

L'art de questionner avec CASE

L'importance de poser les bonnes questions

« Les réponses que vous obtenez dépendent des questions que vous posez. »

Cette phrase du sociologue Thomas Kuhn prend tout son sens en clinique, surtout quand il s'agit de détecter des idées suicidaires, un sujet encore trop souvent tabou dans notre société. Seul un petit groupe de patients semble parfois trouver un certain soulagement à aborder ce thème délicat.

Une information difficile à recueillir

Aider un patient à exprimer de manière sincère et valide ses pensées suicidaires représente un véritable enjeu clinique. Bien qu'il existe de nombreuses listes de questions utiles pour explorer ce terrain, la véritable difficulté réside dans la manière de poser ces questions. En effet, la formulation influe directement sur la qualité et la fiabilité des réponses obtenues.

Les bases de l'approche CASE

Les concepteurs de l'approche CASE se sont appuyés sur des méthodes éprouvées, développées pour aborder des sujets sensibles tels que l'inceste, la toxicomanie ou la violence intrafamiliale. Issues de disciplines variées, ces approches partagent un objectif commun : instaurer un climat de confiance et de sécurité. Ce cadre sécurisant favorise la mise en mots d'informations souvent dissimulées ou difficiles à exprimer.

Le cœur de l'approche : comment et quoi demander

L'approche CASE insiste autant sur le quoi que sur le comment des questions posées afin d'obtenir des informations précises sur les pensées, plans et comportements suicidaires sans heurter la sensibilité du patient.

Deux techniques pour aborder avec tact le sujet du suicide

Avant de pouvoir explorer les idées suicidaires d'un patient, il est nécessaire d'amener le sujet. Parfois, le patient en parle de lui-même. Mais dans de nombreux cas, c'est au clinicien de l'introduire de manière sensible, en créant un climat de confiance propice à des échanges sincères.

Parmi les outils à disposition, deux techniques se révèlent particulièrement utiles :

- **La normalisation**
- **L'atténuation de la honte**

1. La technique de la normalisation : lever le tabou avec douceur

La normalisation consiste à présenter les pensées suicidaires comme une réaction fréquente chez les personnes en grande détresse. Cela permet de dédramatiser le sujet et d'aider le patient à se sentir moins seul ou anormal.

Le clinicien peut ainsi évoquer, de façon neutre, des expériences similaires rencontrées chez d'autres patients.

L'objectif est de montrer que penser au suicide ne signifie pas forcément vouloir mourir, mais que cela peut être une façon d'exprimer une souffrance extrême.

Exemples de formulation :

- *« Vous savez, Mickaël, certains de mes patients, quand ils se sentent aussi stressés et déprimés que vous, me disent qu'il leur arrive de penser au suicide. Je me demandais si vous aviez eu ce genre de pensées récemment ? »*
- *« Parfois, quand les gens souffrent autant que vous, ils peuvent avoir des idées de mort ou penser à se suicider. Est-ce que ça vous est déjà arrivé ? »*

Cette technique :

- réduit la peur du jugement,
- ouvre une porte au dialogue,
- et permet au patient de s'exprimer plus librement, sans honte ni crainte d'être mal compris.

2. La technique de l'atténuation de la honte

Une méthode proche de la normalisation, mais légèrement différente, est la technique de l'atténuation de la honte.

Alors que la normalisation s'appuie sur ce que d'autres personnes ont pu ressentir, l'atténuation de la honte part directement de la souffrance personnelle du patient pour ouvrir la discussion sur le suicide.

Le clinicien peut, par exemple, dire :

« Compte tenu de tous les malheurs que vous avez traversés ces dernières semaines, il ne serait pas surprenant que vous ayez eu des pensées suicidaires. Est-ce que cela vous est arrivé ? »

Cette approche permet de valider le vécu du patient tout en lui offrant un espace pour s'exprimer sans culpabilité.

Deux techniques, une même intention

La normalisation et l'atténuation de la honte sont deux moyens efficaces et engageants pour aborder un sujet aussi sensible que le suicide.

Le choix de l'une ou l'autre dépend :

- du style du clinicien,
- du profil du patient,
- et du degré de stigmatisation ou de réticence face au sujet.

Par exemple, certains patients très gênés à l'idée d'avoir des pensées suicidaires (à cause de la stigmatisation ou de croyances culturelles) peuvent être soulagés d'apprendre que d'autres personnes ressentent les mêmes choses — ce qui fait de la normalisation une option particulièrement utile dans ces cas-là.

Si le patient nie toute idée suicidaire...

Il peut être judicieux de reformuler la question en évoquant des pensées passagères ou floues :

« Avez-vous eu, même brièvement, des pensées suicidaires ? Ne serait-ce qu'un instant ou deux ? »

Cette question ouverte permet parfois de faire tomber une barrière. Elle peut encourager le patient, jusque-là hésitant, à partager la profondeur de sa souffrance et l'ampleur réelle de ses pensées suicidaires.

