

Exploration des incidents des dernières 48 heures

Quelle question poser pour commencer ?

L'exploration des événements suicidaires dans l'approche CASE débute généralement par une **question ouverte**, qui invite le patient à raconter son expérience avec ses propres mots. Par exemple :

« Il semble que la nuit dernière ait été particulièrement difficile. Pour m'aider à mieux comprendre ce que vous avez traversé, pourriez-vous me raconter, étape par étape, ce qui s'est passé ? Une fois que vous avez décidé de vous suicider, qu'avez-vous fait ensuite ? »

Quand le patient commence à décrire le déroulement de la tentative, le clinicien introduit **une ou deux questions d'ancrage** pour favoriser un souvenir plus précis et concret. Il enchaîne ensuite avec **une série de questions fondées sur des incidents comportementaux**, afin de reconstituer la séquence complète des événements.

Qu'entend-on par questions d'ancrage ?

Dans la séquence ci-après, les questions d'ancrage sont des questions comme :

« Quand avez-vous fait cela ? »
« Où étiez-vous assis lorsque vous avez sorti l'arme ? »

Inspirées de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), ces questions ont pour but de reconnecter le patient à un souvenir spécifique, concret et situé dans le temps et l'espace. En l'ancrant ainsi dans une scène précise, plutôt que dans un ensemble flou de ressentis, on favorise l'accès à des souvenirs plus clairs et plus fiables.

Ce type de questionnement rend souvent l'événement plus réel pour le patient, et par conséquent, les réponses sont plus détaillées, plus sincères et cliniquement plus utiles.

Cette méthode permet de créer une « **vidéo verbale** » de l'épisode : une représentation mentale vivante et structurée du déroulement, étape par étape. La métaphore de la vidéo est particulièrement utile pour les étudiants en santé mentale, les internes, ou le personnel en première ligne, car elle rend la tâche clinique claire, intuitive et facilement mémorisable, même dans des contextes exigeants comme un service d'urgence à 3 heures du matin.

Décrypter l'intention réfléchie à travers des incidents comportementaux

Pour bien assimiler cette stratégie, le plus efficace reste d'**observer l'approche CASE en action**, à travers des exemples concrets ou des mises en situation cliniques.

Prenons l'exemple d'un patient ayant manipulé une arme à feu dans une intention suicidaire. Plutôt que de poser une question vague, le clinicien peut construire une **séquence progressive** d'incidents comportementaux, comme suit :

- « Avez-vous une arme à feu chez vous ? »
- « L'avez-vous déjà sortie avec l'intention de vous suicider ? »
- « Quand avez-vous fait cela ? »
- « Où étiez-vous assis à ce moment-là ? »
- « L'avez-vous chargée ? »
- « Qu'avez-vous fait ensuite ? »
- « Avez-vous pointé l'arme vers votre tête ou une autre partie de votre corps ? »
- « Avez-vous enlevé le cran de sûreté ou inséré le chargeur ? »
- « Combien de temps avez-vous tenu l'arme dans cette position ? »
- « Quelles pensées vous traversaient l'esprit à ce moment-là ? »
- « Qu'avez-vous fait ensuite ? »
- « Qu'est-ce qui vous a empêché d'appuyer sur la gâchette ? »

Cette approche permet au clinicien d'obtenir une **image plus précise et plus fiable** de la **proximité réelle du patient vis-à-vis d'un éventuel passage à l'acte**. Elle met en lumière des éléments qui auraient pu être totalement occultés si l'on s'était contenté d'une question générale, comme :

« Étiez-vous sur le point d'utiliser l'arme ? »

À une telle question, un patient gêné ou désireux d'éviter le sujet pourrait répondre rapidement :

« Oh non, pas vraiment. »

Cet exemple illustre à quel point l'intention réfléchie, révélée par les actions concrètes du patient, peut être bien plus révélatrice que l'intention déclarée.

Quelles informations recueillir pour évaluer la gravité des pensées et comportements suicidaires ?

Pour pouvoir apprécier la gravité des idées ou comportements suicidaires, le clinicien doit s'immerger dans l'univers du patient au moment où ces pensées ou actes ont eu lieu. L'objectif est de déterminer à quel point il a été proche de passer à l'acte.

