



Évaluation du potentiel suicidaire

Comment intervenir pour prévenir

Shawn Christopher Shea

Coordination scientifique de l'édition française

Jean-Louis Terra, Monique Seguin

Traduit de l'anglais par **Geneviève Pranal**

Évaluation du potentiel suicidaire

Comment intervenir pour prévenir

Évaluation du potentiel suicidaire

Comment intervenir pour prévenir

Shawn Christopher Shea, M.D.

Coordination scientifique de l'édition française
Jean-Louis Terra, Monique Séguin

Traduit de l'américain par **Geneviève Pranal**



ELSEVIER
MASSON

Shawn Christopher Shea, M.D.
Adjunct Assistant Professor, Dartmouth Medical School
Department of Psychiatry, Lebanon, New Hampshire, États-Unis.
Director, Training Institute for Suicide Assessment and Clinical Interviewing (TISA).
Private Practice, Keene, New Hampshire, États-Unis

Jean-Louis Terra, P.U.
Université Claude-Bernard Lyon 1, UFR RTH Laennec.
Laboratoire Santé, Individu, Société SIS 4129, université Claude-Bernard Lyon 1.
Chef de service hospitalo-universitaire, centre hospitalier Le Vinatier,
95, boulevard Pinel, 69677 Bron cedex, France

Monique Séguin, Ph.D.
Département de psychoéducation et de psychologie
Université du Québec en Outaouais, Pavillon Alexandre-Taché,
283, boulevard Alexandre-Taché, Gatineau, Québec, Canada

Geneviève Pranal
10, rue du Bœuf, 69005 Lyon, France
www.anamorphemes.com

L'édition originale, *The Practical Art of Suicide Assessment : A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counsellors* (ISBN : 0-74712-3761-2), a été publiée par John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, États-Unis.

Édition française : *Évaluation du potentiel suicidaire : Comment intervenir pour prévenir*
Responsable éditorial : Marijo Rouquette

Éditeur : Gregg Colin

Chef de projet : Françoise Méthiviez

Conception graphique et maquette de couverture : Véronique Lentaigne

© 2002, 1999 by John Wiley & Sons, Inc. Hoboken, New Jersey. All rights reserved.

© 2008 Elsevier Masson SAS. This translation published under license. Tous droits réservés pour la traduction française.

62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex, France,
<http://france.elsevier.com>

Dans cet ouvrage, l'auteur a repris quelques éléments déjà publiés dans son ouvrage *Psychiatric Interviewing, The Art of Comprehension*, publié par Elsevier SAS sous le titre *La conduite de l'entretien psychiatrique : l'art de la compréhension*, traduit par Adeline Magne, coordination scientifique de l'édition française par Jean-Louis Terra, Monique Séguin, © 2005 Elsevier SAS, notamment, les figures 11, 12 et 13 et une reprise partielle des textes pages 386, 455, 459, 461, 462, 470-472, 477-478, 480, 482-483, 668.

L'éditeur ne pourra être tenu pour responsable de tout incident ou accident, tant aux personnes qu'aux biens, qui pourrait résulter soit de sa négligence, soit de l'utilisation de tous produits, méthodes, instructions ou idées décrits dans la publication. En raison de l'évolution rapide de la science médicale, l'éditeur recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics et la posologie.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. En application de la loi du 1^{er} juillet 1992, il est interdit de reproduire, même partiellement, la présente publication sans l'autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris). *All rights reserved. No part of this publication may be translated, reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any other electronic means, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission of the publisher.*

Photocomposition : MCP, 45774 Saran, France
Imprimé aux Pays-Bas par Krips, 7940 KC Meppel
Dépôt légal : janvier 2008

ISBN : 978-2-84299-851-6

Préface de l'édition française

L'enthousiasme qui nous a conduits à la traduction de *Psychiatric Interviewing, The Art of Understanding*, publié sous le titre *La conduite de l'entretien psychiatrique, l'art de la compréhension* et récompensé en 2006 par l'attribution du prix Psyché de l'Évolution psychiatrique, trouve un prolongement naturel avec l'édition française de ce deuxième ouvrage de Shawn Christopher Shea centré sur la prévention du suicide, thème qui nous motive au plus haut point dans le cadre de la stratégie nationale mise en place depuis 2000. Entre-temps nous avons rencontré l'auteur Shawn Christopher Shea, clinicien hors pair et formidable transmetteur de compétences, lors des ateliers de formation continue de l'Association américaine de psychiatrie. Nous avons ainsi mieux perçu les qualités humaines et professionnelles nécessaires pour produire un tel ouvrage qui pour nous est le meilleur guide actuel pour comprendre et évaluer cliniquement les crises suicidaires.

« *Évaluation du potentiel suicidaire : intervenir pour prévenir* », traduction de *The Practical Art of Suicide Assessment, A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counsellors* représente pour nous un ouvrage essentiel pour tous ceux qui interviennent auprès des personnes en détresse psychique majeure et pour l'ensemble des formateurs à l'intervention de crise suicidaire du projet conduit par la Direction générale de la santé depuis 2001.

Pour l'édition française, nous avons choisi de respecter la terminologie de la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie et du Manuel pour la formation de formateurs qui nous avons rédigé en 2001¹. Nous avons, en particulier, respecté la notion de potentiel suicidaire qui inclut les dimensions distinctes du risque de suicide (donnée épidémiologique), de l'urgence suicidaire (donnée clinique), et de la dangerosité liée à la létalité du moyen de suicide et à son accessibilité.

Shea nous emmène dans cet ouvrage au cœur de l'impact sur un être humain des facteurs de risque de suicide autant dans les aspects biopsycho-

1. Séguin Monique, Terra Jean-Louis, Formation à l'intervention de crise suicidaire : Manuel du formateur, Ministère de la santé et de la Protection Sociale, Direction générale de la santé, SICOM, Paris, Septembre 2004, 100 p.

sociaux que philosophiques. Il décrit cette descente dans la profondeur d'un puits de tristesse et d'impuissance qui conduit un être humain à s'ôter la vie. Ce qui, à première vue, semble incompréhensible, trouble et infigurable, devient réel. Shea, tout en ne se permettant aucune simplification, parvient à nous donner une approche pragmatique, accessible et pleine de bon sens de l'évaluation systématique des idéations, des intentions, des planifications et des mises en œuvre suicidaires. Pas à pas, il nous accompagne pour que, même lecteur très expérimenté, nous puissions encore progresser dans ce domaine si difficile et éprouvant. Les nombreux exemples et extraits de dialogues cliniques sont aptes à nous faire progresser en nous captivant. Des sujets aussi controversés ou difficiles que l'utilité des contrats de confiance ou la rédaction du dossier du patient bénéficient d'un approfondissement salutaire.

La description de la technique d'entretien innovante de mise au jour des idéations suicidaires, une méthode que Shea nomme Évaluation Chronologique des Événements Suicidaires (méthode ECES), permet aux cliniciens de savoir, avec respect et minutie, exactement où en est la personne suicidaire. Cette évaluation brise son isolement et renforce le pouvoir réel du clinicien de sauver des vies humaines.

Nos remerciements vont à Geneviève Pranal qui a su choisir les mots justes et doux pour que ces pages soient fidèles à l'esprit de l'auteur, à Gregg Colin et à tous les collaborateurs des éditions Elsevier Masson qui se sont attachés à parfaire la mise au point de la version française. Nous les remercions chaleureusement ainsi que Michèle Pacaut-Troncin pour ses conseils lors de la relecture du manuscrit.

Jean-Louis Terra, Monique Séguin

À la mémoire de Peter Henderson, mon directeur d'internat de spécialité au Western Psychiatric Institute and Clinic, qui m'a beaucoup appris sur l'art délicat de marier compétence et compassion.

Avant-propos à l'édition américaine

En tant que lecteur, je me suis souvent surpris à survoler une grande partie de l'avant-propos d'un livre ; permettez-moi donc d'aller droit au cœur du sujet. Grâce à la publication de cet ouvrage, il n'existe pas actuellement de meilleur guide pour comprendre et évaluer cliniquement la phénoménologie des états suicidaires. Rédigé avec charme et élégance, *Évaluation du potentiel suicidaire : comment intervenir pour prévenir* déborde de sagesse clinique, de cas cliniques éclairants et d'une vibrante compassion. Les rédacteurs d'avant-propos ont tendance à proclamer que l'ouvrage qu'ils tiennent entre leurs mains est « le livre à lire » par tout clinicien. Cette fois-ci, c'est vrai !

Shea n'a pas son pareil pour donner un sens aux entrelacs complexes des forces biopsychosociales et philosophiques qui conduisent un être humain à s'ôter la vie. Ce qui, à première vue, semble incompréhensible, trouble et impalpable devient réel aux yeux du clinicien débutant. Shea offre ici une approche pratique, accessible et pleine de bon sens à l'évaluation systématique des bases et des nuances des idéations, planifications et conduites suicidaires. Il mène l'étudiant à travers ce processus pas à pas, lui offrant de nombreux exemples de questions utiles et d'extraits fascinants de dialogues cliniques.

Pour le clinicien expérimenté, cet ouvrage a tout autant de valeur. Shea traite ici de manière claire et pragmatique les scénarios cliniques les plus redoutables et compliqués, depuis l'évaluation d'un patient psychotique au service d'urgences aux propos suicidaires manipulateurs d'un patient état limite à 2 heures du matin. Des sujets aussi controversés que l'utilité des contrats de confiance et le rôle des biais du clinicien envers le suicide sont abordés avec une franchise bienfaisante. Shea ne s'adresse jamais avec condescendance à ses lecteurs, mais partage ouvertement son expérience et ses techniques de façon factuelle.

Il nous rappelle les défis et les récompenses inhérents à la lutte entre la vie et la mort lors du travail clinique auprès des patients suicidaires. Au fur et à mesure de sa lecture, le clinicien chevronné verra ses expériences sous un nouvel éclairage. Des entretiens apparemment disparates au fil de ses années d'expérience clinique se recouperont alors selon des principes sous-jacents

immédiatement applicables dans sa pratique. Shea nous transmet sa sincérité et sa conviction tout au long de l'exposé de ses cas cliniques, afin de souligner l'importance du rythme, de la patience, de la technique et de l'acceptation de nos propres erreurs et échecs.

On n'en attendait pas moins de cet auteur. Du fait de sa capacité à se mettre à la place du débutant, toujours le bienvenu, il nous apporte dans cet ouvrage les qualités irrésistibles de son premier ouvrage, *Psychiatric Interviewing : The Art of Understanding (La Conduite de l'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension)*, maintenant dans sa deuxième édition. Ce texte classique fut ma première introduction au travail de Shea. En tant qu'enseignant auprès d'étudiants en psychologie clinique et conseils, je fus ravi de le découvrir. Cas cliniques, dialogues vivants, théories éclectiques, données empiriques, style littéraire, intelligence personnelle et perspicacité clinique foisonnent dans cet ouvrage à la lisibilité indéniable. Je ne vois pas d'autre ouvrage plus à même de plaire autant à mes étudiants ou dont ils puissent parler avec plus d'enthousiasme. Je pense que *La Conduite de l'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension* est sans aucun doute le meilleur ouvrage et le plus didactique qu'un professionnel de santé mentale puisse découvrir quelle que soit sa discipline. Je suis enchanté de constater que le présent ouvrage en est le digne successeur.

En tant que suicidologue, je suis émerveillé par le talent presque mystérieux de Shea de saisir, de comprendre, puis d'étendre nos connaissances sur le travail clinique efficace auprès de patients suicidaires. Bien qu'il soit un véritable virtuose de la clinique, Shea n'en est pas moins plutôt néophyte en matière de suicidologie. La fraîcheur et la vitalité de son approche nous permettent d'atteindre un nouveau niveau de compréhension clinique.

Sa contribution la plus remarquable à l'évaluation pratique du potentiel suicidaire est sa technique d'entretien innovante de mise au jour des idées suicidaires, une méthode qu'il nomme Évaluation chronologique des événements suicidaires (méthode ECES). La méthode ECES est une technique d'entretien remarquablement pragmatique et systématique qui permet aux cliniciens d'évaluer de manière complète et souple les coins et recoins, tenants et aboutissants des différents états suicidaires. La méthode ECES entraîne le clinicien presque imperceptiblement dans les rouages internes secrets de l'esprit et de l'âme d'un patient tourmenté par des idées de suicide. Cette exploration phénoménologique partagée avec le patient permet de clarifier l'urgence suicidaire. La méthode ECES, à mon avis, est une remarquable contribution conceptuelle et clinique au domaine de la suicidologie. Elle devrait être systématiquement enseignée à tout intervenant de crise. Elle a le réel pouvoir de sauver des vies.

Les travaux de Shea viennent compléter d'autres travaux récents réalisés par d'imminents cliniciens en suicidologie qui insistent de plus en plus sur

l'importance de comprendre le pouvoir et l'attraction exercés par le suicide sur ceux qui vivent une douleur et un désespoir insupportables. Shea nous montre étape par étape une approche dépourvue de jugement, systématique et réfléchie permettant d'apprécier le pouvoir d'attraction du suicide en tant que solution apparemment viable pour mettre fin à cette souffrance. Par là même, il nous aide à comprendre comment nous pourrions aider un patient à rechercher des solutions alternatives. Cette recherche – pas toujours, mais souvent – mènera vers l'espoir, la renaissance et le choix de la vie aux dépens de la mort.

En fin de compte, il s'agit d'un ouvrage profondément humain sur les combats de ceux qui se tiennent au bord du précipice de l'éternité. Shea nous aide à comprendre leur souffrance aiguë et cette compréhension nous donne la capacité de leur tendre la main. Je suis convaincu que le lecteur trouvera ici les compétences et l'assurance nécessaires pour pénétrer dans le monde des patients hautement suicidaires, pour poser avec sensibilité mais ténacité les bonnes questions au bon moment, et pour aborder ce monde du suicide, dans la mesure du possible, sans préjugé, crainte ou biais. La douce sagesse de cet ouvrage permet de puiser en nous la capacité et le courage d'aider ces patients à transformer une vie perçue comme étant insupportable en créant la possibilité d'une nouvelle vie et de nouveaux espoirs – une mission importante sinon noble.

David A. Jobes, Ph.D.
Président de l'American Association of Suicidology
Professeur associé de psychologie
Catholic University of America
Washington, DC

Préface de l'édition de poche américaine

L'objectif de notre vie est de servir, de faire preuve de compassion et d'avoir la volonté d'aider autrui. Alors seulement serons-nous devenus de véritables êtres humains.

Albert Schweitzer, M.D.

C'est avec grand plaisir que je rédige la préface de l'édition de poche de *l'Évaluation du potentiel suicidaire*. J'ai été ravi de voir l'accueil enthousiaste fait à la première édition de cet ouvrage ainsi qu'à la méthode d'Évaluation chronologique des événements suicidaires (méthode ECES), une technique d'entretien de mise au jour des idéations suicidaires évoquée pour la première fois dans l'édition originale. Grâce à cette publication de poche, à prix bien moindre, nous espérons que beaucoup d'autres professionnels de santé mentale pourront découvrir la méthode ECES et l'utiliser dans leur pratique quotidienne.

Ce livre n'est pas une seconde édition de *l'Évaluation du potentiel suicidaire*, car le corps du texte n'a pas du tout été modifié. En revanche, ce n'est pas une réédition classique en format de poche, car trois nouvelles annexes ont été ajoutées qui n'existaient pas dans l'ouvrage d'origine. Ces trois annexes se composent d'une soixantaine de pages contenant de nouvelles informations : (1) Comment rédiger une évaluation du potentiel suicidaire ; (2) Le contrat de confiance revisité : avantages, inconvénients et rédaction ; et (3) Bref guide des sites web sur la prévention du suicide.

Comme dans l'édition d'origine, l'objectif de l'édition de poche de *l'Évaluation du potentiel suicidaire* est de fournir au clinicien des conseils pratiques sur les principes permettant de repérer et d'évaluer les idéations, planifications et intentions suicidaires. J'espère que ces principes nous aideront à sauver des vies : objectif au cœur de notre mission et mission au cœur de nos âmes.

Shawn Christopher Shea, M.D.

Préface de l'édition américaine

À présent, le principal goulet d'étranglement dans la prévention du suicide n'est pas le traitement, car il existe des thérapies connues et efficaces pour beaucoup d'états suicidaires ; il réside plutôt dans le diagnostic et l'identification.

Edwin Shneidman, fondateur de la suicidologie moderne

Cet ouvrage est spécifiquement conçu pour les cliniciens intervenant directement auprès de patients en crise. Il existe peu de défis cliniques aussi redoutables ou cruciaux que l'évaluation du potentiel suicidaire. Ce livre est un guide synthétique et pratique sur cet art. Le suicide a fait l'objet de nombreux écrits, mais une introduction concise à l'usage quotidien des cliniciens de santé mentale, des addictologues et des conseillers scolaires fait défaut. Cet ouvrage tente de combler cette lacune.

Il est particulièrement surprenant de constater que la mise en lumière des idéations suicidaires ait fait l'objet de si peu d'écrits ; cependant, il ne fait aucun doute que les patients peuvent fournir des données étonnamment différentes à des cliniciens différents en fonction de leurs façons de formuler les questions et d'établir un sentiment de sécurité. Ce livre se concentre directement sur l'art de mettre en lumière des idéations suicidaires. Il introduit une technique d'entretien innovante, l'Évaluation chronologique des événements suicidaires (méthode ECES), qui fut développée dans les « tranchées cliniques » d'un service d'urgences urbain agité du Western Psychiatric Institute and Clinic de Pittsburgh, Pennsylvanie, et qui par la suite fut perfectionnée dans un centre médico-social rural du sud du New Hampshire.

De plus, cet ouvrage tente d'aider le lecteur à mieux comprendre la complexité des mondes intérieurs du patient qui envisage le suicide et du clinicien qui essaie de l'en empêcher. Invariablement, ces deux mondes s'entremêlent et se modifient l'un l'autre. Que le patient ou le clinicien le reconnaissent ou non, tous deux sont modifiés par le partage de sujets aussi intimes. Dans cette optique, le monde fascinant de l'étiologie et de la phénoménologie du suicide est étudié en détail. L'accent est mis en particulier sur la démonstration de présentations cliniques difficiles à interpréter, que ce soit lors d'une évaluation du potentiel suicidaire en cours de thérapie, ou de celle réalisée dans un service d'urgences.

La première partie, « Le suicide : étiologie, phénoménologie et facteurs de risque », se compose de trois chapitres. Dans le chapitre 1, nous essayons de souligner l'impact du suicide et de démontrer certaines de nos limites actuelles quant à sa prédiction, tout en montrant qu'il est possible d'espérer que nos capacités prédictives puissent être améliorées. Dans le chapitre 2, nous abordons une étude détaillée de l'étiologie du suicide et de la phénoménologie des personnes l'envisageant. La compréhension de la diversité des racines étiologiques du suicide peut aider le clinicien à reconnaître ses nombreux visages. Grâce à une exploration de la phénoménologie du monde interne du patient hautement suicidaire, je pense que le clinicien peut améliorer son « oreille intuitive » en entendant peut-être un danger que d'autres, moins expérimentés, pourraient manquer. Dans le chapitre 3, nous étudierons deux exemples de présentations cliniques qui mettent en exergue les facteurs de risque du suicide.

Dans la deuxième partie, « La découverte des idéations suicidaires : principes, techniques et stratégies », nous aborderons l'entretien même, accédant aux détails pratiques de l'évaluation au quotidien. Dans le chapitre 4, nous explorerons les résistances et les biais du patient et du clinicien qui peuvent nuire à la découverte des intentions suicidaires. Le chapitre 5 décrit six techniques de validité qui pourront être utilisées immédiatement par le lecteur et qui serviront de base à la méthode ECES. Dans le chapitre 6, la méthode ECES elle-même est expliquée en détail. Les chapitres 5 et 6 reposent entièrement sur la démonstration directe des techniques décrites dans cet ouvrage, grâce à des extraits d'entretien soigneusement choisis et à de nombreux exemples de questions spécifiques. De plus, dans le chapitre 6 nous étudierons d'un bout à l'autre la transcription d'une évaluation selon la méthode ECES, afin de démontrer de façon chronologique les nuances de ces techniques et d'en discuter.

La troisième partie, « L'évaluation pratique du potentiel suicidaire : des stratégies souples et des projets cliniques concrets », se compose uniquement du chapitre 7, qui explore les variables complexes qui peuvent intervenir dans une décision clinique solide face à un risque aussi redoutable. Ce chapitre aborde des problèmes critiques : données contradictoires, dissimulations du patient, rôle des sources d'informations complémentaires, et spectre de la responsabilité médicolégale. Toutes ces difficultés réelles de l'évaluation du potentiel suicidaire quotidien sont examinées à travers sept observations dans divers contextes cliniques.

Veuillez noter que tous les noms des patients ont été changés, et que parfois, certaines caractéristiques ou faits ont été modifiés pour protéger leur identité.

Pour conclure, je souhaite souligner que cet ouvrage ne prétend pas passer en revue la vaste littérature sur le suicide. Cependant, j'espère qu'il inci-

tera le lecteur à entreprendre cette lecture fascinante. Le présent ouvrage se concentre sur une approche pragmatique de l'évaluation du potentiel suicidaire à destination du clinicien surchargé d'aujourd'hui. Edward Shneidman, dans la citation qui ouvre cette préface, fait référence au goulet d'étranglement de la prévention du suicide. J'espère sincèrement que les principes décrits dans ces pages nous aideront à faire un pas en avant vers la résolution de ce problème et, finalement, à sauver des vies.

Shawn Christopher Shea, M.D.
Dartmouth Medical School
Hanover, New Hampshire

Remerciements de l'édition de poche américaine

J'aimerais tout d'abord remercier mon éditrice, Tracey Belmont, pour son soutien sans lequel il n'y aurait pas eu d'édition de poche. Je n'aurais pu rêver d'une meilleure éditrice. J'aimerais aussi remercier Judi Knott, responsable du marketing de l'ouvrage, pour son soutien et sa foi en la présente édition.

Remerciements à Nancy Marcus Land et Maryan Malone de la Publications Development Company qui, une fois de plus, ont nettement amélioré le texte des nouvelles annexes avec le magnifique talent dont elles avaient déjà fait preuve pour l'édition d'origine.

Je souhaiterais également remercier tout particulièrement Phillip J. Resnick, M.D., pour son excellente contribution à l'annexe B, ainsi que pour son soutien au cours des années, et Skip Simpson, J.D., pour ses apports méticuleux et grandement appréciés aux annexes A et B, ainsi que pour sa chaleureuse amitié.

Comme toujours, des remerciements particuliers à ma femme Susan pour son amour, son soutien et sa foi infinie en cet ouvrage et sa mission.

À tous, encore merci.

S.C.S.

Remerciements de l'édition américaine

J'aimerais tout d'abord remercier le service de psychiatrie de la Dartmouth Medical School et son directeur, Peter Silberfarb, M.D., pour le soutien qu'il a bien voulu accorder à mes projets de formation à la conduite d'entretien au cours de ces dix dernières années. Je tiens à remercier tout particulièrement Ron Green, M.D., le directeur du programme de formation des internes, pour l'ensemble de sa contribution dans la mise en œuvre de notre pro-

gramme de « mentor d'entretien ». Grâce à son aide, je pense avoir trouvé à Dartmouth une véritable famille universitaire.

J'aimerais également remercier les membres de la faculté de médecine de Dartmouth qui ont assuré le rôle de mentor d'entretien au cours de la rédaction de cet ouvrage – surnommés le « club du portail fantôme ». Outre Ron Green, ce cercle est composé de Bruce Baker, Ph.D., Christine Barney, M.D., Stephen Cole, Ph.D., et Suzanne Brooks, M.D. Ils ont été des supporters enthousiastes de la méthode ECES et ont aidé de nombreux internes à en comprendre les nuances. Ils ont aussi été d'excellents collègues et amis que j'admire sincèrement. C'est la meilleure équipe pédagogique avec laquelle j'ai eu le plaisir de collaborer.

J'aimerais aussi remercier mes collègues depuis de nombreuses années au Western Psychiatric Institute and Clinic de Pittsburgh, Pennsylvanie. C'est dans les « tranchées cliniques » du DEC (Diagnostic and Evaluation Center) que la méthode ECES a été développée. Ces collègues m'ont apporté un soutien inépuisable et des retours d'information fiables sur les premiers essais de la méthode ECES. Je leur dois beaucoup, non seulement pour leurs idées, mais également pour la camaraderie que nous avons partagée à cette époque : Juan Mezzich, M.D., Ph.D., Karen Evanczuk, R.N., Ph.D., Scott Bohon, M.D., Anita Zeiders, M.S., et Patty McHugh, M.S.W.

Des remerciements particuliers à mon grand ami Barnes Peterson, M.Ed., pour ses suggestions pertinentes sur le manuscrit lors d'un fort agréable après-midi de Pâques à la cafétéria de la faculté de Keene State. Je remercie également un autre ami, Tom Ellis, Ph.D., pour son soutien enthousiaste à la méthode ECES au fil des années.

Ce fut un grand plaisir de faire la connaissance de David Jobes, Ph.D. Je le remercie infiniment pour son soutien enthousiaste, ainsi que d'avoir pris le temps, malgré un emploi du temps surchargé, d'écrire le formidable avant-propos à ce livre.

Enfin, merci à Kelly Franklin et Dorothy Lin, l'équipe éditoriale de John Wiley & Sons, ainsi qu'à Nancy Marcus Land et Maryan Malone de la Publications Development Company dont le remarquable travail éditorial a clairement contribué à améliorer ce manuscrit.

Comme toujours, des remerciements très particuliers à ma femme Susan, pour son amour et sa perspicacité rédactionnelle. Sa foi en la mission de cet ouvrage et plus particulièrement en la méthode ECES a été une source permanente de soutien.

À tous, encore merci.

S.C.S.

Le suicide : l'ultime paradoxe

Dans cette vie, il n'est pas difficile de mourir.

Il est plus difficile de vivre.

Vladimir Maïakovski, révolutionnaire russe [1]
(Décédé par suicide en 1931)

Prélude : un dimanche après-midi...

Cette recherche sur le suicide a commencé un dimanche, dans un lieu totalement invraisemblable : une ancienne librairie, pleine de courants d'air, dans les faubourgs d'une petite ville au sud du New Hampshire. À mon entrée dans la boutique, la chaleur accueillante du poêle contrasta brutalement avec le froid saisissant de ce jour d'automne. Je suis un amoureux des livres, et ce dimanche-là, j'avais passé la majeure partie de la matinée à flâner parmi les rayonnages de livres et à bavarder avec Henry, l'aimable propriétaire de cette boutique.

J'étais dans les allées, espérant tomber sur un trésor caché, lorsque j'atteignis le rayon psychologie. Je repérai alors ce qui semblait être une découverte pleine de promesses. Je sortis le livre de l'étagère sur laquelle il se trouvait et ouvris, du bout des doigts, la page de garde. Je restais pétrifié. Un court instant, plus aucun muscle de mon corps ne bougea. Mes yeux, comme hypnotisés, fixaient le nom inscrit. Je fermai les yeux et regardai à nouveau ce nom.

Évaluation du potentiel suicidaire

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Ce n'était pas le nom de l'auteur qui avait ainsi attiré mon attention. C'était le nom du précédent propriétaire, griffonné dans un coin, en haut de la page de garde. Jackie, c'est le prénom que je lui donnerai ici, avait été une collègue, un membre de notre petite communauté, celle des professionnels de santé mentale. Jackie s'était suicidée quelques mois auparavant.

Je remplaçai le livre sur son étagère. Poussé par ce qui était peut-être une curiosité morbide, je sortis le volume situé juste à côté de celui-ci. Dans un coin différent, sur une page différente : le même nom. Je compris alors que soit Jackie, en pleine dépression, avait vendu toute sa collection de livres au fur et à mesure que l'alcool noyait tous ses rêves, soit ses livres avaient été vendus d'occasion par ses héritiers. Je quittai discrètement la librairie et rentrai à la maison.

Les cliniciens et leurs réponses émotionnelles face au suicide

Je commence par cet incident parce que je crois que l'émotion qu'il a provoquée chez moi, et qu'il provoque toujours alors que j'écris ces lignes, sert une cause utile. Il souligne la force du suicide à engendrer une réaction émotionnelle intense chez chacun d'entre nous. Pour les professionnels de santé mentale, la compréhension de ce type de réaction est l'une des pierres angulaires d'une évaluation et d'une prise en charge efficace du patient suicidaire. De nombreuses réactions émotionnelles sont à l'origine de ce bouleversement : la peur, le chagrin, la colère, la perplexité et même la condamnation. Lorsqu'ils ne sont pas identifiés, ces sentiments peuvent entraîner le clinicien dans un océan de réactions contre-transférentielles et d'interventions inutiles. Les réactions sous-jacentes, potentiellement dangereuses, de cet océan peuvent nous entraîner loin des personnes qui ont le plus besoin de notre aide : les patients suicidaires.

Lorsqu'un clinicien commence à comprendre ses propres attitudes, préjugés et réactions face au suicide, il peut commencer à se rendre plus disponible pour le patient suicidaire, sur un plan psychologique et émotionnel. Les patients semblent être capables de percevoir si le clinicien est à l'aise avec le thème du suicide. Dès lors, et avec un tel clinicien, les patients peuvent se sentir suffisamment en sécurité pour partager, lors d'un entretien, l'immédiateté de leur attirance pour la mort.

L'un des objectifs de ce livre est d'aider le lecteur à mieux gérer ses réactions émotionnelles face au suicide. Espérons que sa lecture incitera les cliniciens à approfondir le problème du suicide avec leurs collègues (théra-

peutes, superviseurs et stagiaires), car c'est souvent grâce à ce type de discussion approfondie que nous pouvons voir plus clairement les courants sous-jacents présents dans notre océan intérieur. Et c'est là que nous trouvons les premiers paradoxes du suicide. En tant que thème de discussion, c'est un sujet souvent évité par les cliniciens ; cependant, ce type de débat nous permet de franchir l'une des portes les plus importantes qui donnent accès à un enrichissement personnel, spirituel et professionnel.

L'histoire de Jackie qui débute cet ouvrage nous rappelle la nature ubiquitaire du suicide. Aucun groupe humain ne possède le monopole des conduites suicidaires. On les observe aussi bien chez les riches que chez les pauvres, chez les personnes célèbres que chez les inconnus, chez les hommes que chez les femmes, chez les plus âgés que chez les plus jeunes. Les professionnels de santé mentale sont loin d'être immunisés contre ce coup du sort ; beaucoup d'entre nous ont été frappés par le suicide d'un ami, d'un membre de leur famille ou d'un collègue. Songer au suicide peut même faire partie de notre propre histoire passée ou future.

Il est important de prendre conscience que, d'une certaine façon, le suicide « marche » ; il offre une solution à une souffrance personnelle intense. Lorsque la vie s'arrête, la souffrance s'arrête aussi. Accepter l'efficacité du suicide est un premier pas important pour que le clinicien comprenne pourquoi le suicide reste relativement fréquent. Nous, les êtres humains, sommes une espèce orientée vers la recherche de solutions.

Cela ne signifie pas que le clinicien doive approuver ou accepter la solution choisie. Nous avons tous le droit de croire à nos propres valeurs morales. Mais, sans pour autant porter de jugement, le clinicien peut reconnaître les raisons pour lesquelles le suicide représente une solution naturelle pour un bon nombre de personnes. Lorsque le patient sent qu'il n'est pas « mal jugé » à cause de la solution choisie et que le clinicien cherche plutôt une solution plus efficace qui met en valeur la vie, il peut être davantage enclin à envisager d'autres alternatives. L'habileté dont fait preuve le clinicien à communiquer sa compréhension, dépourvue de jugement, des droits du patient à considérer le suicide comme une solution rationnelle peut permettre d'instaurer la relation nécessaire pour aider le patient à choisir une autre solution. L'ironie de cette situation n'est que l'une des nombreuses caractéristiques contradictoires du suicide.

Les paradoxes du suicide

La mise en œuvre d'un suicide est l'une des actions humaines les plus intimes qui soient ; néanmoins, l'impact sur les personnes qu'elle laisse derrière elle est des plus profonds. L'autodestruction est souvent envisagée par un grand

nombre d'êtres humains, mais elle reste l'un des sujets les plus tabous qui existent. Les professionnels de santé mentale encouragent leurs patients à confier sans crainte leurs idées suicidaires ; cependant, un grand nombre de ces mêmes professionnels hésitent à demander aux membres de leurs propres familles ou à leurs collègues s'ils ont des idées de ce genre. La mort est parfois choisie comme la seule alternative possible par les personnes qui se sentent profondément seules ou coupables, même si elles sont profondément aimées et respectées. Le contexte dans lequel s'inscrit le suicide accentue ce paradoxe. Un homme d'affaires qui met fin à ses jours dans un ultime effort pour échapper au scandale et à la douleur d'avouer ses méfaits peut être étiqueté de lâche, alors qu'un soldat qui se précipite sur un champ de mines pour sauver un compagnon d'arme sera, sans aucun doute, vu en héros.

La nature paradoxale du suicide n'a pas échappé non plus aux philosophes. Arthur Schopenhauer a parfaitement saisi l'essence même de l'un des aspects paradoxaux les plus ironiques de l'acte suicidaire :

Le suicide peut aussi être considéré comme une expérience : une question que l'homme pose à la Nature, essayant de l'obliger à répondre. La question est : quel changement la mort apportera-t-elle dans l'existence d'un homme et à sa compréhension de la nature des choses ? C'est une expérience maladroite car elle implique la destruction de la conscience même qui pose cette question et espère une réponse [2].

La nature paradoxale du suicide est l'une des raisons pour lesquelles les explorations et les échanges de l'entretien clinique soulèvent des émotions si fortes aussi bien chez les patients que chez les cliniciens. Les paradoxes les plus importants du suicide nous attendent toujours. Ils feront surface lorsque nous commencerons à étudier plus précisément la nature du suicide, tout d'abord par une étude de son épidémiologie, puis par celle de certains des problèmes pratiques inhérents à sa prédiction.

Épidémiologie et problèmes de prédiction du suicide

Le suicide est l'un des problèmes de santé publique les plus prioritaires. Aux États-Unis, le suicide est la neuvième cause de décès chez les adultes, avec 30 903 suicides en 1996 [3]. On a estimé qu'il y avait un suicide toutes les 20 minutes [4]. Dans le groupe des 15-25 ans, le suicide est la troisième

cause de décès en Amérique (les accidents et les homicides occupant respectivement la première et la deuxième place) [5]. Entre 1952 et 1992, le taux de suicide chez les adolescents et les jeunes adultes a triplé [6]. Et même si les jeunes enfants sont moins à risque de se suicider, certains le font. Aux États-Unis, en 1995, 330 enfants âgés de 10 à 14 ans, et sept âgés de 5 à 9 ans se sont suicidés [7].

Le développement et l'amélioration des moyens permettant de détecter et de soulager les patients au potentiel suicidaire élevé pourraient considérablement diminuer l'une des principales causes de décès, aussi bien aux États-Unis qu'au niveau mondial. En tant que société, nous devons aborder ouvertement le suicide comme un problème de santé publique et, comme cela a été fait pour le tabac, mettre en place des méthodes énergiques permettant de réduire sa prévalence.

Cet objectif est-il atteignable ? Plusieurs études ont montré qu'environ 50 % des personnes décédées par suicide avaient été vues auparavant par leur médecin traitant pendant le mois ayant précédé leur mort [8, 9]. Ces statistiques surprenantes sont porteuses d'espoir. Si des stratégies de dépistage précoce peuvent être développées et ensuite adoptées et utilisées de manière efficace par les médecins traitants, une chute importante du nombre des suicides pourrait en résulter. Cela n'est pas un rêve illusoire. Il peut vraiment devenir réalité.

Mais la tâche est colossale. Les recherches actuelles montrent que les cliniciens ont peu de moyens pour prédire l'imminence d'un suicide. Dans un premier temps, examinons plus précisément le problème de la prédiction du suicide. Quels sont les facteurs qui pourraient nous aider à déterminer qu'une personne *ne présente pas* un potentiel suicidaire élevé ? Quels sont véritablement les facteurs de risque et que signifie l'absence de ces facteurs ? (Nous étudierons ces facteurs de risque plus en détail dans le chapitre 3, mais un coup d'œil rapide sur ces facteurs se révèle particulièrement utile maintenant.)

Deux écrits sont reproduits ci-dessous, une lettre et un poème. Ils mettent l'accent sur les différences entre les circonstances rassurantes et les facteurs de risque qui évoquent l'imminence ou non d'un suicide. L'auteur de la lettre, qui s'adressait à sa mère, souffrait de dépression depuis de nombreuses années. Elle avait récemment déménagé des États-Unis vers l'Angleterre. Ce déménagement semblait calmer les conflits qui la tourmentaient alors, bien qu'elle reconnût que la transition était difficile. Dans sa lettre, elle affiche un sentiment d'espoir, un vif intérêt pour le bien-être de ses enfants et la profonde conviction qu'elle doit être présente pour eux. Au fur et à mesure que vous parcourez cette lettre, notez la forte structure donnant un sens à sa vie (dans ce cas, les responsabilités parentales) et le sentiment d'espoir qui suggèrent que le suicide n'est pas proche.

Le 4 février 1963

Chère maman,

Merci infiniment pour tes lettres. J'ai reçu une lettre adorable de Dotty ainsi qu'un bonnet et des moufles ravissants pour Nick, de la part de Warren et Margaret. Je n'ai écrit à personne ces derniers temps parce que je me sentais plutôt mal : une fois le tumulte du déménagement passé, je saisis le caractère définitif de cette démarche, et ce n'est pas drôle d'être catapultée du bonheur paisible de la maternité à la solitude et à des problèmes sinistres. J'ai reçu une lettre adorable des Norton et une autre absolument merveilleuse, pleine de compréhension, de Betty Aldrich. Marty Plumer doit venir me voir fin mars, ce dont je me réjouis par avance.

Je n'éprouve absolument aucune envie de retourner un jour en Amérique. En tout cas, pas dans l'immédiat. J'ai une belle maison à la campagne, une voiture, et Londres, avec ses excellents médecins, ses quartiers ravissants, ses théâtres et la BBC, est l'une des villes au monde dans laquelle j'aimerais le plus vivre. En Amérique, il n'existe rien d'équivalent à la BBC ; là-bas, ils ne publient pas mon travail comme ils le font ici pour mes poèmes et mon roman. J'ai rédigé un article rémunéré pour *Punch* sur l'époque où j'étais écolière et j'aurai la chance, durant trois semaines en mai, de faire partie de l'émission « BBC Critics », à raison de 150 \$ par semaine ; une opportunité fantastique grâce à laquelle j'espère faire mon chemin. Tous les critiques voient le même spectacle, la même exposition, lisent le même livre et écoutent la même émission de radio et les commentent chaque semaine. J'espère que cela me permettra de finir de me meubler ici, après quoi je pourrai me rendre dans le Devon. Demande à Marty une copie de la description détaillée des deux logements et le montant du loyer et tu pourrais peut-être, aussi, la faire circuler parmi tes amis enseignants.

Je comprends tout à fait ton désir de voir Frieda, mais si tu peux imaginer quelles émotions bouleversantes furent pour elle la perte de son père et le déménagement, tu comprendras à quel point envisager de l'envoyer en Amérique, par avion, peut être inconcevable. Je suis le seul élément stable de sa vie et la déraciner serait irréfléchi et cruel, malgré toute l'affection dont tu pourrais l'entourer là-bas. Je n'aurai jamais les moyens de vivre en Amérique ; je bénéficie, totalement gratuitement, des meilleurs soins médicaux qui soient et avec les enfants c'est une bénédiction. De plus, Ted peut voir les enfants une fois par semaine, ce qui le rend plus responsable en ce qui concerne la pension qu'il nous verse... Je dois simplement me battre pour m'en sortir seule, ici. Peut-être qu'un jour je pourrai envisager des vacances avec les enfants en Europe... C'est maintenant que les enfants ont le plus besoin de ma présence et je vais donc essayer, durant les prochaines années, de continuer à écrire le matin pour être avec eux l'après-midi et à voir des amis ou à étudier et lire le soir.

Ma jeune fille au pair allemande est très difficile concernant la nourriture et « totalement gaga » des garçons, mais je fais de mon mieux pour la discipliner. Elle me permet d'avoir des matinées calmes et quelques soirées de liberté, mais il va falloir que j'envisage une autre solution pour la campagne car ce genre de fille ne veut pas être trop éloigné de Londres.

Je vais commencer à voir une femme médecin, gratuitement, dans le cadre du National Health¹, à laquelle j'ai été adressée par mon excellent médecin de quartier et qui devrait pouvoir m'aider à franchir ce cap difficile.

Affectueuses pensées,

Sivvy [10]

Bien que cette lettre soit un peu longue, j'ai choisi de la reproduire intégralement car elle fournit des indications importantes sur certains types de facteurs de risque qui pourraient être intéressants dans une évaluation du potentiel suicidaire. Dans ce cas, l'absence de ces facteurs de risque de suicide est frappante. Elle montre clairement les forces de la patiente et met l'accent sur les éléments prédictifs de sa sécurité immédiate.

Toutefois, nous devons reconnaître que certains des facteurs de risque qui sont décrits pourraient évoquer un risque léthal. L'auteur souffre : elle le reconnaît ouvertement lorsqu'elle écrit qu'elle se sentait « plutôt mal ». Elle semble également souffrir de troubles psychiatriques, comme l'évoque le fait qu'on l'ait adressée à un psychiatre. Apparemment, un autre facteur de risque est également présent : une perte récente qui semble être un divorce.

Par ailleurs, cette lettre est pleine de signes rassurants concernant un regain de forces. Avec un enthousiasme sincère, l'auteur parle des nombreux aspects de la Grande-Bretagne et de Londres qu'elle aime. Elle est très emballée par les opportunités de carrière qui s'offrent à elle et se sent appréciée à la fois par ses pairs et par le public britannique. D'un point de vue relationnel, elle se sent soutenue et s'en montre reconnaissante : « J'ai reçu une lettre adorable des Norton et une autre absolument merveilleuse, pleine de compréhension, de Betty Aldrich. » Tous ces signes sont favorables et évoquent un niveau de risque de suicide plus faible.

L'apparition d'un sentiment de désespoir pourrait représenter un signe potentiellement inquiétant. Mais alors que nous évaluons les facteurs de risque présents dans cette lettre, l'absence de ce type d'état d'esprit est manifeste. L'auteur semble pleine d'espoir en ce qui concerne son traitement médical et projette clairement de rester en vie un bon moment encore : « [...] je vais donc essayer, durant les prochaines années, de continuer à écrire le matin pour être avec eux [ses enfants] l'après-midi et à voir des amis ou à

1. National Health Service (NHS) : système de santé publique du Royaume-Uni [NdT].

étudier et lire le soir. » Auparavant, dans le même paragraphe, elle donne une des preuves les plus évidentes qui soient de sa sécurité immédiate lorsqu'elle fait part de la structure donnant un sens à sa vie : son amour pour ses enfants et leur besoin de cet amour. Cette raison de vivre, puissante, transparaît de manière poignante lorsqu'elle évoque sa fille Frieda : « Je suis sa seule sécurité et la déraciner serait irréfléchi et cruel, malgré toute l'affection dont tu pourrais l'entourer, là-bas. »

En résumé, l'enthousiasme de l'auteur à propos des opportunités de carrière qui lui sont offertes, la conscience d'être soutenue à la fois par des amis encourageants et des professionnels de santé mentale compétents ainsi que la reconnaissance que ses enfants dépendent d'elle, tout cela représente des arguments allant contre l'imminence d'un suicide. Inversement, l'écrit qui suit, bien que plus court, devrait soulever beaucoup plus d'inquiétude :

Mourir,

Est un art, comme tous les autres.

Je le pratique à la perfection.

Je le pratique et c'est l'enfer.

Je le pratique et c'est réel.

En somme on pourrait dire que c'est ma vocation [11].

Bien qu'il ne soit pas assez long pour contenir beaucoup de facteurs de risque, cet extrait s'adresse directement aux facultés intuitives du clinicien dont le rôle est si important au cours de l'évaluation du potentiel suicidaire d'un patient. Ce poème induit tout simplement un mauvais pressentiment. Rares sont les cliniciens qui ne décideraient pas d'approfondir l'évaluation du potentiel suicidaire d'un patient qui leur montrerait ce type de poème.

Notre intuition sur ce mauvais pressentiment aurait été justifiée. Cette poétesse s'est suicidée environ un an après avoir rédigé ces vers ; un fait qui, paradoxalement, évoque les limites de l'intuition clinique, car il ne s'agit pas du poème de quelqu'un sur le point de se suicider. Un an s'est écoulé entre le moment où il a été rédigé et l'acte fatal. Ce poème était un peu comme un leurre, malgré son ton extrêmement lourd de menaces.

Inversement, l'absence dans la lettre des facteurs de risque les plus importants aurait probablement rassuré la plupart des cliniciens. Mais cette sensation de quiétude pose un problème. La lettre a été écrite par la main même qui a rédigé le poème. Sept jours après avoir écrit cette lettre, l'auteur, Sylvia Plath, la talentueuse poétesse, fut retrouvée morte, la tête dans le four de sa cuisinière à gaz.

Aucun d'entre nous ne fonderait une évaluation du potentiel suicidaire sur le simple contenu d'un poème ou d'une lettre. Néanmoins, pour moi, cette lettre demeure une véritable énigme. Chaque fois que je la relis, je dois garder

à l'esprit que son auteur s'est suicidé seulement sept jours plus tard. L'évaluation de la gravité des facteurs de risque contenus dans la lettre ne semble pas aller dans cette direction.

Ces deux exemples illustrent parfaitement les difficultés et les énigmes de l'évaluation du potentiel suicidaire. L'intuition est un outil important, mais de toute évidence insuffisant. L'analyse des facteurs de risque, bien qu'elle ait été largement étudiée, a finalement fait preuve de pouvoirs de prédiction décevants ; celle de la lettre de Plath en est l'illustration. Sommes-nous totalement impuissants concernant la prédiction du suicide ? Je ne pense pas. Mais pour comprendre les stratégies qui pourraient nous permettre d'améliorer notre capacité de prédiction, nous devons nous pencher sur l'étude des trois tâches réellement impliquées lorsqu'un clinicien tente de réaliser une évaluation du potentiel suicidaire dans le cadre d'une pratique clinique quotidienne.

Les trois étapes de l'évaluation du potentiel suicidaire

La méthode d'évaluation du potentiel suicidaire repose sur trois temps cliniques : (1) recueillir les données liées aux facteurs de risque de suicide du patient, (2) recueillir les informations concernant ses idéations suicidaires et la planification du suicide, et (3) prendre les décisions cliniques qu'impliquent ces deux bases de données. Des erreurs peuvent survenir dans n'importe laquelle de ces trois étapes. On s'est davantage intéressé à la première et à la troisième étape. Curieusement, on a moins prêté attention aux méthodes pratiques permettant de mettre au jour l'idéation suicidaire même et la planification suicidaire. Pendant des années, le développement d'outils d'analyse statistique des facteurs de risque a été en vogue.

Mais les gens ne se suicident pas parce que les statistiques concluent qu'ils devraient le faire. La vocation suicidaire ne naît pas d'un protocole statistique, mais d'une souffrance psychologique. Chaque personne est unique. Le pouvoir des statistiques est au maximum de ses possibilités lorsqu'il s'applique à des populations importantes, et à son minimum lorsqu'il s'applique à des individus. Mais ce sont des individus que les cliniciens doivent évaluer dans la quiétude de leur bureau ou le brouhaha gênant des services d'urgence surchargés.

Le suicide est conçu comme étant la réponse adaptée au monde personnel du patient, le monde intime de sa propre phénoménologie. Un point évident mérite d'être répété : la plupart des gens se tuent parce qu'ils ont *décidé* de se

tuer. Un individu donné peut présenter très peu de facteurs de risque, mais si ce patient a décidé de se tuer, il le fera ; peu importe l'absence de facteurs de risque. Un autre patient peut présenter un nombre considérable de facteurs de risque, mais si celui-ci ne veut pas se tuer, il n'y aura pas de suicide. Aucune des analyses officielles des facteurs de risque ne nous aidera dans ce cas, pas plus qu'elles ne l'ont fait à la lecture de la lettre de Sylvia Plath.

On admet que certains patients lors d'un geste suicidaire n'ont pas l'intention de mourir mais se tuent quasi accidentellement. D'autres patients, pris dans un processus pathologique comme celui d'un état limite, peuvent, contre toute attente, sous le coup d'une impulsion, se suicider. Mais ce sont des exceptions à la règle. Dans l'ensemble, la décision de se tuer est prise après un processus complexe et stressant d'évaluation des pour et des contre par des personnes réfléchies qui n'auraient pas opté pour la mort comme réponse à leurs problèmes si la vie leur avait offert de meilleures solutions. Les actes mêmes qui provoquent la mort comme avaler des pilules, appuyer sur la gâchette ou se suspendre à une corde sont précédés de tout un éventail de pensées complexes entièrement consacrées à la mise en œuvre des moyens planifiés. Ces pensées façonnent et finalement déterminent si ces actions seront entreprises.

La séquence chronologique des pensées et des actions, inhérente au processus même d'une tentative de suicide, suggère qu'il existe des signes d'alerte évoquant l'imminence d'un acte suicidaire et offre ainsi aux cliniciens une lueur d'espoir pour prédire un suicide. Mais ces signes d'alerte sont profondément enfouis dans l'esprit et l'âme du patient. D'une certaine manière, l'exploration des dialogues internes du patient, concernant les pour et les contre d'un suicide, peut fournir des indices importants pour aboutir à une prédiction. Mais de manière plus pragmatique, la connaissance du degré de précision et d'avancée dans la planification et la réalisation des actions prévues représente probablement un meilleur moyen pour évaluer la proximité de l'acte même. En admettant que le clinicien soit autorisé à accéder à la planification concrète du suicide, une telle invitation représente la meilleure opportunité pour accéder au monde de la profonde souffrance d'un patient qui tente d'y échapper par la mort.

Évaluation chronologique des événements conduisant au suicide

L'accès au monde de la planification concrète du suicide du patient faisait défaut dans l'analyse des risques des deux écrits de Sylvia Plath. Il ne serait

pas surprenant d'apprendre qu'au moment même où elle rédigeait sa lettre, Sylvia Plath envisageait les différents moyens de mettre fin à ses jours. Mais nous n'avions pas connaissance de ses idéations suicidaires, ce qui, sans aucun doute, joue un rôle majeur dans le manque de justesse de notre prédiction. Si nous avions pu accéder à ce monde, qu'aurions-nous vu ?

Personne ne peut le dire avec certitude, mais je crois qu'au cours des semaines précédant la rédaction de ce courrier et la semaine d'après, Plath s'est courageusement débattue avec la décision la plus importante de sa vie. C'était une mère profondément sensible, responsable et aimante ; elle n'aurait jamais pris la décision de mourir si elle avait entrevu une autre solution. Par conséquent, quel a été le cheminement vraisemblable de la pensée de Sylvia Plath au cours de ces derniers jours ?

D'un point de vue pratique, un suicide n'est pas facile à réaliser. Plath le décrit dans son poème comme étant un « art ». Comme pour tout art, le suicide requiert généralement une planification et une discipline réfléchies et parfois méticuleuses. Le niveau de planification et l'attention apportée aux détails permettent souvent d'évaluer la vraisemblance de l'accomplissement de l'acte. Si nous avions été proches de l'intimité des pensées de Sylvia Plath, particulièrement de la planification de son suicide, je crois que nous aurions trouvé une foule de signes avant-coureurs de sa mort, trahissant ainsi l'apparence inoffensive de sa lettre.

Si elle était comme beaucoup d'autres dans le même état d'esprit, elle devait être en train d'examiner les différentes options qui s'offraient à elle pour se suicider. Elle aurait envisagé différentes méthodes pour se suicider et les plus et les moins de chaque méthode auraient été minutieusement étudiés. Elle aurait eu une myriade de considérations pratiques à ruminer : le niveau de souffrance qu'elle voulait, la finalité de l'acte planifié, où le réaliser, comment empêcher une découverte prématurée, par qui elle souhaitait que son corps fût découvert, comment empêcher que ses enfants découvrent son corps, à quel moment du jour (ou de la nuit) le faire, la décision d'écrire un mot ou une lettre à ses amis proches et à sa mère, la consommation éventuelle d'alcool pour avoir le courage d'aller jusqu'au bout, et une répétition de la méthode choisie, dans un dernier effort pour la perfectionner.

