées, l'existence d'un plan, les tentatives passées, etc. que le clinicien pourra évaluer l'imminence d'un passage à l'acte.

## Évaluation du risque suicidaire

En général, cette évaluation comporte trois phases clés :

### 1. Recueil d'informations générales sur :

- les facteurs de risque (tels que les antécédents psychiatriques, les événements de vie stressants, l'isolement social),
- les facteurs de protection (comme le soutien social, les croyances personnelles, les responsabilités familiales), et
- les signes avant-coureurs (changements de comportement, messages d'adieu, etc.).

Ces éléments permettent d'évaluer la vulnérabilité de la personne face au risque suicidaire .

**2. Collecte de données plus spécifiques**, centrées sur l'état mental immédiat ou à très court terme de la personne : présence d'idées suicidaires, intensité et fréquence de ces idées, existence d'un plan, moyens disponibles, tentatives passées, etc.

Ces informations donnent une image concrète d'un possible passage à l'acte.

**3. Évaluation du risque suicidaire** à partir d'un croisement des facteurs de vulnérabilité recueillis à l'étape 1 et des signes d'un risque imminent de passage à l'acte, recueillis à l'étape 2.

David Jobes, Thomas Joiner et d'autres chercheurs ont proposé des protocoles en trois étapes pour évaluer le risque suicidaire. Les étapes 1 et 3 ont fait l'objet de nombreuses études. En revanche, l'étape 2, qui consiste à poser les bonnes questions pour explorer les idées, intentions et plans suicidaires, reste bien moins documentée. **Or, c'est souvent cette étape qui révèle les indices les plus directs d'un danger imminent.** Les superviseurs cliniques le savent bien : selon leur manière de

conduire un entretien, deux professionnels pourront obtenir d'un même patient des informations complètement différentes.

## Les points forts de l'outil d'exploration CASE

L'outil CASE aide le clinicien à explorer en profondeur toutes les données qu'il est censé recueillir à l'étape 2. Cet outil se présente sous la forme d'une grille d'entretien souple et centrée sur le vécu spécifique du patient. La grille est adaptable. Le clinicien peut y intégrer ses propres ajustements.

Recueillir des informations sensibles dans un temps limité est un vrai défi. Au-delà du risque d'imprécision, le plus grand danger est l'omission : passer à côté d'éléments clés de l'histoire suicidaire du patient.

Les créateurs de l'outil d'exploration CASE se sont posé deux questions simples :

- Pourquoi les oublis sont-ils fréquents en entretien clinique ?
- Comment les réduire efficacement ?

Ils ont trouvé la réponse en s'appuyant sur *facilics*, une discipline qui étudie comment structurer les entretiens pour en maximiser la clarté et la profondeur. L'enjeu : transformer un entretien potentiellement rigide en conversation humaine, menée avec rigueur et bienveillance.

D'après *facilics*, les erreurs sont plus fréquentes quand l'entretien devient trop complexe ou couvre trop de sujets différents à la fois. Pour éviter cela, il est conseillé de diviser l'entretien en petites parties bien définies. Cela permet au clinicien de :

- mieux suivre le fil de l'entretien,
- remarquer quand le patient digresse, et
- ne rien oublier d'important.

Quand l'entretien est bien structuré, le clinicien s'y retrouve plus facilement. Il n'a pas besoin de tout mémoriser et peut rester concentré, même en situation de stress.

C'est pourquoi, la grille d'entretien CASE explore tour à tour et dans l'ordre donné ci-après les événements suicidaires relevant de quatre périodes bien définies :

1. Dernières quarante-huit heures
2. Deux derniers mois
3. Passé de plus de deux mois
4. Ici et maintenant ou à très court terme

Pour chacune de ces quatre périodes, le clinicien se pose 2 questions :

1. Quelles informations importantes explorer dans cette période ?
2. Quelles techniques appliquer, et dans quel ordre, pour recueillir des informations fiables ?

## Informations importantes à explorer dans chaque période

L'outil CASE a été conçu pour éviter les angles morts dans l'évaluation du risque suicidaire. Il propose une méthode d'entretien structurée et claire, facile à utiliser même quand le clinicien est fatigué ou débordé.

Cette approche aide à explorer en profondeur :

- ce que le patient exprime ouvertement (intention déclarée),
- ce qu'il met en place ou planifie (intention réfléchie),
- et ce qu'il pourrait dissimuler ou ne pas reconnaître (intention cachée).