En cas de tentative avérée, les réponses aux questions suivantes fournissent des informations cruciales :

- **Méthode utilisée :** Comment le patient a-t-il tenté de se suicider ? Quel moyen a-t-il employé ?
- **Gravité de l'acte :** Quelle était la sévérité des lésions ou des risques liés à cette méthode ? Par exemple, en cas de surdosage, quels médicaments ont été pris et en quelle quantité ? En cas de coupure, où se situait la blessure et a-t-elle nécessité des soins particuliers, comme des points de suture ?
- **Intensité des intentions :**
 - *Le patient a-t-il parlé de sa tentative à quelqu'un avant ou après l'acte ?*
 - *La tentative a-t-elle eu lieu dans un lieu isolé ou au contraire dans un endroit où il risquait d'être retrouvé rapidement ?*
 - *Le patient a-t-il préparé des actes symboliques (rédaction d'un testament, vérification de polices d'assurance, lettres d'adieu, adieux aux proches) dans les jours précédant la tentative ?*
 - *Combien de comprimés restaient-ils dans le flacon, ce qui peut renseigner sur la quantité ingérée ?*
- **Réactions face à l'échec de la tentative :** Comment le patient perçoit-il le fait d'être encore en vie ? Une question ouverte utile peut être : « Que pensez-vous du fait que vous soyez encore en vie aujourd'hui ? »
- **Planification de la tentative :** Était-ce un acte réfléchi et préparé ou une impulsion soudaine ?
- **Rôle de substances psychoactives :** L'alcool ou les drogues ont-ils influencé la tentative ?
- **Facteurs interpersonnels :**
 - Des sentiments d'échec ou la conviction que le monde serait mieux sans lui ont-ils joué un rôle ?
 - Y a-t-il eu de la colère envers d'autres personnes, avec une tentative visant à leur faire du mal ou à les culpabiliser ?
- **Déclencheurs :** Un événement stressant spécifique ou une accumulation de facteurs de stress ont-ils provoqué la tentative ?
- **Degré de désespoir :** Quelle était l'intensité du désespoir ressenti par le patient au moment de la tentative ?
- **Raison de l'échec :** Pourquoi la tentative n'a-t-elle pas abouti ? Comment le patient a-t-il été retrouvé et comment a-t-il reçu de l'aide ?

Les réponses à ces questions sont bien plus utiles que les facteurs de risque statistiques

Les réponses à ces questions apportent des informations précieuses sur la gravité de la tentative et révèlent souvent la véritable intention de mourir du patient, indépendamment de ce qu'il déclare. En effet, les facteurs de risque statistiques ne permettent pas de déterminer avec certitude si un patient avait réellement l'intention de mourir.

Lorsqu'aucune tentative n'a eu lieu dans les 48 dernières heures, c'est l'intensité de l'intention réfléchie, à savoir le désir suicidaire, la présence d'idées suicidaires, la planification et la mise en place

de moyens, qui guide le clinicien dans le choix du triage : hospitalisation ou suivi ambulatoire avec suivi plus ou moins rapide.

Ces éléments viennent compléter les informations recueillies sur les facteurs de risque, les facteurs protecteurs et les signes avant-coureurs explorés dans d'autres parties de l'entretien. Cette synthèse permet d'adapter la prise en charge et le suivi, que ce soit lors d'une consultation en clinique, aux urgences, ou lors d'une écoute téléphonique en situation de crise.

Pour ces raisons, il est essentiel d'obtenir des réponses aux questions décrites ci-dessus lorsqu'une tentative de suicide a eu lieu. Dans le cas contraire, une exploration détaillée des idées suicidaires et de l'intention réfléchie est tout aussi importante.

À première vue, notamment pour un clinicien en formation, cette liste de questions peut sembler difficile à mémoriser et à utiliser de manière fluide. Heureusement, la technique de **l'incident comportemental** offre une approche plus naturelle et structurée, qui évite la mémorisation mécanique.

Pour rappel, les incidents comportementaux consistent à demander au patient soit une information spécifique (par exemple : « *Avez-vous pointé l'arme sur votre tête ?* »), soit de poursuivre la description d'un événement de façon chronologique (par exemple : « *Dites-moi ce que vous avez fait ensuite* »).