Tous les patients dont le suicide est imminent n'ont pas ce type d'idées. Mais la majorité des patients envisage certaines d'entre elles (et parfois toutes), particulièrement au cours des semaines qui précèdent immédiatement la tentative de suicide. Et ils y pensent beaucoup.

Plus il est possible d'évaluer l'étendue de cette planification, plus le clinicien pourra évaluer la sévérité de l'intention du patient. D'après mon expérience, l'accès à la planification suicidaire du patient fournit les données les plus fiables qui soient pour réaliser une évaluation approfondie de

l'urgence suicidaire. On doit tenir compte qu'un des facteurs qui limite la précision de prédiction du suicide est le degré avec lequel le patient arrive exactement à confier ses pensées.

La recherche de voies toujours plus efficaces pour accéder à l'idéation suicidaire aiguë est un objectif passionnant et stimulant. Dans cet ouvrage, une technique d'entretien dénommée Évaluation chronologique des événements suicidaires ou méthode ECES (*Chronological assessment of suicide events, CASE Approach*) [12, 13] sera décrite en détail. Pour le moment, cette technique d'entretien n'a pas été étudiée de manière empirique. En effet, l'un des objectifs de ce livre est d'inviter les chercheurs à tester et évaluer sérieusement l'efficacité de la méthode ECES. Elle a été conçue pour fournir un canevas pratique pour que les cliniciens puissent étudier ce qu'ils font réellement au cours d'un entretien avec un patient. Elle n'est pas présentée comme étant la « seule voie » permettant d'élucider le problème de l'idéation suicidaire, c'est seulement « une voie ». Cette étude, je l'espère, permettra au lecteur d'améliorer rapidement son « propre savoir-faire ».

En examinant les principes de la méthode ECES, les cliniciens sont invités à adapter ce qui paraît attractif, rejeter ce qui ne l'est pas et s'efforcer constamment d'être souples dans son utilisation. L'objectif final est de faire preuve de créativité dans l'harmonisation entre le style de notre entretien et les besoins spécifiques de chaque patient. Grâce à la méthode ECES, et à la connaissance des facteurs de risque du patient, le clinicien est davantage capable de commencer son évaluation clinique dont les facteurs complexes seront développés dans le dernier chapitre de cet ouvrage.

Le chapitre suivant donne un aperçu plus détaillé de la phénoménologie et de l'étiologie du suicide. Pour conclure celui-ci sur une note positive, observons ensemble les résultats d'un cas clinique dans lequel ces types de techniques auraient permis d'obtenir une issue totalement différente.

Un mardi après-midi, jour de reprise

Il y a plusieurs années, je travaillais comme interne en psychiatrie au Western Psychiatric Institute and Clinic à Pittsburgh. Un mardi après-midi, j'étais dans mon bureau rattrapant un lourd retard accumulé dans mes dossiers de sortie d'hospitalisation. Il était toujours difficile de trouver une heure, au milieu de la journée, pour le travail de bureau. Invariablement, le téléphone sonnait, interrompant mon travail, ou bien des collègues passaient me voir pour « bavarder un instant ».

Cette après-midi-là s'annonçait similaire aux autres. Quelqu'un frappa à ma porte. J'ouvris la porte et me retrouvai face à face avec une visiteuse

inattendue qui me souriait chaleureusement. Je reconnus immédiatement Judith, une femme d'âge moyen, que j'avais soignée lors de son hospitalisation l'année précédente. Judith vivait au Canada, à des centaines de kilomètres d'ici. Que faisait-elle dans les rues animées de Pittsburgh ?

Je me rappelais ma première rencontre avec Judith. La nuit de son admission à l'hôpital, comme pour cette nouvelle rencontre, Judith avait parcouru des centaines de kilomètres. Mais au cours de cette nuit-là, elle poursuivait un petit ami qui, de manière tout à fait inattendue, l'avait laissée tomber et avait déménagé pour vivre avec une autre femme à Pittsburgh. D'après Judith, il avait refusé de la voir, lui claquant la porte au nez et la menaçant d'appeler la police. Judith se rendit en voiture dans un jardin à proximité, trouva un endroit à l'écart et ouvrit un tube de pilules qu'elle avala rapidement avec une bouteille de vin. L'intoxication médicamenteuse volontaire aurait pu être fatale mais sa voiture éveilla les soupçons d'un policier.

À son arrivée dans l'unité d'admission, Judith présentait un curieux mélange de dépression et de rage. Elle était furieuse que sa tentative de suicide ait échoué et encore plus furieuse que nous la gardions contre sa volonté. Cinq jours plus tard, lorsque je l'hospitalisai à nouveau sans son consentement, elle hurla quelques jurons de son cru. Au fil des semaines qui suivirent, ses progrès grâce à la thérapie et aux médicaments furent lents bien qu'elle déclarât, à maintes reprises, qu'elle se sentait mieux. Au fil du temps, Judith et moi avons développé un véritable lien thérapeutique. De temps en temps, une Judith courageuse et drôle émergeait de son voile dépressif. Cependant, ces intermèdes agréables étaient rares. L'équipe aimait beaucoup Judith. Moi aussi. Mais plus la date de sa sortie approchait, moins je me sentais à l'aise.

À la suite d'un entretien et d'un bilan approfondi, je décidai qu'il me fallait prolonger l'hospitalisation. Ce fut une décision très difficile ; je craignais d'être beaucoup trop protecteur et de porter atteinte à ses droits de citoyenne, un point qu'elle me fit comprendre assez clairement plusieurs fois. Pour compliquer la situation, certains membres de l'équipe pensaient qu'il était possible de la laisser partir. Il régnait dans l'unité une atmosphère tendue. Nous nous sentions tous stressés. Judith, bien sûr, était sous le choc et révoltée par ma décision. Au travail, ce ne fut pas une bonne journée.

Heureusement, le reste de son séjour à l'hôpital fut meilleur. Environ deux semaines plus tard, il devint clair que l'efficacité antidépressive de son traitement commençait à se manifester. Au cours de ses séances de psychothérapie, une nouvelle envie de vivre émergea. Judith sortit d'hospitalisation plusieurs semaines plus tard.

Et, ce mardi après-midi-là, 12 mois plus tard, je regardais une femme mince et rayonnante aux yeux tout aussi pétillants de vie. Elle s'était offert un nouveau tailleur bleu. Ses cheveux étaient soigneusement coiffés et un maquillage léger rehaussait la couleur de ses joues. Notre conversation fut à quelque chose près celle-ci :

« Bonjour Dr Shea. Vous vous souvenez de moi ? »

« Bien sûr Judith. Comment allez-vous ? Qu'est-ce qui vous amène par ici ? »

Elle fit une courte pause. « J'ai fait tout ce chemin en voiture pour vous dire quelque chose. »

« Eh bien, qu'y a-t-il ? » lui demandais-je.

« Je voulais juste que vous sachiez que le jour où vous m'avez hospitalisée, vous savez, la dernière fois ? Eh bien, j'allais me suicider. Si vous m'aviez laissée partir, je n'aurais jamais quitté Pittsburgh. J'avais tout planifié, jusqu'à la chambre d'hôtel. » Elle sourit doucement. « Vous m'avez réellement sauvé la vie et je tenais à vous en remercier à nouveau. »

Je ne savais pas quoi répondre.

Elle poursuivit : « Vous serez heureux d'apprendre que j'ai trouvé un nouvel emploi et un nouvel ami qui, je dois l'admettre, n'est pas trop mal. Je suis vraiment contente. Et croyez-moi ou pas, je suis réellement heureuse d'être en vie. »

« Cela fait très plaisir à entendre. Je dirai à tout le monde dans l'unité que vous êtes passée. Ils seront ravis. »

À ce moment-là, il y eut un silence embarrassé.

« Bien, c'est tout », conclut-elle légèrement. Apparemment sa mission était accomplie. « Merci encore. »

Elle commença à s'éloigner dans le couloir. Après quelques pas, elle s'arrêta et se retourna : « Hé, Dr Shea. »

« Oui Judith ? »

« Continuez à faire du bon travail. » Et elle s'éloigna rapidement dans le couloir.

Lorsque je me rassis devant mon bureau, je jetai un coup d'œil sur ma pile de dossiers de sortie d'hospitalisation. Je souris et me dis qu'elle pouvait attendre un jour de plus. Il me restait 40 minutes, juste assez pour me rendre à Oakland Avenue et flâner parmi les rayonnages de ma librairie préférée.

Références

1. Alvarez, A.: *The Savage God—A Study in Suicide*. New York, Random House, 1971.
2. Alvarez, A., 1971, p. 138.
3. National Institute of Mental Health: Suicide Fact Sheet (based on 1996 statistics), NIMH Website, April 1999.
4. Roy, A.: Psychiatric emergencies, suicide. In *The Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th Edition*, edited by H.I. Kaplan and B.J. Sadock. Baltimore, Williams and Wilkins, 1995, pp. 1739–1752.
5. NIMH Website, June 1996 update.
6. Hirschfeld, R.M.A.: Algorithms for the evaluation and treatment of suicidal patients. *Primary Psychiatry* 3: 26–29, 1996.

7. Centers for Disease Control and Prevention: Suicide Deaths and Rates per 100,00 (based on 1995 statistics), CDC Website, April 1999.
8. Fawcett, J., Clark, D.C., and Busch, K.A.: Assessing and treating the patient at risk for suicide. *Psychiatric Annals* 23: 244–255, 1993.
9. Rich, C.L., Young, D., and Fowler, R.C.: San Diego suicide study. *Archives of General Psychiatry* 43: 577–582, 1986.
10. Plath, S.: “Final letter” from *Letters Home*, by Sylvia Plath: Correspondence 1950–1963 by Aurelia Schober Plath. Copyright © 1975 by Aurelia Schober Plath. Reprinted by permission of HarperCollins Publishers, Inc., 1975, pp. 498–500.
11. Plath, S.: “Lady Lazarus” in *The Norton Anthology of Modern Poetry*, edited by R. Ellman and R. O’Clair. New York, W.W. Norton & Company, 1973, pp. 1295–1297.
12. Shea, S.C.: *Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding, 2nd Edition*. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1998.
13. Shea, S.C.: The chronological assessment of suicide events: A practical interviewing strategy for eliciting suicidal ideation. *The Journal of Clinical Psychiatry (supplement)* 59: 58–72, 1998.

Descente dans le maelström : étiologie et phénoménologie du suicide

Cela peut paraître étrange ; mais alors, quand nous fûmes dans la gueule même de l'abîme, je me sentis plus de sang-froid que quand nous en approchions. Ayant fait mon deuil de toute espérance, je fus délivré d'une grande partie de cette terreur qui m'avait d'abord écrasé. Je suppose que c'était le désespoir qui raidissait mes nerfs.

« Une descente dans le Maelström » d'Edgar Allan Poe [1]¹

La nature de la tempête

Edgar Allan Poe a fondé son histoire sur l'un des phénomènes naturels les plus surprenants qui soient : les tourbillons connus sous le nom de « maelströms » qui bouillonnent au large de la côte ouest de la Norvège. Dans l'histoire de Poe, le protagoniste rencontre une variété de maelström particulièrement monstrueuse qui engloutit les vaisseaux dans la noirceur de ses

1. Edgar Allan Poe, *Contes, essais, poèmes*, traduit de l'anglais par Charles Baudelaire, Paris, Robert Laffont, 1989, p. 554. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

profondeurs et de ses furies. Le maelström est une bonne métaphore de la souffrance intérieure et du chaos psychologique d'une descente dans la douleur suicidaire. Le monde du quotidien est englouti par la noirceur de la cognition suicidaire. Tout semble sans but et sans espoir. La vision du monde est réduite à une chute en spirale vers un désespoir sans fin, un monde où il ne fait pas bon vivre. Et les gens font ce qu'ils peuvent pour en sortir.

La citation qui ouvre ce chapitre semble même pouvoir s'appliquer à un phénomène curieux auquel les publications sur le suicide font parfois allusion. Une fois la décision de mettre fin à ses jours prise, certaines personnes deviennent soudainement très calmes. L'anxiété qui accompagne cette terrible décision disparaît. Elles entrevoient un soulagement à leur souffrance.

Dans le cadre de la phénoménologie et de la prédiction du suicide, un autre type de calme mérite notre attention, mais il est de bon augure pour la continuation de la vie. Il s'agit du calme intérieur qui s'installe dans l'esprit d'un clinicien expérimenté lorsqu'il aborde les furies du maelström suicidaire d'un patient. Tous les thérapeutes et les cliniciens ne parviennent pas à travailler avec les patients qui songent au suicide ; ceux qui y parviennent le mieux sont ceux qui font preuve d'une particularité manifeste. Ils abordent le stress généré par les épisodes répétés d'idéation suicidaire du patient avec un calme prosaïque ; ce calme est au cœur de leur réussite pour dévoiler et transformer une idéation suicidaire. C'est le calme de la connaissance et de l'expérience.

Ces thérapeutes connaissent bien les maelströms suicidaires. Ils ont conscience qu'ils ne doivent rien considérer comme acquis et ils surveillent attentivement leurs propres repères au plus fort de la tempête. Ils reconnaissent qu'ils ne peuvent pas sauver tous ceux emportés par ce maelström, mais ils peuvent en sauver un grand nombre. Ils n'ont pas peur d'en explorer les parois abruptes. Leur calme renvoie à leurs patients l'image rassurante d'une bouée de sauvetage. Leur calme offre un havre de paix dans lequel les patients peuvent confier le degré de leur planification suicidaire et, souvent, trouver une confiance thérapeutique permettant de transformer et finalement d'abandonner cette planification.

Comme je l'ai laissé entendre dans le chapitre 1, ce calme provient en partie d'une bonne connaissance des facteurs déclencheurs de l'idéation suicidaire et de la manière dont elle est vécue. Une compréhension des interactions complexes des stress environnementaux, distorsions cognitives et influences biochimiques si fréquentes au cours d'un processus suicidaire aidera le clinicien expérimenté à éviter les pièges et les surprises qui pourraient faire trébucher un clinicien moins expérimenté. Pour les lecteurs qui ne disposent pas de plusieurs années d'expérience clinique, ce chapitre peut faire office de « tremplin ». Il ne remplacera pas l'expérience clinique, mais il est

destiné à accélérer le processus d'apprentissage lié à ce type d'expérience. Pour ce faire, nous allons débiter notre étude par un « aspect du suicide » peu souvent abordé.

L'ironie la plus étonnante du suicide est que si peu de gens y aient recours. Cette allégation n'est pas une plaisanterie. Elle souligne un fait souvent sous-estimé et pourtant finalement rassurant : environ moins d'un pour cent des individus ayant eu des idéations suicidaires finissent par se suicider. C'est une donnée extrêmement importante. C'est la mesure de l'espoir.

Face à l'idéation suicidaire, ce chiffre indique au clinicien que la plupart des êtres humains sont finalement capables de transformer une idéation suicidaire. En effet, pour la grande majorité des individus qui en ont fait l'expérience, l'idéation suicidaire est généralement transitoire. Si un clinicien sait repérer un patient fortement suicidaire et lui proposer une autre solution qui diffère l'acte, il y a une possibilité raisonnable qu'il change d'avis. Mais nous devons d'abord être capables de dévoiler les idéations suicidaires cachées. Une fois ces idées mises au jour, nous devons être capables de déterminer quelle idéation suicidaire est le signe avant-coureur d'un danger immédiat et laquelle ne l'est pas.

Une grande partie de cet ouvrage est consacrée à l'étude des outils permettant de réaliser ces deux tâches. Mais avant d'aborder ces outils, nous devons aborder certaines connaissances plus floues qui nous aideront dans notre démarche.

Pour bien comprendre quand et comment nous pouvons utiliser efficacement des techniques d'entretien telles que la méthode ECES, nous devons d'abord descendre, comme l'ont fait les personnages de Poe, dans un maelström. Ce maelström n'est pas celui d'une nature déchaînée qui frappe les océans, c'est le désastre interne et incontrôlé qui blesse l'âme. La chute dans la spirale mouvementée de la descente vers le suicide est l'une des plus effrayantes qui soient. C'est celle que les cliniciens qui veulent devenir des experts du suicide doivent explorer. Une fois parvenu au cœur du maelström, le clinicien fera face à deux types de cadres de référence essentiels pour améliorer ses capacités à utiliser efficacement les techniques d'entretien décrites dans les chapitres suivants de cet ouvrage.

Deux cadres pour comprendre la nature du suicide

Le premier cadre, l'*étiologie* des idéations suicidaires, est en apparence simple. Une idéation suicidaire peut être déclenchée par trois types principaux de facteurs : (1) situationnels, (2) psychologiques, et (3) biologiques.

Chaque facteur étiologique peut générer des présentations très distinctes d'idéations et de comportements suicidaires. Certaines présentations facilitent la prédiction ; d'autres brouillent les pistes. Plus le clinicien comprendra ces différentes étiologies, moins il risquera d'être pris au dépourvu par la nature parfois apparemment capricieuse de l'acte suicidaire. Une bonne compréhension théorique de l'étiologie du suicide, dès le début de la carrière d'un clinicien, peut fournir la base d'une intuition qui permettra, plus tard, de sauver des vies.

Le deuxième cadre possible de l'idéation suicidaire repose sur une connaissance croissante de la phénoménologie du suicide. Le maelström intérieur de chaque personne génère des émotions, des aspects cognitifs et des cauchemars uniques. Il n'existe pas de patient suicidaire « typique ». Cela ne signifie pas que nous ne devons pas rechercher les similarités des aspects cognitifs et émotionnels de l'ensemble des patients suicidaires. Mais nous ne devons pas devenir esclaves des stéréotypes que cette information peut engendrer lorsqu'ils sont appliqués de façon uniforme et simpliste.

L'importance de la phénoménologie ne se limite pas au monde interne du patient. Son impact sur le monde interne du clinicien est également important ; il fait automatiquement partie du champ interpersonnel dans lequel apparaît l'idéation suicidaire. Un clinicien donné peut se sentir plus ou moins à l'aise avec certaines techniques d'entretien ; cela dépendra de sa propre histoire face à ses idéations suicidaires personnelles, et celles de sa famille, ses amis ou ses patients. De tels facteurs peuvent fortement interférer avec son ouverture d'esprit, face à de nouvelles méthodes d'évaluation du risque suicidaire ou à la valeur qu'il attribuera à une tentative de prédiction du risque suicidaire.

Les mondes internes du patient comme du clinicien sont également affectés par la pièce dans laquelle ils se rencontrent. Le processus de découverte des idéations suicidaires est définitivement marqué par les contraintes propres à l'environnement clinique. Chaque entretien individuel est spécifiquement défini par l'interaction de variables créées par les caractéristiques du patient, du clinicien et de l'environnement clinique. Cette interaction situationnelle spécifique détermine quelles techniques d'entretien seront les plus efficaces pour un entretien donné, entre un patient et un clinicien donnés, dans un environnement donné : service d'urgences, bureau d'un conseiller scolaire, service d'addictologie.

Par exemple, réaliser une première évaluation du potentiel suicidaire dans un service d'urgences, lorsque le patient souffre d'un épisode dépressif sévère, n'est pas comparable à l'évaluation d'un patient ayant suivi des années de thérapie pour un état limite. Dans cet ouvrage, et plus particulièrement dans

le chapitre 7, les modifications des techniques utilisées en fonction des différents environnements et des diverses relations cliniques possibles seront étudiées en détail.

Personne ne peut prétendre savoir exactement ce qui déclenche des idées suicidaires ; même les patients qui souffrent d'idéations suicidaires n'en connaissent pas la cause avec certitude. Mais en reconstituant le puzzle des différentes informations recueillies et en écoutant attentivement les témoignages des patients suicidaires ainsi que les écrits de ceux qui ont tenté de les aider, nous pouvons commencer à dévoiler une matrice des facteurs qui entraînent un patient vers un état suicidaire aigu. Ici, le mot clé est *matrice*. Le suicide a, le plus souvent, des causes multiples.

Pour faciliter les objectifs de cette recherche, nous avons classé les facteurs étiologiques du suicide selon trois catégories. Il est particulièrement important de se souvenir que, pour la plupart des patients, toutes ces catégories sont souvent *entremêlées* au moment de l'apparition des idées suicidaires. Déterminer la proportion de chaque catégorie étiologique contribuant à un tableau clinique du suicide nous aidera à clarifier les stratégies cliniques qui faciliteront aussi bien l'évaluation que le traitement. Les idéations suicidaires semblent être déclenchées par :

1. des facteurs de stress externes (par exemple : décès ou rupture avec un proche, perte d'un emploi, humiliation publique, maladie grave) ;
2. des conflits internes (par exemple : impasses psychologiques, conflits inconscients, distorsions cognitives ou dilemmes) ;
3. un dysfonctionnement neurobiologique (par exemple : toxiques exogènes comme l'alcool et/ou la cocaïne, ou physiopathologie endogène avérée au cours d'une dépression biologique spontanée).

Pour étudier ces trois catégories étiologiques et les différentes réponses phénoménologiques qu'elles créent chez chaque individu, nous observerons le monde des idéations suicidaires à travers les yeux de ceux qui l'ont vécu.

Rôle des facteurs externes de stress dans l'étiologie du suicide

Un cas clinique historique

L'idéation suicidaire ne respecte ni le temps ni le lieu. Notre première recherche débute en Angleterre, en 1862, une époque très différente de la nôtre. Le lieu en est Londres, foisonnant des intrigues et des paradoxes de la Reine Victoria. Nous nous intéressons à une artiste talentueuse et persévérante qui s'appelait Elizabeth Siddal, appelée par son

mari et ses amis Lizzie. Elle s'est trouvée impliquée dans un groupe de personnes qui lui étaient chères mais qui formaient un curieux mélange.

En 1848, elle, son futur mari à l'époque, Dante Gabriel Rossetti, et deux de ses amis, John Everett Millais et William Holman Hunt, créèrent un mouvement artistique dissident, né de l'exubérance suffisante d'une adolescence tardive. Ils s'autoproclamèrent fièrement « Confrérie des Préraphaélites », annonçant au monde que la plupart des œuvres créées depuis Raphaël avaient été totalement ratées par leurs aînés, comme toute personne munie d'un minimum d'intelligence pouvait le constater. Normalement, ces jeunes d'une vingtaine d'années auraient été perçus comme des adolescents grandiloquents. Mais il y avait un hic. Tous les trois étaient brillants.

Rossetti avait un don pour saisir la sensualité féminine. Ses palettes de couleurs éclatantes aux verts veloutés et aux rouges voluptueux plaisaient à toute l'Angleterre victorienne. John Everett Millais deviendrait plus tard le portraitiste le plus célèbre d'Europe et accèderait finalement à la présidence de la Royal Academy of The Arts. La célébrité de William Holman Hunt fut peut-être la plus étonnante. Ce solitaire peignit, sur la fin de sa carrière, l'une des œuvres les plus célèbres de l'époque, une représentation du Christ intitulée *La Lumière du Monde*. Cette peinture attirait vers Londres des foules considérables. Mais sa notoriété ne s'arrêtait pas aux portes de l'Angleterre. Elle captivait le monde. On a estimé qu'en Australie seulement, 4 millions de personnes, soit les quatre cinquièmes de la population, virent cette peinture deux ou trois fois [2].

C'est dans cette coterie talentueuse qu'Elizabeth Siddal fit son entrée. En plus de sa beauté physique, frêle et éthérée, Elizabeth avait un sens artistique développé et une âme de poète qui l'était encore plus. Sous la tutelle de Rossetti, elle créa de merveilleuses aquarelles et des poèmes encore plus impressionnants. De nos jours, elle est considérée comme une poétesse mineure mais néanmoins marquante de l'époque victorienne.

Malheureusement, Rossetti, l'artiste talentueux, était aussi narcissique que doué. De nos jours, un ouvrage consacré aux conduites sociales l'aurait classé parmi les « hommes incapables de s'engager ». Il prétendit, à maintes reprises, aimer Elizabeth mais refusa obstinément de l'épouser. Au fil du temps, la souffrance d'Elizabeth devint visible à tous les membres du cercle des Préraphaélites. Finalement, peut-être en réponse à la pression exercée par ses pairs, par honte ou par perspicacité, Rossetti la demanda en mariage.

Son mariage ne se révéla pas la panacée qu'Elizabeth espérait. Alors qu'elle continuait à faire face à l'égoïsme de son mari, elle fut confrontée à un nouvel ennemi : une tuberculose épuisante. La réponse à ses angoisses reposait sur un secret espoir, à peine murmuré de peur qu'il ne s'envole. Elizabeth voulait désespérément un enfant. Son vœu fut rapidement exaucé ; pour sa plus grande joie, elle tomba enceinte. Tous ses espoirs de bonheur s'embrasèrent grâce aux rêves de cette future naissance et à la certitude des merveilles à venir pour elle et son mari. Même sa tuberculose sembla s'améliorer devant la promesse d'un tel miracle.

Au cours du printemps 1861, Rossetti écrivit à sa mère : « Lizzie vient d'accoucher d'un enfant mort-né » [3]. L'angoisse d'Elizabeth qui s'ensuivit fournit un aperçu puissant de la relation entre ce facteur de stress et sa décision de mettre fin à ses jours. Il est difficile d'imaginer un stress plus puissant que cette perte, qui déclencha sa descente dans un

maelström suicidaire dont elle ne parvint pas à ressortir. Nous avons accès à cette descente car elle transparaît dans les poèmes de son journal intime et les écrits du cercle des artistes qui l'aimaient.

Il fallut peu de temps pour constater la dévastation qui s'abattit sur Elizabeth après la perte de son enfant. En effet, apparut alors un épisode psychotique bref et transitoire. Peu de temps après cette perte, quelques amis lui rendirent visite chez elle à Londres. Un membre plus récent du cercle des Préraphaélites, Edward Burne-Jones, qui se révélerait être par la suite aussi brillant que les trois membres fondateurs du cercle, était devenu, avec sa femme « Georgie », un ami proche des Rossetti. Elizabeth avait surnommé Edward « Ned ». Ned et Georgie n'étaient pas vraiment préparés à découvrir chez Elizabeth une telle intensité de souffrance. Ils trouvèrent leur amie « assise sur une chaise basse avec, à côté d'elle, posé sur le sol, un berceau sans enfant et... lorsque nous entrâmes, elle s'écria sur un ton empreint d'une douceur sauvage : "Chut, Ned, vous allez le réveiller !" » [4].

Au cours des mois qui suivirent, une seconde perte bouleversa le monde fragile d'Elizabeth et de son mari. Ils avaient décidé d'adopter un enfant, mais l'adoption échoua au tout dernier moment, une perte qui se révéla trop importante pour Elizabeth, déjà accablée. Après cette déception supplémentaire, les poèmes d'Elizabeth prirent un ton alarmant :

Je lève mes yeux vers le soleil
Dieu, Dieu, me rappelant celui perdu
Oh mon Dieu, rappelle-moi !
Comment est-ce dans ce monde inconnu ?
Les morts y errent-ils, main dans la main ?
Enlaçons-nous nos mains mortes, en frissonnant
D'une joie infinie, à tout jamais ? [5]

Cette vision d'Elizabeth caressant la main de son enfant bien-aimé fait frissonner. Dans un passage de l'un de ses derniers poèmes, le ton devient encore plus alarmant. Le poème qui suit fut écrit alors que son esprit vacillait dans les vents froids de l'hiver 1861 :

Abondance de l'automne, je me tiens là,
Des gerbes de blé dans chaque main.
Prononcez le mot qui me libérera,
Rien ne me semble plus doux que le repos. [6]

La première ligne du poème en anglais comporte un aspect inquiétant : « *Laden autumn* » est un jeu de mots sur le laudanum, qui fut l'agent de sa mort peu de temps après. Tard dans la soirée le 10 février 1862, Rossetti rentra à la maison et trouva Lizzie étendue sur son lit, dans le coma. Une fiole de laudanum fut découverte sur sa table de chevet. Elle était vide.

On peut apprendre beaucoup de la mort d'Elizabeth Siddal et prévenir ainsi des morts. Elizabeth est l'exemple fort qui nous rappelle qu'effectivement le suicide peut être une réponse directe aux facteurs de stress. À première vue, ce fait semble si évident qu'il mérite à peine d'être mentionné. Mais il existe un piège que l'on doit garder à l'esprit. Le suicide d'Elizabeth Siddal est une réponse à la naissance de son enfant mort-né, une expérience épouvantable mais que d'autres ont subie sans se tuer. Le facteur de stress

en soi n'entraîne pas le suicide. L'*interprétation* qu'en fait chaque individu guidera sa main soit vers la bouteille de laudanum soit loin d'elle.

Repères pratiques pour l'évaluation de l'impact psychologique des facteurs de stress

Il est particulièrement important de reconnaître que n'importe quel patient peut transformer, sur un plan cognitif, un facteur de stress relativement faible en facteur de stress létal. Je crois que nous serions tous vigilants en présence d'une mère angoissée qui vient de perdre son enfant à la naissance. Mais comment verrions-nous un adolescent qui vient de perdre le premier rôle dans la pièce de théâtre montée par son lycée, ou une jeune fille ayant son permis de conduire flambant neuf à qui ses parents n'autoriseraient pas immédiatement de promener leurs autres enfants dans la voiture familiale ? Dans ce type de situation, les adultes peuvent facilement avoir une fausse impression de sécurité car le facteur de stress semble sans gravité. Mais le clinicien doit toujours se souvenir que l'interprétation spécifique que chaque patient fera d'un événement déterminera si ce facteur de stress deviendra ou non un facteur déclencheur.

À titre d'illustration, considérons le cas hypothétique de l'adolescent qui n'a pas eu le premier rôle dans la pièce de son lycée. Après la première déception, la plupart des adolescents relègueraient cet événement à la place qui lui revient, celle des nombreux aléas de la vie. Mais imaginons que ce jeune homme soit issu d'un foyer violent, où il est constamment rabaissé par un père alcoolique. Plus encore, imaginons qu'il reste éveillé la nuit, rêvant de fuir son cauchemar personnel grâce à une bourse d'études universitaires que le rôle principal l'aurait aidé à obtenir. Pour lui, la perte de ce rôle pourrait être perçue comme la fin de son espoir de quitter son foyer et de montrer sa valeur. Pour lui, la déception qu'entraîne la perte du rôle se transforme en un événement psychologique catastrophique, peut-être tout aussi dévastateur qu'un enfant mort-né pour une femme. Mais cette signification n'apparaît que si on pénètre dans l'univers du patient en adoptant son point de vue spécifique sur les facteurs de stress du quotidien.

La famille et les amis peuvent nous apporter un point de vue précieux sur la sévérité qu'un facteur de stress peut avoir dans l'esprit d'un patient. Cependant, la manière la plus efficace d'évaluer la perception d'un facteur de stress est de le demander directement au patient. Les questions qui suivent peuvent être utiles et être reformulées pour s'appliquer à chaque type de facteur de stress.

1. Comment allez-vous ressentir l'impact de cette perte pour vous ?
2. D'après vous, existe-t-il un moyen de compenser cette perte pour vous ?

3. Sur une échelle de un à dix, « un » représentant « aucune souffrance » et « dix » une « souffrance insupportable », à quel niveau placeriez-vous votre propre souffrance ?
4. D'après vous, existe-t-il un moyen quelconque permettant d'atténuer ou de faire disparaître cette souffrance ?

Lorsque le patient répond à ces questions, une fenêtre peut s'entrouvrir, révélant l'interprétation cognitive que le patient donne à ce facteur de stress. C'est à ce moment-là qu'un clinicien peut se retrouver confronté à un facteur de stress légal qui ne lui aurait pas paru dangereux à première vue.

Évaluation de l'attrait de l'au-delà

Le degré auquel un patient considère le suicide comme une solution viable pour fuir la souffrance inhérente à un facteur de stress de la vie est parfois directement affecté par sa perception de ce qui arrivera après l'acte suicidaire. Existe-t-il un au-delà, et que renferme-t-il ? Elizabeth Siddal souligne à quel point l'attraction de la mort peut être séduisante si une personne croit réellement en une vie après la mort et fait confiance au jugement de Dieu face à un suicide commis pour de bonnes raisons. La possibilité de retrouver un être aimé dans l'au-delà est un leurre puissant. Pour Elizabeth, la mort offrait l'opportunité de tenir la main de son enfant et de respirer son parfum. La perspective de sentir la chaleur de sa joue contre la sienne se révélerait irrésistible. Une croyance aussi profondément ancrée de retrouvailles au paradis avec des êtres chers est un argument convaincant en faveur du suicide, mais certains cliniciens n'en saisissent pas l'importance, car elle est trop éloignée de leur propre point de vue spirituel. Il est très important d'en saisir l'importance, et d'en respecter le pouvoir d'attraction. Des questions comme celles qui suivent peuvent y aider.

1. Croyez-vous en une vie après la mort ?
2. Croyez-vous que vous reverrez [nom de l'être cher] au paradis ?
3. Vous imaginez-vous retrouvant [nom de l'être cher] ?
4. Racontez-moi comment vous pensez que cela se passera ?
5. Combien de temps avez-vous passé à vous imaginer retrouvant [nom de l'être cher] ?
6. Pensez-vous que Dieu approuve le suicide ?
7. Pensez-vous que Dieu vous pardonnera si vous vous suicidez ?

Une exploration neutre peut apporter des surprises, bonnes et mauvaises. Croire au paradis, parce que cela offre l'espoir de retrouvailles avec des êtres chers, peut renforcer la décision d'en finir avec la vie. Inversement, croire en un au-delà peut interdire de considérer le suicide comme une option possible

chez ceux qui craignent que le suicide soit punissable d'une damnation qui les priverait éternellement de retrouver des êtres chers.

Évaluer les ravages du temps

Le cas d'Elizabeth Siddal illustre le rôle de la perte d'un être cher dans le déclenchement d'une idéation suicidaire. Mais d'autres pertes peuvent aussi fonctionner comme de puissants facteurs de stress externes qui réduisent le désir de poursuivre le combat de la vie. Ces pertes peuvent survenir à n'importe quel âge, mais elles deviennent généralement plus marquantes avec le temps. Pour certaines personnes, le processus de vieillissement est étonnamment anodin ; au cours des dernières années de leur vie, elles sont vigoureuses et plutôt en bonne santé. Pour beaucoup d'autres, le passage du temps est marqué par toute une série de pertes, à la suite desquelles leur soif de vivre disparaît.

Le suicide du célèbre psychanalyste Bruno Bettelheim offre un aperçu de ce processus. Véritable amoureux de la vie, Bettelheim était peut-être le plus connu pour son ouvrage aux idées provocatrices, couronné par le National Book Award en 1976, *Psychanalyse des contes de fées*, qui explore le rôle des contes de fées, c'est-à-dire lutter contre les peurs et les croque-mitaines de l'enfance. Vers la fin de sa vie, Bettelheim perdit sa femme. Cette perte fut suivie de plusieurs accidents vasculaires cérébraux qui rendirent son travail d'écriture difficile. Sa mobilité et ses forces déclinèrent. Il craignit de perdre son rôle de mentor et, finalement, le sens même de sa vie.

Au cours d'une série d'interviews avec Celeste Fremon, du *Los Angeles Times Magazine*, Bettelheim, âgé alors de presque 87 ans, se montra étonnamment ouvert concernant ses idées sur le suicide. À maintes reprises, il fit référence aux « ravages du temps ». Lorsqu'on lui demanda s'il avait peur de la mort, il répondit avec l'élégance simple qui le caractérisait : « Non. J'ai peur de souffrir. Plus on devient vieux, plus il semble évident qu'on est gardé en vie sans raison » [7]. Il poursuivit :

Les choses que j'aimais ne me sont désormais plus accessibles, vous savez. J'aimais marcher. J'aimais faire des randonnées. Maintenant quand je lis, je me fatigue. Dickens a écrit : « C'était le meilleur des temps. C'était le pire des temps. » Cela dépend comment vous le regardez. À mon âge, vous ne pouvez plus dire : « C'est le meilleur des temps. » Du moins, cela me paraît impossible. Cependant, si je pouvais être certain de ne pas souffrir et de ne pas être réduit à l'état de légume, alors, comme presque tout le monde, je crois que je préférerais vivre. Mais, bien sûr, ce genre de garantie n'existe pas. C'est pourquoi la décision est si problématique.

Cinq mois après avoir prononcé ces mots, Bruno Bettelheim prit sa décision. On le retrouva mort sur le sol de son nouvel appartement d'une maison médicalisée. Un sac en plastique autour de sa tête avait servi à renforcer l'efficacité des barbituriques introduits dans son sang.

La série de pertes que Bettelheim avait subie est un rappel saisissant des signes d'alerte de la dangerosité, particulièrement chez les personnes âgées. Lorsqu'on procède à une évaluation du potentiel suicidaire, il me semble utile de chercher les types de pertes suivants :

1. perte de la santé ;
2. perte de la mobilité, des capacités cognitives ou d'autonomie ;
3. perte des rôles au sein de la famille ou de la société ;
4. perte des compétences, d'un emploi ou des possibilités de travail ;
5. perte des moyens de subsistance ;
6. perte du domicile ou des biens les plus précieux ;
7. perte d'êtres aimés, y compris les animaux de compagnie.

Cette liste de pertes peut servir de départ pour un patient, quel que soit son âge, si l'on suspecte qu'il développe des idéations suicidaires en réponse à des facteurs de stress externes. Il est important, particulièrement avec des patients âgés, d'aborder ouvertement ce sujet et ses ramifications propres à chaque patient. Cela doit être fait avec du bon sens et l'acceptation que le patient peut avoir raison lorsqu'il affirme que les choses ne peuvent qu'empirer.

La souffrance psychologique qu'entraîne la perte d'autonomie comme l'incontinence ou l'incapacité à se nourrir seul ne doit pas être sous-estimée. Il est important d'explorer ouvertement ces changements avec le patient, pour tenir compte de sa réponse spécifique face à ses pertes personnelles et pour tenter de voir l'impact de ce stress aux yeux du patient. Un questionnement en douceur comme : « John, je sais que vous avez perdu beaucoup de vos fonctions à cause de la sclérose en plaques, la parole et même le contrôle de vos selles. Je sais que ce doit être très douloureux pour vous. Je me demande comment vous vous sentez face à tout cela : qui êtes-vous et que vous réserve l'avenir ? » Cette approche permet d'aborder des sujets tabous. La compassion de la personne qui mène l'entretien, lorsqu'elle entre dans cette zone interdite, peut créer un moment fort pour le patient. Le clinicien peut devenir la première personne avec laquelle le patient peut partager la souffrance engendrée par des changements aussi importants de sa propre image.

Pour clore ce sujet, il est rassurant de constater que notre culture évolue finalement vers la reconnaissance, pendant très longtemps absente, que certaines situations peuvent représenter, pour les personnes dévastées par la maladie, une raison légitime et rationnelle d'envisager de mettre fin à leur vie, afin de préserver leur dignité.

L'humiliation publique, facteur déclencheur du suicide

Les suicides d'Elizabeth Siddal et de Bruno Bettelheim furent déclenchés par des facteurs de stress externes communs : la mort ou la perte. Une perte d'un autre genre, la perte du respect ou de l'approbation publique, se révèle également un sujet d'importance. Plus le patient redoute que cette approbation ne puisse jamais être regagnée, plus le risque de suicide peut augmenter. Même une perte de l'approbation publique apparemment inoffensive peut se révéler fatale si elle est transformée par le patient au niveau cognitif en une « perte de la face » catastrophique. Cela fut apparemment la cause de la mort tragique du distingué Amiral Robbie Inman, décédé par suicide. En 1997, *Newsweek* prétendit avoir découvert que l'Amiral Inman arborait une médaille de combattant actif à laquelle il n'aurait pas eu droit. Plutôt que de risquer une humiliation publique et la perte du respect de ses collègues, Inman se tira une balle dans la tête.

Dans certains groupes culturels, une telle action n'entraîne pas la condamnation fréquemment rencontrée dans la société américaine. L'acceptation du suicide ou même une pression des pairs conduisant à le commettre peuvent augmenter considérablement le risque de suicide. Le suicide peut être perçu comme un moyen efficace d'atteindre les trois objectifs suivants : éviter l'humiliation publique, accepter la responsabilité de ses actions, et démontrer de façon spectaculaire ses convictions politiques ou morales. Parfois, il semble refléter l'ensemble de ces trois processus ; ce fut le cas du seppuku commis par l'un des plus célèbres des écrivains japonais modernes, Yukio Mishima.

Le seppuku, suicide par ouverture de l'abdomen au sabre, illustre la standardisation rituelle du suicide comme moyen de « sauver la face ». Jusqu'à la mort de Mishima, il n'y avait eu aucun seppuku au Japon depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, ce qui accentua le choc lorsque, le 25 novembre 1970, Mishima et son complice s'ôtèrent la vie. Mishima, connu comme réactionnaire radical, préconisait pour le Japon un retour à un passé fier et militaire, une époque idéalisée d'empereurs glorieux.

Mishima et ses complices élaborèrent et réalisèrent un kidnapping plutôt bizarre d'un général japonais, Kanetoshi Mashita. Comme rançon contre sa libération, ils exigèrent qu'un groupe important de jeunes soldats japonais fût réuni pour écouter un discours de Mishima, qui imaginait naïvement entraîner ces soldats dans une rébellion. Après son discours, Mishima avait prévu de commettre le seppuku. Derrière l'apparence illogique de ce plan presque surréaliste, on peut discerner les trois motivations suicidaires décrites ci-dessus, formant une logique interne : éviter l'humiliation, accepter la responsabilité de ses actions et démontrer ses convictions politiques et morales.

Les mois consacrés par Mishima à cette planification méticuleuse indiquent que le suicide même a dû représenter non seulement un moyen d'éviter l'humiliation du procès public qui s'ensuivrait forcément, mais aussi un moyen d'exposer sa volonté d'aller jusqu'à l'autosacrifice pour la « cause défendue ». Peut-être cela comportait-il la reconnaissance que tout bouleversement infligé au général ou au pays était uniquement dû aux actions de Mishima. À cet égard, Mishima se sentait particulièrement préoccupé par le fait que le général pourrait tenter de se suicider par la suite et il fit tout ce qu'il put pour que ses disciples gardent le général en vie après son propre décès. À sa grande déception, lorsque Mishima s'adressa à la foule des soldats japonais, ses idées furent accueillies avec condescendance et des railleries. Cette humiliation dut alimenter son besoin de « s'en sortir » et Mishima commença immédiatement et tranquillement à réaliser son suicide, aidé par son « second », qui, heureusement, écourta son agonie en le décapitant.

Avant de quitter Mishima, il me semble important de revenir sur cette idée relativement étrange que le suicide pourrait offrir une réponse à la honte ou à l'humiliation. Dans certains cas, l'acte suicidaire est tellement glorifié, par soi-même, par ses pairs ou par les deux, qu'il devient honteux ou humiliant de ne pas le commettre. Le suicide n'est plus un moyen de disparaître mais le but à atteindre. Je n'ai jamais vu une meilleure illustration d'une telle « glamourisation » que dans l'essai de Mishima intitulé *Le Soleil et l'acier* :

Ainsi la beauté de l'escadrille-suicide où l'on reconnaît la beauté non seulement au sens spirituel, mais, pour la plupart des hommes, également au sens ultra-érotique [...] Nul instant plus éblouissant que celui où des fantômes quotidiens sur la mort, le danger et la destruction du monde sont changés en devoir [...] Garder la mort présente à l'esprit jour après jour, centrer chaque instant sur la mort inévitable, s'assurer que ses pires pressentiments coïncidaient avec ses rêves de gloire [8]¹.

Les cliniciens ne doivent pas se préoccuper outre mesure du seppuku lors d'une consultation avec de jeunes étudiants japonais. Cependant, si j'ai choisi d'attirer l'attention sur ce point, c'est pour une bonne raison. Notre connaissance du seppuku nous rappelle que le risque suicidaire peut être lié à des facteurs externes, et plus particulièrement à l'humiliation publique ou à la peur d'une humiliation publique inévitable. Le penchant d'un individu à essayer d'échapper à la souffrance d'un facteur de stress externe grâce au suicide n'est pas uniquement déterminé par son propre degré de souffrance. Il

1. Yukio Mishima, *Le Soleil et l'acier*, traduit de l'anglais par Tanguy Kenec'hdu, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 1973, p. 64, 66 et 67. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

peut être fortement aggravé par sa perception du niveau auquel son groupe culturel excuse ou même idéalise le suicide et le présente comme une « issue » appropriée. Il n'y a que chez les adolescents que la prévalence d'une telle idéalisation est aussi importante.

Évaluation du rôle de l'humiliation en tant que facteur étiologique chez les étudiants et les autres adolescents

Les conseillers dans les collèges, les lycées ou les universités, et tous les thérapeutes qui suivent des adolescents doivent garder à l'esprit ce principe fondamental : c'est au cours de l'adolescence, où l'ego est si vulnérable, que les individus risquent d'être le plus profondément touchés par l'humiliation publique ou le dénigrement de leurs pairs. Chez l'adolescent, la honte et l'humiliation peuvent être générées par la perception de ne pas avoir répondu aux attentes de ses parents, d'avoir été constamment humilié par un environnement familial fait de violence et de mauvais traitements, ou d'être rejeté par ses pairs. Je crois que la perte est probablement le moteur le plus fréquent du suicide chez les sujets plus âgés, mais que l'humiliation publique est probablement celle la plus fréquemment rencontrée chez les adolescents. Par conséquent, une évaluation des pressions qui encouragent le recours au suicide pour échapper au stress engendré par le groupe culturel du patient est d'une importance particulière pour cette population. Deux situations distinctes peuvent signaler un danger : (1) le suicide relativement récent d'un ami ou d'un autre étudiant, souvent commis pour échapper au dénigrement ou aux brimades de ses pairs, et (2) un groupe culturel idéalisant le suicide.

Le taux de suicide augmente chez les adolescents et devient plus fréquent chez les étudiants ayant vécu l'expérience du suicide d'un autre étudiant. Un premier suicide peut servir de modèle pour une autre « série » de suicides. Il peut aussi augmenter automatiquement le temps passé par les étudiants à parler du suicide. En un sens, cette exposition croissante au monde du suicide sert d'agent désensibilisant. Par conséquent, les étudiants peuvent accepter plus facilement l'idée que le suicide peut être une solution acceptable face aux facteurs de stress de la vie, y compris l'humiliation.

Même lorsque le modèle du suicide d'un autre étudiant n'existe pas, il faut surveiller attentivement l'augmentation de ce risque chez les étudiants aux physiques ingrats, gauches, trop petits, trop grands ou trop gros par rapport à leurs pairs. Toutes ces caractéristiques peuvent engendrer des agressions verbales ou physiques. Il existe un autre groupe vulnérable : celui des étudiants qui luttent pour accepter leur homosexualité, ce qui peut également se traduire par des railleries agressives et des actes violents. Ces adolescents peuvent considérer le suicide d'un camarade comme un modèle pour obtenir un soulagement, une solution possible pour échapper à leur propre souffrance.

france. C'est particulièrement dangereux si l'étudiant s'identifie, d'une façon ou d'une autre, à un autre étudiant qui s'est donné la mort. Il en est de même pour des étudiants qui ont été l'objet de violences verbales ou physiques à cause de leur petite taille.

En ce qui concerne le suicide d'un autre étudiant, les questions suivantes peuvent être utiles (« Jim » sera l'étudiant théorique qui s'est suicidé).

1. Est-ce que vous avez bien connu Jim ?
2. Est-ce que Jim vous avait parlé de suicide ?
3. Qu'a dit Jim sur les « pour » et les « contre » du suicide ?
4. Quand avez-vous vu Jim pour la dernière fois ?
5. Soupçonnez-vous, vous-même ou d'autres camarades, que Jim pouvait penser au suicide ?
6. Considérez-vous que, d'une façon ou d'une autre, vous auriez pu empêcher Jim de se tuer ?
7. Pensez-vous que Jim avait raison de se tuer ?
8. Que pensez-vous qu'il soit arrivé à Jim *après* qu'il s'est tué ? Pensez-vous qu'il est maintenant dans une autre vie ?
9. Est-ce que vous et Jim aviez quelque chose en commun ?
10. Est-ce que la mort de Jim vous a fait penser à vous tuer ?

Un second problème peut conduire un étudiant à se suicider pour échapper à l'humiliation : lorsque ses pairs éprouvent une attirance à la fois pour la mort et pour le suicide. Certaines cultures rock ont clairement idéalisé le suicide, en l'associant parfois à un érotisme primaire, une combinaison qui peut être fatale, et qui n'est pas si éloignée des fantasmes extravagants de Mishima. Cette attirance pour la mort se reflète dans les tenues noires et vampiriques de la mode « gothique ». De nombreux « gothiques » aiment la vie tout en appréciant innocemment l'aspect interdit de ce style non conformiste et l'attention qu'il suscite. Mais certains « gothiques » souffrant de dépression ou d'isolement considèrent le suicide comme une méthode romantique et spectaculaire de terminer leur vie ; surtout, si cette idée se complique d'une fascination inconsciente pour une existence vampirique après la mort. L'image d'un vampire doté de pouvoirs surnaturels peut devenir extrêmement attirante pour un adolescent à qui on a constamment fait sentir qu'il était faible et vulnérable.

Certaines cultures rock et certains groupes de rock ont construit leur succès grâce à une idéalisation du suicide. Des références au suicide apparaissent très souvent dans les paroles de leurs chansons. Chez un adolescent qui semble adhérer à un groupe culturel qui fait l'éloge du suicide, les questions suivantes peuvent aider à aborder le sujet.

1. Il me semble que le suicide est souvent évoqué dans certaines chansons contemporaines. Parmi les groupes que vous aimez, certains ont-ils tendance à en parler beaucoup ?
2. Quelles sont les paroles des chansons parlant du suicide qui vous fascinent ?
3. Savez-vous si certains membres de ce groupe ont essayé de se tuer ou de se mutiler ?
4. Que pensez-vous de tout cela ?

Il est parfois utile de demander à l'adolescent de vous écrire les paroles de ces chansons ou même de vous apporter le CD pour que vous puissiez l'écouter et entamer ainsi une discussion sur les sentiments que génère cette musique. Cela peut être réalisé en montrant de l'intérêt pour cette chanson : « Mary, j'aimerais en savoir davantage sur ce type de chanson ; vous pourriez peut-être m'en apprendre plus sur ce qui est à la mode maintenant. Pourriez-vous m'apporter les paroles de cette chanson pour que je puisse mieux la comprendre ? » Si l'étudiant entame alors une discussion enthousiaste sur les paroles de la chanson, le clinicien peut être amené à découvrir de nouvelles informations sur ses sentiments face au suicide qui, sans cela, seraient restés cachés. Une exploration méticuleuse du degré auquel le suicide est réprouvé par ses pairs peut fournir des informations inestimables sur les risques qu'aurait un étudiant de tenter d'échapper à ses facteurs de stress externes grâce au suicide.

Nous avons passé en revue certains facteurs étiologiques et phénoménologiques du suicide relatifs à des facteurs de stress externes ; penchons-nous à présent sur le rôle du conflit interne en tant que facteur favorisant de la pensée suicidaire.

Rôle des conflits internes dans l'étiologie et la phénoménologie du suicide

Bien que le rôle des conflits internes recoupe partiellement celui joué par les facteurs externes déclencheurs du suicide, ce domaine comporte des caractéristiques étiologiques distinctes. Le conflit interne est défini ici comme étant l'ensemble des facteurs étiologiques enracinés dans les turbulentes vicissitudes du monde interne du patient s'exprimant dans l'accumulation de facteurs de stress dans la vie quotidienne, et non pas comme étant en relation directe avec un facteur de stress spécifiquement dévastateur de la vie. La plupart des individus ne se tuent pas en réponse à un seul facteur déclencheur catastro-

phique. C'est le stress de vivre avec soi-même qui conduit le plus souvent au désespoir.

