

Exploration des incidents des deux derniers mois

Savoir explorer efficacement cette période est une compétence clinique clé

D'après la théorie motivationnelle, les deux derniers mois sont souvent la période où l'on repère le plus de signes d'une intention suicidaire réfléchie. Chez un patient hésitant ou méfiant, un clinicien expérimenté peut y déceler des idées ou projets dissimulés, qui révèlent une intention plus précise. .

C'est à cette étape qu'un patient, qui minimise souvent ce qu'il ressent, peut laisser apparaître plus clairement la gravité de sa situation. Ses actes concrets, comme chercher un moyen ou y penser souvent, en disent souvent plus que ses paroles.

Savoir explorer efficacement cette période est une compétence clinique clé pour tout professionnel en santé mentale. C'est aussi l'étape de l'approche CASE où les quatre techniques d'exploration doivent être utilisées de façon stratégique.

Pour rappel, les quatre techniques d'exploration sont :

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

(Pour en savoir plus, lire : [L'art de questionner avec CASE](#))

Le clinicien ne doit jamais négliger son intime conviction

Pour chaque projet suicidaire évoqué, le clinicien doit s'appuyer sur des incidents comportementaux et des hypothèses douces pour reconstituer l'étendue des actions entreprises. Et ce n'est qu'une fois que le patient aura répondu catégoriquement ne pas avoir envisagé d'autres moyens d'en finir que ceux qu'il a déjà mentionnés que le clinicien pourra estimer avoir fait le tour de la question.

A noter toutefois que si vous avez l'intime conviction que le patient vous cache encore des choses, vous pouvez dans ce cas, et uniquement dans ce cas, recourir à la technique du déni spécifique.

NB : *Le recours à cette technique ne sera pas justifié si le patient présente un faible niveau de risque, de forts facteurs de protection, et n'a exprimé que peu ou pas d'idées suicidaires jusqu'à ce stade de l'entretien.*

À titre d'exemple, si le patient a mentionné une surdose, l'utilisation d'une arme à feu ou une tentative de sortie de route, le clinicien peut alors lui poser deux ou trois questions relevant de la

technique du déni spécifique. Il est important de marquer une pause après chaque question pour laisser au patient le temps de répondre :

- « Avez-vous déjà pensé à vous couper ou à vous poignarder ? »
- « Avez-vous déjà pensé à vous pendre ? »
- « Avez-vous pensé à sauter d'un pont ou d'un autre endroit en hauteur ? »
- « Avez-vous envisagé le monoxyde de carbone ? »

Chaque fois que le patient admet avoir envisagé tel ou tel moyen, le clinicien doit explorer l'étendue des mesures prises en s'appuyant sur les techniques des incidents comportementaux et des dénis spécifiques.

Pour chaque moyen envisagé, le clinicien doit questionner la fréquence, la durée et l'intensité des pensées suicidaires, à travers une amplification des symptômes. Par exemple, il peut demander :

« Au cours des deux derniers mois, pendant les jours où vous avez le plus pensé au suicide, combien de temps passiez-vous à y penser ? 70% de votre temps d'éveil ? 80% ? 90% ? »

Cette méthode, simple à apprendre et à mémoriser, permet d'aborder les idées suicidaires de façon fluide et non menaçante. Elle favorise l'engagement du patient, souvent soulagé de pouvoir parler d'un sujet chargé de honte sans se sentir jugé. L'attitude ouverte du clinicien renforce ce climat de sécurité, en montrant qu'il est à l'aise avec ces questions.

À mesure que l'entretien progresse, le clinicien entre dans le monde du patient et perçoit plus finement la gravité réelle de ses intentions, souvent plus importante que ce qu'il exprime. Ces informations offrent aussi une base précieuse pour les soignants qui pourraient le revoir plus tard.

Pour éviter les digressions inutiles, le clinicien doit préciser clairement la période explorée : les dernières 48 heures, les deux derniers mois, les dernières années ou le moment présent.

L'entretien montre que l'intention réelle de M. Thompson est sans doute plus préoccupante que ce qu'il en dit. Il présente plusieurs facteurs de risque, et son entourage s'est affaibli depuis le décès de son épouse. Même s'il affirme que le suicide est une mauvaise chose, il peut inconsciemment minimiser la gravité de ses pensées pour ne pas se voir comme quelqu'un de « mauvais ».

Dialogue adapté – Illustration de la méthode CASE (extrait à visée pédagogique)

Patient : Je pensais simplement avoir besoin d'un peu de repos, et je voulais en parler avec Nick.

Clinicien : Très bien. Ces deux derniers mois, avez-vous eu d'autres pensées sombres ou idées de vous faire du mal ?

(Question d'exploration douce des événements récents, avec normalisation implicite)

Patient : Parfois, mais je n'ai rien tenté. Je n'ai pas pris de médicaments ou quoi que ce soit.

Clinicien : Avez-vous envisagé d'autres façons de mettre fin à vos souffrances ?

(Hypothèse douce)

Patient : Pas vraiment... J'ai bien eu une pensée à propos d'un moyen précis, mais ce n'est pas quelque chose que je ferais. Et puis, j'ai entendu dire que ce n'était pas très fiable.

Clinicien : Avez-vous déjà rassemblé du matériel ou envisagé un geste précis à ce sujet ?

(Technique de l'incident comportemental)

Patient : Non, jamais.

Clinicien : D'autres idées vous sont-elles venues ?