Objectif du clinicien: approcher au plus près la véritable intention suicidaire de la personne, pour ajuster au mieux la réponse clinique et prévenir le passage à l'acte.

## Bien comprendre les différentes formes d'intention

Pour bien évaluer le risque suicidaire, il est essentiel de reconnaître que l'intention de se suicider peut prendre plusieurs formes. Une personne peut exprimer cette intention de manière ouverte, plus subtile, ou ne pas l'exprimer du tout. Voici les trois formes principales :

- **L'intention déclarée** : c'est ce que la personne dit clairement à un professionnel de santé ou un proche. Exemple : « J'ai envie d'en finir ».
- **L'intention réfléchie** : elle se manifeste à travers des pensées organisées, une planification ou des actes concrets en lien avec le suicide. Cela indique une intention plus construite, parfois plus préoccupante.
- **L'intention cachée** : ici, la personne ne parle pas de ses idées suicidaires. Cela peut être parce qu'elle ne les reconnaît pas elle-même, ou parce qu'elle choisit de les taire volontairement.

**L'intention réfléchie est un signal d'alerte majeur.** Elle se reconnaît à travers la fréquence des pensées suicidaires, les envies de mourir, la mise en place de plans précis et les actions concrètes déjà entreprises. Ces signes en disent souvent bien plus que ce que la personne peut exprimer verbalement.

**Un plan détaillé, réfléchi et préparé est souvent un indicateur plus fiable du danger réel que les mots seuls.** Ne pas en tenir compte, c'est risquer de sous-estimer la gravité de la situation.

C'est pourquoi, dans toute évaluation du risque suicidaire, il est crucial de poser des questions claires et d'explorer en profondeur ces aspects : pensées, plans, moyens, passage à l'acte. C'est souvent là que se cache le vrai niveau de danger.

## Les défis cliniques de l'évaluation du risque suicidaire

Pour les cliniciens, identifier de manière fiable les antécédents d'idées suicidaires, de comportements, de désirs et d'intentions suicidaires est une tâche complexe, d'autant plus dans le contexte mouvementé de la pratique clinique actuelle.

Les contraintes sont nombreuses :

- Pressions temporelles liées aux exigences des systèmes de soins intégrés,
- Charge de travail accrue due à la réduction des effectifs,
- Et une société de plus en plus procédurière, qui accentue la responsabilité légale des professionnels.

Ces facteurs s'additionnent pour exercer une pression considérable sur les cliniciens, souvent déjà soumis à un stress important.

## Une réalité clinique difficile

Les évaluations du risque suicidaire surviennent souvent aux pires moments dans le tumulte d'un service d'urgence bondé ou au sein d'un centre d'appel saturé.

Les conséquences d'une erreur peuvent être dramatiques :

- un suicide évitable,
- une tragédie humaine,
- et parfois, un litige juridique, certes secondaire par rapport à la perte humaine, mais perturbant pour le professionnel concerné.

Dans bien des cas, le clinicien se retrouve à devoir prendre des décisions critiques sous une pression extrême, dans un environnement peu favorable, ce qui augmente inévitablement le risque d'erreur.

Aux omissions, viennent s'ajouter des informations mal interprétées et des hypothèses non vérifiées. Les éléments les plus souvent manquants ou mal compris lors de l'évaluation sont :

- l'ampleur des antécédents suicidaires,
- le niveau de planification en cours, et
- l'intention réelle du patient au moment de l'entretien.

Quelques constats à ne jamais perdre de vue

- Les patients ayant les intentions suicidaires les plus sérieuses sont parfois ceux qui les dissimulent le mieux.
- Ce que pense réellement un patient peut transparaître dans ce qu'il dit, ce qu'il fait (plans, comportements), mais aussi dans ce qu'il choisit de taire, consciemment ou non.

- Selon la théorie motivationnelle du suicide, les signes concrets, comme le degré de planification ou les actions préparatoires, sont souvent plus révélateurs de l'intention réelle que les paroles seules.

## **Différents facteurs peuvent entraver l'expression des intentions suicidaires**

### **Nature de la crise**

- Le patient peut agir de manière impulsive, sans avoir eu d'idées suicidaires formulées auparavant (ce qui peut justifier une hospitalisation même s'il nie toute intention).
- Il peut être fermement décidé à passer à l'acte et dissimuler volontairement ses pensées ou la méthode prévue, afin d'éviter toute intervention (autre raison de ne pas se fier uniquement à ses déclarations).