Nous explorerons le monde des conflits internes en examinant d'abord une lettre de suicide, car ce type de document peut parfois apporter une image étonnamment précise des tourments de l'auteur juste avant son suicide. Nous étudierons ensuite deux questions qui préoccupent souvent une telle personne lorsqu'elle décide ou non de se suicider. La compréhension de ces deux questions nous fournira une opportunité unique de voir le déroulement réel de la phénoménologie du suicide. Nous concluons cette partie par l'observation de trois séries de troubles cognitifs souvent présents au cours du développement d'une idéation suicidaire : (1) les processus cognitifs fréquemment rencontrés à la fois lors d'une dépression et d'un suicide, (2) les processus cognitifs particulièrement actifs chez les personnes souffrant de troubles sévères de la personnalité qui deviennent suicidaires, et (3) les processus cognitifs caractéristiques des individus ayant une structure de la personnalité plus mature mais développant une idéation suicidaire.

Une lettre de suicide

Notre exploration du second facteur étiologique, le conflit interne, débute le 8 avril 1994. Le décor est relativement différent de celui des rues du Londres victorien d'Elizabeth Siddal. Nous nous trouvons chez des héroïnomanes d'une ville contemporaine, Seattle, et dans le monde chaotique du rock grunge.

Ce jour-là, dans sa maison près du lac Washington, Kurt Cobain, l'une des rock stars les plus prometteuses et les plus populaires de l'époque, fut découvert mort d'un seul coup de carabine calibre 20 dans la tête. Comme pour les morts prématurées d'autres rock stars de l'époque psychédélique, Janis Joplin, Jim Morrison ou Jimi Hendrix, la nouvelle concernant la mort de Cobain provoqua un choc dans le monde de la culture populaire. Contrairement aux années 1960, la nouvelle ne se transmet pas uniquement par la télévision et la presse écrite : elle se répandit dans le monde à la vitesse d'une fusée via Internet.

Alors que je recherchais sur le Web de la documentation pour ce livre, je tombai sur la lettre de suicide écrite par Kurt Cobain. En effet, elle semblait être partout dans le cyberspace. Cette lettre était particulièrement inquiétante : elle était rédigée de manière décousue, sans organisation des paragraphes. Des lignes entières étaient raturées et les derniers mots, « JE VOUS AIME, JE VOUS AIME », étaient en majuscules, comme écrits par un enfant.

La lettre de suicide de Cobain offre un éclairage tragique mais révélateur sur le rôle du conflit interne en tant qu'étiologie du suicide. « Boddah » est le petit nom de sa femme, Courtney Love, elle-même rock star talentueuse. Une partie de la lettre était clairement destinée à Courtney. D'autres parties

reflétant la confusion engendrée par son angoisse suicidaire semblent s'adresser aux membres de son groupe ou peut-être à ses fans :

À Boddah,

Paroles de la bouche d'un simplet expérimenté qui aimerait mieux être un pleurnichard émasculé et infantile. Ma lettre devrait être assez facile à comprendre. Tous les signaux d'alerte lancés par les théoriciens du punk rock au fil des années, de ma première initiation à, disons, l'éthique qui accompagne l'indépendance et l'étreinte de votre communauté, se sont révélés entièrement vrais. Depuis trop d'années je n'éprouve plus d'excitation à écouter et à créer de la musique, ni à lire ou à écrire des textes. Je m'en sens coupable, au-delà des mots. Par exemple, lorsque nous sommes en coulisses, quand les lumières s'éteignent et que la clameur maniaque de la foule commence, ça ne me touche pas autant que ça touchait Freddie Mercury, qui se délectait de l'amour et de l'adoration de la foule. C'est quelque chose que j'admire et que j'envie. Le fait est que je ne peux plus vous tromper, aucun d'entre vous. Ce ne serait simplement pas juste, pour vous comme pour moi. Mon pire crime serait de tromper les gens en leur faisant croire que je m'amuse à 100 %. Parfois, j'ai l'impression de pointer avant de monter sur scène. J'ai fait tout ce qui était en mon pouvoir pour aimer cela (et j'aime, Dieu le sait, mais ce n'est pas assez). Je sais que nous avons touché et distrait beaucoup de gens. Je dois être un narcissique qui n'aime les choses qu'une fois disparues. Je suis trop sensible. Il faut que je me désensibilise pour récupérer l'enthousiasme de mon enfance. Lors de nos trois dernières tournées, j'ai beaucoup mieux apprécié les gens que je connais qui aiment notre musique, mais je n'arrive pas à surmonter la frustration, la culpabilité et l'empathie que j'éprouve envers tout le monde. Il y a du bien en chacun de nous, et je crois que j'aime trop les gens, je les aime tellement que ça me rend trop triste. Triste, insensible, ingrat petit Poisson. Mon Dieu, pourquoi ne peux-tu éprouver du plaisir ? Je n'en sais rien ! J'ai une déesse pour épouse, qui transpire l'ambition et l'empathie, et une fille qui me rappelle que j'étais comme elle, plein de joie et d'amour, elle embrasse tous ceux qu'elle rencontre, parce que le monde est bon et que nul ne lui fera de mal. Et ça me terrifie au point que je ne peux plus fonctionner. Je ne supporte pas de penser que Frances deviendra un jour comme moi, malheureuse, autodestructrice, flirtant avec la mort. J'ai une belle vie, et j'en suis reconnaissant, mais depuis l'âge de 7 ans, je déteste le genre humain dans sa globalité. Seulement parce que ça semble tellement facile pour les gens de s'entendre entre eux et d'être compatissants. Seulement parce que j'aime les gens et que je me désole trop de leur sort. Merci à tous, du plus profond de mon estomac brûlant et nauséeux, pour vos lettres et vos attentions. Je suis un bébé instable et capricieux ! J'ai perdu la passion, et, souvenez-vous, mieux vaut

s'enflammer une bonne fois que s'éteindre à petit feu. Paix, Amour, Empathie.

Kurt Cobain.

Frances et Courtney, je serai à votre autel.

S'il te plaît Courtney, tiens le coup,

pour Frances.

Sa vie sera bien meilleure

sans moi. JE VOUS AIME. JE VOUS AIME. [9]

Les paradoxes, l'autodénigrement et les exhortations de cette lettre nous font découvrir les contours en charpie de l'âme ravagée de son auteur. Nous plongeons directement dans le gouffre d'un maelström suicidaire.

Comme Elizabeth Siddal, Kurt Cobain avait enduré trop de chagrins et de souffrances. Mais contrairement à Elizabeth, les motifs qui le conduisirent au suicide ne provenaient pas d'un stress externe catastrophique. Pour Kurt Cobain, le stress catastrophique était interne, et les parois de son maelström personnel étaient maculées par la culpabilité, l'autocondamnation et un dégoût léthal de ce qu'il percevait comme étant sa propre hypocrisie.

Le succès et la gloire, et non pas un échec de carrière, ont créé le milieu dans lequel ce suicide a pris place. Cobain a délimité les contours de sa propre compréhension de ce paradoxe en opposant le succès de son groupe, l'amour de sa femme et le bonheur d'avoir un enfant à cet auto-reproche : « Mon Dieu, pourquoi ne peux-tu éprouver du plaisir ? » Question à laquelle il ne pouvait pas vraiment répondre. Si Kurt Cobain avait pu y apporter une réponse, il serait peut-être encore en vie.

De nombreux enseignements sont à tirer de cette lettre ; ils pourraient aider les cliniciens à mieux cibler les facteurs de risque du suicide imminent. Le « problème de fond » de toute personne qui tente de déterminer si elle doit mettre fin à ses jours se résume souvent à deux questions, l'une pratique et l'autre éthique :

1. Est-ce que cela va marcher ? (« Ma souffrance cessera-t-elle et mes problèmes seront-ils résolus ? »)
2. Est-ce la bonne chose à faire ? (« Mon suicide blessera-t-il d'autres personnes ou va-t-il à l'encontre de mon éthique personnelle ? »)

Ces questions peuvent être moins prégnantes chez des patients qui se tuent sous le coup d'une impulsion ou qui éprouvent des difficultés à moduler leurs affects. De même, pour ceux qui présentent un trouble de la personnalité de type antisocial, la seconde question ne sera peut-être pas posée. Mais, pour la majorité des individus qui envisagent de mettre fin à leurs jours, ces questions aident à structurer les règles du débat à l'issue duquel la décision sera prise.

En effet, pour une personne qui envisage le suicide, ces deux questions constituent l'obstacle final. Plus le clinicien sera autorisé à pénétrer dans le

débat interne du patient, plus il gagnera en perspicacité sur l'urgence du risque. Finalement, de nombreuses personnes repousseront leur suicide jusqu'à ce que ces questions trouvent des réponses satisfaisantes.

La première question sur le suicide : est-ce que cela va marcher ?

Il est souvent plus facile de répondre à cette première question qu'à la seconde. Pour ceux qui ne croient pas que le suicide entraînera un châtement final dans une autre vie, le suicide marche ; il met un terme à leur souffrance personnelle. Chez les personnes qui croient fermement que le suicide entraînera une damnation éternelle et une aggravation considérable de leurs souffrances, cela ne marche pas. Le suicide ne représente pas une option logique.

Cependant, soyez prudents, car pour certaines personnes cette souffrance est d'une telle ampleur et d'une telle intensité que même le risque d'une souffrance éternelle dans l'au-delà ne changera pas leur décision de choisir le suicide. Une douleur sans rémission modifie l'état d'esprit d'un individu. Il ne faut pas déduire qu'un patient est en sécurité parce qu'il rejette totalement le suicide en raison de ses croyances religieuses. Par précaution, il est préférable d'approfondir l'évaluation.

À première vue, et aussi étrange que cela puisse paraître, une personne qui envisage le suicide se demandera si le suicide va, oui ou non, résoudre des problèmes d'ordre pratique qui seraient sans intérêt si cette personne était morte. C'est la nature paradoxale du suicide. Ces considérations pratiques peuvent inclure : est-ce que les dettes seront épongées (le suicide fonctionne comme une déclaration ultime de faillite) ? Est-ce que les factures seront réglées grâce à l'assurance vie (le suicide ayant la fonction d'une source de revenus) ? Est-ce que les décisions importantes de la vie, comme épouser ou non une personne donnée, vont simplement disparaître (le suicide ayant la fonction d'un « mot d'excuse du médecin ») ? Est-ce qu'un défi face auquel un patient est sûr d'échouer, comme un examen d'entrée dans une université, sera évité (le suicide ayant la fonction d'une « année sabbatique » permanente) ?

Des préoccupations comme celles-ci soulignent à nouveau le fait que le suicide est généralement une tentative pour *trouver des solutions* et non pas une façon de « se défilier ». Lorsqu'une personne envisage le suicide, le plus souvent elle le considère seulement comme une réponse logique lui permettant de mettre un terme à ses souffrances. Ce constat ouvre des perspectives pleines d'espoir : si ces patients peuvent concevoir de nouvelles solutions, ils opteront pour celles-ci. Les individus qui se débattent avec des idéations suicidaires sont avides de réponses. Le besoin urgent d'échapper à sa souffrance

france, si douloureusement apparent dans la dernière lettre de Kurt Cobain, entraîne le patient à agir en fonction de son idéation.

La première question du suicide correspond au besoin urgent de mettre un terme à sa souffrance ; on doit donc consacrer plus de temps à mieux comprendre la nature de cette souffrance. L'intensité de la souffrance induisant l'angoisse suicidaire est si profonde qu'elle est difficile à imaginer à moins de l'avoir soi-même vécue. Certains lecteurs ont peut-être personnellement éprouvé ce type de souffrance ; pour ceux pour lesquels ce n'est pas le cas, une recherche plus approfondie sur ses origines peut être utile.

D'un point de vue phénoménologique, Aaron Beck, dans son ouvrage novateur sur la thérapie cognitive, a été le premier à documenter la forte corrélation entre le « désespoir » et le risque de suicide à long terme [10]. Le désespoir détruit « l'avenir », une construction intellectuelle utile fondée sur la promesse, ou même la possibilité de promesse, d'un changement. Si on n'entrevoit aucune possibilité de différence, l'avenir est fondamentalement indiscernable du présent. L'avenir n'est donc plus un concept pertinent. Sans espoir, il n'y a plus d'avenir. Sans le concept d'avenir, il n'y a plus d'espoir.

L'avenir disparu, il devient difficile et frustrant de générer les émotions qui soutiennent la vie : l'énergie, l'enthousiasme, le dynamisme et la motivation. S'il n'y a réellement aucune possibilité de changement, pourquoi continuer à vivre ? C'est un argument logique et non pas défaitiste. La souffrance d'un « monde sans espoir » est très difficile à endurer pendant une longue période, quelle que soit la solidité de la structure psychologique de celui qui l'éprouve.

Les individus se tuent parce qu'ils n'entrevoient aucun espoir d'autres solutions à leur souffrance. Mais d'où provient ce désespoir ? Chiles et Strosahl, dans leur excellent ouvrage *The Suicidal Patient : Principles of Assessment, Treatment, and Case Management* [11], aident à clarifier cette question en montrant que le désespoir suicidaire peut naître chez n'importe qui, qu'il souffre ou non de troubles mentaux, si cette personne traverse une souffrance émotionnelle intense perçue comme étant sans issue, interminable et intolérable. À partir de notre lecture de la lettre de suicide de Kurt Cobain, il est facile de déduire que c'est exactement dans un tel monde interne qu'il vivait.

L'un des facteurs majeurs de protection contre l'attraction puissante du suicide est la capacité de certaines personnes à percevoir et à soutenir une contre-croyance selon laquelle il existe une explication spirituelle à leur souffrance. Par conséquent, la souffrance doit être supportée. Cette croyance qui préserve la vie est souvent fondamentalement liée à la foi en une âme et un dieu qui guide la croissance de cette âme et qui se préoccupe profondément de son salut. Une telle croyance était la raison de vivre de Job dans les récits bibliques.

Pour un clinicien, comprendre le cadre de référence qui donne un sens à la vie du patient est une tâche d'une importance vitale lorsqu'il réalise l'évalua-

tion de son potentiel suicidaire. Ce cadre de référence peut se fonder sur des croyances religieuses et spirituelles ou des préoccupations pratiques fondamentales comme être en mesure de faire vivre sa famille ou souffrir pour son pays en temps de guerre. L'excellent ouvrage de Victor Frankl, *Man's Search for Meaning* [12], nous montre de manière élégante la méthode grâce à laquelle le cadre de référence qui donne un sens à la vie peut aider à soutenir la vie, même dans le monde hostile d'un camp de concentration, monde que Frankl, survivant d'un camp de la mort nazi, connaissait trop bien.

Il existe un autre mécanisme protecteur important permettant de garder les personnes en vie, même lorsqu'elles traversent une période de désespoir : elles essaieront souvent de répondre à la seconde question sur le suicide avant de commencer à planifier concrètement les moyens pour le mettre en œuvre : « Est-ce que commettre un suicide peut blesser d'autres personnes ou aller à l'encontre de mon éthique personnelle ? » Trouver une réponse à cette question prend du temps. Le temps nécessaire pour que le patient résolve ce problème complexe peut se révéler suffisant pour permettre d'intervenir efficacement et lui sauver la vie. De plus, la réponse du patient à cette question peut exclure le suicide en tant qu'option viable.

La seconde question sur le suicide : est-ce la bonne chose à faire ?

Je crois que la grande majorité des êtres humains possède un code éthique interne. Il peut être mal défini ou il peut simplement se manifester comme un fort désir de faire « ce qui est bien ». En fonction de ce code interne, le processus décisionnel sur le suicide pourrait être le dilemme éthique le plus important auquel une personne puisse avoir à faire face. La décision pesait lourd dans l'esprit de Kurt Cobain ; si sa lettre de suicide est une projection valable, il possédait un code éthique exigeant. En fait, son code éthique a finalement exigé qu'il s'ôte la vie.

La présence même de sa lettre est une « métacommunication » sur le besoin de Cobain de justifier son suicide de manière éthique. Il a également éprouvé le besoin d'aider les autres à le comprendre, peut-être avec l'espoir que cela atténuerait d'une certaine façon l'impact douloureux de son suicide. Étant donné l'importance de la place accordée à ce sujet dans sa lettre, il semblerait que l'un des dilemmes éthiques les plus problématiques de Cobain soit son sentiment d'être devenu hypocrite, puisqu'il ne se dévouait plus totalement à sa mission, la musique. Son angoisse transparaît dans cet extrait :

Depuis trop d'années je n'éprouve plus d'excitation à écouter et à créer de la musique, ni à lire ou à écrire des textes. Je m'en sens coupable, au-delà des mots. Par exemple, lorsque nous sommes en coulisses, quand les lumières

s'éteignent et que la clameur maniaque de la foule commence, ça ne me touche pas autant que ça touchait Freddie Mercury, qui se délectait de l'amour et de l'adoration de la foule. C'est quelque chose que j'admire et que j'envie. Le fait est que je ne peux plus vous tromper, aucun d'entre vous. Ce ne serait simplement pas juste, pour vous comme pour moi.

Dans ces mots, on retrouve ce murmure attirant de la mort qu'une personne peut entendre lorsqu'elle a perdu la face ou échoué. Yukio Mishima a entendu ce même murmure lorsqu'il a placé la pointe du sabre rituel sur son abdomen.

L'autre point éthique majeur du cadre de référence donnant un sens à la vie de Cobain fut son amour profond et sincère pour sa femme et sa fille qui transparait à travers ses inquiétudes concernant leur vie future sans lui. Souvent, un fort sentiment de fidélité familiale représente la seule raison de vivre qui empêche un individu de se donner la mort. Dans la lettre de Cobain, cette raison de vivre est brutalement interrompue par une rationalisation simple mais létale ; comme le montrent les derniers mots qu'il a couchés sur le papier et qui font référence à sa fille Frances : « Sa vie sera bien meilleure sans moi ». Cette rationalisation souligne un fait important que les cliniciens devraient garder à l'esprit. Même lorsque les patients ont de multiples raisons éthiques de ne pas se tuer, par exemple le bien-être de leurs enfants, leur souffrance émotionnelle est parfois trop lourde à supporter. Leur angoisse submerge leur position éthique. La réponse à la première question sur le suicide – le soulagement d'une souffrance sans rémission – devient plus captivante que la réponse à la seconde question qui a pour objet la droiture morale.

La lettre de suicide de Cobain nous montre que, lorsqu'il faisait face à ces deux dilemmes éthiques fondamentaux, son débat interne l'amena à décider que mettre fin à ses jours était « la bonne chose à faire ». En réponse à la seconde question sur le suicide, chaque individu en arrivera aux rationalisations uniques et parfois idiosyncratiques qui étayeront leur décision. Vous trouverez ci-après quelques-unes des rationalisations du suicide les plus courantes.

1. J'ai honte de moi-même, ou j'ai échoué et je n'ai pas pu accomplir ma mission et la seule chose honorable à faire est de mettre fin à mes jours (comme dans le cas de Yukio Mishima et de l'Amiral Inman).
2. Les autres s'en sortiront mieux sans moi et sans tous les problèmes que je leur crée (comme dans le cas de Kurt Cobain).
3. D'un point de vue éthique, la dignité est plus importante que l'existence de la vie (comme dans le cas de Bruno Bettelheim).
4. Ma maladie entraîne la faillite de ma famille et ils s'en sortiront mieux sans ce que je leur coûte (comme dans le cas de patients souffrant de patholo-

gies graves et invalidantes mal prises en charge par les assurances¹, par exemple la schizophrénie et les troubles bipolaires).

5. Je pourrais physiquement blesser quelqu'un si je ne me tue pas (comme dans le cas des personnes qui conduisent sous l'influence de toxiques ou qui agressent des individus au cours d'épisodes maniaques et/ou psychotiques).
6. Dieu veut que je me sacrifie (comme dans le cas d'états psychotiques, y compris de délires ou de voix impérieuses).
7. Je ne mérite pas de vivre (comme dans le cas du survivant qui se sent coupable d'avoir provoqué la mort d'une autre personne, lors d'un accident de voiture par exemple ; dans le cas d'actes impulsifs comme des crimes passionnels ; ou dans le cas d'actes entraînant un sentiment de honte comme l'agression sexuelle d'un enfant ; et dans celui de l'auto-accusation psychotique).

Il y a une dernière leçon à tirer de la lettre de Cobain. Ce n'est pas tant ce qu'il a écrit qui est important, mais plutôt le type de processus cognitif dont il a dû faire preuve pour y arriver. S'il existe un style cognitif qui prédispose les patients au suicide, alors peut-être pouvons-nous apprendre à le repérer et même à le transformer.

Les styles cognitifs communs au développement d'une dépression et d'une idéation suicidaire

Nous avons découvert que lorsque des facteurs de stress sont présents, leur impact est davantage déterminé par l'interprétation qu'en fait le patient que par la nature même du stress. Cela s'applique aussi aux schémas cognitifs internes. Ce n'est pas tant l'information qui surgit du processus conscient et inconscient du patient qui détermine l'impact ultime, mais comment le patient interprète cette information. Kurt Cobain présentait quatre troubles cognitifs : (1) surgénéralisation, (2) catastrophisme, (3) autodénigrement, et (4) une vision « tout en noir ou en blanc » du monde. Ces quatre pièges cognitifs sont courants dans les états dépressifs, avec ou sans idéation suicidaire. Ils ont peut-être contribué à générer certains des dilemmes éthiques avec lesquels Cobain se débattait à la fin de ses jours.

Malgré une certaine spéculation inévitable, essayons de reconstruire quelques-uns des processus cognitifs inconscients qui ont pu entraîner Cobain vers une décision à laquelle il ne pouvait pas échapper. Plus précisément, ses troubles cognitifs semblent avoir construit un monde qui exigeait de

1. La prise en charge financière des soins psychiatriques peut être limitée en durée par certaines assurances américaines. [NdC]

lui de classer son sentiment « de ne pas se dévouer totalement à sa musique » en deux catégories. Ce « manque de dévouement » était interprété comme étant la preuve que Cobain était soit un « bon » musicien qui avait une mission, soit un « mauvais » musicien qui n'en avait pas. Mais s'il entrait dans la seconde catégorie, il était également hypocrite. Il n'y voyait pas de possibilité intermédiaire. Comme un jeune enfant, Cobain n'était peut-être pas capable de voir des nuances de gris. S'il avait possédé cette capacité cognitive, il aurait ressenti le fait de ne pas être totalement dévoué à sa musique comme une indication qu'il était un très bon musicien souffrant de surmenage, et non pas un mauvais musicien hypocrite. Cette croyance cognitive plus réaliste n'aurait pas exigé un suicide en guise de solution.

Le processus cognitif qui a conduit Cobain vers une attitude éthique aussi radicale a pu être ensuite accéléré par l'action simultanée d'une autre distorsion cognitive : la surgénéralisation. De manière inconsciente, dictée par sa tendance à la surgénéralisation, l'affirmation ci-dessus a dû être déformée comme suit : « Tu n'es pas seulement un mauvais musicien mais également une mauvaise personne. » Cette conclusion qui renie la vie a pu être renforcée et confirmée par des vagues successives d'autocondamnations qui sont déjà le résultat des machinations d'une autre distorsion cognitive, l'autodénigrement. Le résultat global a peut-être transformé insidieusement la réalité interne de Cobain en une fausse réalité où le suicide devenait la solution logique à un dilemme éthique douloureux. S'ôter la vie pouvait mettre un terme à son hypocrisie. Il ne voyait pas d'autres méthodes viables ou éthiques pour mettre un terme à cette mascarade. En effet, avec le suicide comme solution, une certaine forme d'honneur pourrait être retrouvée.

Un autre facteur cognitif, qui concerne aussi bien les patients qui souffrent de dépression que ceux qui envisagent le suicide, est la perception de ne pas avoir le contrôle. Ils éprouvent la sensation troublante d'être à la merci de la vie, des autres ou de leurs propres pulsions. Une telle sensation est à la fois désagréable et humiliante, mais il reste un aspect de la vie dont ils peuvent conserver totalement le contrôle : ils peuvent décider de vivre ou de mourir. Opter pour le suicide leur offre alors une chance de conserver leur dignité via une conduite d'autodétermination. Sur un plan individuel, cette attitude face au suicide a été brillamment formulée par le poète surréaliste Antonin Artaud :

Si un jour je me suicide, ce ne sera pas pour me détruire mais pour me rassembler à nouveau. Le suicide sera pour moi, seulement un moyen de me reconquérir avec violence, d'envahir brutalement mon être, d'anticiper une approche imprévisible de Dieu. Grâce au suicide, je réintroduis mon intention dans la nature, pour la première fois, je donnerai aux choses la forme de ma volonté [13].

Cette utilisation du suicide pour regagner une impression de contrôle dans un monde qui autrement serait incontrôlable peut s'ériger comme le symbole unificateur de tout un groupe culturel. Par exemple, alors qu'il faisait référence à une vague de suicides d'adolescents dans une réserve indienne américaine, un pasteur a décrit le suicide comme un moyen de mettre de l'ordre dans une société où « tout est fondamentalement hors de contrôle [...] c'est une minuscule parcelle de dignité dans un monde qui n'a plus de sens ».

Il est tout à fait possible qu'un de ces types de structure cognitive ait joué un rôle déterminant dans la chute de Kurt Cobain vers la dépression et le suicide. La question se pose donc : existe-t-il des structures cognitives spécifiques chez la plupart des personnes qui développent des idées suicidaires ? Il semblerait que la réponse soit : oui et non. D'un côté, ceux qui deviennent suicidaires ne le deviennent pas en raison des mêmes types de distorsions cognitives. De l'autre, certains groupes de patients suicidaires semblent partager des distorsions cognitives remarquablement similaires. Si ces styles cognitifs peuvent être définis, le clinicien pourra peut-être déceler plus facilement les intentions suicidaires sérieuses et, plus important encore, les transformer.

Deux types significatifs de styles cognitifs se rapportent à notre discussion. Il y en a certainement d'autres, mais ces deux-là sont un excellent point de départ : (1) les styles cognitifs souvent présents chez ceux qui souffrent de troubles sévères de la personnalité, et (2) les styles cognitifs des patients suicidaires qui ont un développement relativement normal de la personnalité. Les patients à l'intérieur de chacun de ces groupes ont le potentiel d'utiliser des styles cognitifs relativement différents lorsqu'ils interprètent et traitent une idée suicidaire ou, bien entendu, le monde en général. Comme nous le verrons bientôt, en plus de styles cognitifs, les personnes qui font partie de ces deux groupes peuvent avoir en commun d'autres traits de personnalité et d'autres types de propension.

Styles cognitifs associés aux idées suicidaires des patients atteints de troubles graves de la personnalité

Ce regroupement inclut ceux qui souffrent des troubles de la personnalité suivants : trouble état limite, trouble histrionique et trouble narcissique faiblement compensé. Les personnes qui souffrent d'addictions graves aux drogues ou à l'alcool ont souvent ces mêmes caractéristiques. En effet, l'abus chronique de ces substances peut conduire à ce qu'on qualifie généralement de « trouble de la personnalité acquis ». De telles personnes peuvent avoir présenté un développement normal de la personnalité pendant l'enfance ou l'adolescence, mais après des années d'addiction, leur fonctionnement devient celui d'une personne souffrant de troubles graves de la personnalité.

Plusieurs thérapeutes novateurs se sont concentrés sur l'utilisation d'interventions cognitives pour l'évaluation et la prise en charge des idéations suicidaires de ce type de patient particulièrement difficile. Au cours de cette discussion, j'emprunterai beaucoup au travail novateur réalisé par Marsha Linehan, à l'origine de la thérapie comportementale dialectique (TDC) [14], ainsi qu'aux points de vue convaincants de Chiles et Strosahl [15].

Les personnes atteintes de troubles graves de la personnalité ou d'abus de substance graves présentent fréquemment les troubles cognitifs qui étaient manifestes dans la lettre de Kurt Cobain. En effet, Kurt Cobain souffrait d'un grave problème d'abus de substance. Ces patients ont tendance à présenter des formes extrêmes de surgénéralisation, de catastrophisme, d'autodénigrement et de pensées tout en noir ou blanc. De plus, ils ont particulièrement tendance à « oublier » la signification des conduites antérieures des autres à leur rencontre ; ils les jugent sur la base d'impressions immédiates. Par exemple, une personne qui souffre de troubles états limites de la personnalité pourrait déclarer brutalement que le clinicien qu'il considère depuis des années comme un thérapeute de confiance n'est qu'un « fils de pute » peu fiable simplement parce qu'il arrive avec 20 minutes de retard pour une séance de thérapie.

Les patients avec une personnalité limite, comme ceux atteints d'autres pathologies graves de la personnalité ou d'abus de substance, présentent également des troubles dans la résolution des problèmes. Ils ont tendance à générer peu de solutions alternatives face à de nouveaux problèmes, à rejeter prématurément des alternatives potentiellement viables, à dépendre des autres pour trouver des solutions et à faire preuve de peu de ténacité dans le travail nécessaire à la résolution d'un problème.

Tous ces marqueurs cognitifs sont imbriqués dans une matrice émotionnelle volatile. Ces patients ont tendance à mal tolérer le stress et éprouvent souvent des difficultés à moduler leur affect et leurs humeurs, en raison de l'action déformante de leurs mécanismes cognitifs. De plus, les patients atteints de troubles graves de la personnalité peuvent agir de manière impulsive pour alléger leurs troubles de l'humeur. Pour aggraver le problème, alors qu'il est déjà suffisamment compliqué, ils ont également tendance à mal supporter la souffrance émotionnelle. Un léger sentiment de rejet ou de déception peut être perçu comme insupportable, à la plus grande surprise des amis et de la famille. Cette mauvaise tolérance à la souffrance émotionnelle peut se révéler assez problématique car les déformations cognitives listées ci-dessus peuvent accélérer la survenue d'un nombre très important d'interactions douloureuses et de résultats décevants dans les tâches entreprises. Par conséquent, les vicissitudes ordinaires de la vie quotidienne peuvent provoquer, chez ces patients, une gamme de souffrances déconcertantes et insupportables.

Finalement, les patients présentant ces caractéristiques se retrouvent dans des états émotionnels douloureux beaucoup plus souvent que la normale. Leur capacité à résoudre des problèmes étant faible et leur tolérance à la douleur émotionnelle réduite, ils trouvent rapidement que l'intensité de leur souffrance est insupportable, interminable et sans issue. Le suicide devient alors une solution viable.

Comme nous l'avons indiqué préalablement, ces traits de caractère sont également fréquents en cas d'abus de substance de longue date. Si l'on ajoute à cela les effets désinhibants immédiats de l'alcool ou de la drogue, ce type de patient peut entrer avec une rapidité impressionnante dans une phase suicidaire ou autodestructrice aiguë (se couper, se brûler ou se frapper la tête). La vitesse à laquelle ce type de patient peut laisser tomber une idéation suicidaire est tout aussi frappante. Des facteurs aussi variés qu'une rencontre interpersonnelle agréable, une thérapie cognitive efficace et la dissipation des effets d'une ingestion importante d'alcool peuvent aboutir à une disparition étonnamment rapide de l'intention suicidaire.

Ces montagnes russes émotionnelles sont compliquées par le fait que les bénéfices secondaires associés à une tentative ou un geste suicidaire manqué peuvent être à la fois impressionnants et séduisants. La souffrance suicidaire du patient, son problème le plus immédiat, est résolue par l'apport d'une relation interpersonnelle, une période sans stress et le soulagement du poids des responsabilités qui font souvent suite à une tentative de suicide. Ces bénéfices secondaires sont souvent incarnés par l'atmosphère presque maternelle d'un hôpital. Le résultat final est que les tentatives de suicide et les automutilations sont des actes qui deviennent des solutions apprises en réponse à la souffrance émotionnelle.

Un exemple de mon expérience clinique illustrera la manière dont ces structures cognitives et ces caractéristiques émotionnelles peuvent précipiter un patient dans la crise suicidaire.

Anna : un cas clinique

Il y a des années, je travaillais avec une femme que nous appellerons Anna. C'était une femme dont la petite stature portait plus que sa part de poids. Ses cheveux bruns étaient coupés court, au carré. Sa tenue se résumait le plus souvent à une paire de jeans et une chemise de couleur unie. Anna n'était pas très élégante. Mais il n'y avait rien d'inélégant dans son sourire. Il était clair, vif et franc.

Derrière la lumière de ce sourire et la vivacité de son regard se cachaient une longue série de boîtes de pilules vidées, quelques épisodes d'automutilations et de nombreux meubles cassés, y compris une table de pique-nique jetée habilement à travers une baie vitrée. Bien que presque désespérément attirée par les autres, Anna avait le don de les faire fuir. Elle avait également un grave problème de surdépendance vis-à-vis de ses anciens thérapeutes, comme le prouvait le fait que la police avait dû intervenir pour la faire sortir du bureau de son thérapeute à l'issue de leur dernière séance. On ne

s'étonnera pas d'apprendre qu'elle avait été victime d'abus. Ses précédents thérapeutes avaient fait le bon diagnostic : trouble limite de la personnalité.

J'utilisais une forme de thérapie cognitivo-comportementale conçue pour être pratiquée par séries sur des périodes de plusieurs semaines. Ces séries consécutives étaient séparées les unes des autres par des périodes sans thérapie, durant lesquelles Anna devait s'entraîner à utiliser les techniques qu'elle avait apprises. Pendant ces périodes, elle pouvait suivre une thérapie de soutien en groupe. Cette approche, conçue pour minimiser la surdépendance et maximiser l'apprentissage concret de fonctionnements cognitifs nouveaux et plus utiles, se révéla assez efficace dans le cas d'Anna. Grâce à sa réelle motivation et à son intelligence vive, les progrès psychologiques d'Anna furent plutôt importants.

Nous en étions à la troisième année de thérapie. Elle était devenue experte dans l'interception de ses propres distorsions cognitives et l'utilisation des techniques de reconstruction cognitive pour les transformer en perceptions moins menaçantes ; un processus qu'elle se plaisait à appeler « réparation de la pensée ». Aucun acte suicidaire n'avait été constaté depuis un an. Je décidai de lui demander d'écrire les cinq objectifs qu'elle avait atteints au cours de sa thérapie. Cette liste devait être affichée sur la porte de son réfrigérateur pour lui rappeler les progrès accomplis. Je voulais être certain qu'Anna rédigerait cette liste pour elle-même et non pas pour me faire plaisir. Par conséquent, alors qu'elle était en train de l'écrire, je lui demandai de se souvenir qu'elle faisait cette liste pour elle-même. Anna était très enthousiaste face à ce projet. Les derniers mois avaient été particulièrement bons.

La séance en question se déroulait bien. Anna était de très bonne humeur et fière de ses progrès. Pendant que je relisais sa lettre, ses yeux étaient fixés sur moi. Un large sourire illumina son visage, lorsque je la complimentai pour son travail :

Dr. Shea : Bien, vous avez vraiment fait du bon travail.

Anna : Eh bien, c'est vous qui méritez d'être complimenté.

Dr Shea : Je veux bien accepter une partie des compliments. Mais c'est vous qui réalisez la majeure partie du travail. C'est vous qui acceptez de changer et vous devriez en être fière. Vous méritez la majorité des compliments. Mais je suis d'accord, nous avons été une bonne équipe thérapeutique.

Anna : Merci.

Au cours des séances précédentes, avant de rendre à Anna le travail qu'elle avait fait à la maison, j'en faisais habituellement une photocopie que j'ajoutais à son dossier de manière à marquer « officiellement » ses progrès, une idée qui lui plaisait beaucoup. Mais ce jour-là, je voulais souligner le fait qu'elle avait réalisé ce travail pour elle-même et non pas pour me faire plaisir. Par conséquent, je décidai de lui rendre sa liste pour qu'elle pût immédiatement la remettre sur la porte de son réfrigérateur. Puis nous poursuivîmes la séance.

Au cours des minutes qui suivirent, l'expression d'Anna sembla perdre de son entrain. Elle se mit à regarder la feuille qu'elle tenait dans ses mains. Puis elle commença à s'agiter et à ne plus tenir sur son siège, en parcourant la pièce du regard comme si elle s'ennuyait.

Comme je poursuivais mon discours comportemental, je mis un moment avant de comprendre que quelque chose n'allait pas. Lorsque je m'aperçus qu'il y avait un problème, je sous-estimai grossièrement la force du désastre dans lequel Anna était en train de sombrer, un maelström que j'avais moi-même déclenché par inadvertance.

Dr Shea : Anna, vous semblez quelque peu bouleversée. Quelque chose ne va pas ?

Anna : Vous vous en foutez, n'est-ce pas ? [Regard venimeux] Vous vous en foutez totalement, n'est-ce pas ?

Dr Shea : [Véritablement frappé de mutisme ; je pense que mes mâchoires devaient tomber de façon peu esthétique] Je... Je... Je ne suis pas certain de bien comprendre ce que vous voulez dire. Qu'est-ce qui ne va pas ?

Anna : Vous n'en avez rien à foutre de moi. [Silence, son menton tremble] Si vous vous intéressiez à moi, vous auriez fait une copie de ma liste. [Silence] Mais vous vous en foutez.

Dr Shea : Anna, je suis vraiment dérouté. Visiblement, je ne vous ai pas expliqué pourquoi je n'ai pas fait de copie et j'aurais dû ; laissez moi... [Anna m'interrompt brutalement].

Anna : Vous n'avez pas à m'expliquer quoi que ce soit, Dr Shea. [Silence] Vous savez ce que j'allais faire ? J'allais vous dire que j'avais besoin d'aller aux toilettes. Après quoi je ne serais pas revenue. Et je serais certainement rentrée chez moi pour prendre quelques pilules, si vous voyez ce que je veux dire.

En l'espace de cinq minutes, Anna était passée d'un merveilleux bien-être à un sentiment suicidaire. C'est la rapidité avec laquelle une descente dans un maelström suicidaire peut survenir quand elle est alimentée par une rage due à un état limite et créée par une cohorte de distorsions cognitives.

D'un point de vue psychodynamique, je n'avais pas vu la signification que revêtait l'acte de photocopier le travail qu'Anna effectuait chez elle. La réassurance parentale saine, inhérente à cet acte, était importante pour Anna et ne devait pas être prise à la légère. La tendance d'Anna à considérer tout en noir ou blanc avait brutalement transformé mon oubli en une déclaration majeure d'abandon. Elle devait avoir l'impression que je la haïssais. Plus encore, elle avait soudainement et totalement perdu de vue ses années de thérapie avec moi, qui, si elle s'en était rappelée, auraient amené Anna vers une conclusion différente. Au contraire, c'était comme si aucun de nos précédents échanges ne s'étaient produits.

Lorsque la tempête émotionnelle la submergea, elle perdit ses amarres cognitives les plus solides. Parce que les habiletés interpersonnelles lui faisaient défaut, l'empêchant de demander pourquoi je n'avais pas fait ce que j'avais toujours fait jusque-là, elle se retrouva prisonnière de ses projections. Le manque de capacité d'Anna à tolérer une souffrance émotionnelle la forçait à sortir de la pièce. Envahie par des sentiments de rejet et d'infériorité qui alternaient avec un sentiment de rage, elle avait besoin de trouver une solution rapide. Et à ce niveau d'intensité de souffrance et de confusion émotionnelle, Anna se tournait vers une solution qu'elle avait apprise à utiliser au cours de toutes ces années : le suicide.

L'astuce ici, une fois que j'eus retrouvé mon sang-froid, était de déceler la « pierre angulaire de la distorsion cognitive » à l'origine de cette cascade. Après avoir présenté

des excuses parce que je n'avais pas expliqué ce changement dans mon comportement habituel, je lui fis remarquer que nous étions peut-être en train de voir apparaître sa tendance à « perdre de vue le passé », un mécanisme déformant sur lequel elle avait beaucoup travaillé au cours de notre thérapie. Elle accepta de reprendre pas à pas les étapes de notre relation pour rechercher les éléments prouvant si je me souciais d'elle ou pas. Nous convînmes que, suivant ses découvertes, elle serait libre de quitter ou pas la séance. Alors que nous effectuions pas à pas ce travail d'inventaire de nos rapports passés, son humeur changea nettement. Sa colère s'évanouit. À la fin de la séance, elle se sentait bien. La crise suicidaire s'était transformée en une simple note de bas de page dans une histoire d'état limite.

Cet incident illustre le rôle étiologique des distorsions cognitives qui peuvent jouer un rôle dans la survenue d'une idéation suicidaire chez les personnes atteintes de pathologies graves de la personnalité. De la compréhension des principes cités ci-dessus, le clinicien qui réalise des évaluations peut tirer deux leçons pratiques :

1. avec de tels patients, il est important de se souvenir de la rapidité avec laquelle ils peuvent entrer et sortir du cadre suicidaire ;
2. il est impératif d'évaluer la situation interpersonnelle vers laquelle le patient retournera après son entretien, car ce type de patient est extrêmement sensible aux nuances des soutiens ou des rejets interpersonnels.

La rapidité de leur descente dans l'idéation suicidaire est le côté négatif du travail effectué avec ces patients. Le côté positif réside dans le fait qu'ils peuvent répondre tout aussi rapidement à des interventions cognitives et/ou comportementales efficaces, ce qui peut constituer un outil puissant à ajouter à l'éventail des outils d'évaluation.

Il existe divers schémas cognitifs et émotionnels dans lesquels une idéation suicidaire naît et évolue chez les personnes atteintes de troubles graves de la personnalité et/ou d'abus de substance chronique. Mais que se passe-t-il quand les patients qui présentent des mécanismes de défense plus stables et plus matures envisagent le suicide ? Est-ce qu'ils partagent tous le même éventail de caractéristiques cognitives ?

Styles cognitifs des personnalités relativement matures en crise suicidaire

Bien que les personnes qui présentent des structures primitives de la personnalité, comme un trouble état limite, soient à haut risque de suicide, les personnalités matures peuvent aussi tenter de se suicider. Leur tentative de suicide est une réponse à des stress environnementaux ou interpersonnels intenses et/ou à l'impact direct de troubles psychiatriques graves comme une dépression majeure, un trouble bipolaire, une schizophrénie, un trouble

panique, un trouble obsessionnel compulsif ou un stress post-traumatique. Les caractéristiques cognitives les plus typiques présentes chez des patients avec des idéations suicidaires ont déjà été abordées dans ce chapitre. Ce sont les réponses cognitives caractéristiques des personnes qui tentent réellement de trouver des réponses aux « deux questions sur le suicide ».

À mon avis, la distinction la plus marquante entre les patients ayant un fonctionnement mature de la personnalité et ceux ayant une structure primitive de la personnalité est le manque relatif d'impulsivité à passer à l'acte suicidaire dans le groupe le plus mature. Pour ceux-là, le temps nécessaire pour répondre aux deux questions sur le suicide tend à empêcher les passages à l'acte impulsifs. Au contraire, les patients atteints de troubles graves de la personnalité peuvent rapidement développer une idéation et une action suicidaires, comme nous avons pu le voir avec Anna, sans avoir la moindre pensée pour l'une ou l'autre de ces deux questions. Ce manque d'intérêt pour les deux questions sur le suicide, qui peut engendrer des actes suicidaires impulsifs, peut également intervenir chez les personnes présentant des structures de la personnalité plus matures, mais, d'après mon expérience, c'est beaucoup moins fréquent dans ce groupe. Toutefois, les mondes cognitifs de ces deux groupes peuvent se ressembler par un nombre surprenant d'aspects communs, particulièrement en ce qui concerne les distorsions cognitives souvent présentes au cours d'une dépression. Les similarités et les différences de ces deux groupes, au cours de pensées suicidaires, seront le sujet de cette partie, car ces similarités et ces différences peuvent avoir des implications importantes dans la prédiction d'un risque imminent de suicide.

Lorsqu'une dépression envahit le quotidien des personnes ayant des structures matures de la personnalité, celles-ci font l'expérience d'un phénomène particulier. Leur processus cognitif commence insidieusement à régresser vers un processus de plus en plus archaïque. Les personnes qui, avant d'entrer dans une dépression, avaient tendance à chercher méticuleusement les « gris » des discussions et des conduites commencent à percevoir les choses tout en noir ou blanc. Les personnes qui étaient capables de voir les nuances spécifiques à chaque expérience humaine ne peuvent alors voir que des généralités et des stéréotypes. Les personnes qui étaient capables de juger les conduites des autres à travers le filtre de leur propre histoire personnelle et de leur expérience des relations interpersonnelles commencent à juger spontanément les autres uniquement sur leurs actions immédiates. En résumé, de nombreux mécanismes des troubles cognitifs typiques présents chez les personnes avec des personnalités primitives émergent alors. La surgénéralisation, le catastrophisme, l'autodénigrement et les pensées où « tout est tout noir ou tout blanc » constituent le fonds d'une dépression, même chez des personnes présentant des structures matures de la personnalité. Ces « gremlins » cognitifs peuvent guider inexorablement n'importe quel patient vers la catastrophe du désespoir.

Nous verrons dans ce chapitre qu'il existe une preuve intellectuellement séduisante que certains de ces changements cognitifs peuvent être directement provoqués par des altérations biochimiques du cerveau au cours d'états dépressifs biologiquement induits. De plus, nous avons des indications convaincantes que, lorsque ces distorsions cognitives apparaissent, elles peuvent elles-mêmes créer ou fortement aggraver une humeur dépressive, d'où la remarquable capacité des thérapies cognitives à transformer la dépression.

Si on reste au niveau superficiel, il est facile de penser que ces patients dépressifs ayant commencé avec des défenses matures ont alors développé exactement le même type de structure cognitive que les personnes ayant des structures de la personnalité plus primitives. Il est même possible de penser que nous avons trouvé là le processus cognitif commun aux « patients suicidaires » en général. Mais en y regardant de plus près, on constate que ce n'est pas le cas. La différence réside dans le fait que cela entraîne la disparition des défenses matures et l'émergence des défenses primitives.

Lorsqu'un patient avec des défenses matures s'engouffre dans une dépression majeure, les murs protecteurs créés par ses défenses commencent à céder. Ces défenses ne tombent pas sans combat et ne disparaissent pas en un jour. Détruites un jour, elles peuvent être reconstruites le jour d'après. De nouvelles défenses matures peuvent être tout à coup mobilisées ou mises en relief. Les amis et la famille peuvent contredire les surgénéralisations et les distorsions cognitives entretenues par la dépression. Finalement, les murs tombent une fois de trop. Les défenses matures sont englouties sous les flots d'une vague dépressive.

Lorsque le patient déprimé succombe à cette vague, son interprétation des autres, des stress en cours, du futur, du passé et même de la possibilité d'être aidé peut être anéantie par la marée noire d'une cognition dépressive. Mais parfois, quelque chose d'assez remarquable entre également en jeu. Pas toujours, mais souvent, malgré l'invasion dépressif, l'un des derniers sujets envers lesquels ces patients peuvent encore mobiliser une attitude cognitive étonnamment mature, est celui du suicide. C'est justement au sujet du suicide, là où les personnes atteintes de troubles graves de la personnalité sont le plus aptes à utiliser des processus primitifs, que les personnes avec des ego matures sont le plus aptes à combattre son utilisation. Les derniers remparts de leurs défenses matures semblent livrer un violent combat contre l'idée d'une autodestruction.

Voyons, de façon plus précise, les différences entre ces deux groupes de patients. Les sujets présentant des personnalités matures, malgré leur utilisation de distorsions cognitives primitives, ont tendance à considérer l'acte suicidaire à travers des filtres étonnamment différents. Contrairement aux sujets qui souffrent de troubles de la personnalité, ils sont davantage aptes à trouver les nuances de gris. Les pour et les contre du suicide sont souvent

soupesés et passés en revue. De puissants outils de résolution des problèmes, comme l'observation distanciée et l'abstraction, sont utilisés par ces patients présentant des défenses plus matures de manière à prévoir les conséquences possibles de leur acte suicidaire. Leur empathie et leurs inquiétudes se tournent vers ceux qu'ils pourraient laisser derrière eux. Ils évaluent minutieusement l'impact financier et psychologique de leur suicide sur les survivants : « qui trouvera mon corps », et « qui prendra en charge mes enfants abandonnés ». Et ces personnes, contrairement à celles avec des processus primitifs, font souvent preuve d'un contrôle de leurs impulsions remarquable voire parfois courageux. Ils supportent de hauts niveaux de souffrance émotionnelle sur de longues périodes, repoussant l'échéance de l'acte suicidaire jusqu'à ce que les deux questions sur le suicide trouvent une réponse satisfaisante. J'ai vu des personnes avec des niveaux de défense tellement élevés qu'elles pouvaient contrôler leurs impulsions de mort malgré la souffrance, mois après mois et parfois même pendant des années. Pour de tels patients, le suicide n'est pas une solution apprise vers laquelle se tourner. C'est une solution étrangère à éviter autant que possible.

Cependant, lorsqu'un individu avec un niveau de défense élevé décide que le suicide est le bon choix, il peut agir avec une rapidité surprenante pour le planifier et le mettre en œuvre efficacement. Ce processus est parfois qualifié, à tort, d'*impulsif* par les cliniciens abasourdis que ces patients laissent derrière eux. Mais le patient n'a pas agi de façon impulsive ; il a agi de manière résolue et cette résolution a pris le clinicien au dépourvu. L'efficacité de l'excellent système de défense de l'individu cachait un piège léthal. Avec habileté et intelligence, le patient « s'est construit une façade », particulièrement face à des situations où il était important de sauver les apparences ; il a appris à cacher ses souffrances à ses collègues ou aux membres de sa famille. Et il a su également cacher sa souffrance à son thérapeute. Un jour, ce patient semble bien répondre à la thérapie cognitive. Le lendemain, on découvre qu'il s'est suicidé.

Souvent, au cours d'une thérapie avec des patients ayant un développement normal de leur système de défense et exprimant des idéations suicidaires, ce piège fatal peut être évité en permettant au patient de rester ouvert à un processus intime dans lequel il continuera à exprimer ses idéations suicidaires. Une fois que la fenêtre permettant d'accéder au monde de l'idéation suicidaire du patient est effectivement ouverte, il ne faut pas la refermer tant que vous en aurez besoin. Même si la thérapie évolue bien et que le patient semble aller mieux, tant qu'il a la *moindre* idéation suicidaire, vous devez le questionner à ce propos au cours de chacune des séances. Cela deviendra très rapidement un aspect naturel de la thérapie et cette attitude peut souvent court-circuiter l'enchaînement potentiellement mortel des événements décrits ci-dessus.

Les cliniciens expérimentés sont souvent conscients de l'ironie de cette situation. À un certain niveau, il est presque plus facile de prédire un acte suicidaire chez des personnes clairement impulsives comme les patients atteints de troubles états limites de la personnalité, que chez des sujets avec un excellent mode de fonctionnement mais décidés. Ce paradoxe existe parce que, chez les personnes présentant des personnalités limites, il y a une « imprévisibilité prévisible » une fois que le clinicien a compris les racines cognitives de leurs idéations suicidaires.

Les crises suicidaires des états limites sont souvent déclenchées par les flèches aiguisées des conflits interpersonnels ou la perception erronée du patient que ces mêmes flèches ont été tirées. Les impressions de rejet ou de déception peuvent rapidement propulser les patients vers les chemins hostiles de leur passé, déclenchant brutalement une solution d'adaptation apprise auparavant face à ce type de stress interpersonnel : le suicide ou l'automutilation. Après avoir tracé le schéma de la « carte routière » du niveau cognitif unique et spécifique de chaque patient, le thérapeute doit souvent prédire quelles circonstances déclencheront le cercle vicieux chez un patient donné. En effet, une grande partie de la thérapie consiste à aider les patients à faire eux-mêmes leurs propres prédictions. Lorsque ces situations sont reconnues au préalable ou lorsqu'elles se déroulent, le patient a la possibilité d'avoir recours à des capacités cognitives d'adaptation qui pourraient dévier une réponse suicidaire de réflexe. C'est ce processus qui a aidé Anna à transformer la colère qu'elle éprouvait à mon égard.

Les processus cognitifs qui entourent l'idéation suicidaire, que ce soit chez les personnes atteintes de troubles de la personnalité ou chez celles qui ont des structures normales de la personnalité, referment des pièges qui peuvent conduire à des tentatives de suicide « inattendues ». Notre compréhension de ces processus peut nous éviter d'être pris au dépourvu et nous rappeler d'être vigilants face aux facteurs de risque imminent.

Nous avons étudié les facteurs de stress externes et les conflits internes comme des facteurs étiologiques majeurs de la genèse de l'idéation suicidaire. Il est maintenant temps d'observer notre troisième et dernière catégorie étiologique : la biologie du cerveau.