Quatre techniques fondamentales pour explorer les idées suicidaires

Bien qu'elles n'aient pas été conçues à l'origine spécifiquement pour l'évaluation du risque suicidaire, les quatre techniques suivantes sont de véritables piliers de l'approche CASE :

- **L'incident comportemental**
- **L'hypothèse douce**
- **L'amplification des symptômes**
- **Le déni du spécifique**

Ces techniques ont été élaborées pour augmenter les chances d'obtenir des réponses sincères sur des sujets tabous, sensibles ou douloureux pour le patient.

Des outils issus de la clinique des traumatismes

À l'origine, ces techniques ont été développées pour faciliter l'exploration de vécus complexes et souvent dissimulés, tels que :

- Les abus sexuels, physiques ou psychologiques,
- La consommation de substances (alcool, drogues),
- Les comportements violents ou antisociaux.

Une utilité étendue en pratique clinique

Aujourd'hui, ces techniques sont devenues des outils essentiels pour de nombreux professionnels, car elles permettent de lever les freins à la communication dans des situations de grande vulnérabilité.

Elles sont utilisées quotidiennement par :

- les psychologues et psychiatres,
- les conseillers en addictologie,
- les intervenants en situation de crise,
- et les médecins de premier recours, confrontés à des patients ayant souvent des problématiques complexes qu'ils n'osent pas exprimer spontanément.

Ces techniques sont également très précieuses pour explorer l'intensité et l'étendue des idées suicidaires, notamment lorsqu'elles sont minimisées ou dissimulées par le patient.

Technique 1 – L'incident comportemental

Dans certaines situations, un patient peut fournir des informations inexactes ou déformées, que ce soit de manière consciente ou non.

Plusieurs facteurs peuvent être en cause :

- l'anxiété ou l'embarras,
- le besoin de protéger des secrets familiaux,
- des mécanismes de défense inconscients,
- ou encore une volonté délibérée de dissimuler la vérité.

Ces distorsions sont particulièrement fréquentes lorsque le clinicien se contente de demander l'opinion ou le ressenti du patient, plutôt qu'une description factuelle des événements.

Qu'est-ce qu'un « incident comportemental » ?

La technique de l'incident comportemental consiste à formuler des questions centrées sur des faits précis, des comportements concrets ou des séquences d'événements, afin de limiter les distorsions et obtenir une image plus fidèle de la réalité.

Il en existe deux types :

- **L'incident comportemental factuel** vise à obtenir des détails précis sur une action.
- **L'incident comportemental séquentiel** aide à reconstruire le déroulement d'un événement dans l'ordre chronologique.

Cette technique permet de reconstituer étape par étape des épisodes sensibles (par exemple, une tentative de suicide), tout en renforçant la validité des informations obtenues.

Exemples de formulations

Objectif	Exemple de question
Établir un fait concret	« Avez-vous mis la lame de rasoir sur votre poignet ? »
Détail quantitatif (factuel)	« Combien de flacons de médicaments avez-vous réellement stockés ? »
Clarifier une expression floue	« Quand vous dites que vous lui avez "donné une leçon", qu'avez-vous fait exactement ? »
Reconstituer une scène (séquentiel)	« Qu'a dit votre père juste après vous avoir frappé ? »
Poursuivre une narration (séquentiel)	« Et ensuite, qu'est-ce qui s'est passé ? »

Cette technique

- réduit les interprétations subjectives,
- contourne les défenses inconscientes,
- permet au clinicien d'émettre un avis éclairé à partir de faits observables,
- et aide le patient à se reconnecter à la réalité de ce qu'il a vécu, parfois même sans s'en rendre compte.

Avertissement clinique : cette technique doit être utilisée avec discernement

Les incidents comportementaux sont très efficaces pour révéler des informations cachées, mais ils sont chronophages. Par ailleurs, structurer l'intégralité d'un premier entretien autour de ce seul type de questions risque de compromettre la fluidité de la conversation et la construction d'une alliance thérapeutique.

Le clinicien doit donc faire preuve de discernement et réserver cette technique aux domaines particulièrement sensibles, comme :

- la consommation de substances,
- la violence intrafamiliale,
- ou encore l'évaluation du risque suicidaire.

Technique 2 – L'hypothèse douce

La technique de l'hypothèse douce est particulièrement utile lorsque le clinicien soupçonne que le patient hésite à parler d'un comportement tabou, honteux ou stigmatisé.

Le principe :

Le clinicien présume avec délicatesse que le comportement en question a peut-être eu lieu, et formule sa question de manière non accusatrice, dans un ton empathique et rassurant.

Exemple :

« Il arrive que certaines personnes, dans des situations comme la vôtre, consomment de l'alcool ou des médicaments pour faire face... Est-ce que cela vous est arrivé ? »

Cette approche réduit la pression et permet souvent au patient de s'exprimer plus librement, sans se sentir jugé.