### **Représentations personnelles et émotionnelles**

- Le patient peut avoir honte de ses pensées, les percevant comme un signe de faiblesse.
- Il peut considérer le suicide comme immoral ou tabou.
- Il peut craindre d'être perçu comme « fou » ou instable.
- Il peut avoir du mal à verbaliser sa souffrance en raison d'une alexithymie (difficulté à identifier ou exprimer ses émotions).

### **Peurs liées aux conséquences**

- Il peut redouter une hospitalisation ou une intervention policière.
- Il peut craindre une violation de la confidentialité.
- Il peut être convaincu que personne ne pourra vraiment l'aider.

Demander clairement à une personne si elle pense au suicide est essentiel. Mais cette personne n'est pas toujours en mesure de répondre franchement, que ce soit par peur, par honte ou par désespoir.

L'intention suicidaire réelle repose sur la combinaison de trois dimensions complémentaires :

**Intention réelle = Intention exprimée + Comportements observables + Éléments dissimulés**

Autrement dit, ce qu'un patient pense vraiment peut se lire à travers :

- ce qu'il dit,
- ce que ses actes laissent entrevoir,
- et ce qu'il choisit, consciemment ou non, de ne pas révéler.

Plus le désir de mourir est intense, plus la dissimulation devient probable, notamment de la part des patients les plus déterminés.

Si le patient associe le suicide à une faiblesse ou une faute morale, il peut inconsciemment minimiser ses pensées suicidaires et sous-estimer la gravité de sa situation.

Certaines personnes à risque suicidaire ne dévoilent pas immédiatement l'intégralité de leur vécu. Elles en partagent d'abord une partie, évaluent la réaction du clinicien, puis en révèlent progressivement davantage. Parfois, elles rapportent une version atténuée, tout en dissimulant leur véritable méthode par crainte d'être empêchées. Si, au cours de l'entretien, leur état s'améliore et qu'elles renoncent à leur projet, elles peuvent alors livrer une information complète.

## **L'intention réfléchie : un indicateur central pour l'évaluation du risque suicidaire**

L'intention réfléchie correspond à l'intensité des pensées suicidaires, aux envies de mourir, ainsi qu'aux plans et préparatifs réalisés par la personne. Plus le patient a réfléchi, planifié en détail et pris le temps d'organiser son suicide, plus cela indique une intention sérieuse, même s'il soutient le contraire.

Ces éléments sont cruciaux pour évaluer le risque réel. Le chercheur Thomas Joiner a montré que le fait d'avoir déjà fait plusieurs tentatives ou de s'être fortement préparé à passer à l'acte est un indicateur puissant de danger et de risque accru de passage à l'acte.

## **Ce que les patients font est plus important que ce qu'ils disent**

En psychologie de la motivation, on sait que les actions en disent souvent plus long que les mots. Le modèle des étapes du changement développé par Prochaska et DiClemente (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien du changement) a largement inspiré les techniques d'entretien motivationnel de Miller et Rollnick.

Ce modèle montre que lorsqu'une personne tente de faire quelque chose de difficile mais bénéfique pour elle, comme démarrer une thérapie par exemple, sa capacité à réfléchir sérieusement à ce changement, puis à passer à l'action, est souvent un indicateur plus fiable de sa motivation réelle que ce qu'elle en dit.

## **Les pièges d'une évaluation incomplète**

Lors d'une évaluation du risque suicidaire, en personne ou par téléphone, la priorité est d'estimer avec précision le danger immédiat et de décider d'un suivi adapté. Cette évaluation repose en grande partie sur une bonne compréhension de l'intention suicidaire du patient. Malheureusement, des erreurs importantes peuvent survenir si cette exploration est trop superficielle.

Imaginons un patient qui parle de pensées suicidaires et d'overdose, tout en gardant pour lui d'autres intentions plus graves, nourries par un profond désir de mourir. Concentré sur ce que le patient lui raconte, le clinicien ne va pas explorer d'autres idées ou méthodes suicidaires possibles, alors qu'elles pourraient peut-être refléter plus fidèlement l'état réel du patient.

S'appuyant sur son expérience, le clinicien oriente rapidement l'entretien vers une sortie de crise. Le patient affirme se sentir mieux, et l'entretien se conclut sur une recommandation de suivi, du type :

**« Je vous invite à consulter un thérapeute dans les jours qui viennent. »**

Comme le clinicien n'a pas mené d'évaluation approfondie de l'intention réfléchie et qu'il s'en est tenu au plan évoqué par le patient (une overdose), il a raté des informations essentielles.