Rôle de la physiopathologie cérébrale dans l'étiologie de l'idéation suicidaire

Les êtres humains se plaisent à adopter des points de vue holistiques sur la vie, sur l'univers et toute chose y figurant, mais la vérité est que la majorité des

êtres humains est réductionniste. Selon l'endroit où nous avons été élevés, qui nous a élevés et quels livres nous avons lus, nous avons souvent tendance à considérer le monde à travers des filtres qui limitent nos perspectives. Les données contradictoires sont tout simplement mises à l'écart. Ce processus n'est jamais apparu aussi clairement que dans les descriptions du rôle du cerveau humain dans l'étiologie des pensées et des comportements humains. Historiquement, les explications fournies sur les comportements anormaux minimisent le rôle de la physiopathologie du cerveau en tant qu'agent étiologique par rapport à ceux des facteurs de stress externes et des conflits internes.

Pendant des siècles, l'étiologie des comportements problématiques, y compris du suicide, a généralement été rapidement et catégoriquement imputée à l'un des deux domaines étiologiques abordés précédemment dans ce chapitre. De ce point de vue, le comportement anormal, y compris la pensée suicidaire, est le résultat direct de stress environnementaux (décès d'un être aimé, pauvreté, perte d'un emploi, divorce) ou de conflits psychologiques (troubles cognitifs, conflits inconscients ou rivalités archétypiques, crises spirituelles, manque de force psychologique, possession démoniaque). Ce type de sur-simplification non holistique aboutit encore de nos jours à une stigmatisation cruelle des personnes traitées pour une schizophrénie, un trouble bipolaire ou un trouble obsessionnel compulsif (par exemple, de nombreuses compagnies d'assurances américaines refusent toujours de rembourser les dépenses liées à ces maladies comme elles le feraient pour n'importe quelle pathologie neurologique).

D'un autre côté, certains penseurs actuels trop zélés tendent à amplifier le rôle du cerveau dans la création des pensées et des émotions. Ces réductionnistes biologiques tremblent à l'idée d'un recours à la psychothérapie en tant que traitement majeur et frissonnent à la simple mention de l'âme. Une synthèse de ces points de vue est nécessaire. Le monde des pensées et des comportements humains est un entrelacs énigmatique de processus divers : environnementaux, psychologiques/spirituels et biologiques. Dans cette approche globale, les êtres ne sont pas aussi figés qu'il y paraît puisqu'ils transforment des processus déterminés par l'interaction de ces domaines versatiles et toujours changeants.

Ces notions présentes à l'esprit, nous sommes amenés à nous poser deux questions.

1. La biochimie du cerveau peut-elle directement induire des symptômes psychiatriques majeurs comme la dépression, les délires et les hallucinations ?
2. Si oui, et ceci revêt une importance capitale dans l'étude du suicide, la biochimie du cerveau peut-elle directement induire une idéation suicidaire ?

La réponse à la seconde question peut avoir des implications importantes dans les évaluations réalisées par les cliniciens : elle peut rapidement les faire passer de considérations philosophiques à des décisions cliniques pratiques. Notons que la question n'est pas simplement de savoir si la physiopathologie peut conduire à un état dépressif qui débouchera ensuite sur une idéation suicidaire. Elle est beaucoup plus provocatrice que cela : la neurophysiopathologie peut-elle directement conduire un être humain à avoir des pensées suicidaires ?

Le rôle du cerveau : première question

Un dysfonctionnement de la biochimie du cerveau peut-il directement induire des symptômes psychiatriques majeurs ? La complexité du cerveau est un excellent sujet pour démarrer cette enquête. Un cerveau humain normal pèse environ 1,6 kg. Il peut comporter pratiquement autant de neurones que l'univers contient d'étoiles. Si on considère le nombre presque incalculable d'interconnexions existant parmi ces 100 milliards de neurones, on peut affirmer que le cerveau humain peut être la masse gélatineuse de 1,6 kg la plus complexe de l'univers.

Dans le cerveau, comme dans n'importe quel autre organe du corps humain, des problèmes peuvent survenir. Un dysfonctionnement des centres neuronaux qui contrôlent les mouvements peut entraîner des tremblements ou une paralysie ; un dysfonctionnement des centres de la vision peut entraîner des troubles de la vision ou une cécité ; un dysfonctionnement d'une quantité importante de neurones peut entraîner des crises d'épilepsie. On comprend donc que les dysfonctionnements des centres impliqués dans le contrôle de l'humeur peuvent entraîner certaines formes de trouble de l'humeur et aboutir à des dépressions graves ou des manies. Des dysfonctionnements dans les régions intégrant des processus de la pensée peuvent induire des problèmes dans la production des pensées (relâchement des associations) et leur contenu (délire). Nous appelons ces problèmes « psychoses ». Pour pouvoir affirmer qu'il n'y a pas de maladie mentale, il faudrait soutenir la position indéfendable selon laquelle les parties du cerveau qui régulent ces capacités fonctionnent toujours normalement chez tout le monde et tout le temps.

Plus convaincantes que les conclusions logiques des arguments ci-dessus, les preuves fournies par la Nature nous montrent que certains symptômes mentaux très graves, y compris le développement d'idées spécifiques anormales, sont directement induits par la physiopathologie. Cette preuve incontestable, indispensable pour mieux comprendre comment la physiopathologie peut créer directement des pensées suicidaires, mérite une parenthèse historique brève.

Nous sommes de retour à l'époque victorienne d'Elizabeth Siddal et de la Confrérie des Préraphaélites, mais nous sommes sur le continent. À Paris, les soins et la compassion apportés aux personnes souffrant de maladies mentales en étaient encore à leurs balbutiements. Des hommes dévoués et courageux comme Philippe Pinel et Esquirol avaient vaincu les superstitions sur la « possession démoniaque » et l'enchaînement des malades en tant que traitement. Mais on connaissait peu l'étiologie des principales maladies mentales. La majorité des asiles d'aliénés restaient des endroits réellement effrayants emplis d'ignorance et de peur.

Si nous nous promenions dans les couloirs de ces asiles, nous serions confrontés aux ravages de la folie sans entrave. En particulier, les services étaient jonchés de personnes souffrant d'une forme étrange de folie rarement rencontrée de nos jours. En fait, de toute ma carrière de psychiatre, je n'ai jamais eu à soigner ce type de maladie mentale. Si j'avais été médecin dans un asile d'aliénés parisien, aider ce type de patient aurait pourtant été l'objectif principal de la majeure partie de mes journées.

Ces patients étaient souvent d'âge mûr et présentaient fréquemment une diminution de leurs capacités intellectuelles, une affection que nous connaissons maintenant sous le nom de démence. De plus, ils présentaient une quantité de symptômes classiques de maladie mentale : des signes assez semblables à ceux des patients qui se débattent aujourd'hui avec une pathologie cérébrale comme la schizophrénie. On aurait observé, chez beaucoup de ces patients, des processus de pensée étranges et illogiques et une manière idiosyncratique de considérer le monde. Des hallucinations intenses les tourmentaient avec une insistance diabolique. Tout en déambulant entre les murs froids et humides de cet asile, ils se croyaient investis d'une grandeur napoléonienne ou étaient terrorisés par une angoisse persécutoire. La majorité des patients ne semblait pas être dans un état aussi dramatique mais tous étaient finalement dévastés par la démence et/ou un processus psychotique inhérent à ce trouble.

À cette époque-là, ceux qui s'intéressaient à la psychiatrie et à la psychologie avaient toutes sortes d'idées sur l'origine de ce syndrome. Pour les théoriciens qui favorisaient le concept des facteurs de stress en tant qu'origine de la maladie mentale, il était facile d'accuser l'extrême injustice sociale de l'époque : pauvreté, emprisonnement des endettés, faim, criminalité et instabilité politique. Les biographes des personnes célèbres ayant succombé à ce curieux trouble semblent toujours deviner l'échec conjugal, la débâcle professionnelle, la catastrophe financière ou l'humiliation publique qui s'était révélée « de trop » et avait poussé cette célébrité au bord de la folie.

D'un autre côté, les théoriciens qui préféraient une explication psychologique en tant que facteur étiologique avaient une liste de démons différents : les doutes religieux résultant des écrits de Charles Darwin et des philosophes positivistes, les machinations de l'inconscient, la perte de Dieu ou sa décou-

verte, la confrontation avec un échec ou, tout aussi effrayant, avec le succès. Ou peut être que ces tumultes psychologiques étaient créés par des cycles lunaires ou bien des corsets trop serrés. Malgré la multiplicité des théories, il y avait un consensus universel selon lequel un facteur de stress externe épouvantable ou un échec psychologique cruel était nécessaire pour faire basculer ces individus dans des parodies psychotiques d'eux-mêmes.

Cependant, ces théories sociales et psychologiques étaient fausses. Les pensées illogiques, les délires de grandeur et les perceptions étranges de ces patients n'avaient absolument rien à voir avec un stress ou un conflit psychologique et étaient entièrement induits par des lésions cérébrales et la physiopathologie qui en résultaient. Les lésions cérébrales qui produisent ces délires et ces démences étranges étaient le travail d'une énorme meute de très petits animaux.

Les bêtes en question, *Treponema pallidum*, sont de fins organismes dont les corps minuscules sont composés de 6 à 14 spirales se terminant par un fin flagelle. Ce sont des micro-organismes minuscules, de 6 à 15 microns de long et seulement 0,2 micron de large. Ils pénètrent dans le corps humain lors de l'acte sexuel. Ils induisaient la syphilis tertiaire ou cérébrale qui était directement à l'origine des comportements et des pensées étranges des patients qui remplissaient les asiles de l'Europe du XIX^e siècle. Chaque symptôme, chaque délire spécifique, chaque pensée illogique étaient le résultat direct de la neurosyphilis.

Il fallait souvent une bonne vingtaine d'années avant que ces patients ne commencent à présenter les symptômes de la neurosyphilis (appelée aussi paralysie générale), car c'était souvent le temps nécessaire pour que les micro-organismes envahissent les tissus cérébraux. Lorsque les cellules neuronales étaient détruites, la physiopathologie explosait. L'équilibre moléculaire fragile du cerveau était perdu et le voile de la raison se déchirait. Il ne devrait donc pas y avoir de débat pour déterminer si la physiopathologie peut engendrer directement des pensées étranges, des raisonnements illogiques ou même des hallucinations.

Notre première question trouve une réponse. La physiopathologie neuro-nale peut directement induire des symptômes psychiatriques majeurs et même des idées spécifiques comme les délires de grandeur ou de persécution. Rétrospectivement, cela paraît évident, car cela est constamment confirmé par l'expérience clinique quotidienne. Toute personne ayant travaillé dans un service d'urgences peut attester des changements directs des pensées et des perceptions lorsque la chimie cérébrale est perturbée par la cocaïne ou le LSD. Une consommation régulière d'amphétamines peut induire un délire de persécution qui n'est pas fondamentalement différenciable de celui présent dans la schizophrénie. Toute la personnalité d'un être humain peut être modifiée par la physiopathologie ; on constate les détériorations de la personnalité d'un patient au cours de l'aggravation physiopathologique

d'une maladie d'Alzheimer ou d'une tumeur du lobe frontal. Comme pour le *Treponema pallidum*, l'Alzheimer et la tumeur cérébrale détruisent les entrelacs délicats de l'architecture neuronale. De nos jours, nous savons que la biochimie anormale du cerveau peut directement induire les pensées étranges et les troubles de l'humeur dans des pathologies comme la schizophrénie ou les troubles bipolaires.

Rôle du cerveau : la seconde question

Le cerveau, lorsqu'il fonctionne mal, peut-il réellement créer des pensées suicidaires ? Une question secondaire serait : un dysfonctionnement cérébral peut-il intensifier ou augmenter la fréquence des idéations suicidaires qui sont, à l'origine, déclenchées par des facteurs de stress externes et/ou des conflits internes ? Pour répondre à ces deux questions, deux cas cliniques fournissent des indications surprenantes.

Steve : un cas clinique

Au début des années 1980, tard le soir, dans une chambre d'hôtel ordinaire près d'un petit hôpital, dans une petite ville au sud-est de Pittsburgh, en Pennsylvanie, je fus réveillé par le coup de téléphone d'une urgentiste. À l'époque, j'assurais l'astreinte psychiatrique de nuit pour le service d'urgences de l'hôpital local. Mon réveil affichait une heure du matin et, apparemment, c'était l'heure d'aller gagner mon salaire. Le patient, Steve, était un jeune homme d'environ 35 ans qui semblait en bonne santé. Il portait une chemise en laine à carreaux rouges et un vieux jean. Ses cheveux étaient un peu ébouriffés, à cause d'une semaine de nuits sans sommeil. Alors que je m'asseyais avec Steve, je remarquai son regard profondément inquiet et perplexe.

L'urgentiste m'informa qu'elle était préoccupée par son potentiel suicidaire, mais elle ajouta : « Il y a là quelque chose de vraiment étrange, quelque chose qui ne va pas. » Étant donné la présence d'idéations suicidaires, j'en déduisis naïvement que M. Jackson était dépressif. Notre conversation fut à peu près la suivante.

Dr Shea : M. Jackson, je vois, d'après les notes de l'urgentiste, que vous êtes dépressif, n'est-ce pas ?

M. Jackson : C'est ce qu'elle a écrit [dit-il en fronçant les sourcils] ?

Dr Shea : Eh bien, pas exactement. Elle a écrit que vous aviez des idéations suicidaires.

M. Jackson : [Acquiesçant de la tête] Ouais, c'est ce que j'ai dit. Je suis suicidaire, mais je ne suis pas dépressif.

Dr Shea : Que voulez-vous dire ?

M. Jackson : Docteur, vous n'allez pas me croire. Je ne deviens pas fou. Je ne sais pas, peut-être que oui. [Silence] J'ai une vie agréable. J'ai une femme merveilleuse, deux gosses fabuleux ; je suis un type chanceux. J'ai trouvé un bon travail après la

fermeture de l'aciérie Bethlehem. Je n'ai aucune raison d'être dépressif. [Silence] Et je ne le suis pas. C'est ce qui est si étrange.

Dr. Shea : Que voulez-vous dire par étrange ?

M. Jackson : Il y a environ un mois, j'ai commencé à penser à mettre fin à mes jours. C'est vraiment incroyable. Je n'ai vraiment aucune raison de vouloir me tuer. Mais ces pensées sont là. [Silence] Ce sont des pensées effrayantes. Des pensées sombres.

Dr Shea : De quelle manière avez-vous pensé le faire ?

M. Jackson : En me tirant une balle, je ne sais pas, ou en prenant des médicaments. Je ne pense d'habitude pas à ça, mais ces pensées empirent. Je ne sais vraiment plus quoi faire. C'est si bizarre. Vous pouvez demander à ma femme, elle est venue jusqu'ici avec moi. Je ne suis jamais comme ça.

Naturellement, je procédai d'abord à une évaluation méticuleuse de son potentiel suicidaire. Je contrôlai aussi soigneusement les symptômes neurovégétatifs et les symptômes atypiques de la dépression. Parfois, les patients n'ont absolument pas conscience qu'ils sont dépressifs parce qu'ils n'ont pas l'habitude de s'appliquer ce genre d'étiquette ou parce qu'ils se demandent si cette étiquette sera perçue par autrui comme un signe de faiblesse ou d'échec. Alors que j'avais dans mon investigation, les choses devinrent, comme l'aurait dit Alice au Pays des Merveilles, « de plus en plus curieuses ». M. Jackson n'avait que quelques symptômes dépressifs. Son sommeil était de plus en plus agité et sa concentration et son énergie s'affaiblissaient, mais ces symptômes dépressifs semblaient tous être des réponses directes à ses inquiétudes au sujet de cette apparition inattendue et inexplicable d'idées suicidaires.

Je me demandai s'il ne développait pas une forme de trouble obsessionnel compulsif. Cependant, après l'avoir davantage interrogé, je chassai cette idée. Il ne présentait pas du tout la phénoménologie typique associée habituellement aux troubles obsessionnels compulsifs. Le plus surprenant était son propre étonnement. Il était si sincère, si intense, que cela était perturbant. Notre conversation se poursuivit plus tard, alors que j'essayais de compléter mes données avec ses antécédents médicaux.

Dr Shea : M. Jackson, vous m'avez dit précédemment que vous vous sentiez en pleine forme. Prenez-vous des médicaments pour un quelconque problème médical ?

M. Jackson : Absolument pas. [Il s'arrête et réfléchit]

Dr Shea : Oui ?

M. Jackson : Eh bien, je prends quelque chose, mais pas parce que je souffre d'un problème chronique ou de tout autre problème.

Dr Shea : Quel médicament prenez-vous ? Vous souvenez-vous de son nom ?

M. Jackson : Je crois que cela s'appelle amarine ou quelque chose comme ça.

Dr Shea : Amantadine ?

M. Jackson : Oui, c'est ça.

Dr Shea : Vous souvenez-vous pourquoi vous êtes sous amantadine ?

M. Jackson : Mon médecin dit que c'est un traitement préventif de la grippe.

Dr Shea : Oui, c'est parfois utilisé dans cette indication. [Silence] Quand avez-vous commencé à le prendre ?

M. Jackson : Il y a environ deux mois. Pensez-vous que cela puisse avoir un lien avec tout ça [avec un regard incrédule et plein d'espoir] ?

Dr Shea : Pas vraiment. Mais je vais vérifier et voir si cela a déjà été associé à la dépression. Je reviens tout de suite.

L'amantadine est plus couramment utilisée pour soulager les raideurs épouvantables provoquées par la maladie de Parkinson que comme traitement préventif de la grippe. Dans cette indication, il a apporté un immense soulagement à de nombreuses personnes. Je doutais que le problème vienne de là, mais cela valait la peine de vérifier. Je retournai dans le bureau des infirmiers et consultai le *Physician's Desk Reference* (PDR)¹. En parcourant la partie concernant les effets secondaires de l'amantadine, une phrase accrocha mon regard. Elle se situait tout en bas de la liste des effets secondaires neuropsychiatriques, de manière anodine et relativement inattendue, probablement parce que cet effet avait rarement été rapporté. Lorsque je retournais voir Steve, je prononçai ces cinq mots : « Arrêtez l'amantadine dès ce soir. »

Si aujourd'hui vous consultez le PDR à la rubrique amantadine, vous trouverez une mise en garde en caractères gras à propos d'un effet secondaire. Cette mise en garde est encore plus explicite que celle que je me souviens avoir lue la nuit où j'ai vu Steve, sans doute la confirmation de la réapparition de cet effet secondaire au cours des années : « **Tentatives de suicide** : des tentatives de suicide, dont certaines ont été fatales, ont été rapportées chez les patients traités avec du Symmetrel® (amantadine), beaucoup d'entre eux en prenaient sur de courtes périodes, en traitement curatif ou prophylactique de la grippe. L'incidence de ces tentatives de suicide n'est pas connue et leurs mécanismes physiopathologiques ne sont pas encore compris. Les tentatives de suicide et les idéations suicidaires ont été rapportées chez des patients avec ou sans antécédents de pathologies psychiatriques. » [16]

L'amantadine, comme bon nombre d'autres médicaments, peut, dans des cas relativement rares, créer un état dépressif, mais cet état dépressif n'est pas le sujet de la mise en garde. La mise en garde ne dit pas que l'amantadine peut induire un état dépressif avec secondairement des idéations suicidaires. Elle dit que l'amantadine, elle-même, peut créer des idéations suicidaires. Nous ne savons pas comment. La réponse à notre seconde question – le cerveau peut-il créer des idéations suicidaires ? – est un « oui » massif. Comme une nuée de spirochètes déclenchant un délire de persécution spécifique chez un patient

1. Ouvrage médical de référence nord-américain, équivalent du Vidal français. [NdT]

atteint de neurosyphilis, il apparaît que, dans quelques rares cas, l'amantadine peut, au niveau biochimique, déclencher les circuits neurophysiologiques qui dictent à un être humain de mettre fin à sa vie.

L'amantadine nous fournit un exemple sur la façon dont une substance exogène introduite dans le cerveau peut occasionnellement induire des effets physiopathologiques. Cette anomalie particulière déclenche, d'une manière inexplicée, des idéations suicidaires. À certains égards, cette information n'est pas vraiment surprenante. Les idéations suicidaires étaient relativement fréquentes chez les patients qui souffraient de paralysie générale, là où les spirochètes étaient à l'œuvre. De plus, il a été démontré que le LSD, une autre substance exogène, déclenche des idéations suicidaires chez des patients sans antécédent de pensées suicidaires.

Par ailleurs, le phénomène de l'amantadine soulève une autre question obsédante : s'il est clair qu'une substance exogène peut induire des idéations suicidaires, est-il possible qu'une substance endogène crée des idéations suicidaires ? Formulée différemment : est-il possible que l'interruption spontanée d'une connexion neuronale, comme cela semble se produire dans certaines dépressions biologiques, puisse entraîner la création directe d'idéations suicidaires ? Les idéations suicidaires, dans ce cas, ne seraient pas une réponse psychologique à l'apparition de symptômes dépressifs graves. Il s'agirait plutôt d'un symptôme isolé de dépression, directement induit par un dysfonctionnement biochimique et pas nécessairement en relation avec des stress environnementaux ou provoqué par un conflit psychologique.

Pat : un deuxième cas clinique

De nombreuses années après cette expérience aux urgences avec M. Jackson, j'avais terminé mon internat et j'étais resté comme enseignant au Western Psychiatric Institute and Clinic. Il était 15 heures et j'attendais de voir, en consultation externe, une patiente que je suivais depuis plusieurs années. La patiente, Pat, avait bien répondu à son traitement : un antidépresseur et une association de thérapies cognitives et psychodynamiques.

Pat était une femme agréable, d'âge moyen, qui avait une façon de se déprécier qui ne lui rendait pas justice. Mais cela lui servait également un peu de refuge contre sa colère passive à l'égard d'autrui, y compris son mari et ses enfants. Au cours des deux dernières années, elle avait souffert d'une dépression majeure avec idéations suicidaires. Pat avait dû être hospitalisée pendant plusieurs mois. Les médecins hospitaliers avaient eu beaucoup de mal à trouver un traitement antidépresseur qui lui convienne. Six molécules différentes avaient été utilisées ; toutes avaient échoué. Finalement, le nombre sept leur porta chance. Pat répondit extrêmement bien au Parnate®, un antidépresseur spécifique appartenant à la classe des inhibiteurs des monoamines oxydases (IMAO). Les résultats furent spectaculaires. Pat revivait. C'était une vie sans idéation suicidaire.

J'étais le psychothérapeute qui la suivait en ambulatoire et celui qui lui prescrivait le Parnate®. Pat progressa assez bien en psychothérapie au cours de l'année et demie qui suivit. Elle n'avait pas présenté le moindre symptôme dépressif depuis environ sept mois. Elle avait hâte d'essayer une période sans traitement médicamenteux, projet que j'approuvais. Nous espérions, tous deux, que le Parnate® (SmithKline Beecham) avait eu, d'une façon ou d'une autre, un effet suffisamment durable pour que son cerveau produise et transmette de la sérotonine, dont le taux est souvent faible chez les patients souffrant d'états dépressifs.

Après l'arrêt du médicament, tout alla bien pendant environ quatre mois. Puis, un jour, Pat entra dans mon bureau l'air dépité. Je ne l'avais pas vue depuis deux semaines. Les symptômes dépressifs étaient revenus. Elle avait même commencé à avoir quelques idées de suicide. Je trouvais étonnant de pouvoir constater qu'elle était dépressive après l'avoir écoutée quelques minutes. Certains de ces anciens troubles cognitifs, comme la surgénéralisation, étaient réapparus. Elle reprit son traitement, le Parnate®. La dépression disparut totalement en trois semaines. Même ses troubles cognitifs s'évanouirent comme si on avait appuyé sur un bouton. Le lien entre sa biochimie et sa production de troubles cognitifs me fascinait. Absolument rien n'avait changé concernant les stress de sa vie ou la psychothérapie en elle-même.

Environ un an plus tard, nous essayâmes d'interrompre à nouveau le traitement, espérant que les nombreux mois sous Parnate® avaient « verrouillé » les changements biochimiques et avaient redonné à son cerveau un équilibre chimique normal. Nous étions pleins d'espoirs. L'année avait été bonne.

Cette fois-ci, Pat n'était plus sous Parnate® depuis presque cinq mois. Lorsqu'elle entra dans mon bureau, je constatai son sourire dépité.

Pat : Eh bien, ça recommence.

Dr Shea : Je suis désolé d'entendre ça.

Pat : Oui, moi aussi. Ça ne va pas si mal que ça. Mais je peux le sentir. Ce n'est pas grand-chose.

Dr Shea : Oui, mais c'est frustrant. [Silence] Que remarquez-vous ?

Pat : Pas grand-chose, vraiment. Mais je sens que mon énergie diminue. Ma concentration commence à faiblir. Mais je ne suis pas encore réellement dépressive. Vraiment pas. Je suis encore à huit sur dix sur l'échelle de mon humeur, mais ça commence à revenir. Je peux le sentir. [Silence] C'est ça qui est drôle.

Dr Shea : Que voulez-vous dire ?

Pat : Je deviens suicidaire.

Dr Shea : Quoi ? [Quelque peu effrayé]

Pat : Oh, n'ayez crainte [elle sourit], je ne vais pas me faire de mal. C'est seulement très bizarre, Dr Shea. Je ne suis pas vraiment très dépressive, mais j'ai des idées de suicide plutôt fortes. Avec plans et tout. Les pensées viennent tout simplement, exactement comme lorsque j'étais hospitalisée et très dépressive. C'est sinistre. Mais je ne le ferai pas. Je ne veux pas le faire. C'est seulement là. Je pense que nous devrions reprendre le Parnate®.

Dr Shea : Vous n'avez pas à me convaincre [nous avons ri tous les deux].

Il est important de noter que, comme lors de notre première interruption du Parnate[®], aucun nouveau stress environnemental ou conflit psychologique n'était apparu. En fait, Pat allait même beaucoup mieux grâce à sa thérapie cognitive. Nous reprîmes le Parnate[®] et, en l'espace de dix jours, toutes les idées suicidaires s'évanouirent. Pouf ! Comme par magie. Pat gérait bien son traitement antidépresseur au long cours. La physiopathologie de son cerveau avait directement créé les pensées qui auraient pu le conduire à sa propre autodestruction.

Il est intéressant de noter la croissance des preuves scientifiques qui étayent cette supposition clinique ; et plus particulièrement les différentes études sur les concentrations d'un neurotransmetteur, la sérotonine, l'une des principales molécules messagères entre les neurones cérébraux. Les quantités de ce transmetteur particulier sont augmentées par de nombreux antidépresseurs, y compris des médicaments très connus comme le Prozac[®] (Eli Lilly), le Paxil[®] (SmithKline Beecham) et le Zoloft[®] (Pfizer). Tous trois semblent augmenter la quantité relative de sérotonine libérée dans les fentes synaptiques. Une fois que la sérotonine est relâchée, sa recapture par sa cellule « parente » est ralentie ou partiellement bloquée par le traitement médicamenteux.

Cette association entre un blocage de la recapture de la sérotonine (ce qui augmente la concentration de sérotonine) et une amélioration de l'humeur a conduit les chercheurs à émettre l'hypothèse selon laquelle la dépression peut en partie s'expliquer par un niveau trop faible de sérotonine cérébrale chez certains patients dépressifs.

Une fois que la sérotonine a été utilisée par les neurones, elle est finalement décomposée et transformée en un métabolite appelé l'acide 5-hydroxy-indolacétique (5-HIAA). Ce métabolite apparaîtra dans le liquide céphalorachidien des patients. Plus la concentration dans le liquide céphalorachidien est importante, plus la sérotonine est transmise par le cerveau. Par conséquent, on pourrait s'attendre à ce que, chez les patients dépressifs supposés avoir un taux de sérotonine trop faible au départ, on constate de faibles taux de 5-HIAA. Et c'est le cas. Encore plus intéressante est la découverte selon laquelle les patients dépressifs qui tentent de se suicider ont, dans leur liquide céphalorachidien, des niveaux de 5-HIAA encore plus bas. Ce niveau anormalement bas est particulièrement fréquent chez les patients qui ont recours à des moyens violents pour se suicider comme la pendaison, la noyade, une arme à feu ou une blessure profonde, contrairement à des techniques moins violentes comme l'intoxication médicamenteuse [17, 18].

Que faut-il faire de ces connaissances ? Nous ressentons un émerveillement en améliorant notre compréhension des interactions entre l'environnement, les fonctions cognitives et la biologie. Il est fort probable que les variations spontanées de la neurotransmission puissent réellement créer ou au moins prédisposer un individu à certains types de pensées, comme les

déformations cognitives présentes dans les dépressions. D'après mon expérience, il est certain que des dysfonctionnements biochimiques peuvent créer des idéations suicidaires chez certains individus, comme j'ai pu le constater pour Steve et Pat.

Non seulement la biochimie peut affecter les capacités cognitives, mais il est de plus en plus souvent prouvé que les thérapies cognitives peuvent effectivement corriger la physiologie du cerveau. Par exemple, des recherches actuelles démontrent que les images des anomalies cérébrales, visualisées grâce à un PET-Scan (tomographie à émission de positons), chez des personnes souffrant de troubles obsessionnels compulsifs graves, disparaissent totalement après un traitement efficace comportant des traitements cognitifs et comportementaux, sans traitement médicamenteux [19].

Une exposition longue à des stress environnementaux, si elle est perçue par le patient comme grave, peut probablement changer également la biochimie cérébrale ; mais cette fois pour le pire. Nous pouvons donc postuler qu'Elizabeth Siddal, après la naissance de son enfant mort-né, a pu acquérir une dépression biologique endogène en plus de sa dépression réactive à ce facteur externe de stress. Cette dépression biologique aurait pu déclencher des idéations suicidaires ou intensifier celles déjà présentes. Ce cercle vicieux dépressif aurait pu ensuite être exacerbé par une propension grave au développement des troubles cognitifs souvent observés chez les patients dépressifs et suicidaires. La présence de ces déformations cognitives inadaptées n'aurait pu qu'aggraver sa dépression et son désespoir.

Les trois facteurs étiologiques décrits dans ce chapitre sont capables d'induire des idéations suicidaires et peuvent affecter n'importe quel individu. Par exemple, ces trois facteurs auraient joué un rôle dans la mort de Kurt Cobain, notre prototype d'individu chez lequel un conflit interne et/ou des troubles cognitifs étaient considérés comme la principale étiologie à l'origine de son suicide. La biologie peut aussi avoir joué un rôle ; une longue période de consommation de drogue a pu contribuer à la survenue de sa dépression et peut même avoir déclenché une dépression endogène, amplifiant ensuite l'intensité de ses idéations suicidaires. Pour Cobain, tous ces facteurs ont pu rendre plus difficile la gestion de la multitude de stress qui l'entourait : une gloire grandissante, des demandes de tournées et d'enregistrements épuisants, et des relations tendues avec sa femme.

En résumé, la physiopathologie du cerveau peut théoriquement augmenter le risque de suicide de cinq manières.

1. Le patient développe par réaction des idéations suicidaires en réponse à des symptômes dépressifs graves induits par une dépression endogène spontanée (probablement la circonstance la plus fréquente).
2. La physiopathologie d'une dépression endogène crée directement des idéations suicidaires (comme nous l'avons vu avec Pat).

3. Les facteurs externes de stress ou les conflits psychologiques et/ou les troubles cognitifs déclenchent une dépression biologique qui augmente alors l'intensité et/ou la fréquence des idées suicidaires primaires induites par des stress externes et/ou des conflits psychologiques (comme nous l'avons vu avec Elizabeth Siddal et Kurt Cobain).
4. La physiopathologie induite par des sources exogènes (les drogues, les médicaments et les toxines) provoque une dépression à laquelle le patient répond psychologiquement par le développement d'idées suicidaires. (Cela a pu être un facteur chez Elizabeth Siddal, en raison de sa consommation chronique de laudanum.)
5. La physiopathologie induite par des sources externes (les drogues, les médicaments et les toxines) crée directement ou intensifie des idéations suicidaires induites par des facteurs externes de stress et/ou des conflits psychologiques (comme nous l'avons vu avec Steve Jackson et l'amantadine).

Ces cinq concepts entraînent différentes considérations cliniques pratiques. Il ne faut jamais sous-estimer le rôle possible de la biologie en tant que force étiologique du suicide. Il est toujours facile de voir les raisons environnementales et psychologiques supposées du développement d'idéations suicidaires ; tout comme il était facile pour les experts victoriens d'inventer des raisons sociales et psychologiques convaincantes et néanmoins fausses pour des troubles mentaux induits par la neurosyphilis.

En ce qui concerne la dépression, on ne peut que rarement être totalement certain que la biologie joue un rôle. Si un de vos patients a développé des idées de suicide qui sont plus qu'éphémères, je crois qu'il faut réaliser une évaluation de ce patient pour déterminer la prescription éventuelle d'un antidépresseur. Même si un stress a clairement été identifié, comme la mort d'un enfant ou du conjoint, cela n'exclut pas la possibilité que le patient ait développé également une dépression biologique, peut-être déclenchée par ce facteur de stress grave. Cette dépression biologique peut alors créer et/ou intensifier l'idéation suicidaire du patient. En permettant un retour à la normale des niveaux de sérotonine du patient, le clinicien pourrait lui sauver la vie. De même, toute personne présentant une dépression confirmée doit bénéficier d'un examen physique et d'une évaluation de son fonctionnement thyroïdien. De nombreuses pathologies physiques peuvent se traduire par une dépression ou une anxiété, y compris le cancer et divers troubles hormonaux.

Malgré des améliorations réelles concernant à la fois les stress environnementaux et les troubles cognitifs, l'équilibre biologique d'un patient peut encore le pousser au suicide. Cette possibilité renforce le constat préalable : il faut continuer à surveiller l'idéation suicidaire à chaque séance, quelles

que soient les améliorations obtenues grâce à la thérapie en cours, jusqu'à ce qu'on soit certain que le patient n'ait plus la moindre idée de suicide.

La remontée du maelström : conclusions

Lorsque le protagoniste du conte de Poe descend dans le maelström, il découvre un monde effroyable de voiles en lambeaux et de mâts brisés. Il n'a aucun doute, tout est perdu ; la mort est imminente. Il éprouve le même sentiment de désespoir que ceux qui ont eu des idées de suicide intenses. Puis, alors qu'il est profondément enfoui dans les tumultes de ce maelström, le marin de Poe découvre une nouvelle émotion : « Ce n'était pas une nouvelle terreur qui m'affectait ainsi, mais l'aube d'une espérance bien plus émouvante. Cette espérance surgissait en partie de ma mémoire, en partie de l'observation présente » [20]¹. Le marin retrouve à la fois son désir et sa capacité à résoudre des problèmes. La solution à ce dilemme surgit de ses souvenirs des propriétés des objets flottants en fonction de leurs formes. Il s'est ensuite attaché à un tonneau en bois qui flottait sur l'écume des parois du maelström et est remonté à la surface.

Notre travail est d'aider les patients à trouver les « tonneaux qui flottent » et des alternatives au suicide. Comme le protagoniste du conte de Poe, les espoirs de nos patients proviennent en partie de leurs propres souvenirs. Dans ce cas, c'est la renaissance de souvenirs de succès antérieurs, de moments au cours desquels ils ont triomphé de grands défis. Nous sommes là pour rallumer la flamme de leur mémoire et les diriger vers cette sensation de maîtrise qui soutient la vie et sème l'espoir.

Comme pour le protagoniste de Poe, cet espoir naissant peut s'épanouir grâce à la revitalisation de la capacité à résoudre des problèmes de nos patients. Ils trouvent de nouvelles solutions à d'anciens problèmes, solutions qui sont à la fois plus pratiques et qui, finalement, coûtent bien moins que le suicide. Enfin, nous sommes moins intrigués par la descente du marin de Poe dans un maelström que par le fait qu'il parvienne à en ressortir. Cette remontée sert à nous rappeler les mystères de notre travail.

1. Edgar Allan Poe, *Contes, essais, poèmes, op. cit.*, p. 554. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Références

1. Poe, E.A.: *Tales of Edgar Allan Poe*. Franklin Center, Pennsylvania, The Franklin Library, 1974.
2. Daly, G.: *Pre-Raphaelites in Love*. New York, Ticknor & Fields, 1989, pp. 100–101.
3. Weintraub, S.: *Four Rossettis*. New York, Weybright and Talley, 1977, p. 117.
4. Weintraub, S., 1977, p. 117.
5. Weintraub, S., 1977, p. 121.
6. Weintraub, S., 1977, p. 122.
7. Fremon, C.: Love and death. In *Suicide: Right or Wrong, 2nd Edition*, edited by J. Donnelly. Amherst, New York, Prometheus Books, 1998, p. 77.
8. Stokes, H.S.: *The Life and Death of Yukio Mishima, Revised Edition*. The Noonday Press, 1995, pp. 9–34.
9. Website [<http://ourworld.compuserve.com/homepages/gracefyr/greatone.htm>], 1/13/98.
10. Beck, A.: Hopelessness and suicidal behavior. *Journal of the American Medical Association* 234: 1146–1149, 1975.
11. Chiles, J.A. and Strosahl, K.D.: *The Suicidal Patient: Principles of Assessment, Treatment, and Case Management*. Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc., 1995, p. 60.
12. Frankl, V.W.: *The Doctor and the Soul*. New York, Vintage Books, 1973.
13. Alvarez, A., 1971, p. 131.
14. Linehan, M.: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press, 1993.
15. Chiles, J.A. and Strosahl, K.D., 1995.
16. Physician's Desk Reference (PDR) 51st Edition: Montvale, New Jersey, Medical Economics Company, Inc., 1997, p. 966.
17. Brown, G.L., Ebert, M.H., Boyer, P.F., et al: Aggression, suicide and serotonin: Relationships to CSF amine metabolites. *American Journal of Psychiatry* 139: 741–746, 1982.
18. Traskman-Bendz, L., Alling, C., Orelund, L., et al: Prediction of suicidal behavior from biologic tests. *Journal of Clinical Psychopharmacology (supplement)* 12: 21s–26s, 1992.
19. Baxter, Jr., L.R.: Positron emission tomography studies of cerebral glucose metabolism in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry (supplement)* 55: 54–59, 1994.
20. Poe, E.A., 1974, p. 40.

Facteurs de risque : les précurseurs du décès

Des cas de suicide sont trouvés à tous les âges, y compris chez les jeunes enfants. Nous avons déjà vu que c'était souvent héréditaire, et qu'au fil des générations, ces suicides pouvaient alterner avec d'autres formes de folies. Ils sont environ trois fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Les statistiques les plus récentes et fiables semblent indiquer que leur fréquence est en augmentation avec un taux étonnant et quasi progressif.

W. Griesinger, M.D., University of Berlin, 1882 [1]

Introduction

Il est important de comprendre la différence entre « facteurs de risque » et « prédicteurs de risque ». Un facteur de risque est la caractéristique d'un vaste échantillon de personnes ayant commis un suicide et qui apparaît comme étant statistiquement plus fréquent que prévu. Au contraire, un prédicteur de risque est la caractéristique d'un individu donné indiquant la vraisemblance de l'imminence du suicide de ce même individu. Les facteurs de risque comportent souvent des paramètres démographiques (comme l'âge ou le sexe), les conditions de vie (comme la présence d'un facteur de stress sévère ou le manque d'une personne chère), des antécédents associés (un membre de la

famille s'est suicidé ou le patient a des antécédents de tentative de suicide) et l'état de santé du patient (comme la présence d'une dépendance grave à l'alcool ou d'une psychose).

On a toujours espéré que si les facteurs de risque étaient étudiés dans leur ensemble chez un patient donné, ils pourraient aussi servir de facteurs prédictifs fiables qui avertiraient le clinicien de l'existence d'un danger immédiat de suicide. Ce n'est pas le cas. Aucune recherche n'a montré que la présence d'une quelconque série de facteurs de risque pouvait permettre de prédire avec précision l'imminence d'un suicide.

Un exemple peut nous aider à illustrer ce dilemme. Évaluons le danger potentiel d'un patient grâce à l'utilisation de l'échelle SAD PERSONS [2], une échelle de facteurs de risque de 10 points que nous utiliserons ultérieurement dans ce chapitre. Elle comprend 10 facteurs de risque. La présence de chaque facteur vaut un point. Plus la personne est proche de 10, plus elle est supposée être en danger. Mais est-ce vrai ?

Examinons une femme d'âge moyen présentant les caractéristiques suivantes : elle n'est pas particulièrement dépressive, elle n'a jamais tenté de se suicider, elle ne consomme pas d'alcool ni de drogue, elle possède un entourage familial aimant (avec deux parents en bonne santé et trois frères affectueux qui vivent près de chez elle), elle a un époux merveilleux, elle n'a aucun projet de suicide organisé et ne souffre d'aucune maladie chronique. Il lui manque neuf des dix facteurs de risque de l'échelle SAD PERSONS. Le score le plus élevé qu'elle pourrait atteindre serait un sur dix (en admettant qu'elle possède le dernier facteur de risque). En utilisant cette échelle, le clinicien évaluerait que le niveau de risque immédiat de cette patiente est relativement faible.

Le dernier risque figurant sur cette échelle est la présence d'un processus psychotique. Notre patiente hypothétique est malheureusement plongée dans les affres d'une psychose puerpérale. Elle est convaincue que des démons ont pris possession de sa fille et la torturent continuellement. La voix du principal démon, qui, croit-elle, est Satan lui-même, la pourchasse chaque minute. Il la sermonne et la harangue : « Tu dois payer pour tes péchés. Tue-toi *maintenant* ou nous torturerons ta fille à tout jamais. » Cette femme se tourne alors vers son médecin et le supplie instamment : « *Faites* quelque chose. Vous devez les arrêter. Je ne peux pas les laisser lui faire ça. Vous devez les arrêter. »

Notre échelle de risque a échoué en tant que prédicteur. La patiente, malgré un score très bas sur l'échelle SAD PERSONS, présente un risque potentiel très élevé. Une hospitalisation en urgence s'impose.

Si les facteurs de risque ne sont pas forcément de bons prédicteurs de risque, on pourrait se demander pourquoi nous les étudions tous. La réponse réside dans l'utilité des facteurs de risque à alerter le clinicien non pas que le patient *est* à risque plus élevé mais qu'il y a de bonnes raisons de suspecter que le patient *pourrait être* à risque plus élevé. Dans une telle situation, l'approche

du clinicien nécessite une ténacité particulière. Elle peut même annoncer l'une des situations les plus dangereuses qui soient : un patient ayant réellement décidé de se tuer et qui tente de cacher cette information. La présence d'un grand nombre de facteurs de risque peut également indiquer que des sources d'informations complémentaires doivent être investiguées. Elles peuvent fournir une description de l'intention suicidaire du patient nettement différente de celle donnée par le patient lui-même. En résumé, la découverte de nombreux facteurs de risque peut déclencher des soupçons à la fois analytiques et intuitifs indiquant que la situation est plus grave qu'elle ne le paraît.

La recherche des facteurs de risque offre également d'autres avantages ; parfois, elle suggère un questionnement adapté. Le processus psychotique peut nécessiter des questions spécifiques, par exemple quant à la présence d'hallucinations impérieuses, qui ont servi d'alerte chez la patiente décrite ci-dessus. La recherche et la formulation systématiques des facteurs de risque ont, par ailleurs, une fonction pratique supplémentaire : habituer le clinicien à envisager le risque de suicide pour chaque patient. Ce réflexe clinique ne peut que se révéler bénéfique au fil du temps. Il déclenchera une investigation des idées de suicide méticuleuse même lorsque le clinicien est sous pression, fatigué, surchargé ou tout simplement dans un « mauvais jour ».

Deux cas cliniques amorceront notre investigation et notre analyse des facteurs de risque. Avec ces études de cas, nous tenterons d'atteindre les objectifs suivants :

1. présenter les facteurs de risque fréquents associés au suicide, cités ci-dessus ;
2. montrer les questions spécifiques à utiliser en vue d'une recherche efficace de ces facteurs ;
3. illustrer l'utilisation de techniques d'entretien avancées en relation avec la présence de facteurs de risque spécifiques (comme les questions à poser aux patients psychotiques) ;
4. présenter brièvement les facteurs de risque chroniques et aigus en se fondant sur la présence ou l'absence de facteurs de risque spécifiques.

Cas clinique n° 1 : M. Fredericks

M. Fredericks, âgé de 21 ans, se présente au service d'urgences un dimanche après-midi, vers 15 heures. Il préfère qu'on l'appelle « Jimmy » et s'empresse de dire : « Je ne suis pas là pour une urgence. Je peux revenir une autre fois, si vous êtes occupés. J'ai seulement besoin qu'on m'aide à gérer mon stress. Je suis réellement très stressé. » Jimmy est étudiant en troisième année dans une université prestigieuse, dans laquelle il obtient une moyenne générale remarquable (environ 18/20). Il est bien parti pour faire des études dentaires, à la grande fierté de ses parents.

Jimmy passe l'été à l'école. Il travaille dans un cabinet dentaire proche, avec pour objectif de rallonger une liste déjà pleine à craquer de travaux extra-universitaires. Son léger T-shirt rouge et son bermuda flottent sur une mince silhouette musclée grâce à un programme de jogging astreignant. Ses cheveux bruns, coupés court, ornent un visage légèrement hâlé et fraîchement rasé. Son visage est quelque peu curieux, moins par ce qu'il montre que par ce qu'il ne montre pas. Jimmy a une expression affective réduite bien qu'il parvienne à afficher un sourire penaud mais pourtant charmeur, particulièrement lorsqu'il se sent gêné. De tels moments ne sont pas rares au cours de notre entretien. Malgré ses nombreuses réussites universitaires, Jimmy est d'une modestie réconfortante. Il est aussi très inquiet.

La principale plainte est : « Je suis totalement stressé, je ne peux pas m'empêcher d'être anxieux. Je n'arrive pas à me détendre. » Il attribue cette situation à son esprit de compétition extrême : « C'est comme s'il y avait un homme dans ma tête qui me pousse constamment. J'ai sans cesse l'impression de ne pas être assez bon. Obtenir une moyenne générale de 18/20 n'est pas suffisant. Je dois obtenir un 20/20. » Cette dernière déclaration se conclut par un de ses sourires gênés. « Je sais, je ne devrais pas parler comme ça. Ça donne l'impression que je m'autocongratule. Mais c'est ce que je ressens. » Jimmy s'interrompt puis répète : « Je sais, je ne devrais pas parler comme ça. »

Il nie se sentir déprimé et évoque peu de symptômes neurovégétatifs de la dépression à l'exception de troubles du sommeil. La discussion sur ses troubles du sommeil provoque un autre sourire penaud. Il ajoute qu'il a pris quelques pilules « stimulantes » pour se doper en prévision d'un examen. « Je sais que ce n'est pas bien. Et je ne le ferai plus. » Le besoin de Jimmy de faire plaisir à l'interlocuteur est douloureusement tangible. Celui-ci a presque l'impression d'assister à une confession. Un questionnaire approfondi révèle seulement quelques incidents de prise de stimulants. Les adolescents sont réputés pour minimiser leur consommation de drogues, mais Jimmy donne l'impression de dire la vérité. Il affirme ne pas consommer d'alcool, de LSD, de crack, de marijuana ou tout autre drogue.

Lorsqu'on lui demande s'il veut se tuer, Jimmy fait le commentaire suivant : « Pas vraiment. Mais je me sens parfois poussé à le faire. Mais je sais que c'est mal. » Lorsqu'on lui demande d'être plus précis, Jimmy nous répond de son habituel sourire et change rapidement de sujet. « Je ne vais pas me tuer. C'est pour ça que je suis là. Je pense que j'ai besoin d'une thérapie. Quelque chose ne va pas. La vie peut être si stressante. Vous savez, même le samedi soir, à minuit, j'ai encore l'impression que je devrais être à la bibliothèque en train d'étudier. Et ça, ça n'est pas normal. »

À la fin de l'entretien, Jimmy semble bien engagé et à l'aise à l'idée d'un suivi thérapeutique en ambulatoire. Mais le clinicien ne se sent pas aussi tranquille. Peut-être qu'un examen des facteurs de risque de Jimmy pourrait aider à expliquer les inquiétudes du clinicien.

L'âge et le sexe de Jimmy concordent avec un risque accru. En ce qui concerne le sexe, les hommes décèdent plus fréquemment par suicide que les femmes, avec un ratio de trois hommes pour une femme. D'un autre côté, les femmes tentent trois fois plus de se suicider que les hommes [3]. Ce taux élevé d'« efficacité suicidaire » chez les hommes est peut-être lié à la nature des

moyens choisis pour se suicider. Les hommes choisissent plus fréquemment des armes à feu ou d'autres méthodes violentes plus fiables pour se tuer.

Généralement, le risque de suicide devient plus important avec l'âge dans les deux sexes. Chez les femmes, le taux de suicide augmente jusqu'au milieu de la vie et se stabilise ensuite. Chez les hommes, le taux de suicide augmente rapidement avec l'âge ; les taux les plus élevés sont observés chez les hommes blancs de 70 ans et plus. Mais la courbe des suicides chez l'ensemble des hommes se complique d'une tendance bimodale. Un second pic est constaté à la fin de l'adolescence [4], un point particulièrement important en ce qui concerne Jimmy.

Malheureusement, ces dernières années, on a constaté une augmentation nette de la fréquence des tentatives de suicide chez les adolescents ; le suicide représente, de nos jours, la troisième cause de décès chez les jeunes Américains¹. Bien que traditionnellement les hommes caucasiens aient un risque plus élevé, on a constaté une augmentation inquiétante des suicides chez les adolescents, aussi bien parmi les Afro-Américains que chez les Amérindiens [5]. Entre 1952 et 1992, le taux de suicide a triplé dans le groupe des jeunes de 15 à 24 ans [6]. Il a été estimé qu'un nombre spectaculaire d'adolescents et de jeunes adultes (un demi-million) commet des gestes suicidaires ou des tentatives de suicide chaque année [7]. De plus, un clinicien devrait toujours garder à l'esprit que même si les jeunes enfants sont beaucoup moins susceptibles de se suicider, ils le font tout de même. Comme je l'ai mentionné dans le chapitre 1, ce constat est souligné par le recensement de 1995 qui faisait état de 330 suicides d'enfants âgés de 10 à 14 ans [8].

L'âge de Jimmy nous suggère un autre facteur de risque important : la consommation d'alcool et/ou de drogues. Son aveu concernant sa consommation de « stimulants » était inquiétant et indiquait une raison possible de son anxiété et de ses troubles du sommeil. Mais s'il dit la vérité, une si petite quantité d'amphétamine n'est généralement pas à l'origine d'une si grande détresse.

L'abus chronique d'alcool ou de drogue représente un facteur de risque significatif car ces agents peuvent diminuer le contrôle des impulsions ou déclencher un processus psychotique. Mais, au-delà d'une perte du contrôle des pulsions, l'alcool peut aussi engendrer, à long terme, des problèmes liés à des idéations suicidaires. On a démontré que les personnes souffrant d'une dépression chronique directement induite par une consommation abusive d'alcool, ont un risque significativement plus élevé de commettre une tentative de suicide grave [9].

1. Le suicide est la deuxième cause de décès chez les 15-24 ans en France, après les accidents de la circulation. Les homicides, très fréquents dans cette tranche d'âge aux États-Unis, font que le suicide ne soit que la troisième cause de décès. [NdC]

Un patient souffrant d'intoxication alcoolique aiguë présente un problème particulier car cette intoxication prédispose le patient à une tentative de suicide, et ce de deux manières. Premièrement, le contrôle des impulsions de cette personne peut être considérablement amoindri. Deuxièmement, à cause de troubles cognitifs, le patient peut involontairement se suicider ; par exemple, en oubliant qu'une grande quantité de pilules a déjà été prise auparavant, dans la soirée, et en avaler ensuite « juste quelques-unes de plus ». De telles erreurs de calcul peuvent se solder par une intoxication fatale. À cause de ces dangers, même les alcooliques chroniques, habitués des services d'urgence, qui se présentent avec des idées suicidaires graves en état d'ébriété aiguë devraient rester en observation jusqu'à ce qu'ils soient totalement dégrisés. La plupart du temps, lorsque les effets de l'alcool s'évanouissent, les idéations suicidaires disparaissent et le patient ne s'en souvient même plus.