Autres exemples de formulations utilisant une hypothèse douce

- « Quelles autres drogues illicites avez-vous déjà consommées ? »
- « À quels autres types de vandalisme avez-vous participé ? »
- « Quels types de problèmes avez-vous déjà rencontrés au travail ? »
- « Avez-vous envisagé d'autres moyens de mettre fin à vos jours ? »

Ces questions partent du principe que le comportement a pu avoir lieu, ce qui peut faciliter la reconnaissance d'éléments tabous ou minimisés.

Avertissement clinique : Les hypothèses douces sont des outils puissants à utiliser avec prudence. Il faut éviter ces questions avec des patients timides ou qui se contentent de dire au clinicien ce qu'ils pensent que ce dernier veut entendre. Elles ne conviennent pas aux enfants lors de la recherche d'antécédents de maltraitance, car elles risquent de créer de faux souvenirs.

Technique 3 : Amplification des symptômes

L'amplification des symptômes est une technique clinique utilisée lorsque le patient minimise des comportements problématiques (ex. : consommation d'alcool, usage de drogues, pensées suicidaires). Elle consiste à exagérer volontairement les comportements explorés.

Par exemple :

« Combien d'alcool pouvez-vous boire dans une soirée ?... Un demi-litre ? Trois quarts de litre ? »

Même si le patient répond en dessous, cela révèle déjà une consommation significative.

Le clinicien suggère toujours un chiffre précis et élevé, mais plausible, afin de rester crédible. Cette approche permet d'obtenir des informations utiles sans confrontation.

Elle ne s'utilise que si le clinicien suspecte une minimisation. Elle est inadaptée dans les cas de « maximisation » (ex. : adolescents voulant impressionner).

Exemples :

- « Combien de bagarres avez-vous eues... 25, 40, 50 ? »
- « Combien de fois avez-vous pris de l'acide... 25, 40, 100 fois ? »
- « Lors de vos pires journées, pensez-vous au suicide pendant 70 %, 80 %, 90 % de votre temps éveillé ? »

À noter : des chiffres excessifs ou absurdes nuisent à l'entretien. Le clinicien doit adapter la question au contexte pour rester crédible et efficace. Pour éviter les réactions défensives du patient, le ton du clinicien doit être neutre et non accusateur.

Technique 4 : Dénier spécifique

Il est souvent surprenant de constater qu'un patient, après avoir répondu par la négative à une question générique, peut révéler des informations importantes lorsqu'on lui pose des questions très spécifiques.

Cette technique est particulièrement utile car :

- Elle sollicite davantage la mémoire du patient,
- Et il est généralement plus difficile de nier une question précise qu'une question vague ou générale.

Exemples de questions spécifiques à poser quand le patient répond par la négative à des questions génériques

Concernant la consommation de drogues :

- « Avez-vous déjà essayé la cocaïne ? »
- « Avez-vous déjà fumé du crack ? »
- « Avez-vous déjà consommé de la méthamphétamine ? »
- « Avez-vous déjà pris de l'acide ? »

Concernant les idées suicidaires :

- « Avez-vous déjà pensé à vous tirer une balle ? »

- « Avez-vous déjà pensé à faire une overdose ? »
- « Avez-vous déjà pensé à vous pendre ? »

Avertissement clinique

Pour garantir la validité des réponses, il est essentiel de :

- formuler chaque question séparément,
- marquer une pause entre chaque question,
- et attendre la réponse complète du patient avant de passer à la suivante.

Évitez les questions groupées du type :

« Avez-vous déjà pensé à vous tirer une balle, à faire une overdose ou à vous pendre ? »

Ce type de formulation, appelée « question mitrailleuse », est problématique car le patient peut n'entendre qu'une partie de la question, ou ne répondre qu'à l'un des éléments (souvent le dernier). Ce qui peut fausser l'évaluation.

Lorsqu'elles sont utilisées à bon escient et au moment opportun, ces techniques permettent une exploration à la fois approfondie et empathique des intentions suicidaires, qu'elles soient exprimées de manière explicite ou dissimulées par le patient.

Pour bien vous approprier cette méthode, nous vous invitons à lire les trois articles suivants.

[Exploration des incidents des dernières 48 heures](#)

[Exploration des incidents des deux derniers mois](#)

[Exploration des incidents remontant de plus de deux mois et des intentions immédiates](#)

Chacun de ces trois articles propose des exemples concrets ou des mises en situation cliniques illustrant une exploration rigoureuse des événements selon une chronologie précise :

- les dernières 48 heures,
- les deux derniers mois,
- les événements remontant à plus de deux mois,
- et, en dernière étape, les événements immédiats ou à très court terme.

Source : Suicide Assessment - Part 2: Uncovering Suicidal Intent Using the Chronological Assessment of Suicide Event (Case Approach) - 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) et professeur adjoint au département de psychiatrie de la Dartmouth Medical School à Hanover, dans le New Hampshire, États-Unis.

Traduction et édition en français : Germaine Bacon