Il s'agit de reconstituer l'événement pas à pas

Dans l'approche CASE, lors de l'exploration des événements rapportés, le clinicien invite le patient à raconter la tentative de suicide ou l'épisode d'idéation suicidaire, du début à la fin. Pendant ce récit, le clinicien utilise avec douceur mais constance une série d'incidents comportementaux pour guider le patient. L'objectif est de créer un véritable « **enregistrement vidéo verbal** » de la séquence, retraçant l'événement étape par étape.

Les cliniciens familiers avec la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou la thérapie comportementale dialectique (TCD) reconnaîtront cette méthode : il s'agit d'une forme d'**analyse comportementale**, outil d'évaluation fondamental dans ces approches.

Si le patient omet un élément important de son récit, le clinicien l'interrompt avec bienveillance et l'invite à revenir au point où il s'était arrêté. Il « rembobine la vidéo » en lui demandant de reprendre le fil de l'histoire à ce moment précis, puis utilise une série d'incidents comportementaux pour explorer, étape par étape, les événements manquants. Ce processus se poursuit jusqu'à ce que le clinicien dispose d'une compréhension claire et complète de ce qui s'est réellement passé.

L'utilisation structurée de ces incidents comportementaux permet non seulement de mieux cerner l'étendue des intentions et des actions du patient, mais elle limite également le risque d'interprétations erronées ou d'hypothèses cliniques non fondées. En procédant ainsi, le clinicien parvient souvent à couvrir l'ensemble des points essentiels évoqués précédemment (méthode, gravité, planification, contexte émotionnel, etc.) dans le cadre d'une conversation fluide et naturelle, sans avoir besoin de suivre une liste de questions préétablie.

Illustration clinique de l'exploration des événements suicidaires survenus au cours des deux derniers jours (étape 1)

Frank Thompson est un homme profondément attaché à sa famille et à sa terre. Il est aussi **épuisé**. À l'infirmière qui l'accueille, il confie calmement :

« J'ai eu une bonne vie... Je ne sais pas, peut-être que c'est juste le moment de partir. »

Âgé de plus de 70 ans, Frank est agriculteur dans les collines de l'ouest de la Pennsylvanie, métier qu'il exerce depuis plus de 50 ans — comme son père et ses grands-pères avant lui. Il a été marié pendant cinq décennies à Sally, qu'il qualifie de femme merveilleuse. Elle est décédée il y a deux ans d'un cancer du cerveau, une perte dont il ne s'est jamais remis.

Frank souffre de plusieurs problèmes de santé chroniques : diabète, insuffisance cardiaque et pulmonaire modérée, conséquence d'un tabagisme prolongé. Il a parfois besoin d'oxygène pour respirer. Depuis la mort de sa femme, il a été hospitalisé à sept reprises et a développé une consommation problématique d'alcool. Sa situation financière est également critique : il est menacé de perdre sa ferme en raison d'une saisie hypothécaire imminente.

Frank est père de cinq enfants, grand-père de 21 petits-enfants et arrière-grand-père de plusieurs jeunes enfants. Sa famille lui reste proche, même si un seul de ses fils, Nick, vit à proximité. C'est ce dernier qui l'a conduit aux urgences.

Ce matin-là, Frank a appelé Nick en lui disant qu'il ne se sentait pas bien. Inquiet, Nick quitte son travail plus tôt. Lorsqu'il arrive chez son père, il est frappé par son **abattement inhabituel**. Plus tard, assis avec lui sur le porche, Frank lui confie un secret : deux jours plus tôt, il a ingéré **des médicaments**, dans ce qui s'apparente à un **acte suicidaire réfléchi**. Cette révélation pousse Nick à conduire immédiatement son père aux urgences.

Nous reprenons l'entretien qui dure déjà depuis 20 minutes :

Patient : Ces deux dernières années ont été vraiment dures. Parfois, j'ai l'impression que c'est trop pour moi. Je suis trop vieux pour tout ça, voyez-vous.

Clinicien : Ça doit être très dur de traverser tout ça tout seul.

Patient : Vous avez raison... Depuis que Sally est partie, tout est différent.