Les implications liées à l'âge et le sexe de Jimmy n'étaient pas les seuls éléments préoccupants. Le clinicien avait l'impression qu'il y avait quelque chose de « bizarre » dans la manière d'être de Jimmy. Son affect était réduit, il semblait anormalement grave et il affichait un profond besoin de faire plaisir à son interlocuteur. Plus intrigantes encore, ses allusions à l'« homme dans sa tête », qu'il décrivait comme étant seulement une métaphore mais qui semblait presque réelle. Le clinicien ne pensait pas que Jimmy puisse être psychotique, mais il s'en voulut de ne pas avoir davantage recherché un processus psychotique.

Investigation des processus psychotiques dangereux

La psychose devrait être considérée potentiellement comme un facteur de risque majeur de suicide parce que la pensée rationnelle fait souvent obstacle à l'autodestruction. Trois types de troubles susceptibles de pousser un patient à devenir violent vis-à-vis de lui-même (ou d'autrui, pour cette même raison) devraient être plus particulièrement et soigneusement évalués lorsque le clinicien suspecte un processus psychotique : (1) les hallucinations impérieuses, (2) la sensation d'être contrôlé par un autre être, et (3) les préoccupations religieuses.

Les hallucinations impérieuses sont des injonctions auditives ordonnant de réaliser des actions spécifiques. Ces ordres peuvent pousser des patients à se blesser ou à blesser d'autres personnes. Leur présence, dans certains cas, peut faire fortement pencher la balance vers une hospitalisation immédiate du patient. Comme elles sont rarement décrites spontanément par le patient psychotique, elles nécessitent une recherche active du clinicien.

Au cours de la recherche d'hallucinations impérieuses, plusieurs considérations phénoménologiques méritent l'attention du clinicien. Les hallucinations impérieuses ne sont pas des phénomènes entièrement noirs ou blancs

dans le sens où le patient en souffre ou n'en souffre pas. Les hallucinations impérieuses peuvent varier de nombreuses façons. Parmi les caractéristiques les définissant, il y a : leur impact émotionnel sur le patient, leur force, leur fréquence, leur durée, leur contenu, leur degré d'hostilité et le degré auquel le patient se sent poussé à les suivre.

Les voix impérieuses peuvent aller de phénomènes relativement inoffensifs, peu fréquents, avec peu d'impact sur le patient, à des phénomènes dangereux au cours desquels le martèlement continu des voix conduit à la violence. Certains patients souffrant de schizophrénie chronique se sont habitués à ces voix et y prêtent peu attention. À ce stade, les hallucinations impérieuses sont probablement peu préoccupantes. À l'autre extrémité de ce continuum, les hallucinations impérieuses peuvent devenir totalement harcelantes, fortes et insistantes. Dans ces cas-là, le clinicien devrait toujours demander à quel point le patient est en mesure de conserver le contrôle. Certains patients peuvent se sentir incapables de résister à des voix douces mais persistantes. Ce type d'hallucination impérieuse dystonique aiguë indique généralement qu'une hospitalisation immédiate est nécessaire. Pour déterminer la dangerosité des hallucinations impérieuses, le clinicien doit prendre le temps d'étudier ces variables phénoménologiques.

Au cours des années, différentes publications ont prétendu qu'il y avait peu ou pas de corrélation statistique entre les hallucinations impérieuses et le suicide ou la violence [10–14]. Mais, lorsqu'on examine ces publications de plus près, il devient évident qu'aucune de ces recherches n'a soigneusement classé ces hallucinations par catégories en fonction des variables phénoménologiques critiques listées ci-dessus. Ces recherches se fondent généralement sur des dossiers hospitaliers, tristement célèbres pour leur manque de précision sur les nuances de la phénoménologie du patient. Dans ces recherches, il est difficile de savoir si les voix se situent à une extrémité ou l'autre du continuum de la dangerosité. Par conséquent, les analyses statistiques sont difficilement interprétables.

Un article publié par Junginger en 1990 utilisait les entretiens réalisés avec des patients ayant récemment été sujets à des injonctions hallucinatoires [15]. Bien que cette étude ne soit pas une étude prospective, ses résultats valent la peine de s'y intéresser. Parmi les 20 patients souffrant d'hallucinations impérieuses dangereuses, huit les avaient suivies. Ces résultats correspondent davantage à ceux des observations réalisées par des cliniciens expérimentés et cet article représente un premier pas vers une étude plus rigoureuse du phénomène des hallucinations impérieuses.

Néanmoins, jusqu'ici, je n'ai encore jamais vu d'étude prospective dont la méthodologie du recueil des données phénoménologiques soit suffisamment rigoureuse pour que ces données soient exploitables dans des analyses

statistiques. Jusqu'à ce que de telles études existent, les cliniciens doivent se rappeler que certains patients agissent très violemment en réponse à des hallucinations impérieuses.

De la même manière, une entité contrôlante, se traduisant par l'impression d'être contrôlé par un agent extérieur, est un deuxième processus psychotique dangereux si cet « agent autre » a des idées suicidaires ou meurtrières. Il n'est pas rare qu'un patient se batte minute par minute contre de telles injonctions potentiellement létales. Les « agents de contrôle » les plus fréquents sont des démons, mais un patient peut aussi avoir la sensation qu'un personnage malveillant et persécuteur a pris le contrôle de son esprit. Dans notre société high-tech, il est devenu également plus courant que des patients se sentent sous le contrôle d'ondes radios, de satellites, de célébrités télévisuelles et d'ordinateurs.

Un troisième sujet d'inquiétude apparaît lorsqu'un patient présente un type particulier de préoccupation religieuse excessive. Ce type de rumination se concentre sur l'idée que Dieu veut que le patient réalise certaines actions pour prouver son amour à l'égard de Dieu ou pour expier une faute. Ces actes peuvent comprendre le suicide, l'homicide ou l'automutilation. Ces préoccupations peuvent être associées à des voix impérieuses, comme celles décrites ci-dessus, excepté que les ordres proviennent de personnages aussi persuasifs que Dieu. Les patients peuvent avoir l'impression que leur foi est mise à l'épreuve. Ils peuvent se comparer à Abraham, à qui Dieu commanda de sacrifier son fils unique, Isaac. Ce « syndrome d'Abraham » peut se révéler fatal. D'autres peuvent avoir la sensation que Satan les incite à la violence.

À ce stade, la transcription fidèle d'un entretien que j'ai réalisé avec un autre adolescent peut illustrer l'hyper-religiosité qui devient parfois un véritable signe avant-coureur d'un danger imminent. Cet entretien souligne également un aspect spécifique d'hyper-religiosité, à partir duquel le clinicien devrait se demander si le patient n'est pas psychotique. Ce patient, qui malheureusement souffre de schizophrénie, était en entretien d'évaluation dans notre service d'urgences après une récente tentative de suicide.

Clin. : Dan, vous avez dit plus tôt que vous vous sentiez coupable et que vous aviez besoin de vous punir pour avoir fait quelque chose. À quoi faisiez-vous allusion ?

Pt. : J'étais [silence], à cette époque j'appelais cela me châtier. Comme ma main droite [le patient frotte son poignet droit avec sa main gauche], je me coupais la circulation de ma main droite.

Clin. : [Montrant la main droite du patient] C'est de là que vient cette cicatrice ? On dirait une cicatrice ancienne.

Pt. : Ouais. J'ai pris un couteau à steak et je l'ai coupée. J'étais en colère contre moi-même à cette époque-là. [Silence] Je suivais aussi la Bible. Vous

savez là où il est écrit : « Et si ta main droite est pour toi une occasion de chute coupe-la¹. » Je l'ai appliqué trop à la lettre.

Clin. : Et vous pensiez que cela signifiait quoi ?

Pt. : Je croyais que cela signifiait que je devais me couper la main droite.

Clin. : Et alors, qu'avez-vous fait ?

Pt. : Je l'ai coupée. Je l'ai pratiquement coupée jusqu'au ligament principal ou jusqu'à la veine principale, peu importe. Pour une raison ou une autre, je ne suis pas allé aussi loin.

Clin. : Heureusement.

Pt. : [Le patient acquiesce] Ouais.

Clin. : Donc c'est de là que vient cette cicatrice [en montrant le poignet] ?

Pt. : Ouais.

Clin. : Et quand, exactement, vous êtes-vous coupé le poignet, Dan ?

Pt. : C'était en 1994. Je crois que j'avais seulement 15 ans à l'époque.

Clin. : Alors depuis combien de temps pensiez-vous à ce verset de la Bible, lorsque vous l'avez fait ?

Pt. : C'est quand je suis arrivé à ce verset de la Bible que je me suis coupé la main. Il n'y a pas eu de longue période entre les deux.

Clin. : Entre le moment où vous l'avez lu dans la Bible et le moment où vous vous êtes coupé la main, combien de temps s'est-il écoulé ?

Pt. : Eh bien, environ un mois, je crois.

Clin. : Entre le moment où vous avez lu ce verset dans la Bible et celui où vous vous êtes réellement coupé la main, il s'est écoulé un mois ?

Pt. : Non. [Silence] Je me suis coupé la main lorsque je lisais la Bible. La Bible était dans le break de mon père de la famille d'accueil. Je lisais ce verset, et j'avais ce couteau à steak, et je le faisais lorsque je lisais ce vers, ce jour-là.

Clin. : Donc vous aviez connaissance de ce verset avant, mais vous êtes tombé dessus à nouveau ?

Pt. : Ouais.

1. *La Sainte Bible qui comprend l'Ancien et le Nouveau Testament traduits sur les textes originaux hébreu et grec* par Louis Segond, Paris, Nouvelle Edition Revue, 1957. Reproduction du texte paru en 1910. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Clin. : Au cours des jours qui ont précédé celui où vous vous êtes entaillé le poignet, avez-vous pensé à ce verset de la Bible ?

Pt. : Non, mais je pensais à ce que faisait ma main droite. Et je voulais arrêter ce qu'elle faisait.

Clin. : Et votre main droite, à ce moment-là, faisait quoi ?

Pt. : [Silence] Masturbation.

Cet extrait souligne le fait que certains patients peuvent être préoccupés par des versets spécifiques de la Bible suggérant une action violente. Dans ce cas, l'injonction biblique qui a déclenché cette tentative d'automutilation du patient est extraite de l'évangile de saint Matthieu, verset 5:29, où les errances libidineuses du regard sont traitées de manière plutôt radicale :

Si ton œil droit est pour toi une occasion de chute, arrache-le et jette-le loin de toi ; car il est avantageux pour toi qu'un seul de tes membres périsse, et que ton corps entier ne soit pas jeté dans la géhenne. Et si ta main droite est pour toi une occasion de chute coupe-la et jette-la loin de toi ; car il est avantageux pour toi qu'un seul de tes membres périsse, et que ton corps entier n'aille pas dans la géhenne [16]¹.

Une interprétation déformée par la pensée psychotique de versets comme celui-ci peut engendrer des automutilations bizarres, comme l'autocastration ou l'ablation de la langue [17]. Si on découvre des préoccupations religieuses chez un patient, des questions simples peuvent aider à dévoiler une dangerosité : « Est-ce qu'il y a des parties de la Bible particulièrement importantes pour vous ? » ; ou bien : « Avez-vous l'impression que certaines parties de la Bible vous donnent l'ordre de faire quelque chose ? »

Bien que nous nous soyons concentrés sur les modalités les plus fréquentes où un processus psychotique peut conduire à l'automutilation, il est important de se souvenir que les périodes les plus dangereuses pour les personnes souffrant de troubles psychotiques au long cours ne sont pas les phases aiguës de ce processus. Les patients atteints de pathologies comme une schizophrénie ou des troubles schizoaffectifs tentent plus souvent de se suicider, non pas à cause d'un processus psychotique actif, mais à cause d'une démolisation dévastatrice, résultat d'années de souffrance, de frustration et de peu d'estime de soi induites par ce même processus pathologique [18–20].

La schizophrénie viole l'âme du patient et lui dérobe la possibilité de poursuivre les rêves qui nous animent tous. L'immense souffrance créée par la

1. *Ibid.* Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

perte de contrôle interne et, par conséquent, par la perte d'une raison de vivre peut se révéler insupportable, même pour les personnes les plus courageuses. Les patients qui souffrent de schizophrénie se perçoivent comme étant irrémédiablement endommagés, et leurs raisons de vivre s'évanouissent progressivement. On a émis l'hypothèse selon laquelle les patients présentant les caractéristiques suivantes pourraient être le plus à risque : la jeunesse, des rechutes chroniques, un bon niveau d'études, l'espoir de grandes performances, une lucidité douloureuse sur la pathologie en cours, la peur d'une détérioration mentale ultérieure, des idéations ou des menaces suicidaires et le désespoir [21].

Le delirium, processus psychotique non encore abordé, est l'un des états psychotiques les plus souvent rencontrés. Les états délirants, qu'ils soient induits par une consommation de drogues, de médicaments ou un trouble métabolique, peuvent déclencher une diminution grave des perceptions sensorielles et/ou des états confusionnels. Au cours de ces périodes de confusion et de processus psychotique, les patients peuvent présenter un risque plus élevé d'autoagression. Toute fluctuation du niveau de conscience ou toute présence de troubles de la concentration méritent une attention particulière pendant l'entretien, une évaluation des capacités cognitives et mentales plus conventionnelle ainsi qu'une investigation plus approfondie pour détecter la présence d'hallucinations et d'idées délirantes.

Cas clinique n° 1 : une nouvelle information

Revenons maintenant à notre cas clinique : le clinicien envisageait un nouvel entretien avec Jimmy pour détecter un signe éventuel de dangerosité psychotique. Il avait remarqué qu'une personne, ayant l'air agacé, parlait avec Jimmy, de manière animée, dans la salle d'attente. Le visiteur partageait la chambre de Jimmy à l'université. Il y avait là une chance d'obtenir de nouvelles informations.

Une fois que Jimmy eut volontiers donné son autorisation, on procéda à un entretien avec son camarade de chambre. Lorsque le thérapeute commença l'entretien, « Bien, c'est très gentil de la part d'un ami de Jimmy d'être venu avec lui », celui-ci rectifia rapidement : « Je ne suis pas réellement un ami, mais seulement son camarade de chambre. Je ne pense pas que Jimmy ait beaucoup d'amis. Il est un peu paumé [sourire], mais, comprenez-moi bien, un paumé sympa. [Silence] À dire vrai, je suis un peu inquiet pour lui. Je pense qu'il prend ses études un peu trop au sérieux, si vous voyez ce que je veux dire. »

Le colocataire de Jimmy commença à confirmer ses dires concernant sa tendance à rester tard le soir à la bibliothèque. Il ajouta que Jimmy n'était plus lui-même depuis deux mois. Environ deux mois auparavant, il avait obtenu un 13/20 à un examen de sciences politiques, sa note la plus basse depuis son entrée à l'université. Il semblait réellement « sous le choc » à cause de cette note et il n'avait plus été le même depuis. L'entretien, reconstitué, se déroula comme suit.

Clin. : Quand vous dites qu'il n'était plus le même depuis, que voulez-vous dire ?

Camarade : Je ne sais pas. Une sorte de... je ne sais pas. Il me met mal à l'aise.

Clin. : Comment cela ?

Camarade : Il se lève souvent la nuit. Pas toutes les nuits ; environ deux fois par semaine, peut-être. Et il est vraiment très tendu. Parfois il semble en colère. Il n'arrête pas de tourner en rond. Ça me rend dingue !

Clin. : Qu'avez-vous remarqué d'autre ?

Camarade : Rien de particulier. Il a seulement besoin de « se calmer », c'est tout.

Clin : Lorsque vous dites qu'il vous met mal à l'aise, a-t-il fait quoi que ce soit qui vous paraît bizarre ?

Camarade : Pas vraiment.

Clin. : Quelque chose ?

Camarade : Je ne veux pas lui causer le moindre problème et je ne veux pas que vous pensiez qu'il est cinglé ou quelque chose comme ça, parce qu'il ne l'est pas, mais [silence]...

Clin. : Mais ?

Camarade : Je crois qu'il se parle beaucoup à lui-même. Il est un peu bizarre. Mais je l'ai surpris en train de se marmonner des choses, comme s'il était en colère contre lui-même. Il ne le fait pas souvent, mais parfois il le fait la nuit et c'est ce qui me met mal à l'aise. [Silence] Ah ouais, je me souviens d'autre chose de plutôt bizarre. Il y a environ une semaine, alors que nous étions en train de dîner, il m'a demandé si je croyais aux démons. Quand il a vu mon expression, il a changé de sujet et il a ri en disant qu'il n'y croyait pas non plus. Mais c'était plutôt bizarre.

Clin. : Est-ce que Jimmy est assez croyant ?

Camarade : [Niant de la tête] Non, pas que je sache.

Clin. : Vous savez, parfois, lorsqu'une personne est stressée, elle peut penser à se tuer. Est-ce que Jimmy a déjà parlé de ça ?

Camarade : Non. Si c'est le cas il ne m'en a pas parlé.

Clin : Vous avez dit qu'il était en colère. A-t-il dit quoi que ce soit à propos de quelqu'un en particulier ou a-t-il parlé de blesser quelqu'un ?

Camarade : Jimmy ? [Regard sceptique] Non, jamais.

Clin. : Avez-vous déjà vu Jimmy se faire du mal ou quoi que ce soit de semblable ?

Camarade : Non, jamais. [Long silence] Euh...

Clin. : On dirait que vous vous souvenez de quelque chose.

Camarade : Eh bien, vous savez, il y a quelque chose.

Clin. : Et qu'est-ce que c'est ?

Camarade : J'ai vu un paquet de rasoirs dans notre salle de bains il y a deux semaines.

Clin. : Est-ce anormal ?

Camarade : Oui, puisque nous utilisons tous les deux des rasoirs électriques.

Il commençait à être évident qu'un processus psychotique couvait. Les patients considèrent souvent leurs idées et leurs peurs délirantes comme des pensées très intimes. Peut-être que Jimmy ne se sentait pas suffisamment à l'aise lors du premier entretien pour partager en détail ces expériences avec le clinicien. Qui sait, peut-être que l'empressement avec lequel Jimmy avait accepté que son camarade soit entendu traduisait son désir inconscient qu'une partie de ses pensées soient révélées. Quelle que soit la façon dont ces informations avaient été obtenues, il était vraiment nécessaire de procéder à un second entretien avec Jimmy. Mais avant d'en étudier la transcription, réfléchissons à certaines des implications qu'entraînent ces nouvelles informations concernant les facteurs de risque.

L'un des sujets de préoccupation que soulèvent ces nouvelles informations est la présence chez Jimmy d'une anxiété intense. Des recherches récentes indiquent qu'une augmentation de l'anxiété, particulièrement lorsqu'elle est aiguë et intense, peut jouer un rôle dans les tentatives de suicide impulsives. On constate que les patients hospitalisés qui atteignent des niveaux d'anxiété et d'agitation élevés sont davantage susceptibles de se tuer [22]. L'anxiété de Jimmy pourrait être corrélée à plusieurs facteurs. À première vue, cela ressemble à l'anxiété typique d'un étudiant qui prépare l'entrée en école dentaire et dont le surmoi fonctionne en surmultiplié. Mais l'intervention de son colocataire indiquait qu'un processus plus inquiétant pouvait être en cours et que son étiologie pouvait provenir, entre autres choses : d'une anxiété généralisée intense, de l'anxiété observée dans les troubles paniques et les troubles obsessionnels compulsifs, de l'anxiété observée dans les cas d'abus ou de sevrage de substances toxiques, ou, plus inquiétant, de l'anxiété observée au début d'un processus psychotique. En réponse à quelques questions supplémentaires, le camarade de Jimmy nia que Jimmy ait pu consommer de la drogue, excepté « dans de rares occasions, une pilule d'amphétamine la nuit précédant un examen. Il n'a pour ainsi dire jamais recours à de la drogue. Il est blanc comme neige, croyez-moi. »

Les données ci-dessus fournies par une source autre que le patient soulignent l'importance d'une investigation appropriée auprès des amis ou des membres de la famille lorsqu'on procède à l'évaluation du potentiel suicidaire d'un patient. En service d'urgences, il est souvent primordial de parler avec les proches avant de prendre une décision sur la sécurité du patient. Si sa sécurité est une préoccupation grave, elle outrepassa le devoir de confidentialité.

Parfois, il est nécessaire de prendre contact avec les proches du patient contre sa volonté. Dans ce cas, il convient au préalable de consulter un superviseur ou un collègue et d'indiquer clairement sur le dossier du patient la raison pour laquelle on a choisi de rompre la confidentialité et le rôle de la consultation.

Généralement, on devrait demander à ces autres sources d'informations si elles ont constaté quoi que ce soit qui pourrait suggérer une intention suicidaire possible. Après cette recherche générale, les questions spécifiques suivantes pourraient être utilisées.

- A-t-il déjà dit qu'il « serait mieux mort » ?
- A-t-il plaisanté en parlant de se tuer ?
- A-t-il affirmé que « les choses s'arrangeront bientôt » ?
- Est-ce qu'il y a des armes à sa portée, comme des armes à feu ou des couteaux ?
- A-t-il déjà essayé de se faire du mal auparavant, même légèrement comme en prenant un peu trop de comprimés ?
- A-t-il semblé déprimé ou au bord des larmes ?
- Passe-t-il plus de temps seul qu'habituellement ?

Avec ce type de questionnement, le clinicien cherche non seulement à déterminer le risque de décès, mais également des informations conformes aux critères d'une hospitalisation sans consentement. Plus précisément, sur la base des critères du New Hampshire (les critères diffèrent d'un État à l'autre), on doit vérifier si le patient a eu des comportements ayant présenté clairement un danger pour lui-même ou pour autrui. Ces critères sont également remplis si le patient a exprimé l'envie de se faire du mal ou d'en faire à d'autres, tout en prenant des mesures pour y parvenir (par exemple, en achetant une arme). Le camarade de chambre de Jimmy n'avait pas connaissance de tels comportements mais il était préoccupé par l'achat des lames de rasoir. Nous ne savons pas si les lames de rasoir avaient été achetées dans le but de se faire du mal (donc, les critères d'une hospitalisation sans son consentement ne sont pas encore remplis), mais connaître l'achat des lames de rasoir ouvre une voie pour obtenir des informations importantes lors d'un nouvel entretien avec Jimmy. Chez les adolescents américains, le moyen le plus fréquemment utilisé pour se suicider est une arme à feu, suivi de loin par la pendaison [23].

Un entretien avec un proche offre aussi la possibilité de connaître les facteurs de stress et les soutiens sociaux du patient. Concernant les facteurs de stress, le clinicien recherchera des situations comme le chômage, une rupture familiale, un rejet par un être cher, des changements brutaux dans les responsabilités professionnelles ou un stress catastrophique récent. Bien qu'il n'y ait pas de stress catastrophique typique récent dans la vie de Jimmy, on peut se demander si l'impact de sa note d'examen « basse » n'était pas psychologiquement catastrophique pour cet étudiant relativement fragile. Le manque de soutien par des amis, la famille ou par d'autres soutiens sociaux

comme une organisation religieuse est souvent considéré comme un facteur de risque. Le clinicien devrait plus particulièrement rechercher des pertes récentes.

Dans leur ouvrage pratique sur l'évaluation et le traitement des patients suicidaires, Fremouw, de Perczel et Ellis [24] soulignent que l'une des corrélations statistiques les plus marquantes concernant le suicide est l'augmentation du risque liée à l'absence d'un conjoint. Le risque le plus élevé se trouve chez les couples séparés. Les personnes divorcées ont le deuxième taux de risque, suivies de celles dont le conjoint est décédé. Les personnes qui n'ont jamais été mariées arrivent ensuite dans ce classement des facteurs de risque et les couples mariés heureux présentent le risque le plus faible.

Dans le cas de Jimmy, l'isolement social est un facteur de risque préoccupant. Son camarade brosse le portrait d'un individu isolé, plus à son aise dans le silence d'une bibliothèque que dans les échanges de confidences avec un ami. Au cours du recueil des antécédents sociaux, Jimmy a raconté qu'il n'avait jamais eu de rendez-vous amoureux. Il était fils unique mais avait pris ses distances vis-à-vis de ses parents aimants mais dominateurs. Ce n'était pas une coïncidence si Jimmy faisait ses études dans une université de la côte est alors que ses parents vivaient en Californie.

Déterminer la qualité des soutiens immédiatement disponibles est d'une importance particulière si le clinicien aux urgences décide de laisser repartir un patient pour lequel il hésite, mais qui accepte de revenir pour un nouvel entretien le jour suivant. Si des amis ou des membres de sa famille peuvent rester avec lui jusqu'au rendez-vous prévu, alors ce projet est davantage envisageable.

Dans de tels cas, il est primordial que les membres de la famille comprennent parfaitement que le patient ne doit pas rester seul. Je considère qu'il est généralement utile d'avoir une discussion ensemble avec le patient et sa famille, de parler ouvertement des préoccupations suicidaires et d'un plan de sécurité. Une telle procédure aide le patient et les membres de sa famille à comprendre qu'il est sans danger et approprié d'aborder ouvertement les idéations suicidaires. Les idéations suicidaires non verbalisées peuvent se révéler mortelles.

Bien qu'il ne soit pas immédiatement évident, il existe un autre système de soutien dont on devrait toujours tenir compte lors de l'évaluation du potentiel suicidaire : la qualité même du dispositif de santé mentale. Ces considérations incluent : les listes d'attente des patients en ambulatoire, la disponibilité d'un soutien de crise 24 heures sur 24, la présence de groupes de soutien de crise, et une évaluation honnête de la qualité des cliniciens disponibles. Certains cliniciens ne se sentent pas à l'aise pour aider des patients présentant des idées de suicide significatives. Un manque d'expertise avec de tels patients peut suggérer qu'il serait plus sage d'hospitaliser brièvement un patient un peu fragile au lieu de l'adresser à un centre de consultations ambulatoires. Le

centre psychiatrique du secteur vers lequel Jimmy aurait pu être dirigé avait une excellente équipe de crise ainsi qu'un groupe d'intervention de crise animé par des cliniciens talentueux.

À ce moment-là, malgré une préoccupation croissante sur la possibilité chez Jimmy d'un processus psychotique et l'identification d'autres facteurs de risque significatifs, il n'était pas encore clair si Jimmy présentait un risque léthal. Nous devons nous souvenir que Jimmy avait nié avoir des intentions suicidaires, quoique d'une manière peu convaincante ; nous ne disposons donc d'aucun critère pour indiquer une hospitalisation sans consentement.

Comme nous l'avons constaté précédemment, il est parfois opportun de procéder à un nouvel entretien avec le patient, particulièrement dans le cadre d'un service d'urgences. Grâce aux informations fournies par d'autres sources ainsi qu'à un meilleur engagement du patient à l'issue du premier entretien, les résultats de ce second entretien peuvent être assez surprenants.

Lors de cette seconde rencontre avec Jimmy, le thérapeute s'efforça de découvrir des éventuelles pensées psychotiques ainsi que d'éventuels critères d'hospitalisation sans consentement. Après avoir soigneusement exploré son stress universitaire, le clinicien décida de chercher à mieux comprendre les commentaires de Jimmy à propos de son « impression d'avoir un homme dans la tête », car ce sentiment peut être la manifestation extérieure d'un processus psychotique. Comme nous allons le voir dans la retranscription directe qui suit, cette fois-ci, Jimmy se révéla plus expansif.

Clin. : Bien, vous avez fait allusion à un gars qui était à l'intérieur de vous. Dites m'en un peu plus à ce sujet. Comment cela se passe-t-il ?

Pt. : Eh bien, il ne m'aime pas du tout. Non. Ce qu'il veut c'est prendre complètement le contrôle de mon corps. Et c'est comme ça qu'il pourrait y arriver.

Clin. : Et comment pourrait-il prendre complètement le contrôle ?

Pt. : Parce qu'une fois mort [silence], une fois mort, une fois mort, je n'aurai plus du tout la force de le combattre.

Clin. : Et alors que pourrait-il arriver ?

Pt. : Alors, il m'envahira complètement.

Clin. : Pourrait-il alors vivre dans votre corps ?

Pt. : Ouais. Non. Eh bien, je pense qu'il cherchera quelqu'un d'autre. Il continuera, c'est son objectif. S'il ne m'a pas, il ne m'aimera plus. Vous savez, il ne sera pas satisfait. Il aime le défi.

Clin. : Le défi de prendre le pouvoir d'une certaine façon sur quelqu'un, de gagner contre quelqu'un ?

Pt. : Ouais.

Clin. : Lorsque vous parlez de lui, est-ce que vous lui donnez un nom ?

Pt. : Non, je n'ai pas de nom pour lui. [Silence] Je ne lui donne pas un nom. C'est juste une sensation. C'est tout, juste une sensation.

Clin. : Depuis combien de temps est-il là ?

Pt. : Dès que je suis arrivé à l'université. En fait, j'ai l'impression qu'il était déjà un peu là lorsque j'étais au lycée. Mais depuis que je suis arrivé à l'université, il me considère comme une bonne cible.

Clin. : Vous avez dit qu'au lycée il était déjà un peu là. Quand avez-vous suspecté pour la première fois qu'il pouvait y avoir ce gars ?

Pt. : Peut-être lorsque j'ai réalisé que j'allais partir pour l'université. Eh bien, je savais que j'allais partir pour l'université. Peut-être, je suppose que c'est arrivé pendant ma dernière année au lycée, lorsque je remplissais tous ces énormes dossiers de candidature.

Clin. : Et que s'est-il passé ?

Pt. : C'est peut-être à ce moment-là que cela a commencé, c'est difficile de se rappeler, c'est difficile de se rappeler le moment exact. Ce n'est pas comme si je l'avais ou je ne l'avais pas. Mais je sens que c'est à ce moment-là que cela a commencé.

Nous entrons ici dans un monde bien étrange. Peut-être que ce qui est le plus frappant est la nette augmentation de la franchise de Jimmy durant ce second entretien. Il parle de ce « gars » dans sa tête beaucoup plus comme d'une entité que comme d'une métaphore. D'après les informations obtenues au cours de ce second entretien, il semble que Jimmy souffre d'épisodes psychotiques transitoires. Si nous nous souvenons des mots prononcés par son colocataire (« Mais je l'ai surpris en train de se marmonner des choses, comme s'il était en colère contre lui-même »), nous nous rendons compte que ce n'était pas avec lui-même qu'il conversait. C'était avec cet homme à l'intérieur de lui-même.

Grâce à la sage décision du clinicien de rechercher des informations complémentaires auprès d'un proche et ensuite de réévaluer Jimmy lors d'un deuxième entretien, un questionnement habile a permis d'obtenir une image plus précise de l'état d'esprit de Jimmy. Après avoir repéré avec certitude un processus psychotique, le clinicien approfondira les domaines spécifiques de cette dangerosité psychotique que nous avons abordés auparavant : le contrôle par une entité étrangère, des hallucinations impérieuses et une hyper-religiosité. Notons la manière avec laquelle le clinicien explore ces informations grâce à une approche neutre et dénuée de jugement. Ce type d'approche se révélera être l'une des clés du succès de cet entretien avec Jimmy.

Clin. : Avez-vous déjà ressenti qu'il y avait une force étrangère en vous ?

Pt. : Eh bien, je sens que cette chose, que cette chose, nous l'appellerons une chose, nous l'appellerons un gars, que ce gars, il n'est pas humain. Donc je sens, j'ai vraiment la sensation, il vient de, euh, je suis croyant, et j'ai vraiment la sensation qu'il vient de l'Enfer [dit-il tout bas].

Clin. : Vous voulez dire un démon ?

Pt. : Ouais.

Clin. : Savez-vous quel démon est dans votre esprit ?

Pt. : Ce n'est pas un démon particulier, non, mais un démon, ouais.

[Le clinicien explore brièvement l'image que Jimmy se fait du démon puis procède comme suit, s'efforçant d'en apprendre davantage sur le degré de dangerosité de Jimmy.]

Clin. : J'ai l'impression que ce type d'expérience, sentir qu'il y a quelque chose d'étranger en vous, doit être terrifiant.

Pt. : Ouais, ça l'est. [Silence] Je suis désolé pour les autres personnes qui l'ont aussi.

Clin. : Avez-vous déjà entendu sa voix ?

Pt. : Je ne l'entends pas vraiment, enfin, je ne l'entends pas vraiment dans mes oreilles, mais d'une certaine façon je l'entends.

Clin. : Quand vous vivez ce type d'expérience, est-ce que cela ressemble à vos propres pensées, ou êtes-vous conscient que quelque chose de différent est en train de se produire, et que vous entendez cette voix ?

Pt. : C'est une sensation. Cela ressemble à mes pensées, mais la façon dont je peux les entendre est un peu différente.

Clin. : Et comment les entendez-vous ?

Pt. : J'ai l'impression qu'elles viennent juste vers moi. [Silence, puis parlant très doucement, murmurant presque] J'ai l'impression qu'elles viennent juste vers moi.

Clin. : Est-ce que cette voix vous a déjà dit de vous faire du mal ?

Pt. : Ouais. C'est ce qu'il me dit.

Clin. : Qu'est-ce qu'il vous dit exactement ?

Pt. : Il dit. Il trouvera une autre façon de le faire. Comme il dira : « N'étudie pas, rate ton examen. » C'est ça, sa façon de me dire de me faire du mal. Et une fois que j'aurai raté mon examen, alors il lui sera facile de me parler. [Silence] Il sera difficile de ne pas l'écouter.

Clin. : Cela change si vous sentez que vous avez échoué d'une manière ou d'une autre ?

Pt. : Je peux l'entendre plus fort.

Clin. : Vous a-t-il déjà dit de vous blesser ou de prendre des pilules, ou quoi que ce soit de ce genre ?

Pt. : Il me le dit un petit peu, et il me le fait sentir aussi. D'une certaine manière, il l'insinuera. Il me le dira. [Silence] Il me le dira.

Clin. : Qu'est-ce qu'il vous dira ?

Pt. : Il dira : « Fais-le maintenant ». Il dira : « Fais-le ». [Silence] C'est effrayant.

Clin. : Je suis sûr que ça l'est. [Le patient sourit et acquiesce de la tête.]

La manière élégante avec laquelle le clinicien structure l'entretien pour entraîner Jimmy vers les domaines de la psychose liés à un risque de suicide se révèle payante. Les remarques de son camarade de chambre à propos des lames de rasoir apparaissent maintenant plus lourdes de sens. Une simple question comme : « Jimmy, je me demande si, en réponse à ces voix, vous vous êtes déjà procuré une lame de rasoir ou un couteau en pensant à vous couper ? » pourrait rapidement révéler les critères d'une hospitalisation sans consentement. Un entretien plus approfondi permettra de clarifier la dangerosité imminente de Jimmy, et une hospitalisation sera peut-être nécessaire.

Notez l'habileté du clinicien à entremêler questions ouvertes et questions fermées. Lorsqu'un patient potentiellement psychotique reste vague au cours d'un entretien, il est souvent utile pour le clinicien d'essayer de pénétrer dans le monde de ce patient grâce à des questions ouvertes, particulièrement si l'affect de ce patient s'est révélé plus intense lorsqu'on aborde certains sujets. Par exemple, lorsque Jimmy commence à décrire ses voix : « C'est une sensation. Cela ressemble à mes pensées, mais la façon dont je peux les entendre est un peu différente », l'investigateur a alors demandé : « Et comment les entendez-vous ? », et la réponse de Jimmy a exprimé un affect particulier qui plus tard trahira la présence d'une psychose sous-jacente : « J'ai l'impression qu'elles viennent juste vers moi. [Silence, puis parlant très doucement, murmurant presque] J'ai l'impression qu'elles viennent juste vers moi. » Cet échange a créé une sensation de « malaise » chez le clinicien semblable à celle créée par la réponse de Jimmy à son colocataire.

En revanche, le clinicien utilise d'emblée beaucoup de questions fermées lorsqu'il tente d'atteindre les aspects spécifiques de la dangerosité liée au processus psychotique de Jimmy. Ici, aucune place ne peut être laissée à un malentendu. Une série de questions fermées suivent, empreintes d'objectivité et d'une curiosité sincère : « Est-ce que cette voix vous a déjà dit de vous faire du mal ? », « Qu'est-ce qu'il vous dit exactement ? » et « Vous a-t-il déjà dit de vous blesser ou de prendre des pilules, ou quoi que ce soit de ce genre ? »

En conclusion à notre discussion sur ce premier cas clinique, un bilan des principes soulignés par le cas de Jimmy peut être utile.

1. Parmi les personnes qui tentent de se suicider, un nombre relativement faible mais significatif souffre de psychose active.
2. Tout signe de psychose justifie une évaluation approfondie du risque létal.
3. Des hallucinatoires impérieuses, la sensation d'être contrôlé par une entité étrangère et une hyper-religiosité sont des aspects particulièrement dangereux du processus psychotique. Ces aspects devraient être active-

ment explorés par l'investigateur s'ils ne sont pas découverts spontanément.

4. Des travaux récents indiquent que de nombreux suicides liés à une schizophrénie surviennent en réponse à des épisodes dépressifs et/ou des épisodes de découragement intenses alors que le patient n'est pas dans une phase psychotique.
5. Des données démographiques comme l'âge, le sexe et le statut marital peuvent représenter des facteurs de risque de suicide.
6. Des pertes récentes et un soutien social faible peuvent représenter des facteurs de risque de suicide.
7. L'alcool, la drogue ou toute altération physiologique du système nerveux central, comme un delirium, peuvent augmenter la probabilité d'un suicide ou d'un homicide.
8. Lorsqu'ils évaluent les dispositifs de soutien immédiatement disponibles pour un suivi en ambulatoire, les cliniciens devraient vérifier soigneusement que ce système de santé mentale est en mesure d'offrir un soutien approprié.
9. Des entretiens avec des proches du patient peuvent fournir des informations de valeur.
10. Les cliniciens ne devraient pas hésiter à revoir un patient en entretien.

Cas clinique n° 2 : Mme Kelly Flannigan

Mme Kelly Flannigan est une femme de 40 ans, mère de deux enfants et propriétaire d'un café de quartier appelé le ***Morning Stop***. De graphiste à une époque, elle était devenue chef d'entreprise environ 7 ans auparavant, après avoir abandonné New York pour accéder à un rythme de vie plus calme dans les monts du New Hampshire. Elle se présente ce jour-là pour une première évaluation dans un centre public de soins psychiatriques surchargé de monde. Elle était sortie, deux semaines auparavant, d'une hospitalisation psychiatrique consécutive à un surdosage médicamenteux avec 15 comprimés de Tylenol®¹.

Lorsque l'hôpital nous l'avait adressé, l'assistante sociale responsable avait fait le commentaire suivant : « Kelly c'est la classe ! Un peu loufoque, peut-être, mais classe ! Nous l'aimions tous beaucoup. Mais c'est une femme battue. Je ne veux pas dire battue par une personne. Mais battue par la vie et sa maladie. Son mari n'est pas un cadeau non plus, ça je peux vous l'assurer. »

« Kell », comme elle aimait être appelée, affiche un sourire charmant. Ses yeux verts percent en dessous d'une chevelure rousse indisciplinée. Elle a ce don fabuleux de faire

1. Antalgie antipyrétique non salicylée (acétaminophène, phosphate de codéine et caféine). [NdT]

se sentir chaque personne comme un être unique, une qualité qui avait attiré de nombreux clients au **Morning Stop** à toute heure du jour et de la nuit. Le café avait été un immense succès. Une sclérose en plaques l'avait frappée environ 4 ans auparavant, avec une force dévastatrice. Deux ans auparavant, son mari avait commencé à avoir des aventures, à une fréquence gênante. Les troubles paniques avaient commencé un an plus tôt. La consommation d'alcool est présente.

Elle arriva cinq minutes en retard à son rendez-vous, avec dans son sillage ses deux filles, Jennie, 8 ans, et Julie, 12 ans. « Je suis désolée d'avoir amené les enfants avec moi mais ma baby-sitter m'a fait faux bond. » Elle esquissa un sourire timide : « Désolée. Ça ne vous dérange pas ? »

Bien qu'elle se sente beaucoup mieux qu'avant son hospitalisation, elle reconnaît se sentir encore assez déprimée. Elle se plaint de nombreux symptômes dépressifs neurovégétatifs. Elle parvient à sourire de temps en temps, mais se déplace de manière hésitante et a parfois du mal à articuler, non pas à cause de l'alcool, mais à cause des séquelles de sa dernière poussée de sclérose.

Exactement comme l'assistante sociale responsable l'avait indiqué, il y a quelque chose d'immédiatement engageant chez Kell qu'il est difficile d'exprimer. Ce jour-là, elle semble fatiguée, son discours est ponctué de soupirs dépressifs. Lorsque nous abordons la nécessité de vendre rapidement le **Morning Stop**, car elle ne peut plus soutenir la cadence que lui impose la gestion de l'établissement, elle se met à pleurer. Contrairement à Jimmy, elle ne présente aucun signe de psychose. Ses capacités intellectuelles et cognitives sont bonnes.

Lorsque je la questionne à propos du suicide, elle parle ouvertement de sa récente tentative de suicide, et insiste : « Je ne voulais pas réellement me tuer, vous savez, je me suis arrêtée seule. Personne ne m'a arrêtée. » Elle nie avoir eu la moindre idéation ou planification suicidaire depuis sa sortie d'hôpital, excepté : « Parfois, je souhaiterais être morte, mais je dois continuer. »

Kell soulève des motifs d'inquiétude différents de ceux de Jimmy. Premièrement, elle présente un affect dépressif et signale de nombreux symptômes dépressifs correspondant aux critères de la dépression majeure du DSM-IV. De plus, elle se présente avec plusieurs diagnostics psychiatriques. En plus de sa dépression, elle souffre d'un trouble panique et il semble qu'elle remplisse également les critères d'abus d'alcool. Bien entendu, l'existence d'une dépression évoque un facteur de risque de suicide significatif. En plus du tableau classique de la dépression, dont Kell est l'illustration, le clinicien doit aussi garder à l'esprit la possibilité d'une dépression atypique.

Un tableau dépressif peut aussi être une réponse secondaire à un diagnostic initial encore plus problématique, dont le patient est gêné d'évoquer les symptômes. Il est très courant que des patients souffrant d'un trouble obsessionnel compulsif (TOC) et d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) cachent leurs symptômes ou leurs problèmes sous-jacents lorsqu'ils consultent pour des troubles dépressifs. Une étude a démontré que le nombre moyen d'années s'écoulant avant qu'un patient souffrant de TOC ne cherche

de l'aide est de 16 ans [25]. Ce résultat est particulièrement inquiétant si on estime que ceux qui souffrent de TOC représentent presque 2 % de l'ensemble des suicides commis aux États-Unis chaque année [26]. Les troubles somatiques, comme un syndrome douloureux psychogène et l'hypocondrie (qui est probablement une variante de TOC), peuvent aussi s'accompagner de dépressions comorbides. Il est capital de rechercher ces affections comorbides. Si elles ne sont pas traitées, elles peuvent fortement augmenter le risque de suicide.

La présence d'un trouble psychiatrique grave comme une dépression majeure est probablement le facteur statistiquement le plus fortement corrélé au risque de suicide. En réponse à la question : « Quel est une de vos meilleures façons pour prédire un risque de suicide à long terme ? », je réponds souvent : « Commencer par une bonne évaluation diagnostique. » Des analyses portant sur le suicide ont montré que 95 % de tous les suicides commis par les adolescents et les adultes surviennent chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques [27]. Les dépressions majeures figurent en tête de liste, suivies de l'alcoolisme, de la schizophrénie, des troubles bipolaires et des personnes souffrant de troubles sévères de la personnalité de type état limite [28].

L'intensité de l'anxiété de Kell est inquiétante, car il y a de plus en plus de preuves que les personnes souffrant d'attaques de panique fréquentes présentent un risque accru de suicide. Si les troubles paniques surviennent en association avec une dépression grave, comme dans le cas de Kell, alors le « drapeau rouge » doit être hissé. Dans une étude de presque 1000 patients atteints de troubles de l'humeur, Fawcett a découvert que les patients dépressifs souffrant aussi d'un trouble panique avaient un taux de suicide trois fois plus élevé que les autres patients et représentaient pratiquement les deux tiers des suicides commis au cours de la première année de cette étude [29, 30]. D'autres recherches ont émis l'hypothèse selon laquelle les patients souffrant d'un trouble panique ont un nombre plus élevé d'idéations suicidaires, mais l'on ne sait pas si cela se traduit par des taux de suicide nettement supérieurs [31].

Dans le chapitre 2 et au cours de la discussion du cas clinique de Jimmy, nous avons décrit l'importance des stress et des pertes en tant que facteurs de risque du suicide. Contrairement à Jimmy, Kell avait subi les effets dévastateurs de nombreux facteurs de stress : la perte de sa santé, la dégradation de son mariage, la perte de ses capacités à travailler efficacement (elle trouve que ses difficultés à articuler sont particulièrement gênantes et a la sensation qu'elles lui donnent « l'apparence d'une personne qui a bu »). Dans un futur proche, elle devra faire face à la perte de son café. Cette liste impressionnante de facteurs de stress augmente considérablement son risque chronique de suicide.

La présence d'une pathologie grave et invalidante, comme la sclérose en plaques dont souffre Kell, est l'un des facteurs de risque majeur des suicides aboutis. Une attention particulière doit être portée aux pathologies entraînant une diminution de la mobilité, une défiguration, une douleur chronique ou une perte des capacités, soit exactement les types de pertes que nous avons vus dans le chapitre 2 et qui conduisirent Bruno Bettelheim à se suicider. La sclérose en plaques de Kell a profondément changé sa vie et se traduit par des périodes irrégulières de parésie, des difficultés à articuler, une incontinence urinaire et des problèmes graves de la vision. L'investigateur devrait tenir compte de l'impact de toute pathologie présageant pour le patient une perte inévitable de ses capacités physiques ou une mort atroce. Des maladies comme la sclérose latérale amyotrophique, la chorée de Huntington, la maladie d'Alzheimer, un diabète sévère, une bronchopneumopathie obstructive chronique grave et une paralysie peuvent représenter plus de souffrance que certains individus peuvent supporter ou choisir d'accepter.

Les interactions existant entre les maladies du patient et la structure sous-jacente de sa personnalité méritent aussi notre attention. Lorsque certaines personnes sont enfermées dans des structures narcissiques, histrioniques ou un trouble de la personnalité état limite, elles peuvent éprouver des difficultés démesurées à gérer ces processus pathologiques que d'autres peuvent mieux affronter parce qu'elles ont la chance d'avoir développé de meilleures capacités d'adaptation.

À ce sujet, Leonard a décrit trois types de personnalité pouvant prédisposer au suicide lorsqu'ils sont gravement exposés à un stress [32]. Le premier est celui de la personnalité contrôlante. Ces patients ont tendance à manipuler sans cesse leur entourage. Ils sont souvent très dynamiques et éprouvent le besoin de « toujours tout dominer ». Ils font souvent leur vie en occupant des fonctions de pouvoir et d'autorité. Lorsque ces personnes sont frappées par une perte de contrôle à cause d'une maladie handicapante, ils peuvent tenter d'y échapper par la mort.

Il existe un deuxième type de personnalité à risque qui se caractérise par une approche de la vie dépendante et/ou insatisfaite, un trait commun aux personnes souffrant de troubles de la personnalité limite, de troubles narcissiques et de personnalités passives-agressives. Ces personnes laissent souvent derrière elles une longue liste de soignants exaspérés. Lorsque la dernière source de soutien interpersonnel ferme finalement sa porte, ces personnes se retrouvent soudainement sans la moindre possibilité de soutien affectif. Le suicide risque alors de prendre l'apparence de la seule option viable.

On trouve un troisième type de personnalité prédisposant au suicide chez les personnes ayant développé une relation totalement fusionnelle avec un

être cher. Ces personnes sont à haut risque si ce soutien affectif décède ou les abandonne.

Tous ces exemples soulignent à nouveau l'un des éléments les plus importants du suicide, décrits dans le chapitre 2. Le suicide est souvent un phénomène interpersonnel. Comme nous l'avons vu avec Jimmy, une évaluation du potentiel suicidaire n'implique pas seulement une observation du patient même, mais également l'évaluation des personnes entourant ce patient. Parfois, comme nous l'avons vu avec Jimmy, cette évaluation du potentiel suicidaire s'effectue grâce aux informations fournies par des proches. Lorsque ces sources d'information n'existent pas, l'investigateur doit s'appuyer uniquement sur celles fournies par le patient. Dans l'un ou l'autre cas, une étude minutieuse des facteurs interpersonnels est justifiée. Un aperçu de l'entretien reconstitué de Kell peut fournir une idée de l'importance de ces facteurs interpersonnels.

Clin. : Vous avez mentionné que vous aviez le sentiment que vous ne vous tueriez pas parce que vous deviez continuer. Je me demande ce qui vous incite à continuer.

Kell : [En montrant la porte] Elles.

Clin. : Vos enfants ?

Kell : Absolument. Je ne pourrais pas leur faire ça. Julie, en particulier, ne s'en remettrait pas. Ce ne serait pas juste. [Silence] Croyez-moi. Si elles n'étaient pas là, je ne serais plus là aujourd'hui. C'est simple.

Clin. : Et votre mari ? Pensez-vous qu'il ait besoin de vous ?

Kell : [Elle hausse les sourcils et sourit] Laissez-moi vous dire, Docteur, il y a environ un mois, je me suis adressé à Kevin et je lui ai dit qu'il pourrait éprouver plus de chagrin qu'il ne le croit si je me tuais. Vous savez ce qu'il m'a dit ?

Clin. : Quoi ?

Kell : Rien. [Silence] Absolument rien. Il a roulé des yeux, secoué la tête et il est sorti de la pièce. [Silence] Oh si, il a dit quelque chose alors qu'il sortait en se pavanant.

Clin. : Quoi ?

Kell : « Putain, t'es vraiment complètement cinglée ! »

Clin. : Vous avez essayé de vous tuer peu de temps après ça, n'est-ce pas ? Est-ce que vous pensez que cet échange a été le facteur déclenchant de cette tentative ?

Kell : Je ne sais pas [dit-elle en secouant la tête de gauche à droite]. Qu'en pensez-vous ?

Clin. : Je ne sais pas non plus. Vous paraissez plutôt en colère et démoralisée en ce moment, ce qui est compréhensible.

Kell : Oui. Je le suis vraiment. Les deux. [Silence] Vous pensez que c'est normal de ressentir ça ?

Clin. : Bien sûr.

Kell : [Acquiesçant de la tête toujours aussi doucement] Hmmm.

Clin. : Voyez-vous un espoir pour l'avenir ?

Kell : Si vous voulez dire : est-ce que j'espère que j'arriverai à surmonter tout ça et à aider mes enfants à grandir et à avoir une enfance correcte ? Ouais. J'y arriverai. Je dois le faire, si la sclérose ne me tue pas avant. Mais si vous me demandez si j'espère être heureuse à nouveau un jour [silence, s'inclinant vers l'avant de sa chaise], sûrement pas. Vous savez, et je sais, que cette maladie va empirer avec le temps. Vous savez, et je sais, que je terminerai certainement dans un fauteuil roulant ou pire encore. Je ne pense pas que cette perspective emplisse qui que ce soit d'espoir, n'est-ce pas ?

Ce dialogue illustre clairement l'importance de déterminer si le patient repartira vers un environnement qui le soutient ou qui lui est hostile. Si la famille et/ou les amis du patient constituent un milieu affectueux, c'est un facteur de bon augure pour le patient. Mais, paradoxalement, un problème peut toujours en découler si le patient commence à culpabiliser et se considère comme un « fardeau pour tout le monde ». Il n'y avait pas le moindre doute, Kell affrontait un environnement hostile. Les aventures de son mari et ses remarques acerbes indiquent que, psychologiquement, il l'avait déjà « quittée », laissant Kell seule face à ces peurs et à son infirmité qui s'aggravaient. On peut parfois susciter la découverte des tensions interpersonnelles et des pensées suicidaires du patient grâce à des questions comme celles-ci.

1. D'après vous, si vous deviez vous donner la mort, dans quelle mesure cela affecterait votre famille ?
2. D'après vous, qu'est-ce que votre conjoint(e) ressentirait si vous vous suicidiez ?
3. Que pensez-vous de vos responsabilités vis-à-vis de votre famille et de vos enfants si vous vous suicidiez ? [33]

Ce type de questionnaire peut révéler les signes d'un maelström interpersonnel ou de l'existence de raisons de vivre, comme l'amour de Kell pour ses enfants. La face cachée est que l'investigateur recherche également des signes indiquant que le système de soutien supposé souhaite, en fait, voir le patient mort. Ce désir de mort peut être inconscient ou conscient, inoffensif ou menaçant. L'identification de ce désir de mort par le clinicien n'est pas un jugement moral porté sur un système de soutien potentiel, mais davantage une tentative pour voir les conséquences létales potentielles provenant d'une telle situation. Le rejet prématuré de ce type de facteur pourrait être d'une

naïveté dangereuse de la part d'un investigateur. Dans le cas de Kell, on peut se demander dans quelle mesure le lien conjugal est définitivement détruit. Est-ce que, d'une certaine façon, Kevin Flannigan veut « sortir du jeu » ?