(Hypothèse douce relancée)

Patient : Eh bien... j'ai été dans la grange pour vérifier s'il restait encore des produits que j'avais utilisés il y a des années.

Clinicien : Et alors ?

(Suivi comportemental)

Patient : Il en restait. J'ai pensé en utiliser un peu... puis j'ai même imaginé un scénario un peu théâtral, comme dans un film, mais je savais que ce n'était pas une vraie solution.

Clinicien : Êtes-vous retourné dans cette grange avec ce genre d'idées ?

(Exploration répétée de l'intentionnalité comportementale)

Patient : Peut-être quatre ou cinq fois, je ne saurais pas dire exactement.

Clinicien : Avez-vous envisagé d'autres possibilités ?

(Poursuite de l'exploration comportementale)

Patient : Pas vraiment. C'est à peu près tout.

À ce stade, l'approche CASE permet déjà de découvrir des éléments que le clinicien n'aurait pas forcément anticipés. Elle met en lumière l'importance d'une exploration structurée et empathique.

Clinicien : Et l'idée d'un moyen impliquant un véhicule ou un espace clos, vous y avez déjà pensé ?

(Dénier du spécifique – exploration indirecte)

Patient : Ce ne serait pas faisable dans ma grange, elle est trop ouverte... l'idée ne m'a pas paru sérieuse.

Clinicien : Et sauter d'un endroit en hauteur, comme un pont ou un bâtiment ?

(Dénier du spécifique poursuivi)

Patient : Non, jamais.

Clinicien : Vous savez, M. Thompson, beaucoup de gens dans votre situation, en particulier ceux qui vivent à la campagne ou qui ont un passé de chasse ou de travail agricole, évoquent parfois d'autres

types de pensées. Je me demande si cela vous est arrivé aussi ?

(Déni du spécifique avec normalisation – réduction de la honte)

Patient : (Pause longue, détourne le regard) Je suppose, oui.

Clinicien : Avez-vous déjà imaginé un endroit particulier où vous seriez allé dans cet état d'esprit ?

(Incident comportemental)

Patient : Il y a un endroit, près de Willow Creek... c'était un coin qu'on aimait beaucoup, Sally et moi. J'y pense souvent. Si jamais je devais partir, ce serait là-bas.

Clinicien : Y êtes-vous allé avec ce type d'intention ?

(Confirmation comportementale)

Patient : Oui... oui, je l'ai fait.

Clinicien : Avez-vous emporté quelque chose ce jour-là ?

(Approfondissement comportemental)

Patient : Oui.

Clinicien : Et ensuite, qu'avez-vous fait ?

(Enchaînement comportemental)

Patient : J'ai... réfléchi très sérieusement. C'était intense. Mais je n'ai rien fait au final.

Clinicien : On dirait que vous étiez tout près d'agir.

Patient : Oui. Je suppose que oui.

Clinicien : Est-ce qu'à ce moment-là vous pensiez à Sally ?

(Réintroduction empathique et affective)

Patient : (fond en larmes) Elle me manque terriblement. Elle était tout pour moi.

Clinicien : Qu'est-ce qui vous a retenu, M. Thompson ? Qu'est-ce qui vous a aidé à ne pas aller plus loin ?

(Focus sur les facteurs de préservation)

Patient : Je ne sais pas trop... Peut-être mes petits-enfants. Je crois que je me suis dit qu'ils avaient encore besoin de moi.

Clinicien : À quel moment cela s'est-il passé ?

(Datation de l'événement)

Patient : Il y a deux semaines environ.

Clinicien : Et à cette période, lorsque les choses étaient particulièrement difficiles, combien de votre temps étiez-vous absorbé par ces pensées sombres ? 70 % ? 80 % ? Plus ?

(Technique d'amplification des symptômes – estimation subjective de la fréquence)

Patient : (regarde droit dans les yeux) En toute honnêteté... je n'arrivais pas à penser à autre chose.

Ce qu'il faut retenir

Ce dialogue a été adapté pour respecter la sensibilité du lecteur, mais un clinicien expérimenté pourrait aller plus loin avec des questions encore plus ciblées. Il ressort que le désir de M. Thompson de se suicider était bien plus intense qu'il ne le laissait entendre au départ. C'est l'utilisation d'une méthode rigoureuse de détection du déni qui a permis de révéler ses intentions réelles. Ces nouvelles informations soulignent la gravité de la situation. Même si l'intention suicidaire de M. Thompson a momentanément diminué, elle peut réapparaître rapidement, notamment en cas de rechute dépressive, de problèmes majeurs comme une saisie de logement, ou d'une reprise de consommation d'alcool.

L'approche CASE se distingue par sa grande flexibilité. Elle ne repose pas sur une seule méthode, mais sur plusieurs stratégies d'exploration que le clinicien peut adapter selon la situation. Le nombre et le type de questions sur les événements récents dépendent de l'évaluation du risque, qui se construit progressivement au fil de l'entretien.

Par exemple, si un patient présente peu de facteurs de risque, de solides protections, nie toute idée suicidaire récente et évoque seulement une pensée très brève sans accès à un moyen létal, il serait inapproprié d'utiliser des techniques comme le déni du spécifique ou l'amplification des symptômes. Cela risquerait de le perturber inutilement. La méthode CASE doit donc rester souple et centrée sur les besoins spécifiques de chaque patient, en s'appuyant sur le discernement clinique.

La suite dans : **Exploration des incidents remontant à plus de deux mois et des intentions immédiates**

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