Clinicien : Je comprends... sa perte vous a profondément ébranlé. Avec toute cette douleur, avez-vous déjà pensé à en finir ? *(atténuation de la honte utilisée pour aborder délicatement le sujet du suicide)*

Patient : Mon fils vous en a sûrement parlé... Oui, j'ai pris des comprimés. Je sais que c'était stupide, et de toute façon, ça n'a rien donné.

Clinicien : Quand cela s'est-il passé exactement ? *(incident comportemental)*

Patient : Il y a deux nuits. Mais comme je vous ai dit, ça n'a pas marché. Je ne crois pas avoir vraiment besoin d'aide. Je ne vais pas refaire quelque chose comme ça, vous n'avez pas à vous inquiéter.

(Note : Le clinicien ne se fie pas uniquement à l'intention déclarée, mais cherche à comprendre l'intention réelle via la reconstitution précise des faits.)

Clinicien : D'accord, mais j'aimerais vraiment comprendre ce que vous avez vécu pour qu'on puisse décider ensemble de la meilleure façon de vous aider. Où étiez-vous quand vous avez pris ces comprimés ? *(incident comportemental servant de point d'ancrage)*

Patient : Dans la cuisine. J'étais assis là où Sally et moi prenions toujours notre petit déjeuner. J'ai toujours aimé cet endroit.

Clinicien : Cela doit vous rappeler de beaux souvenirs.

Patient : Oui, exactement.

Clinicien : Quel type de comprimés avez-vous pris ? *(incident comportemental)*

Patient : J'ai pris X et Y.

Clinicien : Combien en avez-vous pris ? *(incident comportemental)*

Patient : Une poignée de chaque. *(Notez qu'il peut y avoir une grande différence entre ce qu'un patient entend par « une poignée » et ce qu'un clinicien entend par « une poignée ». C'est le moment idéal pour clarifier ce que le patient entend par « poignée ».)*

Patient : environ dix de chaque.

Clinicien : Et d'autres médicaments ?

Patient : (pause) Oui, j'ai aussi pris environ cinq comprimés de W, plus que ma dose habituelle.

(Information non connue du fils, importante à noter.)

Clinicien : Il vous en restait combien à la maison ? *(incident comportemental)*

Patient : Pas beaucoup, mes ordonnances sont presque finies. J'ai regardé dans les tiroirs, mais il n'y avait pas grand-chose.

Patient : En fait, j'ai même cherché d'autres produits dans la grange, mais j'ai vite arrêté. Je sais que c'est bête. Je crois que le suicide n'est pas une solution, Dieu ne veut pas qu'on se fasse du mal.

(Cette révélation montre une intention plus complexe que ce que le patient laisse entendre.)

Clinicien : Je suis content que vous pensiez ça. Peut-être qu'on pourra vous aider, en tout cas, je l'espère.

Patient : Peut-être...

Clinicien : Après avoir pris les comprimés, que s'est-il passé ? Quelle a été votre première réaction ? *(séquence incident comportemental)*

Patient : Je suis allé me coucher, juste pour voir ce qui allait arriver. J'étais tellement fatigué.

Clinicien : Et au réveil, comment vous êtes-vous senti ?

Patient : Je ne sais pas trop... Ça m'était un peu égal, je suppose.

Clinicien : Avez-vous consommé de l'alcool ces derniers jours ? *(incident comportemental)*

Patient : Non, j'essaie d'arrêter. Ça me rendait encore plus déprimé. Je bois encore parfois, mais pas ces deux derniers jours.

(Le clinicien note que la consommation d'alcool et de drogues sera explorée ailleurs dans l'entretien.)

Clinicien : Votre fils m'a dit que vous l'avez appelé le lendemain. Aviez-vous essayé d'autres moyens avant de lui parler ?

Patient : Non, je pensais juste avoir besoin de repos et je voulais en parler avec Nick.

Clinicien : Très bien. Et durant les deux derniers mois, avez-vous eu d'autres pensées suicidaires ou tenté une overdose ? *(incident comportemental, le clinicien aborde avec tact le sujet des événements suicidaires survenus au cours des deux derniers mois).*

Lire la suite dans : **Exploration des incidents des deux derniers mois**

Source : Suicide Assessment - Part 2: Uncovering Suicidal Intent Using the Chronological Assessment of Suicide Events (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, Etats-Unis.

Traduction et édition en français : Germaine Bacon