Un désir inconscient de mort peut se révéler à travers l'attitude laxiste d'une famille vis-à-vis des précautions appropriées à prendre pour éviter un suicide. Le clinicien peut découvrir que les conseils de sécurité donnés par d'autres professionnels de santé mentale, comme enlever une arme à feu du domicile familial, n'ont pas été suivis. Sur un autre plan, l'hospitalisation d'un patient avec un fort potentiel suicidaire peut provoquer des résistances. Il faut prendre également en compte des mécanismes de défense psychologiques ; les membres de la famille peuvent avoir une impression faussement optimiste de la situation en raison du déni et du refoulement.

À un niveau plus inquiétant, les cliniciens seront sans aucun doute confrontés à un désir de mort lié à une réelle malveillance. Peut-être un(e) conjoint(e) a-t-il (elle) depuis longtemps essuyé un refus de divorce ou une personne physiquement maltraitée a-t-elle été incapable de riposter. Ces membres de la famille, à tort ou à raison, peuvent consciemment souhaiter la mort du patient. Nous ne savons pas combien de personnes attendent quelques heures avant d'appeler les secours lorsqu'elles trouvent un membre de leur famille « endormi » et entouré de boîtes de comprimés vides.

Je me souviens d'une patiente que j'avais hospitalisée après son passage dans un service d'urgences. Au cours de notre entretien, son époux lui avait hurlé : « Pourquoi ne les avale-tu pas, ces maudites pilules ? En fait, je vais te les enfoncer dans la gorge et, fais-moi confiance, je n'appellerai pas âme qui vive. » Une relation aussi haineuse devrait servir de signal d'alarme pour le clinicien. Cela peut signifier l'hospitalisation d'un patient qui aurait pu être parfaitement en sécurité en dehors de l'hôpital si son entourage représentait un meilleur soutien.

Dans un autre type d'environnement hostile, le patient peut éprouver autant de colère vis-à-vis des membres de sa famille. La vengeance en tête, certains patients peuvent se donner la mort en espérant « leur montrer, ils seront malheureux lorsque je ne serai plus là ». Des réponses à des questions comme « Comment avez-vous imaginé vos funérailles ? » peuvent fournir un aperçu révélateur des motifs de suicide du patient. Certains patients fournissent des réponses comme celle-ci : « Ils seront anéantis quand ils réaliseront ce qu'ils m'ont fait. » Dans un style similaire, certains auteurs ont considéré le suicide comme étant le résultat d'une impulsion meurtrière du patient tournée contre lui-même, un meurtre symbolique empreint d'une satisfaction ironique [34].

Un autre aspect de la colère, face à laquelle les cliniciens expérimentés devraient être vigilants, peut apparaître au cours du dénouement de l'acte

suicidaire. Le suicide engendre la colère chez ceux qu'il laisse derrière lui. Dans certains cas, il s'agit d'une colère justifiée car l'objectif du patient était de les faire souffrir.

Si nous revenons un instant sur le cas de la lettre de suicide de Kurt Cobain (voir chapitre 2), nous observons en partie ce processus. De manière subtile, la lettre de Cobain semble démontrer ce parfum passif-agressif qui n'est pas rare dans les matrices suicidaires. Ce courant sous-jacent d'agressivité passive se dévoile dès la première ligne de la lettre, paradoxalement, à travers l'utilisation insistante, par Cobain, de ses propres autodénigrements. Lorsqu'on relit ces lignes – « Paroles de la bouche d'un simplet expérimenté qui aimerait mieux être un pleurnichard émasculé et infantile » –, il est évident que les autodénigrements de cette lettre sont dramatiques ou même, pourrait-on objecter, trop dramatiques. Cela ne laisse aucune place pour que des êtres chers puissent exprimer de la colère à son égard, car il s'est déjà lui-même déprécié au plus haut point. En fait, ses exhortations autodénigrantes mettent une pression complexe sur les êtres chers afin qu'ils les réfutent ; en quelque sorte, qu'ils disent du bien de lui. Si une personne éprouve de la colère à l'encontre de quelqu'un qui l'a délibérément blessée, cette pression de dire quelque chose d'apaisant est véritablement agaçante, même à titre posthume.

Une complication supplémentaire est la situation psychologique perturbante que l'acte suicidaire inflige aux êtres chers : celle d'avoir à poursuivre seul le combat de la vie. Certains survivants éprouvent presque un sentiment d'exaspération quand une lettre de suicide comporte de nouvelles exigences à l'encontre des vivants. L'ordre ultime de Cobain à sa femme, « S'il te plaît Courtney, tiens le coup, pour Frances », est une arme à double tranchant. Le parent qui reste, profondément traumatisé par son rôle de parent seul et par une douleur intense, doit continuer à affronter seul les nombreux combats de la vie alors que la personne qui s'est suicidée a « baissé les bras ». Un des pires aspects de ce phénomène est le fait que les survivants, après avoir pris conscience de cette colère, se sentent souvent coupables de l'avoir éprouvée. Un clinicien peut utiliser ses connaissances pour aider considérablement les survivants à affronter les répercussions émotionnelles d'un suicide abouti.

Un autre aspect me paraît encore plus important pour nos objectifs : la connaissance de ces dynamiques peut être de valeur immédiate pour l'évaluation même du risque suicidaire. Ces mêmes sentiments de ressentiment et de trahison sont souvent éprouvés par les amis et les membres de la famille, bien qu'à un degré moindre, après une tentative de suicide ratée. En effet, des tentatives répétées peuvent engendrer une colère insidieuse grandissante vis-à-vis du patient chez les personnes mêmes qui pourraient être d'une importance vitale pour que le clinicien puisse envisager une sortie d'hospitalisation. Ce processus est déjà bien avancé entre Kell et son mari, comme le prouve sa réponse à sa menace à peine déguisée qu'il pourrait éprouver plus de chagrin qu'il ne le croit si elle se tuait : « T'es complètement cinglée ! »

Totalement à l'opposée de la dynamique suicidaire engendrée par la haine se trouve, tout aussi puissante, la dynamique suicidaire engendrée par la compassion. Certaines personnes se tuent pour aider les autres. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, plus le patient considère que son suicide soulagera ceux qui restent, plus l'investigateur doit se montrer vigilant. C'est particulièrement inquiétant quand le patient perçoit le suicide comme étant « le seul moyen par lequel je peux réellement aider ma famille. Ma schizophrénie nous mène à la ruine. Nous ne pouvons plus payer ces hospitalisations. Et je ne peux pas laisser mes enfants me voir comme ça. Ils ont besoin d'un meilleur papa ».

Revenons au monde personnel de Kell ; plusieurs indicateurs semblent suggérer un risque de suicide faible. Premièrement, Kell nie un désespoir immédiat, bien que d'une manière peu convaincante. Dans le chapitre 2, je mentionne que le travail d'Aaron Beck indiquait que la présence d'une perte d'espoir peut être de mauvais augure. En fait, avec le temps, le désespoir peut même devenir un indicateur de létalité plus fiable que la gravité d'une humeur dépressive [35]. D'un point de vue logique, le suicide représente généralement la dernière option possible quand aucune autre alternative n'apparaît clairement au patient. De plus, un sentiment d'impuissance est souvent associé à cet état de désespoir. Les patients se tuent généralement pour une seule raison majeure : fuir une souffrance insupportable à laquelle il leur semble impossible d'échapper.

La suite de l'entretien révéla que Kell était une catholique pratiquante. Considérant le suicide comme un péché mortel, elle pensait que la conséquence de cet acte serait une damnation éternelle. Lorsqu'elle revêt cette intensité, la religion agit probablement comme un soutien majeur donnant un sens à la vie qui empêche d'opter pour le suicide. Mais l'extrait de cet entretien nous offre l'aperçu d'une raison de vivre encore plus importante, celle qui représente à mon avis son lien le plus fort à la vie : le bien-être de ses enfants. D'autres patients peuvent avoir des raisons de vivre différentes, comme prendre soin de parents âgés, des projets communautaires, des croyances religieuses et/ou spirituelles, le patriotisme ou des liens avec des groupes culturels particuliers tels qu'une association de cyclistes, un club sportif, ou les Alcooliques anonymes. La recherche de l'existence de facteurs dissuasifs aussi protecteurs devrait faire partie de toute évaluation du potentiel suicidaire.

Bien qu'il représente souvent un facteur dissuasif important du suicide, un attachement à ses enfants peut paradoxalement revêtir des aspects dangereux si le patient commence à penser que ses enfants pourraient mieux s'en sortir s'il était mort. Kurt Cobain l'affirme clairement dans sa lettre de suicide. Une question peut servir de révélateur dans ce cas : « Comment voyez-vous l'avenir de vos enfants, si, effectivement, vous mourriez ? »

Vu sous cet angle, lorsqu'il s'agit des enfants, les événements peuvent prendre un tour particulier et troublant. Un parent suicidaire peut conclure que ses enfants seront dans une situation encore pire s'il se suicide. Par exemple, le conjoint survivant pourrait être alcoolique et/ou avoir des antécédents de relations physiques et sexuelles abusives avec des enfants. Le parent suicidaire pourrait alors envisager de prendre aussi la vie de ses enfants avant de se tuer. Bien que rares, il suffit de lire les journaux pour découvrir l'existence de telles tragédies. Si cette issue est suspectée, le clinicien doit demander directement au patient s'il nourrit de telles pensées. Il existe différentes façons d'aborder avec sensibilité un sujet potentiellement aussi lourd. Si une colère importante est présente, celle-ci peut être utilisée comme une voie ouvrant sur l'exploration de pulsions violentes, qui, en retour, peuvent être étroitement liées à des pensées infanticides. L'extrait suivant peut illustrer ces sujets sensibles.

Pt. : Je suis une véritable perdante, du moins c'est ce que me dit mon mari. Et il le répète chaque minute de chaque jour.

Clin. : Il semblerait qu'au fil du temps beaucoup de colère ait grandi entre vous.

Pt. : Vous avez raison. Je n'ai pas peur de dire que je hais ce fils de pute. Mais il aura des regrets lorsque je serai morte.

Clin. : Vous voulez dire si vous vous tuez ?

Pt. : Ouais. C'est ce que je veux dire. [Silence] Peut-être que je ne me tuerai pas. Je ne sais pas. Je ne sais plus.

Clin. : Comme vous éprouvez beaucoup de colère à son égard, avez-vous déjà pensé à le tuer ?

Pt. : Non. Je finirais en prison. Et après, qu'arriverait-il à mes enfants ? Qui prendrait soin d'eux ?

Clin. : Lorsqu'on a évoqué cette idée, vous avez parlé de l'impact négatif que cela aurait sur votre mari si vous vous suicidiez. D'après vous, quel serait l'impact sur vos enfants ?

Pt. : [Long silence] Horrible. [Silence]. Je ne peux pas imaginer ce que ça serait. Je ne m'imaginais pas les laissant avec lui. Ce ne serait pas juste. C'est un monstre, vraiment.

Clin. : Aussi difficile que pourrait être cette pensée, avez-vous déjà pensé, même furtivement, à tuer vos enfants avant de vous donner la mort ?

Pt. : [Long silence, la patiente commence à sangloter] J'y ai pensé. Mais c'est une pensée horrible. Je ne sais vraiment plus quoi faire. Je veux juste que cela s'arrête. C'est tout. Que cela s'arrête.

Clin. : Je suis sûr que c'est une souffrance terrible pour vous. Je sais que vous adorez vos enfants. Je suis certain que ces pensées proviennent de vos souffrances. Dites-moi exactement, si vous le pouvez, ce que vous avez pensé faire.

Pt. : [Soupir de la patiente] C'est difficile pour moi de le dire, mais j'ai pensé les tuer avec des médicaments. Très brièvement. Il y a deux semaines. [Soupir à nouveau] Mais ce n'est pas une solution. Je le sais maintenant.

À d'autres moments, l'approche suivante est utile. Le clinicien aborde le sujet en demandant directement au patient comment il imagine l'avenir de ses enfants après son suicide.

Pt. : Mon mari ne changera jamais. Il aime nous faire souffrir. Nous n'avons pas d'avenir et je sais maintenant que le suicide est ma seule solution.

Clin. : Vous avez dit « nous ». D'après vous, que se passera-t-il pour vos enfants après votre mort ?

Pt. : [Long silence] Je ne sais pas. Rien de bien.

Clin. : Parfois, les parents envisagent de prendre la vie de leurs enfants. Est-ce que cette pensée vous a déjà traversé l'esprit ?

Pt. : Oui, elle m'a... c'est une pensée terrible, mais elle m'a traversé l'esprit.

Clin. : Qu'avez-vous pensé faire exactement ?

Si on en revient à Kell, il y a un autre point positif dans son cas : le manque de changement brutal de son état clinique dans un sens ou un autre. L'apparition soudaine d'une insomnie grave, d'agitation ou d'une dysphorie importante peut indiquer que les patients s'approchent rapidement d'un niveau de souffrance qu'ils ne pourront pas supporter. En revanche, on entend parfois cette observation clinique souvent citée, indiquée au début du chapitre 2, selon laquelle une amélioration inattendue de l'état clinique peut cacher une issue terrible. La sérénité du patient peut être consécutive à sa décision de se suicider. Soudain, le patient a l'impression que la fin de ses souffrances est proche. La décision la plus importante de sa vie est prise.

La propension de certains patients gravement dépressifs à tenter de se suicider lorsqu'ils commencent à aller mieux est un autre problème étrange. Le suicide est moins fréquent lorsque ces patients sont dans une phase profonde de dépression. Cela est probablement lié au fait que, comme leur état s'est amélioré, ils retrouvent leur capacité à prendre des initiatives et leur énergie, alors qu'ils souffrent encore d'une humeur dysphorique profonde. Le clinicien devrait garder ce fait à l'esprit lorsqu'il rencontre un patient qui a commencé récemment un traitement antidépresseur.

La suite de l'entretien révéla que Kell n'avait pas de modèles de suicide parmi ses proches. Aucun de ses amis ou des membres de sa famille n'avait tenté de se suicider. Le legs d'un suicide dans l'arbre généalogique d'une famille devrait éveiller l'intérêt du clinicien. Une crainte particulière apparaît lorsque des patients considèrent qu'ils ressemblent à quelqu'un de cher qui s'est suicidé, comme dans cette réponse : « Ouais. Ma tante Jackie s'est suicidée quand elle a eu 30 ans. C'était ma tante préférée. Ma maman m'a toujours grondé en disant que j'étais exactement comme elle. [Silence] Peut-être que c'est vrai. » Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre 2, particulièrement chez les adolescents, on devrait surveiller l'existence de pactes suicidaires ou de suicides imitant le suicide d'un autre étudiant ou d'une célébrité. On devrait régulièrement demander aux adolescents : « Est-ce que quelqu'un dans votre école ou parmi vos amis a tenté de se suicider ? » Si les nouvelles des médias se concentrent sur le suicide d'un étudiant ou d'une personne célèbre, le clinicien devrait analyser en détail l'opinion d'un adolescent sur le suicide en question.

Le résumé suivant des points apparus au cours de notre discussion sur Kell peut renforcer certains principes fondamentaux.

1. La présence d'une pathologie somatique comme un diabète sévère, une polyarthrite rhumatoïde ou une sclérose en plaques peut augmenter le risque de suicide, particulièrement si celle-ci entraîne une immobilisation, une défiguration, une perte de capacités et/ou de moyens d'existence ou une douleur chronique.
2. Le clinicien devrait régulièrement rechercher les signes de désespoir en demandant directement au patient de les décrire s'il ne le fait pas spontanément.
3. Un environnement relationnel hostile peut augmenter significativement le risque de suicide et certains membres de la famille et/ou certains amis du patient peuvent consciemment ou inconsciemment négliger les dispositifs de sécurité.
4. Une forte raison de vivre, comme des convictions religieuses profondément ancrées ou des responsabilités envers ses enfants, peut entraîner une diminution du risque. Le clinicien devrait poser des questions directes permettant de découvrir ce type de conviction.
5. Des changements brutaux et inattendus, positifs ou négatifs, de l'état de santé mentale, y compris une augmentation ou une chute brutale et inattendue de l'anxiété, peuvent indiquer une augmentation du risque.
6. Des excuses rationnelles fondées sur l'impression d'aider les autres ou d'alléger leur fardeau (« Ils s'en sortiront mieux si je suis mort, c'est certain ») devraient être soigneusement évaluées.

7. La présence d'antécédents familiaux de suicide, ainsi que le risque de suicide par imitation parmi des adolescents devraient être sérieusement évalués par le clinicien.
8. L'évaluation du potentiel suicidaire devrait toujours comporter une recherche de troubles psychiatriques graves tels que : une dépression grave, une consommation abusive d'alcool ou de drogue, une schizophrénie, un trouble schizoaffectif, un trouble bipolaire, un trouble obsessionnel compulsif, un stress post-traumatique, un trouble panique et des troubles graves de la personnalité comme un état limite.

Les facteurs de risque statistiques et cliniques : résumé rapide

Pressé par le temps, par les obligations cliniques et quotidiennes, un professionnel de santé mentale, un addictologue ou un conseiller scolaire peut avoir parfois de la peine à se souvenir de tous les facteurs de risque dont nous avons parlé plus haut. Deux acronymes peuvent nous y aider. L'échelle SAD PERSONS, mise au point par Patterson, Dohn, Bird et Patterson [36], sert de liste récapitulative des facteurs de risque pertinents. L'échelle NO HOPE, développée par l'auteur [37], approfondit l'évaluation du potentiel suicidaire en accentuant le besoin d'investigation concernant l'existence d'un sentiment de désespoir ou d'autres facteurs de risque importants.

L'échelle « SAD PERSONS »

Sexe
Age
Dépression

Précédente tentative
Éthylisme
Rationalité perdue
Sans soutien social
Organisation d'un plan de suicide
Non marié
Santé défaillante

L'échelle « NO HOPE »

Nul cadre de référence
Observation d'un changement brusque de l'état clinique

Hors hôpital depuis peu
Oppression de l'environnement interpersonnel
Prédisposition personnelle
Excuses au suicide et croyance ferme en ces excuses

Si les cliniciens explorent régulièrement les ramifications de ces facteurs de risque et d'autres décrits dans ce chapitre, ils peuvent être assurés qu'ils utilisent une base de connaissances solide. De plus, la présence d'un grand nombre de ces facteurs devrait augmenter la vigilance des cliniciens à propos d'un potentiel suicidaire.

Lorsque nous avons étudié les facteurs de risque présents chez Jimmy et Kell, nous avons abordé certaines de leurs implications suggérant un risque de suicide chronique. Mais pour un clinicien qui doit décider ce qu'il doit faire avec d'autres Jimmy ou Kell, cette question demeure : quelle est l'imminence du danger ? Doivent-ils être hospitalisés ?

Risque de suicide chronique versus risque immédiat : la triade létale

Commençons avec Kell. Le signe le plus important indiquant que Kell ne présente probablement pas un risque de suicide imminent est le fait qu'elle nie avoir à ce moment-là des idéations suicidaires et qu'elle n'a pas planifié de se faire du mal. Elle exprime également spontanément une raison de vivre extrêmement forte : la nécessité d'être présente pour ses enfants, Jennie et Julie. Néanmoins, Kell présente un risque de suicide à long terme. Ce point illustre l'utilité de distinguer un potentiel suicidaire chronique d'un potentiel suicidaire imminent. Si un patient présente de nombreux facteurs de risque sur une longue période, ce patient peut avoir un risque de suicide chronique et le clinicien devra régulièrement vérifier que des idéations suicidaires n'apparaissent pas chez lui. C'est le cas chez Kell qui présente les facteurs de risque suivants : présence d'un trouble psychiatrique grave (dépression majeure, trouble panique et consommation abusive d'alcool), de nombreux événements de vie majeurs, une perte de ses capacités physiques, une maladie handicapante (la sclérose en plaques), une tendance au désespoir et/ou au découragement, des antécédents de tentatives de suicide, une sortie récente d'hospitalisation et des tensions conjugales susceptibles de réellement représenter un environnement hostile.

Mais la présence de nombreux facteurs de risque n'indique pas forcément un risque de suicide imminent. Par exemple, Kell pourrait probablement être soignée en ambulatoire malgré sa longue liste de facteurs de risque. Ainsi, la question urgente à laquelle le clinicien réalisant l'évaluation doit répondre est : quels facteurs pourraient indiquer que Kell est en danger de suicide immédiat ?

D'après moi, les trois indicateurs les plus utiles, sorte de triade létale, sont :

1. le patient arrive en consultation immédiatement après avoir commis un acte suicidaire grave ;
2. le patient présente la dangerosité d'un processus psychotique indiquant un risque létal ;

3. le patient fait part d'une planification ou d'intentions suicidaires pendant l'entretien, indiquant qu'il planifie sérieusement un suicide imminent (ou d'autres sources d'information confirment l'existence de ce type de planification).

La présence de n'importe lequel des éléments de cette triade devrait alerter le clinicien qu'un suicide pourrait être imminent. Dans ce cas, pour une bonne orientation, le clinicien devrait envisager sérieusement une hospitalisation même si le patient s'y oppose. Je pense que le dernier élément de cette triade, qui dépend au départ de l'habileté du clinicien à mener un entretien, est l'indicateur le plus important du potentiel suicidaire. Le processus de l'entretien est si important que la deuxième partie de cet ouvrage sera entièrement consacrée à l'étude de ses subtilités.

Parallèlement, lorsqu'on analyse le premier élément de la triade létale, c'est-à-dire le patient qui arrive en consultation immédiatement après une tentative de suicide sérieuse, certains points relèvent d'une pratique clinique pertinente. Premièrement, le clinicien veut déterminer la dangerosité potentielle de la méthode utilisée. Avaler sous le coup d'une impulsion quelques comprimés d'aspirine supplémentaires est beaucoup moins inquiétant que se tirer une balle ou ingérer de la lessive. La menace d'une intoxication par un médecin qui connaît la nature létale de certains médicaments et qui a les moyens de se les procurer est plus inquiétante que la même menace lorsqu'il ne s'agit pas d'un médecin.

Deuxièmement, le clinicien veut déterminer si le patient semble vouloir vraiment mourir. En d'autres termes, est-ce que le patient a laissé des possibilités d'être secouru ? L'investigateur devrait chercher ces facteurs et des facteurs similaires : est-ce que le patient a choisi un « lieu pour sa mort » où il pourrait facilement être découvert ? Est-ce que le patient a laissé des indices concernant son intention suicidaire qui pourraient faciliter les secours, comme une lettre de suicide facilement accessible ? Est-ce que le patient a contacté quelqu'un après sa tentative de suicide [38] ? Les réponses à ces questions peuvent fournir des signes cruciaux concernant une dangerosité imminente. Le sens de ces questions sera étudié plus en détail dans le chapitre 6.

Notons que Kell ne présente aucun des trois critères de la triade létale. Bien qu'elle ait récemment tenté de se suicider, cette tentative n'était pas une tentative grave. Elle avait avalé une petite quantité de pilules, avait d'elle-même interrompu son geste et, ensuite, regretté. En ce qui concerne les deuxième et troisième critères de la triade létale, Kell ne montre aucun signe de psychose et elle nie avoir des idéations ou des intentions suicidaires. Sa sécurité immédiate est de plus étayée par une forte raison de vivre constituée de son amour pour ses enfants et ses croyances religieuses. Malgré de nombreux facteurs de risque, Kell n'est probablement pas en danger dans l'immédiat, même si un suivi de près est certainement nécessaire.

Le cas de Jimmy est beaucoup plus délicat. Il se situe presque à l'autre bout du continuum, loin d'un risque chronique et plus proche d'un risque imminent. Ses facteurs de risque incluent son jeune âge et le fait que, d'un point de vue psychologique, la note « basse » obtenue pour son examen peut effectivement représenter pour lui un facteur de stress catastrophique. Cependant, curieusement, comparé à Kell, il semble avoir beaucoup moins de facteurs de risque. Sur une échelle de mesure du stress, l'intensité de ses facteurs de stress est, objectivement, beaucoup moins importante. Contrairement à Kell, il n'a pas récemment tenté de se suicider ni été hospitalisé. Cependant, il semble davantage en danger.

C'est la présence chez Jimmy du deuxième élément de la triade létale, son processus psychotique, qui est le facteur le plus inquiétant. Et c'est la manière habile avec laquelle le clinicien pose des questions à propos de pensées ou de planifications suicidaires, le troisième élément de la triade létale, qui fait remonter à la surface des facteurs de dangerosité. Un entretien plus approfondi sur ses planifications suicidaires et ses capacités à réfréner ses actes suicidaires serait nécessaire pour déterminer sa dangerosité immédiate. Par exemple, on pourrait découvrir que les lames de rasoir avaient été achetées dans le but de se blesser. Peut-être un geste suicidaire avait-il déjà eu lieu. Un entretien approfondi peut montrer que Jimmy est moins éloigné d'une récente planification suicidaire qu'il ne l'a laissé entendre au cours de l'entretien. Une hospitalisation, même contre sa volonté, peut se révéler nécessaire pour assurer sa sécurité.

Dans ce sens, Jimmy représente un exemple du fait que le nombre de facteurs de risque présents ne donne pas obligatoirement un tableau juste du risque léthal. Il est nécessaire de pénétrer dans le monde intérieur du patient où les détails les plus intimes des idéations et des intentions suicidaires restent enfouis. C'est là, dans le monde concret de la planification suicidaire du patient, que les véritables signes avant-coureurs de la mort peuvent être découverts. L'art et la manière de découvrir ces idéations suicidaires font l'objet de la seconde partie de cet ouvrage.

Références

1. Griesinger, W.: *Mental Pathology and Therapeutics, 2nd Edition*, 1882 (from the series "The Classics of Psychiatry & Behavioral Sciences Library" edited by E. T. Carlson). Birmingham, Alabama, Gryphon Editions, Inc., 1990, p. 178.
2. Patterson, W.M., Dohn, H.H., Bird, J., and Patterson, G.: Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. *Psychosomatics* 24: 343–349, 1983.
3. Patterson, W.M., 1983, 343–349.
4. Conwell, Y. and Duberstein, P.R.: Suicide among older people: A problem for primary care. *Primary Psychiatry* 3: 41–44, 1996.
5. Centers for Disease Control and Prevention—National Center for Prevention and Control (Violence): Suicide in the United States, CDC Website, April 1999.

6. Hirschfeld, R.M.A.: Algorithms for the evaluation and treatment of suicidal patients. *Primary Psychiatry* 3: 26–29, 1996.
7. Husain, S.A.: Current perspectives on the role of psychosocial factors in adolescent suicide. *Psychiatric Annals* 20: 122–127, 1990.
8. Centers for Disease Control and Prevention: Suicide Deaths and Rates per 100,000 (based on 1995 statistics), CDC Website, April 1999.
9. Elliott, A.J., Pages, K.P., Russo, J., Wilson, L.G., and Roy-Byrne, P.P.: A profile of medically serious suicide attempts. *The Journal of Clinical Psychiatry* 57: 567–571, 1996.
10. Roy, A.: Depression, attempted suicide, and suicide in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America* 9: 193–206, 1986.
11. Wilkinson, G., and Bacon, N.A.: A clinical and epidemiological survey of parasuicide and suicide in Edinburgh schizophrenics. *Psychological Medicine* 14: 899–912, 1984.
12. Breier, A., and Astrachan, B.M.: Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. *American Journal of Psychiatry* 141: 206–209, 1984.
13. Drake, R.E., Gates, C., Cotton, P.G., and Whitaker, A.: Suicide among schizophrenics: Who is at risk? *The Journal of Nervous and Mental Disease* 172: 613–617, 1984.
14. Hellerstein, D., Frosch, W., and Koenigsberg, H.W.: The clinical significance of command hallucinations. *American Journal of Psychiatry* 144 (2): 219–221, 1987.
15. Junginger, J.: Predicting compliance with command hallucinations. *American Journal of Psychiatry* 147 (2): 245–247, 1990.
16. *The Holy Bible, Revised Standard Version*. New York, Thomas Nelson, Inc., 1971.
17. Lion, J.R., and Conn, L.M.: Self-mutilation: Pathology and treatment. *Psychiatric Annals* 12: 782–787, 1982.
18. Roy, A., 1986, 193–206.
19. Drake, R.E. et al., 1984. pp. 613–617.
20. Amador, X.F., Friedman, J.H., Kasapis, C., Yale, S.A., Flaum, M. and Gorman, J.M.: Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *American Journal of Psychiatry* 153: 1185–1188, 1996.
21. Drake, R.E. et al., 1984, p. 617.
22. Busch, K.A., Clark, D.C., Fawcett, J., and Kravitz, H.M.: Clinical features of inpatient suicide. *Psychiatric Annals* 23: 256–262, 1993.
23. Clark, D.C.: Suicidal behavior in childhood and adolescence: Recent studies and clinical implications. *Psychiatric Annals* 23: 271–283, 1993.
24. Fremouw, W.J., de Perczel, M., and Ellis, T.E.: *Suicide Risk: Assessment and Response Guidelines*. New York, Pergamon Press, 1990.
25. Hollander, E., Kwon, J.H., Stein, D.J., Broatch, J., Rowland, C.T., and Himelein, C.A.: Obsessive-compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues. *Journal of Clinical Psychiatry (supplement 8)* 57: 3–6, 1996.
26. Dupont, R., Rice, D., Shiraki, S., et al.: Economic costs of obsessive-compulsive disorder. *Pharmacoeconomics* April: 102–109, 1995.
27. Callahan, J.: Blueprint for an adolescent suicidal crisis. *Psychiatric Annals* 23: 263–270, 1993.
28. Fawcett, J., Clark, D.C., and Busch, K.A.: Assessing and treating the patient at risk for suicide. *Psychiatric Annals* 23: 245–255, 1993.
29. Fawcett, J., Scheftner, W.A., Fogg, L., Clark, D.C., Young, M.A., Hedeker, D., and Gibbons, R.: Time-Related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 147: 1189–1194.

30. Fawcett, J., Clark, D.C., et al., 1993, pp. 247–249.
31. Cox, B.J., Dorenfeld, D.M., Swinson, R.P., and Norton, G.R.: Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *American Journal of Psychiatry* 151: 882–887.
32. Fawcett, J.: Saving the suicidal patient—The state of the art. In *Mood Disorders: The World's Major Public Health Problem*, edited by F. Ayd. Ayd Communication Publication, 1978.
33. Fremouw, W.J. et al., 1990, p. 44.
34. Everstine, D.S., and Everstine, L.: *People in Crisis: Strategic Therapeutic Interventions*. New York, Brunner/Mazel, 1983.
35. Beck, A.: Hopelessness and suicidal behavior. *Journal of the American Medical Association* 234: 1146–1149, 1975.
36. Patterson, W.M. et al., 1983, pp. 343–349.
37. Shea, S.C.: *Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding*. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1988, p. 426.
38. Weisman, A.D., and Worden, J.M.: Risk-Rescue rating in suicide assessment. *Archives of General Psychiatry* 26: 553–560, 1972.

Avant de débiter l'entretien : surmonter le tabou, parler du suicide

*Les réponses que vous obtenez dépendent des questions
que vous posez.*

Thomas Kuhn [1]

Introduction à la deuxième partie

Demander aux patients de partager ouvertement leurs pensées les plus intimes concernant leur propre autodestruction est, pour le moins, un travail délicat. Au cours des trois chapitres de cette deuxième partie, nous aborderons cet art trop souvent négligé. Dans le chapitre 5, « Techniques de validité », nous étudierons les méthodes de formulation des questions qui améliorent les possibilités d'obtenir des réponses fiables au cours de l'exploration de n'importe quel sujet sensible. Construit sur la base de ces techniques génériques de validation, le chapitre 6, « Mise au jour d'une idéation suicidaire », introduit une stratégie de conduite d'entretien facile à maîtriser, *Chronological assessment of suicide events (CASE Approach)*, l'Évaluation chronologique des événements suicidaires (méthode ECES), spécialement conçue pour mettre au jour ces idéations suicidaires.

Évaluation du potentiel suicidaire

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Les chapitres 5 et 6 sont consacrés aux méthodes pratiques spécifiques de formulation et d'enchaînement des questions. Par contraste, ce chapitre aborde de manière plus indirecte la mise au jour des idéations suicidaires. Nous y explorerons quelques-unes des résistances fréquentes chez les patients et chez les cliniciens, qui peuvent compromettre l'utilisation efficace des stratégies décrites dans les deux chapitres suivants, et ce avant même qu'elles ne soient utilisées.

Mythes, résistances, pièges et barrages

Le sujet du suicide soulève de nombreux facteurs déroutants en rapport avec des questions complexes comme la communication non verbale, les résistances du patient, les biais culturels et le contre-transfert. Il est également entouré des mythes communs qui peuvent agir comme des pièges pour un clinicien non averti s'ils ne sont pas désamorçés avant le début de l'entretien. Avant d'étudier les méthodes permettant au clinicien de poser efficacement des questions sur le suicide, nous devons d'abord nous assurer que le clinicien veut, à la fois consciemment et inconsciemment, réellement les poser. Comme l'indique Kuhn dans la citation qui ouvre ce chapitre, la découverte de la vérité dépend davantage des questions posées que des réponses apportées.

Peut-être que le mythe le plus important à aborder, car il relève d'une certaine logique, est la peur naturelle que le fait de poser des questions sur la planification suicidaire « donne des idées au patient ». Premièrement, à ma connaissance, il n'existe pas un seul exemple de ce type de processus. Personnellement, je n'en ai jamais rencontré en plus de 18 années de pratique clinique et de supervision. Je reconnais que, en quelques rares occasions, j'ai entendu certains patients, atteints d'un trouble état limite de la personnalité, faire la remarque suivante avec un sourire ironique : « En voilà une nouvelle idée, Docteur ! », mais cela s'est toujours révélé être une réponse manipulatrice destinée à déstabiliser l'investigateur.

Deuxièmement, l'idée même du suicide n'est un secret pour personne. Différentes descriptions du suicide rivalisent les unes avec les autres dans les films, les feuilletons télévisés, les jeux vidéo et les paroles des chansons. Un patient devrait être exceptionnellement protégé pour ne pas être conscient de l'existence du suicide et des méthodes habituellement utilisées pour y parvenir. Finalement, et c'est probablement le plus important, le suicide est extrêmement difficile à réaliser. Il faudrait beaucoup plus qu'une simple discussion sur ce sujet, au cours d'un seul entretien, pour amener quelqu'un à prendre la décision de s'autodétruire.

Au contraire, l'habileté du clinicien à explorer de manière calme et factuelle les idées suicidaires fournit souvent un tremplin à partir duquel le long silence enduré par le patient concernant le suicide peut être rompu. Le fait de discuter ouvertement du suicide peut laisser entrevoir au patient la possibilité de trouver de l'aide au fil de ses paroles. Soudain, l'idéation suicidaire n'est plus un péché à cacher ; c'est un problème à résoudre.

Les biais et les peurs des patients

Ayant abordé le premier mythe, nous pouvons commencer à examiner les processus utilisés pour explorer le monde intime des planifications suicidaires de nos patients sans craindre que cela puisse déclencher leur mise en place. À ce stade, un second mythe doit être abordé. C'est un mythe potentiellement dangereux car il repose sur la croyance fautive selon laquelle, au cours de l'entretien, les patients réellement suicidaires « émettent » des signaux indiquant qu'ils sont à risque. On pourrait appeler cela le « mythe du message » car il est fondé sur la croyance erronée qu'une personne qui souffre assez pour se tuer « émettra », d'une façon ou d'une autre, des signaux de détresse verbaux ou non verbaux. Beaucoup le font. D'autres pas.

D'après leurs proches, leurs collègues de travail et même leurs thérapeutes, certains patients semblaient aller bien le jour de leur suicide. De nombreuses personnes sont capables d'« afficher une façade » remarquablement convaincante, particulièrement si elles sentent que leur monde interne est inacceptable ou entaché. À cet égard, peu de domaines drainent autant de sentiments de culpabilité ou représentent des sujets aussi tabous que celui du suicide. Un patient ambivalent peut discrètement faire allusion à ses intentions suicidaires ou même les évoquer ouvertement devant un ami ou un membre de sa famille, mais si l'ami ou le proche ne le questionne pas davantage dans l'immédiat, le sujet sera souvent abandonné. Paradoxalement, le suicide est un sujet culturel d'actualité pour la presse à scandale et les sites Web, mais sur un plan personnel beaucoup d'individus gardent pour eux cette idée, sauf s'ils sont enclins à la manipulation en dramatisant.

Ce tabou peut être un barrage fatal. Il mérite un examen approfondi car il nous éclaire sur certaines des raisons pour lesquelles nos patients ne répondent pas ouvertement à nos questions sur le suicide. Une fois compris, ce barrage peut être plus efficacement transformé. Notre discussion nous amènera aussi à conclure que tous les barrages ne viennent pas du patient. Le clinicien peut ne pas connaître les bonnes questions à poser, ou, les connaissant, ne pas vouloir les poser. Ces notions à l'esprit, examinons quelques-unes des résistances empêchant les patients de partager leurs idées de suicide.

1. Le patient pense que le suicide est un signe de faiblesse et éprouve de la honte.

2. Le patient pense que le suicide est immoral ou un péché.
3. Le patient pense que le suicide est un sujet tabou.
4. Le patient craint que l'investigateur ne le prenne pour un fou.
5. Le patient a peur d'être « enfermé » s'il reconnaît avoir des idées de suicide.
6. Le patient veut vraiment mourir sans que personne le sache.
7. Le patient ne croit pas que quelqu'un puisse l'aider.

C'est une liste redoutable. Elle souligne la nécessité pour les cliniciens de prendre soin d'obtenir l'engagement du patient avant d'aborder un sujet comportant autant de facteurs protecteurs puissants. La capacité du clinicien à ouvrir habilement une discussion sur le suicide et, ensuite, à transformer les résistances citées ci-dessus est si importante qu'elle sera le sujet principal des chapitres 5 et 6. Pour l'instant, intéressons-nous à la « normalisation », une technique d'entretien simple qui peut parfois aider à court-circuiter les résistances citées ci-dessus, avant qu'elles ne surviennent.

Grâce à cette technique, lorsque le clinicien aborde pour la première fois le sujet du suicide, il tente de dissoudre au préalable les craintes du patient d'être perçu comme bizarre, faible ou immoral. La normalisation peut souvent être une entrée en matière habile à une discussion sur n'importe quel sujet sensible. Elle permet de dire au patient que d'autres personnes ont aussi eu des pensées, sentiments ou souffrances similaires. En ce qui concerne les idéations suicidaires, le clinicien pourrait dire : « Lorsqu'elles sont profondément bouleversées, certaines personnes pensent parfois à se donner la mort. Avez-vous déjà pensé à vous tuer ? » Lorsqu'on les questionne de manière à la fois factuelle et sensible, ce type de question peut rassurer les patients : l'investigateur ne les considère pas comme des êtres étranges ou déviants.

Les biais et les peurs de l'investigateur

Les biais qu'un clinicien peut inconsciemment abriter en lui sur le suicide et le fait d'aborder ce sujet sont peut-être encore plus dangereux pour les patients que leurs propres craintes d'en parler. Il est primordial que de tels « gremlins » ou résistances inconscientes n'entrent pas dans le dialogue thérapeutique. De telles craintes, enracinées parfois dans une contre-attitude ou un contre-transfert, peuvent être interprétées par le patient comme le signe d'une désapprobation morale. Si le patient soupçonne une condamnation morale dans le ton de la voix ou le langage du corps du clinicien, les secrets du patient resteront toujours des secrets.

Il est donc important que le clinicien prenne réellement conscience de ses propres attitudes face au suicide ou en regard de tout problème de contre-

transfert lié à ce sujet. Ce travail intérieur, réalisé avant que l'entretien ne commence, déterminera finalement si les techniques du clinicien sont une réussite ou un échec. Le travail le plus crucial est effectué avant de prononcer le premier mot. Cette exploration intérieure ne devrait pas être une prise de conscience immuable mais plutôt ressentie par le clinicien comme un processus continu.

L'une des meilleures façons de commencer cette recherche personnelle consiste à considérer sous un angle différent toutes les peurs des patients pour faire part de leurs idées de suicide. Nous pouvons nous demander s'il pourrait y avoir une bonne raison pour que le patient éprouve ces peurs. En bref : « Est-ce que je possède et communique des croyances sur le suicide qui pourraient faire que le patient se sente mal à l'aise lorsqu'il m'en parle ? » Revoyons notre liste avec cette nouvelle perspective à l'esprit.

1. Est-ce que je pense que le suicide est un signe de faiblesse pour lequel les patients devraient éprouver de la honte ?
2. Est-ce que je pense que le suicide est immoral ou un péché ?
3. Est-ce que je pense que le suicide est un sujet tabou ? (Ai-je déjà demandé à quelqu'un que je connais, en dehors de ma vie professionnelle, comme un membre de ma famille ou un ami proche, s'il a des idées suicidaires ? Si la réponse est « non », il y a de grandes chances pour que, à un certain niveau, le suicide soit pour vous un sujet tabou.)
4. Est-ce que je pense que le suicide est profondément illogique et qu'il faut être assez fou pour l'envisager sérieusement ?
5. Est-ce que j'ai tendance à trop réagir face à des idéations suicidaires ? Ai-je tendance à hospitaliser ces patients trop rapidement ? (Est-ce qu'un superviseur a déjà trouvé que j'hospitalise les patients trop facilement ? Ai-je parfois fait passer mes « angoisses médicales » avant les soins aux patients ?)

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre 1, il est important de bien connaître nos propres sentiments envers le suicide et de comprendre qu'il y a un continuum allant de « Le suicide est mal » à « Le suicide a une valeur intrinsèque positive ». Chiles et Strosahl décrivent une technique intéressante dans l'appendice de leur ouvrage *The Suicidal Patient : Principles of Assessment, Treatment, and Case Management*, dans lequel les cliniciens passent en revue de nombreuses philosophies différentes sur le suicide [2]. Certaines de ces idées valent la peine que nous prenions le temps de les étudier. Pour nous familiariser avec ce continuum philosophique, prenons un ou deux exemples de chaque catégorie, exactement tels que les auteurs les décrivent :

I. Le suicide est mal :

Le suicide fait violence à la dignité de la vie.

Le suicide affecte gravement les survivants.

Le suicide n'est pas différent d'un homicide.

- II. Le suicide est parfois acceptable :
Le suicide est acceptable quand, du point de vue d'un individu, les alternatives sont insupportables (par exemple, dans le cas d'une souffrance physique extrême et incurable).
- III. Le suicide n'est pas un problème moral ou éthique :
Le suicide est un phénomène de la vie qui doit être étudié comme n'importe quel autre phénomène de la vie.
- IV. Le suicide est une réponse positive à certaines situations :
Une personne a le droit inné de prendre toute décision la concernant, à condition qu'elle s'appuie sur des pensées rationnelles et logiques. Cela inclut le droit de se suicider.
- V. Le suicide a une valeur intrinsèque positive :
Le suicide a une valeur positive car c'est une façon de retrouver des aïeux ou des êtres chers.

La liste ci-dessus, dressée par Chiles et Strosahl (ainsi que la version plus complète dans leur ouvrage aux idées provocatrices), peut certainement aider à « se lancer » dans une exploration de ses propres croyances. Je conseille également de réaliser cet exercice d'abord seul, puis en groupe. Les résultats peuvent être fascinants. Toute émotion forte éprouvée par un individu dans un tel groupe peut être considérée comme un indicateur de ses biais et de ses sujets sensibles.

Cinq questions encore plus directes et personnelles peuvent fournir un reflet fidèle des attitudes du clinicien face au suicide. Je vous demande de vous poser ces questions en les lisant.

1. Est-ce que je connais quelqu'un parmi les membres de ma famille ou mes amis qui se soit suicidé ? (Si oui, qu'est-ce que j'ai éprouvé lorsque c'est arrivé ? Qu'est-ce que j'éprouve maintenant ? Est-ce que je pense que c'était la bonne chose à faire ? Comment ce suicide a-t-il affecté ma façon d'aborder ce problème dans mes entretiens ? Quand je questionne mes patients sur leurs idéations suicidaires, est-ce qu'il m'arrive de penser à cet ami ou ce membre de ma famille ?)
2. Ai-je déjà pensé à m'ôter la vie ?
3. Dans quelles circonstances *exactes*, si elles existent, je m'imagine considérer le suicide comme une option envisageable ?
4. Si un être cher ou l'un de mes enfants se suicidait, en quoi ma vie serait-elle différente ?
5. Que répondrais-je si un patient me demandait : « Pensez-vous que se tuer soit quelque chose d'acceptable ? »

Il existe un problème de contre-transfert que beaucoup de cliniciens n'aiment pas reconnaître, mais je pense qu'il est présent chez la plupart

d'entre nous : si nous découvrons une intention suicidaire grave, nous pouvons nous retrouver dans une situation difficile. Par exemple, si des projets suicidaires émergent, il nous faudra peut-être prolonger considérablement notre évaluation alors que nous sommes déjà pressés par le temps. Il sera peut-être nécessaire d'impliquer des membres de la famille du patient. Nous pourrions avoir à gérer la colère du patient ou celle d'un membre de sa famille si nous devons l'hospitaliser contre sa volonté. Enfin, nous pourrions avoir à passer une journée au tribunal si une hospitalisation d'office est mise en place. En résumé : si nous faisons bien notre travail, nous aurons peut-être à payer, en terme de temps, un prix non négligeable. Ces préoccupations réalistes peuvent finalement apparaître sous la forme d'un contre-transfert, qui peut se traduire par les comportements suivants : ne poser aucune question sur le suicide, attendre la fin de l'entretien pour poser cette question, mal préparer le terrain pour une discussion sur le suicide, conduire l'entretien d'évaluation de manière précipitée ou poser des questions de façon à réduire la possibilité que le patient partage ses idéations suicidaires.

Un autre processus inconscient peut nous amener à ne pas rechercher méticuleusement des idées de suicide : en tant qu'êtres humains, nous sommes programmés pour éviter l'anxiété. Lorsqu'un clinicien découvre des idées suicidaires graves, cela peut avoir un impact immédiat sur sa qualité de vie, y compris en dehors de son bureau. Quel clinicien n'est pas rentré chez lui préoccupé par la sécurité de l'un de ses patients ou se demandant s'il a pris la bonne décision plus tôt dans la journée ? La vérité est qu'un patient souffrant d'idées de suicide graves est un facteur potentiel de stress immédiat pour le clinicien, aussi bien pendant ses heures de travail qu'après.

Formulé de façon légèrement différente, un clinicien peut souhaiter vivement qu'un patient ne soit pas suicidaire, non seulement parce qu'il s'inquiète pour ce patient, mais aussi parce qu'il s'inquiète, inconsciemment ou parfois consciemment, pour lui-même. Plus précisément, le clinicien ne souhaite pas prendre connaissance d'une situation préoccupante. Je dois admettre qu'au cours de certains entretiens, il m'est arrivé d'espérer ne pas découvrir d'idéations suicidaires pour des raisons égoïstes. Non maîtrisés, de tels sentiments peuvent conduire à une certaine créativité dans le questionnement sur des idéations suicidaires, comme nous le démontrons ci-après.

Pt. : Parfois ça me dépasse, tout simplement. Et mon mari qui n'arrête pas de hurler, et mon chien qui aboie, et mes enfants qui braillent... Trop, c'est trop.

Clin. : Vous n'avez quand même pas songé à vous faire du mal ? [Ton implorant]

Pt. : Eh bien, non, à vrai dire.

Clin. : Bien.

Ce type de question tendancieuse (énoncé interrrogatif) caractérisé par le placement stratégique des mots négatifs peut suggérer au patient que le clinicien réprouve moralement le suicide ou qu'il pourrait mal le juger s'il apprenait ses pensées suicidaires. En réalité, une telle question peut ne refléter que la prière inconsciente du clinicien surmené de ne rien apprendre de grave. Malheureusement, son interlocuteur comprend clairement qu'il est invité à répondre « non » et, en règle générale, les patients cherchent à plaire au clinicien. La validité de la réponse est vraiment mise en question.

J'ai été témoin d'une interaction semblable où le patient niait toute idéation suicidaire en réponse au questionnement du clinicien. À la fin de cet entretien, un second clinicien a abordé le sujet sous un autre angle en prenant soin, cette fois-ci, de ne pas employer de questions négatives : il s'avéra que, cinq jours plus tôt, ce patient avait fait une tentative de suicide avec de l'aspirine. La technique compte.

Découvrir des idées de suicide peut entraîner chez le clinicien un mécontentement ; l'anxiété croissante qui s'ensuit peut engendrer des sentiments d'irritation et de ressentiment ou des réactions négatives encore plus intenses. John Maltsberger, dans son ouvrage remarquable sur les aspects psychodynamiques de l'évaluation du potentiel suicidaire, *Suicide Risk : The Formulation of Clinical Judgment*, attire notre attention sur le fait que les personnes qui souffrent d'idéation suicidaire, particulièrement celles atteintes des troubles état limite, narcissique, antisocial de la personnalité ou d'abus de substance, peuvent facilement provoquer de la colère chez les cliniciens [3]. Dans sa manifestation la plus intense, un véritable « contre-transfert haineux » peut apparaître. D'après Maltsberger, cette haine peut se manifester par la malveillance ou par l'aversion. De tels sentiments peuvent survenir chez chacun d'entre nous, et dans toutes les situations, mais on les retrouve plus fréquemment dans les services d'hospitalisation et les centres d'addictologie où les cliniciens sont exposés de manière prolongée à des patients qui engendrent l'aversion. Un autre problème peut naître dans de tels environnements clos. L'atmosphère sous pression peut cristalliser, face aux patients posant problème, un sentiment de colère partagé par tous les professionnels du service : « C'est eux contre nous. » Notre meilleure défense contre ces sentiments est d'accepter l'idée que nous sommes enclins à les éprouver. Notre deuxième ligne de défense comporte les outils d'autoréflexion et de discussion franche avec des collègues objectifs. Les congés aident aussi.

Une autre expérience forte peut engendrer des sentiments contre-transférentiels importants envers des personnes qui expriment des idées de suicide : avoir perdu antérieurement l'un de nos patients par suicide. Il est possible qu'aucune autre expérience ne puisse créer un éventail de sentiments aussi profonds. Quels que soient notre implication et notre talent, quelle que soit la quantité de livres que nous ayons lus, il y a de fortes chances pour

qu'au cours de notre carrière nous perdions un ou plusieurs de nos patients suite à un suicide. C'est particulièrement vrai si nous travaillons avec des populations difficiles, qui souffrent de schizophrénie, de trouble bipolaire, d'abus de substance ou de trouble état limite de la personnalité.

Si la perte d'un patient, suite à un suicide, n'est pas correctement gérée psychologiquement, le clinicien peut conserver des démons contre-transférentiels parfois lourds de conséquences. Ces conflits peuvent entraîner une série d'attitudes et de comportements variés et contre-productifs vis-à-vis du processus même de l'évaluation du potentiel suicidaire, dont : des prises de décision excessivement prudentes, une aversion pour le processus d'évaluation (d'où des évaluations brèves et superficielles), une colère envers des patients qui expriment des idéations suicidaires, des messages non verbaux qui suggèrent aux patients que le clinicien n'est pas à l'aise avec ce sujet, ou une attitude désinvolte signifiant : « On ne peut pas prédire le suicide, donc pourquoi se mettre dans tous ses états ? » Un bon soutien de la part de ses superviseurs et de ses collègues ainsi qu'un bon niveau de communication avec eux peuvent énormément aider à prévenir ces processus préjudiciables. Si toutefois ils existent, une thérapie peut certainement être d'une grande aide pour les traiter.