En réalité, le patient envisageait depuis plusieurs semaines de se suicider par arme à feu : il avait sorti son arme à plusieurs reprises, l'avait même chargée une fois. Jamais il n'en avait parlé spontanément. Une exploration plus complète aurait permis d'identifier un risque élevé, nécessitant une vigilance accrue et l'implication de son entourage. Sa mère, notamment, aurait pu sécuriser l'arme.

Trois jours après cette intervention, jugée sur le moment comme réussie, une rupture sentimentale survient. Le patient consomme de l'alcool, et ses pensées suicidaires réapparaissent avec force. Cette fois, il passe à l'acte.

## **L'entretien en situation de crise : une fenêtre unique sur la détresse du patient**

En situation de crise, le patient est souvent très émotif. Ses défenses conscientes et inconscientes sont affaiblies. La barrière du contrôle se relâche, et la vérité a plus de chances d'émerger. Quand un patient accepte de parler de ses pensées suicidaires, la personne qui l'écoute dispose d'une opportunité précieuse. Grâce à des techniques d'entretien adaptées, il peut recueillir une image plus fidèle de l'état mental du patient, souvent plus authentique qu'à tout autre moment.

Il est donc essentiel que la personne en première ligne (infirmière scolaire, médecin généraliste, intervenant en ligne d'écoute, etc.) note et transmette un maximum d'informations à ce moment-là. Car beaucoup de patients, une fois en route vers les urgences, reprennent le contrôle, se referment ou minimisent leurs propos.

Ces informations initiales, si elles sont bien recueillies et transmises, seront cruciales pour le professionnel qui prendra le relais : aux urgences en pleine nuit, ou dans un centre de santé mentale quelques jours plus tard. Elles permettront une évaluation plus précise du risque et une prise en charge mieux adaptée.

**Une exploration approfondie des idées, comportements et intentions suicidaires peut sauver une vie.**

## La question de la crédibilité

Il est particulièrement important d'évaluer la crédibilité du discours d'un patient, surtout lorsque celui-ci n'est pas connu de l'urgentiste. Dans ces situations, il peut être utile de comparer ce que dit le patient avec des informations contenues dans ses dossiers médicaux antérieurs. Lorsqu'ils sont disponibles, ils permettent de mieux juger si les déclarations actuelles du patient sont fiables.

Une différence importante entre ce que le patient dit à propos de ses idées suicidaires passées et ce qui est réellement noté dans ses dossiers peut être un indicateur clé de la fiabilité de ses propos. Ce type de contradiction peut inciter le clinicien à consulter d'autres sources d'information et/ou à aborder directement ces divergences avec le patient.

## Tendre vers la vie

Prévenir un risque suicidaire, c'est d'abord comprendre ce que la personne a vécu, pensé ou envisagé. Mais ce qui compte autant que les informations recueillies, c'est la manière dont on les recueille.

Quand un professionnel prend le temps de poser les bonnes questions, d'écouter avec respect, sans jugement, cela peut créer un moment profondément humain et sécurisant pour la personne en souffrance.

Plus tard, si cette personne se retrouve à nouveau au bord du gouffre, le souvenir de cet échange bienveillant peut tout changer. Ce souvenir peut être le fil fragile mais précieux qui l'amènera à demander de l'aide, plutôt que de passer à l'acte.

## Des informations cruciales peuvent aussi venir des proches

Une étude a montré que 60% des personnes décédées par suicide avaient partagé leurs idées noires avec leur partenaire, et 50 % avec un proche.

Pourtant, ces informations ne sont pas toujours recueillies ni exploitées.

➔ Grâce à toute une panoplie de techniques, l'outil CASE permet de réduire les zones d'ombre et d'avoir des conversations ouvertes et utiles avec les patients comme avec les proches.

Lire la suite dans : [L'art de questionner avec CASE](#)

Source : Suicide Assessment - *Part 1: Uncovering Suicidal Intent A Sophisticated Art* - Shawn Christopher Shea, MD | 3 décembre 2009

Le Dr Shea est directeur de l'Institut de formation à l'évaluation du risque suicidaire et à l'entretien clinique ([www.suicideassessment.com](http://www.suicideassessment.com)) et professeur adjoint au département de psychiatrie de la Dartmouth Medical School à Hanover, dans le New Hampshire, Etats-Unis.

Traduction et édition en français : Germaine Bacon