Dans le même ordre d'idée, mais à un niveau encore plus « proche de nous », se pose la question de ce que nous devons faire si, au cours de nos carrières, nous développons nous-mêmes des idéations suicidaires ? Un clinicien qui lutte contre des idées de suicide peut-il déontologiquement continuer à travailler avec des patients qui se battent contre les mêmes démons ? Preuve de la nature taboue du suicide, au cours de mes quatre années d'internat dans un hôpital psychiatrique réputé, cette question n'a jamais été évoquée et aucune allusion n'a été faite à son importance. Cette lacune dans notre formation est encore plus étonnante si on considère les taux croissants de dépression, d'abus de substance et de suicides parmi les professionnels de santé mentale. À mon avis, les problèmes déontologiques soulevés par ce dilemme devraient être tout autant présentés et discutés en détail que le sont les règles déontologiques à suivre en cas d'attirance physique pour un patient.

Comme toutes les questions éthiques, celle-ci peut déclencher des émotions intenses et de grandes différences d'opinion. Les idées qui suivent sont uniquement les miennes et je ne prétends pas détenir les réponses définitives. J'espère que ces idées inciteront les lecteurs à chercher leurs propres réponses. Je pense que tout professionnel d'un service de psychiatrie et d'addictologie devrait suivre une brève formation ou un séminaire au cours duquel le suicide serait étudié en détail, de ses étiologies à nos propres biais et croyances le concernant. Une telle formation aborderait franchement des questions éthiques complexes, comme celles citées ci-dessus, et aborderait en détail les techniques d'entretien et les stratégies spécifiques à utiliser pour

mettre au jour les idéations suicidaires. Dans ce type de formation, les stagiaires seraient d'une part entraînés à questionner les patients de manière à les aider à confier leurs idées de suicide, et d'autre part supervisés jusqu'à ce que les enseignants soient certains qu'ils maîtrisent ces techniques d'entretien essentielles.

Ces idées à l'esprit, regardons de plus près certaines des conséquences possibles si nous envisagions le suicide alors que nous travaillons avec des patients suicidaires. En raison de la nature de notre travail et parce que nous sommes tous des êtres humains, nous sommes tous à risque de dépression et/ou de pensées suicidaires. Lorsque de telles pensées apparaissent pour la première fois, le thérapeute peut en éprouver de la culpabilité. Pour éviter les remous de cette culpabilité, le thérapeute peut inconsciemment, ou même consciemment, éviter de questionner le patient sur ses propres idées.

Mais le problème ne s'arrête pas là. Même si le thérapeute aborde le suicide de manière appropriée, il peut transmettre de manière non verbale un sentiment de « malaise » susceptible de nuire au sentiment du patient que ses idéations suicidaires peuvent être abordées en toute sécurité. Plus problématique encore est la possibilité très dangereuse que le thérapeute « dirige » inconsciemment le patient vers ses propres penchants, quels qu'ils soient, et ce pour conforter son propre choix. Le thérapeute peut inconsciemment rechercher une validation interpersonnelle de sa propre décision sur le suicide ou peut, en donnant l'impression de porter un jugement, « écarter » un patient de cette décision de manière, paradoxalement, à le pousser, *vers* le suicide.

Si nous avons des idées suicidaires, il est fort probable que, lorsque le patient abordera ses propres idées de suicide – un moment où il est primordial d'être attentif à 100 % –, nous serons distraits par nos propres ruminations, souffrances et processus décisionnels. Lorsqu'il écoute le débat interne du patient, un thérapeute peut même soupeser les pour et les contre de son propre dilemme, utilisant, en fait, de manière inappropriée l'heure de thérapie pour sa propre prise de décision. Soudain, l'alliance thérapeutique n'est plus un environnement sûr pour le patient, car le thérapeute n'est plus là uniquement pour l'aider.

Tous ces éléments présents à l'esprit, nous devons nous souvenir qu'il est compréhensible qu'un clinicien puisse développer des idées de suicide. Nous sommes après tout des êtres humains. En revanche, ce serait une grave erreur de croire que de telles pensées n'auront pas d'impact sur la qualité de notre travail. Elles le peuvent. Elles le font. D'après moi, il n'existe aucun moyen nous permettant de déterminer de manière subjective le degré de cet impact. Une opinion extérieure, plus objective, est nécessaire. Par conséquent, je crois que deux principes éthiques s'imposent lorsqu'un clinicien développe des idéations suicidaires. Premièrement, le clinicien devrait immédiatement rechercher une intervention psychiatrique. Nous devons cette démarche à

nous-mêmes et à nos patients. Aucun clinicien, quels que soient ses talents ou son expérience, ne peut continuer à offrir les meilleurs soins à ses patients s'il souffre d'une idéation suicidaire intense.

Deuxièmement, le clinicien, même s'il exerce dans le secteur privé, devrait prendre chaque semaine l'avis d'un superviseur et/ou consulter un thérapeute qui pourra déterminer de manière plus objective l'impact de son état sur certains de ses patients. Ce consultant pourrait aussi suggérer que certains patients seraient mieux pris en charge par un autre thérapeute, ou que le clinicien devrait bénéficier d'un congé maladie. Je crois qu'il est préférable que le thérapeute du clinicien ainsi que son superviseur soient en communication directe. En suivant ces principes, nous pourrions mieux gérer les conséquences de nos propres détresses et nous aider à nous rétablir, tout en sachant que nous optimisons ainsi notre capacité à continuer à aider nos patients. Autrement dit, notre ouverture vis-à-vis de nous-mêmes et de nos collègues nous aidera à « déstigmatiser » le suicide et à surmonter le tabou d'en parler.

Nous avons à présent décrit un certain nombre de mythes, de biais et de faiblesses humaines qui « se mettent en travers du chemin » du questionnement sur les idéations suicidaires. Ces barrages potentiels ayant été abordés, quelques conseils généraux sur les moyens de transformer ou de surmonter des résistances peuvent être utiles.

Conseils pour atténuer les réticences d'un patient à parler du suicide

Soyez direct lorsque vous interrogez un patient sur son risque léthal. Utilisez des termes précis comme « se tuer », « se suicider » ou « se donner la mort ». Je pense que le questionnement sur le risque léthal ne laisse aucune place aux malentendus. Le patient a besoin de savoir exactement de quoi parle le clinicien. La franchise et le calme de l'investigateur délivrent au patient une puissante métacommunication : « Parler de pensées suicidaires ne me pose pas de problème. » Dans l'immédiat, cette réassurance implicite peut permettre au patient de se détendre et de se sentir davantage en sécurité. À long terme, cela peut être le seul moyen pour que le patient revienne plus tard demander de l'aide. Plusieurs mois après, si le patient devient fortement suicidaire, il pourra se rappeler qu'il existe un endroit sûr où il peut partager son « horrible secret ». Ce souvenir pourrait lui sauver la vie.

Un étudiant m'a raconté une histoire qui illustre l'importance du choix des mots pendant une évaluation du potentiel suicidaire. L'investigateur avait

demandé à une adolescente : « Avez-vous déjà pensé à vous blesser ? » La jeune fille avait répondu fermement : « Non. » Comme elle présentait un grand nombre de facteurs de risque de suicide, le clinicien lui reposa la question plus tard : « Avez-vous déjà pensé à vous tuer ? » À sa surprise, la jeune fille lui répondit aussitôt : « Oh oui, j'y ai pensé souvent. J'ai conservé un tas de pilules et il est fort possible que j'essaie un jour. » Lorsque le clinicien étonné lui demanda pourquoi elle avait nié vouloir se suicider auparavant, elle répliqua : « Vous ne m'avez pas demandé si je voulais me suicider. Vous m'avez demandé si je voulais me blesser et je hais la douleur. D'ailleurs, la méthode que j'ai choisie pour me suicider ne sera pas douloureuse. »

D'autres conseils viennent à l'esprit concernant l'évaluation du risque léthal. Ils peuvent se résumer comme suit.

1. La moindre hésitation dans la réponse d'un patient peut indiquer qu'il a eu des idéations suicidaires, même s'il commence par le nier.
2. Des réponses comme « Non, pas vraiment » indiquent généralement qu'il y a eu des idées concrètes. Certains patients pensent naïvement que leurs idéations suicidaires ne nous intéressent que s'ils prévoient sérieusement de les mettre en œuvre. L'investigateur peut souvent franchir ces résistances en demandant avec douceur : « Quel genre de pensées, même passagères, avez-vous eues ? »
3. L'investigateur doit rechercher méticuleusement tout message corporel indiquant que le patient ne dit pas la vérité ou est anxieux. Une agitation accrue, un changement dans le ton de sa voix, un détournement du regard ou un pincement des lèvres peuvent signaler le mensonge ou l'ambivalence. Dans ces moments-là, il est souvent utile de reconnaître le malaise du patient tout en ouvrant la porte à une exploration plus approfondie grâce à des interventions comme : « Il semble que ce soit difficile pour vous d'en parler. Je me demande ce que vous ressentez, en ce moment. »
4. Je pense que pour optimiser notre capacité à détecter le moindre message non verbal de tromperie ou d'ambivalence, la prise de notes devrait être évitée au cours d'une évaluation des idéations suicidaires. Le clinicien veut être disponible à 100 % pour le processus de l'entretien. Seule cette attention totale peut déclencher les processus intuitifs et l'engagement. Si on utilise habituellement un bloc-notes, il est préférable de le mettre de côté pendant une évaluation du potentiel suicidaire.
5. Le clinicien devrait éviter tout signe non verbal suggérant qu'il n'est pas à l'aise lorsqu'il aborde le sujet du suicide, par exemple un regard fuyant, un ton brusque ou une augmentation des gestes nerveux (tripoter une mèche de cheveux ou jouer avec un stylo). Un enregistrement vidéo peut apporter une aide précieuse au clinicien pour prendre conscience de ses habitudes inconscientes.

6. Quels que soient l'agitation de l'environnement clinique ou l'emploi du temps du clinicien, il devrait faire tout son possible pour ne pas paraître pressé lorsqu'il procède à la mise au jour des pensées suicidaires. Si le patient sent qu'il n'est pas écouté, un désinvestissement brutal peut survenir. C'est particulièrement vrai si le patient est enclin à la colère. Les patients souffrant d'une personnalité état limite semblent être particulièrement sensibles à la pression et passent rapidement à la rétention d'information liée à leur colère. Des réponses comme : « Prenez le temps de me décrire ces pensées. Je sais que c'est parfois difficile de parler de ses idées suicidaires et nous voulons vraiment comprendre ce que vous ressentez » peuvent être rassurantes pour certains « patients limites ». De telles paroles rassurantes peuvent souvent faciliter l'évaluation en désamorçant la colère avant qu'elle n'éclate.
7. Le clinicien devrait prendre l'habitude, avant toute évaluation des idéations suicidaires, de s'auto-examiner, au moins une fois, en se posant deux questions : « Qu'est-ce que je ressens, en ce moment ? » et « Y a-t-il une partie de moi qui ne veut pas entendre la vérité, en ce moment ? » Ce sont d'excellentes questions pour découvrir les problèmes contre-transférentiels abordés plus haut avant qu'ils ne deviennent réellement problématiques. Ce sont également de très utiles voies d'accès à nos propres processus intuitifs.

Un autre principe général, simple mais important : ne vous contentez pas d'un premier « Non ». Je suis régulièrement étonné par le nombre de personnes qui nient catégoriquement avoir des idées de suicide lorsqu'on leur pose la question pour la première fois, malgré la présence de ces idéations. Le clinicien devrait rarement, voire jamais, s'arrêter devant un simple « Non ». Comme nous l'avons vu auparavant, toutes sortes de résistances peuvent être en œuvre. Si le patient nie absolument avoir des idées de suicide lorsqu'on lui pose la question pour la première fois, le clinicien peut poursuivre avec : « Parfois, les gens ont des idées de suicide passagères, même s'ils n'y pensent pas sérieusement. Avez-vous déjà eu ce type de pensées ? » Une autre question utile : « Au cours de cette période stressante, avez-vous parfois souhaité être mort ou bien vous endormir pour ne jamais vous réveiller ? »

Nous avons maintenant fait le tour des différents pièges psychologiques et interpersonnels pouvant miner le processus de découverte des intentions suicidaires avant même que l'entretien ne commence. Il est temps de tourner notre attention vers les détails précis de la formulation et de l'enchaînement de nos questions. La recherche d'idéations suicidaires est un art : nos questions sont les pinceaux, les expressions de notre visage, les couleurs, et la relation que nous créons avec notre patient, notre toile. Comme c'est le cas pour tout art, la justesse du produit final, le portrait de notre patient, dépend davantage de ce que l'artiste pense voir que de ce qui est réellement présent. Comme l'indique Kuhn au début de ce chapitre, les questions de l'artiste

détermineront les réponses qui seront traduites sur la toile. Les patients partagent vraiment plus avec certains artistes qu'avec d'autres. À certains artistes, il est permis de voir l'âme du patient et l'acte suicidaire potentiel qui s'y terre. À d'autres, cela n'est pas permis. Les deux chapitres suivants tentent de montrer pourquoi.

Références

1. Bayles, D. and Orland, T.: *Art & Fear*. Santa Barbara, California, Capra Press, 1993, p. 93.
2. Chiles, J.A. and Strosahl, K.D.: *The Suicidal Patient—Principles of Assessment, Treatment, and Case Management*. Washington, D.C., American Psychiatric Press, Inc., 1995, pp. 245–246.
3. Maltzberger, John T.: *Suicide Risk: The Formulation of Clinical Judgment*. New York, New York University Press, 1986, pp. 134–136.

Techniques de validité : des outils simples pour révéler des secrets complexes

Ma réalité est constamment brouillée par la brume des mots.

Oscar Wilde (*Turn of the Century*) [1]

Introduction

La validité des informations est la pierre angulaire de l'évaluation du potentiel suicidaire. Rien n'est plus important à étudier. Rien ne détermine plus directement l'efficacité de l'investigateur dans sa recherche d'informations prédisant l'imminence d'un suicide. Si le patient n'invite pas le clinicien à accéder aux détails concrets de sa planification suicidaire, même le meilleur clinicien du monde, armé de la meilleure analyse des facteurs de risque disponible, ne peut proposer qu'une estimation vague du danger immédiat que court le patient.

Comme nous l'avons vu précédemment, malgré l'importante quantité d'articles publiés sur les facteurs de risque et les jugements cliniques, peu de choses ont été écrites sur les questions permettant d'explorer les idées de suicide quant à leur formulation exacte, leur ordre et leurs interactions. Cependant, il y a peu de doute que deux cliniciens puissent évaluer le même

patient et en ressortir avec des données radicalement différentes sur ses intentions suicidaires, en fonction de facteurs comme le degré d'engagement avec le patient et le style de questionnement utilisé. Ce chapitre et le chapitre 6 tentent de combler cette lacune par la présentation et la démonstration de techniques qui permettent d'améliorer l'engagement tout en révélant d'éventuelles distorsions.

Paradoxalement, la recherche de stratégies spécifiques permettant de révéler les idéations suicidaires doit commencer par des principes généraux d'entretien qui n'ont rien à voir avec l'évaluation du potentiel suicidaire en soi, mais qui concernent directement les capacités du clinicien à obtenir des informations fiables. Par conséquent, dans ce chapitre, nous étudierons six techniques de validité d'application immédiate dans l'exploration de sujets sensibles comme les abus sexuels, les abus de substances, les violences domestiques, les comportements antisociaux et le suicide. Ces techniques de validité sont :

1. l'incident comportemental ;
2. l'atténuation de la honte ;
3. la supposition douce ;
4. l'amplification des symptômes ;
5. la réfutation d'une question ciblée ;
6. la normalisation.

Dans le chapitre 6, nous nous servirons de ces techniques de validité comme d'une base pour développer une stratégie souple visant à révéler les idéations, les planifications et les intentions suicidaires.

L'une des premières surprises désagréables du clinicien débutant est la découverte qu'au fond les investigateurs travaillent « à l'aveugle ». Nous ne sommes pas certains de ce qui se passe dans la tête de nos patients. Nous ne le saurons jamais. Les subtils méandres de l'esprit ne peuvent pas se transmettre facilement d'un cerveau à l'autre. Même une conversation directe à propos d'une expérience interne n'est, au mieux, qu'une copie imparfaite, regorgeant d'omissions, de distorsions et de tous les autres problèmes propres aux reconstitutions. Comme Oscar Wilde le laisse entendre dans la citation qui ouvre ce chapitre, les paroles de nos patients tissent un voile de brume.

Le patient suicidaire commence sa planification dans les profondeurs du maelström suicidaire décrit dans le chapitre 2. Au fur et à mesure que sa souffrance augmente et que les solutions potentielles d'un soulagement disparaissent, sa planification suicidaire s'intensifie. Une méthode est choisie. Les détails pratiques de sa mise en œuvre sont également déterminés et les préparatifs commencent. L'intensité et l'ampleur de cette planification ainsi que les actions entreprises peuvent représenter la meilleure et peut-être la seule indication de dangerosité immédiate d'un patient. Le degré auquel un patient nous permet de voir les secrets cachés au sein de son monde intime

pourrait bien être le facteur qui limite notre capacité à l'aider à transformer son monde suicidaire en un autre monde où le suicide n'est pas la seule solution. Notre problème consiste dans le fait que notre seul accès possible à ce monde passe par le voile de brume tissé par les mots de nos patients.

Dans ce chapitre, nous étudierons certaines des techniques d'entretien que les cliniciens expérimentés utilisent pour franchir ce voile de brume. Ce chapitre aborde la validité selon deux perspectives : (1) pouvons-nous améliorer significativement la validité des récits de nos patients, et (2) si oui, quelles sont les techniques et les stratégies spécifiques nous permettant d'adapter de manière souple les styles de nos entretiens pour en renforcer l'efficacité.

Il est important de se rappeler que les techniques de validité ont été développées au cours des deux dernières décennies comme des méthodes permettant de renforcer la validité des informations liées non seulement aux idéations suicidaires mais également à tout domaine touchant un sujet sensible. J'espère donc que les lecteurs trouveront que ces techniques ont des applications pratiques dans de nombreux domaines autres que la recherche des idéations suicidaires.

Chacune des six techniques de validité est présentée de la même façon. Premièrement, nous en donnerons une définition concise tout en soulignant des principes de mises en œuvre efficaces. Deuxièmement, nous fournirons, pour chaque technique, une série de cinq exemples. Chaque groupe de questions commence avec des exemples en relation avec la recherche de sujets sensibles plus généraux et se conclut par des exemples en relation directe avec l'évaluation du potentiel suicidaire. Ces questions-prototypes sont destinées à fournir une référence utile comme modèle. Enfin, une troisième partie propose des mises en garde cliniques qui attirent l'attention sur les problèmes éventuels à éviter lors de l'utilisation de ces techniques.

1. L'incident comportemental

L'anxiété, la gêne, la protection des secrets de famille, les mécanismes de défense comme la rationalisation et le déni, et les tentatives conscientes pour mentir ne sont que quelques-unes des résistances pouvant prédisposer un patient à fournir une information déformée. Ces distorsions sont davantage susceptibles d'apparaître quand un clinicien s'enquiert de l'opinion du patient que lorsqu'il lui demande de décrire précisément un événement ou ses pensées précises à un moment donné.

Un incident comportemental se définit comme étant toute question posée par un clinicien sur des faits comportementaux ou des pensées précises [2]. Il

existe alors deux styles d'incidents comportementaux. Dans le premier, le clinicien pose directement des questions, de manière à exclure tout malentendu, sur des détails comportementaux précis : « Combien de comprimés avez-vous pris exactement ? » ou « Lorsque vous avez mis l'arme dans votre bouche, avez-vous enlevé le cran de sécurité ? » Notez à quel point l'information obtenue grâce à un incident comportemental peut fournir des données beaucoup plus fiables qu'une question qui dépend de l'opinion du patient, par exemple : « Lorsque vous avez écarté l'arme, étiez-vous sur le point de vous tuer ? »

Dans le second style d'incident comportemental, le clinicien demande au patient de décrire ce qui s'est passé par la suite (« Qu'avez-vous fait ensuite ? »), ou bien les pensées et les sentiments éprouvés (« Que pensiez-vous à ce moment-là ? »). Cette seconde approche de l'incident comportemental, lorsqu'elle est utilisée par étapes, peut aider le clinicien à reconstituer l'incident en question, créant essentiellement une reconstitution des gestes ou de la tentative de suicide. De telles reconstitutions sont de remarquables libérateurs d'informations oubliées ou réprimées. Ces deux types d'incidents comportementaux, l'un nécessitant des éléments d'information factuels et l'autre incitant le patient à décrire ce qui s'est passé ensuite, constituent des outils précis pour franchir les mécanismes déformants conscients ou inconscients du patient.

Par exemple, si un clinicien veut déterminer si son patient a souvent des rendez-vous amoureux, celui-ci peut répondre à une question orientée (« Avez-vous régulièrement des rendez-vous amoureux ? ») d'un simple « Oui », car il peut se sentir gêné de raconter qu'il a rarement ce type de rendez-vous. Pour surmonter ce problème, le clinicien pourrait utiliser l'incident comportemental en demandant avec douceur quelle était la fréquence de ses rendez-vous au cours de la dernière année. Si le clinicien ne trouve que quelques rendez-vous sur 12 mois, le manque relatif de relations amoureuses sera découvert sans pour autant embarrasser le patient. Gerald Pascal, qui a défini le concept de l'incident comportemental, affirme qu'il est préférable pour un clinicien d'établir son propre jugement en s'appuyant sur les détails de l'histoire même et non pas sur l'interprétation de ces détails par le patient. Il est inconsideré de croire que tous les individus, y compris nous-mêmes, peuvent décrire objectivement des faits ayant des implications subjectives fortes.

Questions-prototypes

1. Qu'a dit votre père ensuite ?
2. Que s'est-il passé ensuite ?
3. Lorsque vous dites que vous avez « fait une crise », qu'avez-vous fait exactement ?

4. Avez-vous mis la lame de rasoir sur votre poignet ?
5. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous pensé une seule fois à vous tuer, même un court instant ?

Mises en garde cliniques

Bien que très chronophage, le questionnement sur les incidents comportementaux est une méthode remarquable pour révéler des informations cachées. Cependant, au cours de l'évaluation du potentiel suicidaire, l'amélioration que ce questionnement apporte à la validation vaut largement son « coût » en terme de temps. Au cours d'autres types d'entretien, les incidents comportementaux doivent être utilisés avec modération. En effet, le temps que prendrait une évaluation initiale complète, en utilisant seulement les incidents comportementaux comme moyen de questionnement, serait d'environ 5 à 7 heures. Une base de données fabuleuse en résulterait qu'il faudrait prendre le temps de valoriser, car ce serait certainement la dernière base de données que vous obtiendriez en tant que personnel de ce service d'urgences ou de ce centre de soins ! Manifestement, le clinicien doit repérer à quel moment utiliser les incidents comportementaux et choisir de les utiliser sélectivement surtout pour l'exploration des domaines sensibles comme la létalité, les violences domestiques, les abus sexuels et le suicide.

2. L'atténuation de la honte

L'atténuation de la honte renforce la capacité du clinicien à utiliser un questionnement non invasif sur des comportements que de nombreux patients hésiteraient à lui confier à cause des sentiments de honte et de culpabilité qui y sont associés (par exemple abus d'alcool, vols, violence, idées de suicide) [3]. Cette incursion est rendue possible si le clinicien part d'une expectation positive inconditionnelle [4] envers le patient et si la question est posée de manière compatible avec le contexte dans lequel est survenu ce comportement. Le clinicien doit comprendre certains des biais de justification du patient et ensuite formuler la question de manière à ce qu'une réponse positive ne paraisse pas trop auto-incriminante.

Par exemple, au lieu de demander : « Avez-vous tendance à vous mettre facilement en colère et vouloir vous battre ? », le clinicien pourrait aborder ce sujet en demandant : « Trouvez-vous que les autres hommes ont tendance à provoquer la bagarre, alors que vous essayez seulement de passer un bon moment dans un bar ? » C'est une question à laquelle le patient peut répondre beaucoup plus facilement avec un simple « Oui ». Après une

réponse positive, le clinicien peut utiliser une série d'incidents comportementaux pour cerner le nombre de bagarres auxquelles le patient a participé, tout en déterminant habilement à quel degré le patient était responsable de leur déclenchement.

Imaginez que le clinicien suspecte qu'un patient donné présente une personnalité antisociale. L'un des critères qui permettrait de faire la lumière serait le degré auquel le patient est enclin à mentir. Le clinicien pourrait commencer ses questions par : « Vous savez, vous me semblez être un gars qui ment beaucoup ; est-ce que j'ai vu juste ? » Hormis le fait que cela représente la manière idéale de provoquer une réaction violente, une telle question apporterait très certainement des informations fausses ; en admettant que le clinicien soit toujours conscient et apte à les entendre. Mais comment un clinicien pourrait-il demander à un parfait étranger, au cours d'un premier entretien, s'il ment en permanence, et espérer obtenir la vérité ?

L'une des méthodes consiste à utiliser l'atténuation de la honte comme une passerelle construite à partir des données obtenues au préalable lors de l'entretien. Dans l'exemple suivant, imaginons que le patient ait fait état, plus tôt au cours de l'entretien, d'antécédents d'abus graves au cours de son enfance par un père alcoolique. Le clinicien procède comme suit : « Vous savez, Mike, vous m'avez dit que vous aviez subi de nombreux abus de la part de votre père et il semble que cela ait été horrible à cette époque-là. Je me demande s'il ne vous a jamais paru nécessaire, alors, de lui mentir pour vous protéger ; comprenez-vous ce que je veux dire ? » La porte d'une discussion sur des comportements mensongers a été habilement ouverte.

Le patient rétorque : « Ouais. Ce n'est pas des fadaises. Si je n'avais pas fini mes devoirs et que le vieux me demandait si oui ou non je les avais faits, je lui répondais "oui" et je foutais le camp. Si je n'étais pas parti et qu'il finissait par découvrir qu'ils n'étaient pas faits, il m'aurait battu comme un malade. Sans blague. » Le mensonge étant maintenant considéré comme un sujet pouvant être abordé, le clinicien poursuit en renforçant cette atténuation de la honte : « Vous avez grandi en apprenant à mentir parce qu'il le fallait, je me demande si vous êtes toujours un assez bon menteur, peut-être même le faites-vous sans vraiment le vouloir ? » Ce à quoi le patient répond : « Je suis un excellent menteur. [Sourire] Et là vous pouvez me faire confiance. »

Remarquez que l'atténuation de la honte, dans l'exemple ci-dessus, se compose en fait d'une ou deux affirmations préliminaires qui confèrent à la véritable question un ton non accusatoire. Qu'elle soit insérée dans une question ou utilisée sous la forme d'une série d'affirmations préalables, l'atténuation de la honte peut être une technique extrêmement puissante pour révéler des comportements antisociaux comme d'autres questions sensibles.

Questions-prototypes

1. Avec tous les énormes problèmes financiers que vous avez affrontés récemment, avez-vous éprouvé le besoin de voler seulement pour avoir de quoi manger ?
2. Avez-vous déjà eu l'impression que vos supérieurs vous mettaient la pression et vous réprimandaient sans raison ?
3. Pensez-vous que vous supportez mal l'alcool ou que vous le supportez bien ?
4. La boisson peut parfois conduire certaines personnes à penser à se tuer, ce qu'elles ne feraient pas normalement. Est-ce que cela vous est déjà arrivé ?
5. Vous m'avez dit que vous étiez fortement opposé au suicide, mais je me demande, avec tous les facteurs de stress que vous avez récemment affrontés, si vous avez pensé au suicide, même de façon passagère ?

Mises en garde cliniques

L'atténuation de la honte n'est pas destinée à approuver des comportements inappropriés, et le clinicien ne devrait jamais franchir cette ligne ni se retrouver dans cette position. Si, pour une raison quelconque, vous sentez que le patient a mal compris votre position vis-à-vis d'un comportement donné, vous devez immédiatement corriger ce malentendu. Une atténuation efficace de la honte se fonde sur une tentative sincère pour comprendre les rationalisations qui façonnent la perception que le patient a de sa propre réalité ; elle n'est pas une approbation de ces rationalisations, ni de la réalité vers laquelle elles conduisent.

3. La supposition douce

Comme l'atténuation de la honte, cette technique est conçue pour améliorer la possibilité d'aborder plus ouvertement des sujets sensibles. Lorsqu'il utilise la supposition douce, le clinicien suppose qu'un comportement donné se produit et il formule ses questions en s'appuyant sur cette supposition [5]. Cette technique a été développée par des sexologues qui, au cours de leurs recherches, découvrirent que des questions comme : « À quelle fréquence vous masturbez-vous ? » semblaient entraîner des réponses plus fiables que : « Est-ce que vous vous masturbez ? » Si le clinicien pense que le patient pourrait être « choqué » par cette supposition, la question peut être atténuée par l'ajout de « si c'est le cas » comme dans : « À quelle fréquence vous

masturbez-vous, si c'est le cas ? » Si l'engagement du patient a été obtenu au préalable et si le ton utilisé pour formuler cette supposition est dénué de jugement, les patients sont rarement gênés par cette technique de validation.

Pour clarifier cette définition par son contraire, regardons un instant des questions qui ne sont pas des exemples de supposition douce. Toute question qui demande à un patient si oui ou non il est concerné par un comportement donné (commençant souvent par ces mots : « Avez-vous déjà... ») *n'est pas* par définition une supposition douce. Par exemple, lorsqu'il apprend qu'un patient consomme du cannabis, le clinicien ne demanderait pas : « Avez-vous déjà consommé d'autres drogues ? », mais plutôt de manière neutre : « Jim, quelles autres drogues avez-vous déjà consommées ? » Seul ce dernier type de question relève de la technique de la supposition douce.

Questions-prototypes

1. Combien de fois avez-vous été arrêté par la police pour conduite sous l'influence de substances ?
2. Combien de fois vous êtes-vous retrouvé mêlé à une bagarre, si c'est le cas ?
3. Quel autre type de drogue aimez-vous prendre ?
4. À quelle fréquence vous et votre femme vous disputez-vous ?
5. De quelles autres façons avez-vous pensé vous tuer ?

Mises en garde cliniques

Personne ne sait exactement pourquoi les suppositions douces marchent, mais elles marchent. Peut-être qu'elles métacommuniquent l'idée que le clinicien connaît ce sujet et que d'autres personnes ont eu le même type de comportement, laissant indirectement au patient l'impression d'être moins étrange ou déviant. Les suppositions douces indiquent également que, à un certain niveau, le clinicien s'attend à une réponse positive. En bref, les suppositions douces sont d'excellents exemples de questions orientées. Utilisez-les avec précaution.

Elles ne devraient pas être utilisées chez des patients qui essaient de faire plaisir (par exemple un patient avec un trouble de la personnalité histrionique ou manifestement une personnalité dépendante) ou que vous pourriez intimider (un enfant ou un patient à l'intelligence limitée). Les suppositions douces peuvent amener de telles personnes à raconter quelque chose de faux, car elles auront l'impression que l'événement ou le comportement était supposé exister. D'après moi, les suppositions douces sont inappropriées chez

les enfants au cours d'une exploration sur des abus éventuels. Dans ce type de situation, je pense que les suppositions douces peuvent conduire à une production de faux souvenirs d'abus.

4. L'amplification des symptômes

Cette technique se fonde sur l'observation que les patients minimisent parfois la fréquence ou le nombre de leurs perturbations du comportement : la quantité d'alcool consommée, ou la fréquence des paris et les montants des sommes pariées. Lorsqu'on utilise la technique de l'amplification des symptômes, les distorsions peuvent être évitées en établissant les limites supérieures de ce nombre si haut que, lorsque le patient minimise ce nombre, le clinicien soit tout de même conscient qu'il y a un problème significatif [6]. Pour qu'une question soit considérée comme une amplification des symptômes, le clinicien doit indiquer un nombre réel.

Par exemple, lorsqu'un clinicien demande : « Quelle quantité d'alcool fort pouvez-vous boire en une seule nuit : une demi-bouteille, une bouteille ? », et que le patient répond : « Oh non, pas une bouteille ; je ne sais pas, peut-être une demi-bouteille », le clinicien est malgré tout averti qu'il y a un problème même si le patient le minimise. L'avantage de cette technique réside dans le fait qu'elle permet d'éviter la création d'une atmosphère de confrontation, même lorsque le patient minimise manifestement ses troubles du comportement. De la même façon qu'un judoka utilise la force de son adversaire pour le mettre au tapis, l'amplification des symptômes permet au patient de continuer à utiliser ses propres mécanismes de défense naturels, dans ce cas : la minimisation.

La technique est souvent efficace pour obtenir un récit plus fiable de l'étendue des violences perpétrées dans des situations de violence domestique ou prédatrice. Par exemple, supposons que nous demandions à un auteur de violences domestiques : « Combien de fois avez-vous frappé votre épouse ? » Après quelques bredouillements, la réponse classique sera peut-être : « Pas souvent, je ne sais pas, deux ou trois fois peut-être. » Comparons ces données avec celles obtenues avec exactement le même patient quand le clinicien utilise l'amplification des symptômes : « Combien de fois avez-vous déjà frappé votre épouse, et ce de quelque façon que ce soit : vingt fois, trente fois ? » À cette question, le même patient pourrait affirmer : « Oh mon Dieu, pas trente fois ! Je ne sais pas. Quinze, dix fois. Je ne sais pas. C'est difficile de s'en souvenir. »

Il est important de répéter que l'amplification des symptômes est utilisée dans le but de déterminer une quantité réelle. Le clinicien suggère toujours un nombre précis et élevé.

Questions-prototypes

1. Combien de fois vous êtes-vous physiquement battu au cours de votre vie ? Vingt-cinq, quarante, cinquante fois ?
2. Combien de fois avez-vous pris du LSD au cours de votre vie ? Vingt-cinq, cinquante fois ?
3. Combien de fois avez-vous réellement frappé votre père ? Vingt, trente fois ?
4. Combien de fois avez-vous fait de l'exhibitionnisme, même si vous ne vous êtes pas fait prendre ? Quarante fois ?
5. Les jours où vos idées suicidaires étaient plus intenses, combien de temps avez-vous passé à penser à vous tuer : 50 %, 80 %, 90 % de la journée ?

Mises en garde cliniques

Assurez-vous que vous ne fixez pas la limite supérieure à un niveau tellement élevé que cela paraisse absurde ou donne l'impression que vous ne savez pas de quoi vous parlez. Peut-être l'exemple le plus drôle de ce genre d'erreur auquel j'ai eu la chance (ou la malchance) d'assister fut lorsqu'un clinicien demanda à un « toxicomane », véritable « routard de la drogue » : « Lorsque vous prenez des champignons hallucinogènes, combien en prenez-vous à la fois ? Cent, deux cent ? » En plus d'avoir fourni une excellente raison de rire au toxicomane qui s'imagina l'être humain le plus nauséux figurant dans l'histoire de l'humanité, cette question engendra un moment plutôt pénible pour le clinicien lorsque le patient lui demanda : « Vous ne connaissez pas grand-chose aux hallucinogènes, n'est-ce pas, Docteur ? »

5. Réfutation d'une question ciblée

Même après qu'un patient a répondu par la négative face à une question générale comme : « Quelles autres drogues avez-vous consommé ? », il est surprenant de constater le nombre de réponses positives découvertes si nous posons au patient des séries de questions sur des entités spécifiques à partir d'une liste théorique d'actions possibles. Cette technique semble ébranler la mémoire du patient. Il semble également qu'il soit plus difficile de nier face à

une question spécifique, au contraire d'une question générale (d'où le nom de cette technique) [7]. Voici quelques exemples de l'utilisation de la technique de la réfutation d'une question ciblée sur la consommation de drogues : « Avez-vous déjà essayé la cocaïne ? » « Avez-vous déjà fumé du crack ? » « Avez-vous déjà consommé des méthamphétamines ? » « Avez-vous déjà pris du LSD ? » Remarquez que chacune de ces questions est aussi un exemple d'incident comportemental. Lorsqu'une série d'incidents comportementaux est utilisée, issue d'une liste théorique d'actions alternatives, les questions sont davantage considérées comme des réfutations d'une question ciblée. À cet égard, un superviseur n'utilisera l'expression *réfutation d'une question ciblée* que dans le cas où le clinicien aura utilisé une série de questions de cette liste (au moins trois questions).

Questions-prototypes

1. Avez-vous déjà pensé à sauter du haut d'un pont ou d'un immeuble ?
2. Avez-vous déjà pensé à vous intoxiquer au monoxyde de carbone ?
3. Avez-vous déjà pensé à vous tirer une balle dans la tête ?
4. Avez-vous déjà pensé à vous intoxiquer avec des médicaments ?
5. Avez-vous déjà pensé à vous pendre ?

Mises en garde cliniques

Il est important de poser chaque question spécifique séparément. Il convient de laisser un véritable temps de silence entre chaque question et la réponse du patient avant de poser la question suivante. Ne rassemblez pas plusieurs questions en une seule « question mitrailleuse » : « Avez-vous pensé à vous tirer une balle, vous empoisonner ou vous pendre ? » Les cliniciens peuvent être tentés d'utiliser des questions mitrailleuses parce qu'ils pensent qu'ils ont ainsi l'opportunité de balayer de nombreux domaines avec une seule question. Le problème des questions mitrailleuses est qu'elles embrouillent souvent les patients ; ils n'en entendent qu'une partie ou ils choisissent de ne répondre qu'à une seule partie. Par conséquent, le clinicien peut penser, à tort, que le patient a répondu « non » à toutes les questions. Conclusion : évitez-les.

6. La normalisation

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, lorsque les patients sont anxieux ou gênés à l'idée de reconnaître l'existence d'un symptôme, il est parfois utile pour le clinicien de leur faire savoir que d'autres personnes ont éprouvé les mêmes symptômes ou sentiments [8]. Cela peut être fait en douceur, au sein même de la question : « Parfois, lorsqu'une personne se sent très déprimée, elle remarque une baisse importante de sa libido. Est-ce que cela vous est déjà arrivé ? »

Un médecin traitant, Edward Hamaty, m'a décrit un jour une variante de la normalisation qui s'était révélée utile chez ses patients atteints de maladies potentiellement mortelles comme le cancer ou le sida. Beaucoup de ses patients présentaient des niveaux de déni significatifs. Au début, ce déni leur était utile. Naturellement, il devait être surmonté pour que ces patients puissent comprendre la nécessité d'une bonne observance médicamenteuse et anticiper les difficultés à venir. Avec les patients pour lesquels il devenait nécessaire de « dépasser » un certain déni, ce médecin commençait souvent ainsi : « Vous savez, John, nous nous connaissons depuis longtemps et je pense que je peux vous parler franchement. Si j'avais appris que j'avais le sida, je pense que cela aurait déclenché en moi différents sentiments. Après le choc de l'annonce, j'aurais éprouvé de la colère ou de la tristesse, qui sait, peut-être de la peur aussi. Je me demande si vous avez éprouvé certains de ces sentiments. » Dans cet exemple, le comportement est normalisé, pas par référence à autrui, mais par rapport à ce médecin. Nous appelons cette technique « l'autonormalisation ». Elle s'est révélée très utile.

Questions-prototypes

1. Parfois, lorsqu'une personne devient extrêmement anxieuse, ses pensées deviennent tellement douloureuses qu'elles ressemblent à des voix. Avez-vous déjà vécu cela ?
2. Parfois, lorsqu'une personne est très en colère, elle prononce des paroles qu'elle regrette ensuite. Cela vous est-il déjà arrivé ?
3. Parfois, lorsqu'une personne est très préoccupée par son poids, pour être certaine de ne pas en prendre, elle peut faire des choses comme se forcer à vomir après un repas. Avez-vous déjà essayé ?
4. Certains de mes patients m'ont dit que lorsqu'ils se sentent vraiment déprimés ils pleurent ou ont envie de pleurer. Avez-vous déjà éprouvé quelque chose de similaire ?
5. Certains de mes patients me disent que parfois la souffrance de leur dépression est si forte qu'ils pourraient envisager de se tuer. Avez-vous déjà eu des pensées semblables ?

Mises en garde cliniques

Si un patient essaie de simuler une maladie ou exagère son état clinique, la normalisation est contre-indiquée, car elle peut fournir au patient des éléments de réponse. Elle peut aussi poser un problème chez les patients « désireux de plaire » ou qui pensent inconsciemment obtenir des avantages grâce à leur maladie. L'une des façons d'éviter cette difficulté est de modifier la normalisation en proposant un éventail de réponses comme avec : « Parfois, lorsque certains patients sont dépressifs, ils remarquent une modification de leur appétit, soit une augmentation soit une diminution. Avez-vous constaté un changement quelconque ? » Parce qu'une telle question ne dirige pas le patient dans une direction précise, la validité de sa réponse en est augmentée.

Conseils stratégiques

Les six précédentes techniques de validité peuvent être intercalées avec tact et douceur au fil d'un entretien. Un exemple de ce type d'entretien, reconstitué de mémoire, conclura ce chapitre et nous fournira un aperçu pratique de ces techniques de validité. Mais avant d'en venir à cette illustration, il me paraît important de clarifier quelques points.

Ces six techniques de validité peuvent facilement se distinguer les unes des autres et, à l'exception de l'incident comportemental, elles ne se superposent pas. L'incident comportemental se confond souvent avec les cinq autres techniques, comme nous avons pu le voir au cours de notre discussion sur la technique de la réfutation d'une question ciblée. Par exemple, « De quelles autres façons avez-vous pensé vous tuer ? » est clairement un exemple de supposition douce, mais c'est aussi un exemple d'incident comportemental. Dans le cadre d'une supervision, lorsqu'un incident comportemental peut aussi être classé dans une autre catégorie de techniques, il prend de préférence le nom de la technique la plus spécifique, de manière à fournir une information plus descriptive. Dans ce cas, « De quelles autres façons avez-vous pensé vous tuer ? » est simplement considéré comme une supposition douce.

Dans le dialogue qui suit, vous remarquerez que les techniques sont parfois habilement associées, comme dans : « Avec cette pression de plus en plus importante au travail [atténuation de la honte], combien de fois avez-vous été en arrêt maladie [supposition douce] ? Dix, vingt fois [amplification des symptômes] ? »

Certains étudiants ont tendance à confondre l'atténuation de la honte et la normalisation. Les deux se fondent sur le principe d'un respect incondi-

nel et sur la connaissance des processus de rationalisation spécifiques à un patient donné. Néanmoins, d'un point de vue structurel, les rationalisations ont des principes fondamentaux distincts. Dans l'atténuation de la honte, la rationalisation est toujours engendrée par la *perception du patient de ses difficultés* qui alimente son besoin de poursuivre un comportement problématique. « Étant donné les désastres financiers que vous avez affrontés, avez-vous éprouvé le besoin de sous-estimer vos revenus dans votre déclaration fiscale cette année ? » Cela s'oppose à l'utilisation de la normalisation qui suit, où la question est *toujours* associée à ce que *d'autres personnes font parfois* : « Parfois, certaines personnes me racontent que cela ne les gêne pas de dissimuler des informations sur leur déclaration fiscale. Avez-vous déjà éprouvé le même sentiment ou même donné des informations fausses sur votre déclaration ? »

Dans le dialogue suivant, nous remarquerons le pouvoir de l'incident comportemental non seulement pour bloquer les distorsions du patient, mais aussi pour éliminer efficacement les suppositions et/ou les projections du clinicien qui peuvent également former un voile de distorsions sur l'histoire racontée. Dans ce dialogue, cet effet est particulièrement net lorsque le patient utilise l'expression « je me suis énervé sur elle ».

Exemple d'entretien

Pt. : Depuis des années, ma femme et moi ne nous entendions plus très bien. [Silence] La semaine dernière nous avons été trop loin.

Clin. : Racontez-moi ce qui s'est passé. [Incident comportemental]

Pt. : Eh bien... Elle venait juste de me tomber dessus pour que je trouve du travail ; c'est son grand truc en ce moment. Elle veut que j'aille au bureau de recherche d'emploi *aujourd'hui*, pas demain. Aujourd'hui donc, elle a commencé à m'asticoter et à crier, et moi je [silence], je ne pouvais plus le supporter alors je me suis énervé sur elle.

Clin. : Que voulez-vous dire par « énervé sur elle » ? [Incident comportemental]

Pt. : Je suis parti. Dans un accès de colère j'ai décampé. Je ne l'ai pas frappée. J'ai seulement attendu qu'elle sorte de la cuisine. Je suis sorti par la porte de derrière et je ne suis pas revenu pendant deux jours. Je ne l'ai pas appelée. Je n'ai pas cherché de travail. J'ai tout envoyé baladé. Qu'elle aille se faire foutre ! [Beaucoup de cliniciens, y compris moi, auraient pensé que la phrase « énervé sur elle » signifiait une violence physique. Mais l'incident

comportemental balaya cette supposition et dévoila un comportement bien moins troublant, quoique toujours assez pathologique. Il est intéressant de noter que, bien que cette supposition ne fût pas juste pour cet incident précis, l'intuition du clinicien sur la présence de violence était correcte, comme nous le verrons par la suite.]

Clin. : Il semblerait que vous n'y alliez pas de main morte tous les deux. Étant donné toutes les émotions intenses que vous devez éprouver lors d'une dispute avec elle [atténuation de la honte], avez-vous déjà eu l'impression que vous ne pouviez plus contenir votre colère de sorte que vous l'avez frappée ?

Pt. : Pas vraiment.

Clin. : Que voulez-vous dire par « pas vraiment » ? [Incident comportemental]

Pt. : Eh bien, je ne l'ai jamais vraiment frappée.

Clin. : Bien, l'avez-vous déjà frappée d'une façon ou d'une autre, par exemple, giflée ? [Incident comportemental]

Pt. : Je l'ai giflée quelques fois.

Clin. : L'avez-vous déjà giflée suffisamment fort pour qu'elle ait des bleus ? [Incident comportemental]

Pt. : Pas vraiment. [Silence] Peut-être un œil au beurre noir une fois ou deux.

Clin. : Combien de fois pensez-vous l'avoir frappée ? Vingt, trente fois ? [Amplification du symptôme]

Pt. : Mon Dieu non ! Pas si souvent. Peut-être six ou sept fois.

Clin. : A-t-elle déjà dû se faire faire des points de suture ou se rendre au service d'urgences ? [Incident comportemental]

Pt. : Ça non, merde, jamais.

Clin. : Bien, je sais que vous avez grandi dans un quartier vraiment dur où vous avez dû vous battre pour vous en sortir [atténuation de la honte]. Combien de fois vous êtes-vous battu ? [Supposition douce]

Pt. : C'est difficile à dire. Un tas.

Clin. : Trente, quarante fois ? [Amplification du symptôme]

Pt. : [Silence, il hoche la tête] Hum. Pas si souvent. Je ne sais pas, quinze, vingt fois.

Clin. : Avez-vous déjà utilisé une arme ? [Incident comportemental]

Pt. : Jamais.

Clin. : Un revolver ou autre chose ? [Début d'une série de réfutations d'une question ciblée]

Pt. : Non.

Clin. : Et une matraque ou un nerf de bœuf ? [Réfutation d'une question ciblée]

Pt. : Jamais

Clin. : Et un poing américain ? [Réfutation d'une question ciblée]

Pt. : [Le patient rit tout bas] Non mec, jamais.

Clin. : Et un couteau ? Avez-vous déjà utilisé un couteau ? [Réfutation d'une question ciblée]

Pt. : Hmm. Eh bien, j'ai dégainé plusieurs fois un couteau.

Clin. : Combien de coups de couteau, si c'est le cas, avez-vous donnés à cette personne ? [Supposition douce]

Pt. : Seulement un. Pas grave.

Clin. : Des points de suture ? [Incident comportemental]

Pt. : Oui. Mais pas beaucoup.

Clin. : Combien ? [Incident comportemental. Notez que ce n'est pas une amplification des symptômes. Cette technique nécessite qu'un nombre concret soit suggéré par le clinicien. Aucun nombre n'est suggéré ici.]

Pt. : Oh, seulement six ou sept.

Clin. : Billy, vous m'avez parlé précédemment des abus paternels dont vous étiez victime, et cela semblait vraiment terrible. Avez-vous déjà pensé qu'il fallait mentir pour vous protéger de ses agressions ? [Atténuation de la honte]

Pt. : Bon Dieu, oui. Quand il avait bu, il fallait dire uniquement au vieux ce qu'il voulait entendre et après ça, se tirer de là rapidement.

Clin. : Certaines personnes avec des antécédents d'abus similaires m'ont raconté qu'elles continuaient à mentir même plus tard en grandissant et même lorsqu'elles ne le voulaient pas [Normalisation]. Pensez-vous que ce soit la même chose pour vous ?

Pt. : [Il sourit] Ouais, je mens si j'en ai besoin.

Clin. : Êtes-vous devenu un bon menteur au fil du temps ? [Atténuation de la honte]

Pt. : [Grand sourire] Ouais, je pense que vous pouvez dire ça.

Dans cette illustration d'un entretien avec un patient présentant de nombreux traits antisociaux, l'utilisation stratégique des techniques de validation rend difficile pour le patient la déformation de la vérité par des interprétations particulières des mots ou des phrases. L'habileté de ces techniques à démanteler ces « pirouettes à la Clinton », comme je les appelle, est davantage souligné dans le dialogue ci-dessus où le patient semble dire qu'il n'a jamais physiquement frappé sa femme, un sophisme fondé sur l'interprétation suivante : on ne « frappe » pas vraiment quelqu'un si on n'utilise pas les poings. L'utilisation avisée de la technique de l'incident comportemental par le clinicien permet de court-circuiter cette pirouette.

Il est maintenant temps de retourner à l'entrelacs stratégique de ces techniques de validation, non pas avec les patients qui déforment la vérité à des fins manipulatoires, mais avec les patients qui hésitent à dire la vérité par honte, peur ou gêne. Ce sont les émotions, caractéristiques des patients suicidaires, qui jettent le plus souvent ce voile de brume décrit par Oscar Wilde au début de ce chapitre. Le voile de brume qui peut se dresser entre un patient qui envisage le suicide et le clinicien qui espère l'en empêcher.

Références

1. Pearson, H.: *Oscar Wilde, His Life and Wit*. New York, Harper & Brothers Publishers, 1946, p. 129.
2. Pascal, G.R.: *The Practical Art of Diagnostic Interviewing*. Homewood, Illinois, Dow Jones-Irwin, 1983.
3. Shea, S.C.: *Psychiatric Interviewing: the Art of Understanding, 2nd Edition*. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1998, p. 393.
4. Rogers, C.R.: *Client Centered Therapy*. New York, Houghton Mifflin, 1951.
5. Pomeroy, W.B., Flax, C.C., and Wheeler, C.C.: *Taking a Sex History*. New York, The Free Press, 1982.
6. Shea, S.C.: *Psychiatric Interviewing: the Art of Understanding*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1988, p. 372.
7. Shea, S.C., 1988, p. 372.
8. Shea, S.C., 1998, p. 402.

Mise au jour d'une idéation suicidaire : techniques et stratégies efficaces

*Mais les suicidés ont un langage spécial.
Comme les charpentiers ils veulent savoir avec quels outils.
Ils ne demandent jamais pourquoi construire.*

Anne Sexton, poétesse américaine [1]
(Décédée par intoxication au monoxyde de carbone, 1973)

Introduction

Il y a beaucoup à apprendre de ces quelques lignes d'Anne Sexton sur le langage du suicide. C'est un langage défini par des spécificités. En fin de compte, les derniers pas vers le suicide empruntent toujours le même chemin. Le patient doit choisir une méthode et planifier sa mise en œuvre efficace. Plus le clinicien se familiarisera avec les nuances et les accents de ce langage, plus il sera autorisé à pénétrer dans le monde des pensées suicidaires du patient. Les cliniciens doivent être à la fois adroits et à l'aise avec un questionnement explicite sur des planifications implicites. Aucun détail de cette planification n'est insignifiant, puisque le degré auquel le patient a réfléchi aux détails reflète souvent son degré d'implication dans leur mise en œuvre.

Évaluation du potentiel suicidaire

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Le travail d'un professionnel de santé mentale ou d'un addictologue est particulièrement stressant. Au quotidien, on attend de nous d'obtenir des patients une description précise des méthodes qu'ils pensent utiliser pour mettre fin à leur vie. Ce qui n'est pas la description type de notre travail. Avant leur spécialisation, peu de cliniciens ont acquis suffisamment d'expérience dans l'exploration de ce sujet tabou, en admettant qu'ils en aient. En revanche, les cliniciens expérimentés s'entretiennent tous les jours avec des personnes ayant entamé la douloureuse descente dans le maelström des idéations suicidaires. Si ces préoccupations suicidaires ne sont pas interrompues, elles peuvent finalement conduire un patient sur le chemin menant au suicide. Plus effrayant encore est le fait que, au cours de notre carrière, beaucoup d'entre nous aurons un entretien avec un patient qui a fermement décidé de se suicider. La question est alors de savoir si ce patient décidera de nous faire part de sa décision.

Dans de tels moments, les cliniciens, qui agissent presque comme des instruments de mesure, devraient être à leur plus haut niveau de sensibilité. Lors de l'exploration du monde intime de la réflexion suicidaire du patient, le clinicien doit mettre au jour même les plus petits détails liés à cet acte. De tels détails, insignifiants à première vue, peuvent ensuite fournir des indices importants concernant sa prise en charge. Ces détails peuvent également servir de voies d'accès à des secrets encore plus dangereux.

Ce chapitre offre divers principes qui peuvent nettement augmenter la possibilité de découvrir ces portes d'entrée. Construite sur les techniques de validité décrites dans le chapitre 5, une stratégie d'entretien adaptable, l'Évaluation chronologique des événements suicidaires (méthode ECES), est décrite ci-après en détail.

Notre réflexion se construira en deux étapes. Premièrement, nous étudierons les méthodes permettant, de manière naturelle et discrète, de construire le cadre propice au questionnement sur le sujet du suicide. Deuxièmement, nous décrirons en termes simples comment utiliser efficacement la méthode ECES.

Avant d'aborder ces étapes, le clinicien qualifié se sera efforcé, dans les premiers temps de l'entretien, d'établir un engagement important avec le patient. Les ficelles du métier utilisées pour ce travail délicat permettant d'obtenir un engagement peuvent être trouvées dans des ouvrages plus généraux qui dépassent les limites de ce livre. Pour les lecteurs souhaitant en apprendre davantage sur les connaissances essentielles pour obtenir un engagement initial permettant de renforcer l'alliance thérapeutique en cours et transformer les résistances qui bloquent l'ensemble du processus de l'entretien, je recommande, parmi tous les excellents ouvrages sur l'entretien psychiatrique, celui d'Othmer et Othmer, *The Clinical Interview Using DSM-IV : Vol. 1* [2], celui de Morrison, *The First Interview : Revised for DSM-IV* [3], celui de Benjamin, *The Helping Interview : With Case Illustrations* [4].

tions [4], celui de Sommers et Flanagan, *Clinical Interviewing*, 2^e édition [5], et mon propre ouvrage, *Psychiatric Interviewing : The Art of Understanding*, 2^e édition (*La Conduite de l'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension*) [6].

Première étape : mettre en place le cadre d'une investigation sur le suicide

Le clinicien souhaite créer l'ambiance la plus propice à la confiance d'une idéation suicidaire. L'ambiance qui favorise des confidences aussi intimes est probablement assez inhabituelle, car le patient doit s'y sentir très à l'aise avec le clinicien, alors qu'il se sent très mal à l'aise avec sa propre souffrance. Une souffrance intense peut inciter un patient à confier ses pensées suicidaires avec l'espoir parfois désespéré de trouver un soulagement. L'intensité de la souffrance et le cataclysme émotionnel du patient surpassent souvent les tabous conscients et inconscients qui l'auraient autrement empêché de confier ses pensées suicidaires.

Les patients pénétreront parfois spontanément dans ces zones de tumultes émotionnels intenses. D'autres fois, le clinicien devra les y guider habilement. Dans le chapitre 3 sur les facteurs de risque, nous avons vu l'utilité d'amener Jimmy Fredericks, l'étudiant présentant un processus psychotique sous-jacent, vers des moments intenses en émotions. La décision du clinicien d'explorer délicatement mais en profondeur le monde du délire psychotique du patient a été déterminante dans la découverte des idéations dangereuses de cet étudiant.

Des explorations au bon moment de domaines pleins d'émotion peuvent parfois conduire les patients psychotiques vers des états modérément dissociés où cèdent les défenses conscientes et inconscientes. Des questions directes peuvent alors entraîner des réponses étonnamment directes. Dans ces moments-là, les patients peuvent décrire plus ouvertement des processus psychotiques potentiellement dangereux comme des hallucinations impérieuses, une emprise étrangère et l'hyper-religiosité.

Mais qu'en est-il des patients non psychotiques que le clinicien rencontre plus fréquemment ? Existe-t-il des portails similaires et utiles qui permettraient aux cliniciens d'accéder plus facilement aux pensées suicidaires ? Deux voies pleines d'émotion viennent à l'esprit : (1) la dépression et le désespoir et (2) un sentiment de crise, de colère, d'anxiété ou de confusion. Si le patient ne soulève pas spontanément le problème du suicide, le clinicien peut choisir de le guider avec précaution vers ce sujet grâce à l'une de ces deux

transitions. Lorsque le patient est submergé par ses émotions, sa souffrance affleure ; l'investigateur peut alors habilement partir de cette souffrance pour entrer doucement dans la sphère des idéations suicidaires. Cependant, il faut que le clinicien déploie beaucoup d'efforts pour éviter de « faire surgir » la question du suicide. Ayant établi ce principe fondamental, abordons-en maintenant la pratique.

Dans cette illustration, nous imaginerons un patient adressé à un service de consultation d'addictologie. Le patient est dans le déni des conséquences engendrées par son alcoolisme ; cependant, il est tout à fait conscient de l'intensité de ses symptômes dépressifs. Vous remarquerez comment l'addictologue installe le cadre d'une exploration des idées de suicide en évitant patiemment toute question sur le sujet jusqu'à ce que la souffrance du patient affleure. C'est un peu comme si l'investigateur choisissait de faire éclater la bulle de souffrance du patient, en espérant que la bouffée d'émotion amènera à la surface des idéations suicidaires que le patient ne saura plus protéger.

Clin. : M. Janson, vous m'avez dit précédemment que vous ne pensiez pas que la boisson soit votre problème majeur. Après avoir vu ce qui se passe chez vous et au travail, quels sont, d'après vous, vos problèmes majeurs ?

Pt. : Je crains que mon mariage ne soit en train de sombrer. Comprenez-moi bien. J'ai ma part de responsabilité, mais ce n'est pas uniquement ma faute. [Silence] Et j'en ai marre que tout le monde, y compris les thérapeutes, me dise que je suis le problème. Ma femme est aussi une part du problème, croyez-moi.

Clin. : Dites-m'en un peu plus à ce sujet.

Pt. : Quoi que je fasse, c'est toujours mal. Quoi que je fasse, ça n'est jamais assez. Elle est incapable de dire simplement : « Tu fais du bon boulot. Merci. » Elle en est incapable. À cause d'elle je me sens minable. C'est vraiment déprimant. Alors je me mets en colère et je bois. N'importe qui ferait ça.

Clin. : Cela semble très difficile. Est-ce que les choses se passent mieux au travail ?

Pt. : Pas vraiment. Les affaires vont mal. Dans le temps, j'aimais mon travail. J'avais créé quelque chose de spécial à partir de rien. Mais maintenant, tout le monde est en concurrence. Je ne peux faire confiance à personne. C'était fou de vouloir être entrepreneur.

Clin. : Dites-m'en un peu plus sur la façon dont votre travail a changé.

Pt. : Un bon exemple, ce matin, mon assistante de direction était censée avoir terminé la rédaction d'une proposition pour une réunion sur un contrat important. J'arrive et je demande où elle est. Ma secrétaire m'informe qu'elle a appelé pour dire qu'elle était malade. J'ai demandé si

elle avait dit où se trouvait cette proposition. Personne ne le savait. Il s'est avéré qu'elle n'avait même pas photocopié les documents. Je ne pouvais pas y croire. [Il semble en colère] Lorsque je me suis fâché au téléphone, elle m'a répondu que je devais prendre en compte qu'elle était malade. C'est vraiment trop. Plus personne n'assume ses responsabilités. Mais moi je suis censé le faire. Que ce soit à la maison ou au travail, c'est moi le problème. J'en ai vraiment marre.

Clin. : Voyez-vous un moyen de vous en sortir ?

Pt. : Non. Pas vraiment. Elle ne changera jamais, parce que d'après elle c'est moi le problème [dit-il d'un ton sarcastique]. Bon Dieu ! [Il secoue la tête et soupire.]

Clin. : Vous me paraissez plutôt accablé.

Pt. : C'est le cas. [Silence, il semble triste et abattu] C'est le cas.

Clin. : Vous me semblez vraiment abattu maintenant et sur le point de pleurer.

Pt. : [Il se met à pleurer] Bon Dieu. Je ne vois pas de solution.

Clin. : Avez-vous déjà pensé y mettre un terme, par exemple en vous tuant ?

Pt. : Parfois j'y pense. [Silence] Je ne sais vraiment plus.

Clin. : Visiblement, vous souffrez beaucoup. Et d'après ce que vous m'avez raconté, c'est tout à fait compréhensible. Vous êtes soumis à beaucoup de stress. Nous pouvons peut-être vous aider. Il n'est pas surprenant que vous ayez pensé au suicide. Qu'avez-vous pensé faire ?

Pt. : J'ai pensé prendre des médicaments.

Clin. : Avez-vous conservé des comprimés pour cela ?

Pt. : Oui, quelques-uns. Et puis nous en avons beaucoup à la maison.

Le clinicien a habilement trouvé la voie d'accès au monde de l'idéation suicidaire du patient en s'appuyant sur son sentiment d'être submergé et désespéré. L'affect du patient a été ramené doucement vers la surface grâce à des questions ouvertes, dépourvues de jugement et empreintes d'empathie. Paradoxalement, une partie du succès de ce clinicien provient de ce qu'il *n'a pas* fait. En particulier, lorsque le patient impute ses abus de boisson au manque de soutien de son épouse (« C'est vraiment déprimant. Alors je me mets en colère et je bois. N'importe qui le ferait »), l'addictologue choisit sagement de ne pas aborder le déni d'alcoolisme du patient. Une telle confrontation aurait pu diminuer l'engagement avant que le clinicien n'ait eu le temps d'explorer suffisamment ses pensées suicidaires ; et une diminution d'engagement aurait pu affecter la possibilité de recueillir des informations fiables.

Ce patient n'a pas abordé spontanément ses idéations suicidaires. Il n'est pas rare qu'un patient y fasse allusion, et une telle allusion indique que le cadre est déjà installé pour la mise au jour de cette idéation. Si le patient aborde spontanément le suicide, le clinicien devrait généralement approfondir ce sujet, comme le montre l'exemple ci-après.

Pt. : Ma vie est très différente maintenant. C'est comme si elle s'était vidée ces dernières années.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Pt. : Après notre divorce, j'étais comme en pilotage automatique mais, à la longue, je m'en suis rendu compte, et tout s'est effondré, tout me semblait si horriblement vide, ça ne valait pas le coup de continuer, un peu comme maintenant. Mais j'ai fait de mon mieux et j'ai eu quelques jours meilleurs.

Clin. : Lorsque vous dites que cela ne valait pas le coup de continuer, avez-vous songé à mettre fin à vos jours ?

Pt. : Oui... et c'est toujours le cas.

Clin. : Qu'avez-vous envisagé faire ?

Pt. : Prendre des comprimés, et d'ailleurs je l'ai fait une fois...

Si le clinicien n'avait pas rebondi sur ces nuances en y faisant rapidement référence, la conversation aurait pu dévier sur d'autres sujets : le clinicien aurait pu passer à côté d'une excellente opportunité d'investigation. Lorsque de telles pensées affleurent, la métacommunication du patient semble être : « Posez-moi des questions sur le suicide. » Lorsqu'une telle ouverture est offerte, le clinicien serait malavisé de passer à côté. S'il ne donne pas suite, il pourrait s'apercevoir plus tard que, du fait d'un blocage inattendu de l'engagement, le patient ne se sent plus disposé à la confiance. Il ne partagera pas son idéation suicidaire – une situation potentiellement létale.

Deux autres éléments techniques méritent d'être mentionnés. Premièrement, si une transition ne débouche sur rien, le clinicien peut en essayer une autre. Par exemple, un patient psychotique peut nier avoir une idéation suicidaire lorsque le clinicien tente de l'aborder grâce à une transition sur sa dépression. Le même patient, abordé grâce à son processus psychotique unique, peut faire part d'une idéation suicidaire auparavant tenue cachée.

Deuxièmement, certains cliniciens peuvent d'abord aborder « l'urgence suicidaire » par une question légèrement ambiguë qui invite le patient à parler de ses idées de suicide sans pour autant formuler des questions explicites. Si le patient ne le suit pas dans cette voie, le clinicien procédera au questionnaire direct déjà décrit. La technique de la question ambiguë peut se révéler utile avec des patients qui manifestent une anxiété exceptionnelle à l'idée d'un

entretien. Elle leur offre une voie dérobée qui les mettra plus à l'aise pour commencer une discussion sur le suicide, comme dans l'extrait suivant.

Pt. : Plus rien ne me semble important maintenant, tout va mal.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Pt. : Je ne dors plus, je ne mange plus, et chaque minute me semble pire que la précédente. Je me sens lamentable.

Clin. : Avez-vous déjà songé à un moyen d'abrégier votre douleur ?

Pt. : Oui, oui j'y ai pensé... J'ai pensé me faire exploser la cervelle [rire nerveux] mais c'est quand même salissant.

Clin. : Ça a l'air effrayant.

Pt. : Oui, en effet.

Clin. : Avez-vous une arme à feu chez vous ?

Pt. : Oui, j'en ai une... à côté du lit.

Une fois le cadre installé, il est temps pour le clinicien de commencer la véritable exploration des idées de suicide du patient. Comme le suggèrent les vers d'Anne Sexton au début de ce chapitre et dans le langage du suicide, il est temps de découvrir quels outils le charpentier a décidé d'utiliser.

Deuxième étape : mise en lumière de l'idéation suicidaire par la méthode ECES

Problèmes et défis

Pour nous cliniciens, les problèmes pratiques liés à la découverte d'informations fiables sur l'idéation suicidaire sont compliqués par l'agitation des environnements cliniques dans lesquels nous exerçons notre métier. Le manque de temps lié à la pression des prises en charge, le surcroît de travail dû à des équipes en sous-effectifs et une société de plus en plus litigieuse aggravent une pression déjà existante.

De plus, les évaluations complexes du potentiel suicidaire ont le don de survenir au mauvais moment : au milieu d'une journée extrêmement chargée ou dans le chaos d'un service d'urgences surchargé. Et les enjeux sont lourds. Une erreur peut entraîner non seulement une mort inutile, une terrible tragédie, mais également un procès, beaucoup moins grave mais néanmoins très ennuyeux. Dans de nombreuses situations d'évaluation du risque de

suicide, nous découvrons un clinicien surmené, réalisant un travail difficile et sous pression extrême dans un environnement sans concession. On ne s'étonnera pas que des erreurs soient commises.

Parmi les erreurs les plus fréquentes, au cours de la mise au jour d'une idéation suicidaire, se trouvent les omissions, les distorsions et les présomptions, un trio potentiellement mortel. D'après mon expérience, la plupart des erreurs commises au cours d'une évaluation ne proviennent pas d'une mauvaise décision clinique. Elles résultent plutôt d'une bonne décision clinique faite à partir de données peu fiables ou incomplètes.

L'objectif a été de créer une stratégie pratique de la conduite d'entretien qui puisse être utilisée quelles que soient la fatigue, la quantité de travail du clinicien ou l'agitation de l'environnement clinique. Pour être efficace, une méthode d'évaluation doit présenter les caractéristiques suivantes.

1. Elle doit être facile à apprendre.
2. Elle doit être facile à retenir.
3. Elle ne doit pas requérir des supports écrits lors de l'entretien.
4. Elle doit aider à constituer une base de données très complète sur les idéations (par exemple, diminution des erreurs d'omission).
5. Elle doit améliorer la validité des informations révélées par le patient (soit un déni d'idéation suicidaire, soit une explication de l'étendue de l'idéation et de la planification en découlant).
6. Elle doit être facile à enseigner et les compétences acquises par le clinicien doivent être ensuite faciles à évaluer.

La méthode ECES est ce type de méthode. Elle n'est pas présentée comme la « bonne solution » pour mettre au jour les idéations suicidaires, mais plutôt comme « une des méthodes pour y parvenir ». Les cliniciens peuvent adopter directement la totalité de cette méthode ou seulement les parties qui leur semblent les plus adaptées à leur propre style. Cette approche n'est pas une « recette de cuisine » pour entretien. Son objectif est d'encourager les cliniciens à découvrir leurs propres méthodes stratégiques pour mettre en lumière les idéations suicidaires. Ceci dit, tournons-nous vers certaines des solutions proposées par la méthode ECES.

Principes et solutions

Dans le chapitre 5, nous avons défini les six techniques de validité qui constituent les bases de la méthode ECES, et nous sommes parvenus aux méthodes permettant d'amoindrir les distorsions des patients et les présomptions des cliniciens. La prochaine étape du développement de la méthode ECES vise à répondre à cette interrogation double : pourquoi les cliniciens passent-ils fréquemment à côté des données importantes, et existe-t-il un

moyen de minimiser de telles erreurs d'omission ? La réponse à cette question réside dans un retour sur les systèmes de supervision développés il y a 15 ans au Western Psychiatric Institute and Clinic de Pittsburgh en Pennsylvanie. Le système de supervision, nommé *facilique*¹ [7–9], dévoile les secrets que les cliniciens compétents utilisent pour structurer avec sensibilité des entretiens tout en prêtant attention à l'engagement et à la gestion du temps. Le terme *facilique* vient de la racine latine *facilis* qui signifie élégance du mouvement.

L'une des pierres angulaires des principes de la *facilique* est que chaque clinicien a tendance à commettre un nombre d'erreurs d'omission proportionnel à sa perception psychologique de l'importance et à la difficulté des données qu'il aura à gérer. Si un clinicien se sent submergé par l'importance des données, la tendance est souvent de hausser les épaules et d'« improviser ». Généralement, il en résulte de nombreuses erreurs d'omission.

Si le clinicien peut scinder cette large base de données en sphères bien définies d'informations requises, les erreurs d'omission décroissent. En utilisant ces sphères de données plus petites et précises, le clinicien peut plus facilement reconnaître le moment où un patient s'écarte du sujet, si les données souhaitées ont été obtenues, et il ne se sent donc pas autant débordé par le processus de l'entretien. Si les données requises de chaque sphère sont développées logiquement, elles « auront un sens » pour le clinicien et nécessiteront peu de mémorisation. Lorsqu'une sphère de données simplifiée est complétée, la suivante commence et ainsi de suite, chaque étape apportant une pièce de plus au puzzle. Cette forme d'entretien simplifié est facile à apprendre et difficile à oublier.

En ce qui concerne la mise en lumière des idéations suicidaires, le principe de la *facilique* s'applique par l'organisation d'un ensemble de questions pertinentes qui peuvent sembler tentaculaires sur la planification suicidaire en quatre sphères de questions plus restreintes et faciles à gérer. Ces sphères représentent quatre étapes chronologiques contiguës allant d'un passé lointain au présent. Chaque sphère représente une étape dans l'exploration des idées et des actions suicidaires au sein d'une période donnée, d'où le qualificatif *chronologique* dans le sigle ECES. Chaque sphère est examinée l'une après l'autre. Le clinicien amène le patient à se concentrer sur cette sphère et ne le suit pas dans ses digressions, sauf s'il a de bonnes raisons de le faire.

Le clinicien explore les quatre sphères dans cet ordre :

1. l'idéation ou les conduites suicidaires ayant motivé la consultation ;
2. l'idéation et les conduites suicidaires récentes (au cours des 8 semaines précédentes) ;
3. l'idéation et les conduites suicidaires passées ;

1. *Facilics* en anglais. [NdT]

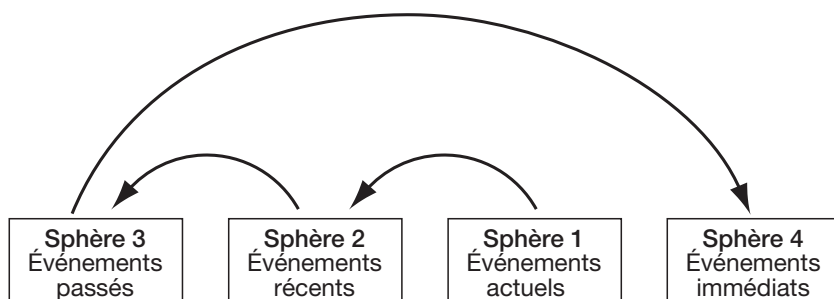


Figure 6.1 Évaluation chronologique des événements suicidaires (ECES). Adapté de Shea, *La Conduite de l'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension*. Elsevier SAS, © 2005.

4. l'idéation suicidaire immédiate et les planifications futures pour sa mise en œuvre.

La [figure 6.1](#) représente ces événements. Dans la méthode ECES, le terme *événements suicidaires* est utilisé au sens large et inclut les désirs de mort, les pensées et sentiments suicidaires, ainsi que les véritables gestes et tentatives suicidaires.

Ce processus séquentiel semble se fondre dans la conversation pour la plupart des patients. Naturellement, le clinicien peut (et devrait) le modifier au gré des besoins particuliers de chaque patient, mais, en général, si le patient évoque une tentative de suicide immédiate, il semble judicieux d'examiner cette tentative en détail. Il abordera ensuite naturellement les idéations suicidaires plus récentes puis les idéations plus anciennes. Nous avons découvert que ces explorations conjointes des événements passés et récents améliorent l'engagement du patient, celui-ci s'apercevant qu'il est « permis » de parler du suicide. Finalement, lorsque la confiance est maximale, l'exploration de la sphère qui peut fournir les indices de dangerosité imminente les plus importants – la planification suicidaire immédiate – prend tout son sens. Dans cette sphère, la moindre nuance dans l'expression du visage ou la moindre hésitation dans le discours peut indiquer l'imminence d'un suicide.

Cette méthode chronologique est très simple et difficile à oublier. La plupart des cliniciens disent qu'une fois apprise, la méthode ECES leur vient naturellement à l'esprit dès qu'ils commencent à explorer une idéation suicidaire. Il ne leur reste qu'à déterminer les informations pertinentes à explorer pour chaque période en s'efforçant de toujours simplifier le travail par l'organisation de ces données en sous-sphères et stratégies logiques.

Dans les quatre parties suivantes, je décrirai les stratégies spécifiques utilisées pour chaque sphère de la méthode ECES. Ces stratégies seront « animées » grâce à la transcription fidèle de l'enregistrement d'un entretien initial avec un patient en crise. Ainsi, chaque étape de cette méthode sera illustrée d'un exemple pour le lecteur. Au fil de l'entretien, je ferai part de mes

réflexions et décisions cliniques telles qu'elles se sont réellement déroulées. Par procuration, le lecteur a la chance de voir un clinicien faire face à une crise suicidaire complexe telle qu'elle s'est présentée. La discussion nous aidera à rassembler nombre de facteurs décrits dans les chapitres précédents de cet ouvrage. Elle constituera également une transition vers notre dernier chapitre consacré au processus de la prise de décision clinique, troisième et dernière partie de l'évaluation du potentiel suicidaire.

Étape 1 : exploration des événements suicidaires actuels

Lorsqu'un patient vient consulter pour une idéation suicidaire très récente, il est important de découvrir l'étendue de la planification concrète. Cette information peut guider le clinicien vers des décisions solides comme la fréquence des séances de thérapie et le besoin éventuel d'une intervention de crise ou d'une hospitalisation. Si le patient consulte pour une véritable tentative de suicide ou geste suicidaire, il est essentiel de comprendre l'urgence de l'événement. En effet, une tentative de suicide grave constitue l'un des critères de la triade de la létalité décrite dans le chapitre 3. Une tentative grave indique habituellement la nécessité d'une hospitalisation immédiate.

Quelle information spécifique donne au clinicien l'image la plus précise de la gravité du geste ou de la tentative suicidaire du patient ? Quelle information alerte le clinicien qu'une hospitalisation pourrait être nécessaire ? Les réponses semblent résider dans le processus d'entrée dans le monde du patient au moment de la tentative de suicide et dans la compréhension de la façon dont le patient éprouve le fait de ne pas être mort.

1. Comment le patient a-t-il tenté de se suicider ? (Quelle méthode a-t-il utilisée ?)
2. Quelle était la sévérité du geste entrepris avec cette méthode ? (Si le patient a fait une intoxication médicamenteuse, quels comprimés a-t-il pris et combien ? Si le patient s'est infligé une coupure, où s'est-il coupé, a-t-il eu besoin de points de suture ? Même si la méthode choisie s'est révélée sans danger, comme un surdosage d'ampicilline, si le patient a pensé, à tort, que la méthode était létale, celle-ci est aussi inquiétante qu'une tentative avec une substance mortelle.)
3. Dans quelle mesure le patient avait-il l'intention de mourir ? Est-ce que le patient a ensuite averti quelqu'un de sa tentative ? Y a-t-il fait allusion avant de passer à l'acte ? A-t-il tenté de se suicider dans un endroit isolé ou dans un lieu où il avait des chances d'être retrouvé ? Dans les jours précédant la tentative, a-t-il rédigé un testament, une lettre d'adieu ou dit au revoir aux êtres chers ?

4. Quels sont les sentiments du patient quant au fait qu'il ne soit pas arrivé à se suicider ? Une excellente question consiste à demander : « Que pensez-vous du fait que vous soyez toujours vivant ? »
5. Dans quelle mesure cette tentative était-elle planifiée par opposition à un acte impulsif ?
6. L'alcool et les drogues ont-ils joué un rôle dans cette tentative ?
7. Des facteurs interpersonnels ont-ils joué un rôle majeur dans cette tentative ? Y avait-il des sentiments d'échec (« Ils seraient mieux sans moi ») ou bien de colère à l'égard d'autrui ? (Certaines tentatives de suicide sont entreprises afin de culpabiliser les autres.)
8. Existait-il un ou des facteur(s) de stress spécifique(s) ?
9. Au moment de la tentative, quelle était la profondeur du désespoir du patient ?
10. Pourquoi la tentative a-t-elle échoué ? Comment le patient a-t-il été retrouvé et comment les secours ont-ils été appelés ?

Les réponses à ces questions sont susceptibles de fournir une transition efficace vers le monde intérieur du patient au moment du passage à l'acte. On accède ainsi aux meilleures informations possibles sur le degré de gravité de ce geste. Comme nous l'avons constaté précédemment, aucun facteur de risque statistique au monde ne pourra nous indiquer si tel ou tel patient avait l'intention de mourir. Certains patients peuvent se tuer accidentellement au cours d'une manipulation maladroite, la plupart se tuent parce qu'ils en ont décidé ainsi. Ces informations nous donnent un accès direct aux recoins sombres de ce processus de décision.

À première vue, particulièrement pour un clinicien en formation, cette liste de points à retenir paraît bien intimidante. Heureusement, l'une des six techniques de validité abordées précédemment, l'incident comportemental, peut fournir au clinicien une approche plus simple et logique que la mémorisation. Un clinicien se sert de l'incident comportemental chaque fois qu'il : (1) pose une question sur un élément particulier d'un comportement (par exemple : « Avez-vous approché le revolver de votre tête ? »), ou (2) demande au patient une description séquence par séquence de l'événement (par exemple : « Dites-moi ce que vous avez fait ensuite »).

Dans la méthode ECES, grâce à une série d'incidents comportementaux, le clinicien demande au patient de décrire l'incident suicidaire du début jusqu'à la fin. Le clinicien peut commencer ce processus en cadrant le récit ; par exemple : « M. Jones, aidez-moi à comprendre exactement ce qui s'est passé lors de votre intoxication médicamenteuse. Essayez de me décrire étape par étape la nuit dernière. Commençons par le moment où vos idées de suicide sont devenues plus fortes. » Si une partie du récit manque, le clinicien revient sur ce moment-là, grâce à une exploration comportant une nouvelle série

d'incidents comportementaux jusqu'à ce que le clinicien soit assuré d'avoir une image précise de l'événement. En fait, il demande au patient de faire défiler un « enregistrement vidéooverbal ». Avec cette méthode, le clinicien découvrira souvent la quasi-totalité, voire la totalité, des éléments décrits ci-dessus, grâce à un dialogue se déroulant naturellement sans trop d'effort de mémorisation.

Voyons l'utilisation de cette stratégie avec un patient qui consulte pour une crise. À l'époque de cet entretien, je travaillais dans un centre communautaire de santé mentale. J'assumais alors, entre autres choses, la fonction de psychiatre dans un groupe d'intervention de crise appelé Life Management Service (LMS). Ce groupe d'intervention avait pour mission de permettre d'éviter les hospitalisations et de consolider la guérison des patients sortant d'une hospitalisation. Chaque patient était au préalable vu en entretien par le directeur du programme, un talentueux clinicien prénommé Paul, ou par l'un de ses thérapeutes. Les patients adaptés au programme m'étaient adressés pour une évaluation initiale complète, comportant une évaluation biopsychologique, un diagnostic différentiel d'après les critères du *DSM-IV* ainsi qu'une appréciation du traitement médicamenteux. Après notre séance, je devais rencontrer les thérapeutes du groupe et déterminer avec eux le projet thérapeutique.

Le groupe de crise se réunissait deux fois par jour, chaque jour de la semaine. Nous nous efforcions d'adapter la thérapie de groupe aux besoins individuels de chaque patient. Ainsi, un patient présentant une crise relativement modérée bénéficiait d'une séance tous les lundis, mardis et vendredis, durant 3 semaines. Un patient souffrant d'une crise et d'une détérioration clinique graves devait être vu deux fois par jour, tous les jours, pendant 6 semaines.

Un lundi après-midi, on me demanda de voir Barbara, qui avait eu un entretien avec Paul dans la matinée. Sur l'insistance d'une amie, Barbara s'était présentée pour une consultation au service d'urgences, un vendredi, tard dans la soirée. Un peu plus tôt dans la soirée, Barbara avait confié à son amie des projets graves de suicide. Il n'y avait pas eu de tentative réelle, mais l'inquiétude de son amie pour sa sécurité était appropriée si l'on considère la nature des projets de Barbara, comme nous allons le voir.

Au début, son médecin traitant ainsi que l'intervenant de crise pensaient qu'une hospitalisation était indiquée. Mais Barbara ne donnait pas son consentement. Les cliniciens jugèrent tous deux qu'elle en présentait les critères et envisagèrent de l'hospitaliser sans son consentement. Lorsqu'ils en firent part à Barbara, elle maintint qu'elle refuserait d'être hospitalisée. S'ils voulaient qu'elle fût hospitalisée, ils devaient le faire sans son consentement. Point final. Elle affirma qu'elle se sentait mieux et qu'elle pouvait promettre qu'elle ne se blesserait pas. Elle ajouta qu'elle accepterait de suivre un

traitement ambulatoire. Barbara pensait qu'une hospitalisation serait trop « stigmatisante » pour elle et irait finalement à l'encontre du but recherché.

Le psychiatre de garde fut consulté par téléphone. Après de nombreuses délibérations, l'équipe décida qu'une hospitalisation forcée aurait sur Barbara l'effet inverse de celui escompté. Comme elle, ils conclurent finalement que ce type d'hospitalisation serait inutile puisqu'elle semblait s'être considérablement apaisée. Mais c'était tout de même une décision difficile. Comme le démontrera la transcription de nos entretiens, les ruminations suicidaires de Barbara étaient loin d'être transitoires. Parmi les facteurs décisionnels qui renforçaient la validité de sa sécurité en ambulatoire figuraient : le soutien puissant d'un époux qui serait présent à ses côtés pendant le week-end, son accord préalable d'appeler régulièrement pendant le week-end et d'assister aux réunions du groupe d'intervention de crise le lundi si cela était jugé nécessaire.

Lorsque Paul me remit ses observations cliniques, pour que je les étudie avant l'arrivée de Barbara, il fit le commentaire suivant : « Je pense que nous pouvons la prendre en charge dans le groupe mais c'est plutôt un appel risqué. » Il feignit un sourire tendu et cligna des yeux, signe sarcastique non verbal qu'il ne s'amusait pas beaucoup ce matin-là. Paul, un clinicien expérimenté, était habitué aux patients activement suicidaires. À tout moment, un tiers de son groupe de crise était constitué de patients présentant une personnalité état limite. Il faisait preuve de sang-froid lorsqu'il fallait déterminer le potentiel suicidaire d'un patient et décider de l'hospitaliser ; d'une certaine façon, il gagnait sa vie à aider ses patients à mobiliser leurs ressources pour éviter les hospitalisations inutiles. Pour Paul, « cligner des yeux » en parlant de la sécurité de Barbara n'était pas bon signe. Il me raconta ensuite qu'il avait dit à Barbara que la décision finale, à savoir si elle pouvait entrer dans le groupe, dépendait de moi. Si j'étais tranquille concernant sa sécurité à l'extérieur, il voulait que je lui dise qu'elle était acceptée dans le groupe. Si j'étais inquiet, je devais le dire à Paul et nous devions nous rencontrer pour prendre la décision finale.

Un autre détail du contexte clinique de cet entretien devrait être gardé à l'esprit : je devais réaliser l'intégralité de cette évaluation biopsychologique, poser un diagnostic différentiel d'après les critères du *DSM-IV*, faire une évaluation du traitement médicamenteux et déterminer la sécurité du patient en ambulatoire en 60 minutes. Mon corps astral était supposé rédiger le dossier clinique dans le même espace-temps parce qu'un nouveau patient m'attendrait devant ma porte 60 minutes plus tard ! C'était une journée de travail typique dans un centre communautaire de santé mentale.

Lorsque Barbara pénétra dans mon bureau, son « bonjour » hésitant fut rapidement ponctué d'un soupir dépressif. Elle portait visiblement un lourd fardeau, physiquement car elle présentait un véritable excès de poids et psychologiquement parce qu'elle était très stressée. Ses cheveux qui avaient

quelque peu besoin d'un shampoing, coupés court au-dessus de ses oreilles, soulignaient agréablement l'ovale de son visage. Elle s'était efforcée de se maquiller légèrement et, bien que démodés, ses vêtements étaient propres et fraîchement repassés. Lorsque Barbara s'assit en jetant un coup d'œil à la caméra, elle parvint à esquisser un sourire nerveux. Je pouvais percevoir qu'elle s'efforçait de se montrer sous son meilleur jour. Je l'ai tout de suite trouvée sympathique. Elle était clairement une de ces guerrières de la vie, mais son combat ne se passait pas bien pour le moment.

Au cours de l'entretien, une volée d'autodénigrements et de distorsions cognitives planèrent sur ses paroles comme des démons bourdonnant autour de la tête d'un pénitent assailli. Ils s'avéreraient être les signes d'un épisode dépressif majeur modérément sévère. Ses antécédents se compliquaient d'un trouble panique sévère qui avait également engendré un évitement agoraphobique. Lorsqu'elle décrivit son combat pour sortir faire ses courses et amener ses enfants à l'école, elle conclut par : « Je n'y arrive plus. Mon mari doit tout faire. Je les ai tous laissés tomber. » À ce moment-là, ses épaules se soulevèrent et elle ne put davantage retenir ses larmes.

Mais tout n'était pas sombre. Barbara faisait preuve d'un courage combattif. Elle pouvait parsemer ses réponses calmes d'un esprit piquant. Elle avait le don de mettre ses luttes en perspective et elle ne ressentait pas l'amertume si souvent rencontrée chez ceux qui ont personnalisé les inévitables combats de la vie. Après environ 20 minutes d'entretien, le cadre était suffisamment bien installé pour atteindre le monde de ses idéations suicidaires. Je pouvais sentir que Barbara se sentait à l'aise avec moi et que le processus de l'engagement était bien enclenché. Les larmes aux yeux, elle évoqua à nouveau le problème de ses enfants, en commentant sa pensée qu'ils seraient mieux sans elle. Elle ouvrait la voie permettant d'accéder aux événements actuels grâce à la méthode ECES.

Barbara ne présentait pas de geste ou de tentative suicidaire réel. En revanche, elle s'était présentée au service d'urgences pour un ensemble impressionnant de pensées suicidaires, considérées comme faisant partie des événements actuels à explorer avec la méthode ECES. Nous reprenons cette conversation au moment où j'aborde l'étendue de ses pleurs.

Clin. : Visiblement, vous avez été très déprimée. Il semble que vous ayez beaucoup pleuré. À quelle fréquence pleurez-vous ?

Pt. : Euh... c'est récent. Pendant longtemps, je n'ai pas pu pleurer du tout, alors que je le voulais. Vous savez, je pensais que peut-être si je pleurais je me sentirais mieux.

Clin. : Oui.

Pt. : Mais pendant longtemps je n'ai pas pu pleurer du tout. Je ne pouvais rien faire du tout.

Clin. : Et pendant le mois dernier, à quelle fréquence ?

Pt. : Euh... tout le temps [elle sourit].

Clin. : Oui.

Pt. : Pour tout [elle me regarde l'air penaud et rit doucement].

Clin. : Il semble que les choses se soient aggravées alors.

Pt. : Ouais [acquiesçant].

Clin. : Bon, lorsque les choses ont commencé à devenir très difficiles à gérer, quelles ont été vos pensées sur le suicide ? [Supposition douce]

Pt. : Je [silence] c'est pour ça que je suis venue ici. Euh... J'ai écrit des lettres pour ma famille, parce que, vous savez, je ne veux pas qu'ils se sentent coupables. [Elle commence à pleurer] Je veux qu'ils sachent que c'est quelque chose que je pensais faire pour leur bien. [Silence] Puis j'allais... vous savez, ils partent en vacances... mes enfants partent en vacances avec mes parents fin juin, donc j'ai écrit ces lettres et j'ai commencé à acheter des médicaments en vente libre. J'allais me rendre dans mon village de vacances préféré à Bennington. C'est tout à fait perdu dans les bois. Et j'allais avaler les comprimés pour m'endormir. Puis me tirer une balle.

Clin. : D'accord. Quand aviez-vous projeté de faire cela ? [Incident comportemental]

Pt. : Pendant leur absence en juin.

Clin. : En juin ?

Pt. : La dernière semaine de juin.

Clin. : Quel type de comprimés avez-vous commencé à stocker ? [Incident comportemental]

Pt. : Euh... j'ai acheté du Tylenol[®] avec le somnifère, vous savez, du Tylenol[®] PM, et, euh... du Benadryl[®], et euh...

Clin. : En gros, combien de ces pilules avez-vous accumulées ? [Incident comportemental]

Pt. : Je dois avoir environ 20 flacons.

Clin. : Oh, c'est beaucoup.

Pt. : Ouais.

Bien qu'il n'existe pas de geste suicidaire spécifique, j'ai utilisé une série d'incidents comportementaux pour clarifier l'étendue de sa planification suicidaire et les actions entreprises pour la réaliser, tels que : « Quel type de

comprimés avez-vous commencé à stocker ? » et « En gros, combien de ces pilules avez-vous accumulées ? » La réponse, « ...environ 20 flacons », était préoccupante.

J'étais inquiet et un peu surpris par l'étendue de la planification suicidaire de Barbara. En tenant compte des facteurs de risque décrits dans le chapitre 3, Barbara commençait à ressembler à une question piège lors d'un examen sur les connaissances cliniques de l'évaluation suicidaire. Elle avait écrit des lettres d'adieu, choisi une méthode bien précise et prévu de la mettre en œuvre lors de vacances isolées. Encore plus préoccupant, elle projetait d'utiliser deux méthodes, dont l'une, l'arme à feu, échoue rarement.

Même très tôt dans l'utilisation de la méthode ECES, remarquez à quel point l'incident comportemental, lorsqu'il est utilisé pour obtenir des détails séquentiels précis, est un moyen puissant pour découvrir des informations pertinentes. Les incidents comportementaux fonctionnent comme distillant déjà des informations inattendues en relation avec les différentes sphères évoquées précédemment, déterminantes dans l'évaluation de la dangerosité imminente. Encore plus remarquable, l'utilisation des incidents comportementaux a déjà révélé des éléments qui, bien que précaires, pourraient être utilisés pour décider une hospitalisation sans son consentement. (Dans le New Hampshire, toute action significative dans le but de se faire du mal, comme le stockage méticuleux de comprimés de Barbara, peut justifier une hospitalisation sans le consentement du patient.)

Le dialogue comporte également un commentaire facilement négligé mais préoccupant concernant ses enfants : « Je veux qu'ils sachent que c'est quelque chose que je pensais faire pour leur bien. » Nous découvrons là une raison rationnelle au suicide de Barbara : un effort pour aider les autres, dans ce cas, ses enfants. Je dois admettre que, à ce point de l'entretien, le commentaire de Paul sur le fait qu'il s'agissait d'un « appel risqué » avait plutôt l'air d'un euphémisme. À ce moment de l'évaluation, notez de quelle manière j'ai essayé de créer un « enregistrement vidéoverbal » grâce à l'utilisation cohérente des incidents comportementaux. J'aurais mieux fait de traiter chaque incident comportemental séparément, en laissant Barbara y répondre, au lieu de les enchaîner les uns après les autres comme je l'ai fait avec ma première question ci-après. Néanmoins, cette question a permis d'obtenir des informations importantes.

Clin. : Racontez-moi maintenant comment cela s'est su ? Qu'est-ce qui vous a amené ici ? Avez-vous appelé le Dr Whalen [son thérapeute] ? [Série d'incidents comportementaux]

Pt. : Non.

Clin. : Comment cela a-t-il été découvert ? [Incident comportemental]

Pt. : J'ai commis l'erreur d'en parler à une connaissance. Elle a évoqué les vacances d'été et j'ai dit, eh bien, ne compte pas sur moi, ou quelque chose comme ça, et elle a dit : « Quoi ? » Je lui ai dit que j'avais décidé que c'était la seule manière d'y mettre un terme ou de résoudre ce problème [elle recommence à pleurer].

Clin. : Donc vous lui avez confié vos projets ? [Dit doucement]

Pt. : Ouais. Je ne sais pas pourquoi. Je n'avais jamais fait ça auparavant. Je n'avais jamais parlé de mes sentiments avec elle ou avec qui que ce soit d'autre.

Clin. : Peut-être est-ce la partie de vous qui ne veut pas mourir et qui voulait que quelqu'un le sache. Je ne sais pas. Votre confiance avait certainement une raison. D'accord, vous aviez pensé prendre des comprimés et vous tirer une balle. Avez-vous acheté une arme à feu ? [Incident comportemental]

Pt. : Nous avons une arme à feu.

Clin. : Avez-vous sorti l'arme à feu de chez vous ? [Incident comportemental]

Pt. : Non. Elle est rangée mais je sais où elle est. Personne ne s'en apercevra si elle manque. Ce n'est pas [silence], j'imaginai que, eh bien, je pouvais la mettre dans la voiture de mes parents pendant que j'allais au travail, sans qu'ils s'en aperçoivent.

À ce moment-là, je me souciais moins de savoir si Barbara était folle que si Paul l'était. Envisager un suivi ambulatoire pour Barbara me semblait plus que risqué. Il est à noter que la technique de l'incident comportemental est clairement démontrée par une recherche persistante permettant de déterminer si la patiente disposait d'une arme à feu et ce qu'elle en avait fait. Les réponses obtenues ne sont guère rassurantes. Un autre commentaire, que j'aurais pu négliger, a hissé le drapeau rouge sur sa sécurité : « J'ai commis l'erreur d'en parler à une connaissance. » Apparemment anodin, ce commentaire semble suggérer que Barbara est mécontente que son projet ait été interrompu.

Bien que ses réponses aient été jusque-là plutôt de mauvais augure, nous voyons également apparaître certains premiers signes renforçant sa sécurité actuelle. En fin de compte, Barbara a choisi d'en parler à quelqu'un. De plus, si sa description de la manière dont son secret a été découvert est fidèle, son amie peut difficilement être accusée de l'avoir forcée à lui faire cette confidence. Une partie de Barbara voulait partager ce secret. Sa consultation au service d'urgences a eu lieu fin mai, un mois entier avant la date prévue pour sa tentative, ce qui souligne l'ambivalence significative de Barbara à l'égard de la mise en œuvre de son projet.

Je me suis efforcé de lui montrer cette ambivalence, en lui disant : « Peut-être est-ce la partie de vous qui ne veut pas mourir et qui voulait que

quelqu'un le sache. Je ne sais pas. Votre confiance avait certainement une raison. » J'ai soigneusement évité d'affirmer qu'elle ne voulait pas mourir, car une telle assertion peut être ressentie par le patient comme une confrontation. Au lieu de cela, je me suis efforcé de formuler une spéculation vague, en débutant par « Peut-être » et en finissant par « Je ne sais pas ». Puis j'affirmai le seul fait indiscutable, la laissant méditer sur sa signification : « Votre confiance avait certainement une raison. »

À ce moment de l'entretien, je sentis que quelque chose n'allait pas. Barbara ne m'était pas apparue autant en danger au début de l'entretien et il m'était difficile de croire que l'intervenant de crise, que je savais être très compétent, l'aurait laissé repartir chez elle où se trouvait une arme. Je décidai de rechercher des éclaircissements.

Clin. : Est-ce que l'arme est toujours chez vous ?

Pt. : Non. Mon mari l'a changée de place ce week-end.

Clin. : J'allais vous le dire, je vous conseille vivement de vous en débarrasser. Je vous conseillerais également de vous débarrasser de tous ces comprimés. Sont-ils toujours chez vous ?

Pt. : Ils y sont encore mais je vais m'en débarrasser.

La situation me semblait s'améliorer. L'arme avait été écartée. Barbara avait fait exactement ce que le clinicien de crise lui avait conseillé, ce qui est très bon signe. Je disposais également d'une information significative que le lecteur ignore. Les intervenants de crise avaient dit à Paul que Barbara avait parfaitement suivi son programme thérapeutique de crise pendant le week-end. Elle s'était manifestée à l'heure et elle projetait un certain enthousiasme envers la possibilité d'obtenir de l'aide. Cette amélioration de son état, qui suggérait que la crise suicidaire aiguë était passée, était confirmée par un époux attentif qui pensait qu'elle *avait l'air* d'aller mieux. Il ne pensait pas qu'elle fût encore suicidaire. Ma dernière question conclut mon exploration de l'événement suicidaire à l'origine de sa consultation, et nous sommes maintenant prêts à aborder l'étape suivante de la méthode ECES : les événements suicidaires récents.

Étape 2 : exploration des événements suicidaires récents

Dans cette sphère, le clinicien mettra en lumière les idées et actes suicidaires du patient au cours des 2 mois précédant l'entretien, dans l'espoir d'obtenir des informations sur le degré de sa planification et de son intention suicidaires. Plus la planification est concrète et méticuleuse, plus l'idéation est fréquente et intense, plus le clinicien devrait s'inquiéter de l'acuité du risque suicidaire. Cette étape fournit également un remarquable aperçu sur la manière dont le patient soupèse les pour et les contre du suicide, y compris ce

qu'il pense de ce que la mort lui apportera ; tous ces éléments peuvent permettre de se faire une idée du danger immédiat auquel il est exposé.

Après avoir vu des centaines de cliniciens mettre au jour des histoires suicidaires, je suis convaincu que cette période de 2 mois avant la consultation est, traditionnellement, peu explorée. Je pense néanmoins que c'est l'une des sphères les plus riches pour découvrir le degré de l'urgence suicidaire. L'exploration de cette sphère de 2 mois est si importante qu'elle mérite toute notre attention.

Précédemment dans cet ouvrage, au cours de l'exploration de la phénoménologie du suicide, il est apparu qu'une personne suicidaire passe souvent un temps considérable à préparer la mise en œuvre de son geste. Le suicide n'est pas un acte simple. Les problèmes éthiques de cet acte, la méthode d'exécution et l'assurance de sa réalisation doivent être soigneusement examinés, comme le laissent entendre les vers d'Anne Sexton au début de ce chapitre.

Certaines personnes peuvent être inexorablement attirées vers le suicide ou même fascinées par ses perspectives, comme Anne Sexton l'a peut-être été, mais je crois que la plupart des personnes éprouvent plutôt des sentiments bien plus ambivalents. Ces sentiments aboutissent souvent à une relation attirance-évitement vis-à-vis de l'acte même. À ma connaissance, aucune étude n'a soigneusement étudié ce phénomène, mais il semble logique que ce conflit ait lieu dans les mois qui précèdent immédiatement la tentative. Ainsi, pour de nombreuses personnes, l'intensité des préoccupations suicidaires et l'importance de leur détermination à se suicider fluctuent probablement au cours des mois précédant leur passage à l'acte (voir [figure 6.2](#)).

Pour certaines personnes, la progression vers le suicide peut augmenter de manière linéaire au fil du temps, pour atteindre son sommet avec l'acte même. Pour beaucoup d'autres, comme l'illustre la figure 6.2, la courbe menant à la mort ne s'intensifie pas graduellement comme une vague, mais ressemble davantage à des montagnes russes qui fluctuent en fonction des vicissitudes de leur stress, de leur perception de solutions alternatives, de leur peur de la mort et de l'intensité de leurs symptômes et/ou de leur abus d'alcool ou de drogues.

La [figure 6.2](#) illustre les fluctuations de la courbe d'un patient hypothétique qui affronte à la fois l'alcoolisme et une idéation suicidaire, facteurs qui cohabitent souvent. Au point A, notre patient est devenu fortement suicidaire. Cette nuit-là, il avait effectivement chargé une arme et l'avait placée dans sa bouche. La crise avait été déclenchée par l'annonce brutale de leur rupture par sa petite amie, puis s'était intensifiée par l'ingestion de deux bouteilles de vin. Deux jours plus tard, après le retour de sa petite amie et un bref intermède sobre, il n'y avait plus d'idéation suicidaire. Aux points B et C, nous observons un retour significatif de l'idéation suicidaire, consécutif à une augmentation des disputes et des menaces de rupture de la part de sa petite amie. L'abus de boisson s'intensifie et, au point D, après un épisode de

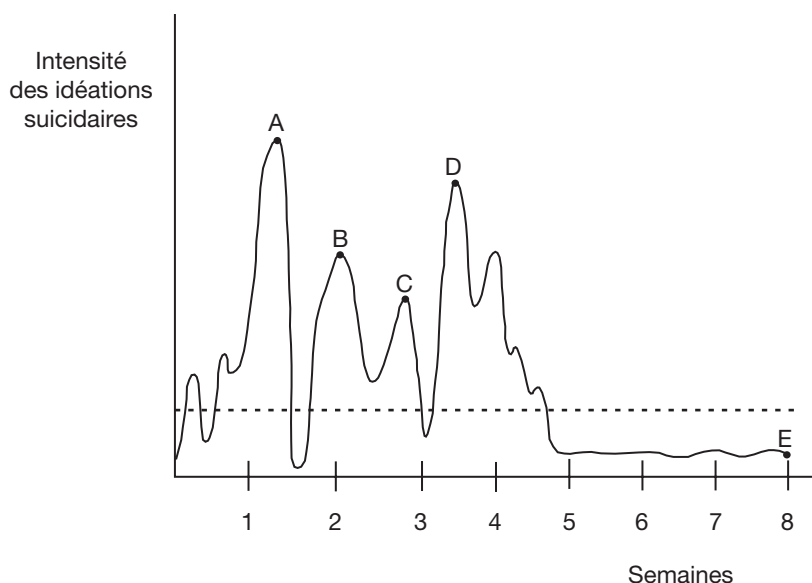


Figure 6.2 Exemple de fluctuations des idéations suicidaires dans les deux mois précédant la première évaluation.

violence domestique, le patient se retrouve avec une arme chargée dans les mains. Trois semaines avant sa rencontre avec le premier clinicien, la situation s'est à nouveau considérablement apaisée. L'abus de boisson est en diminution et le couple a temporairement « recollé les morceaux ». À ce moment, le patient accepte de voir un conseiller mais se retrouve confronté à une « liste d'attente ».

À l'époque de l'évaluation initiale du patient au centre de consultations, il n'avait pas eu d'idéation suicidaire depuis 3 semaines. En effet, il n'est pas rare de voir un patient libre de toute idéation suicidaire depuis plusieurs semaines accomplir un geste suicidaire ou même une tentative grave au cours des 2 mois précédents. D'après les antécédents de ce patient au cours de ces deux derniers mois, nous savions qu'il pourrait devenir brutalement suicidaire. Par exemple, si sa petite amie rompait définitivement ou si son alcoolisme ressurgissait, l'idéation suicidaire pourrait réapparaître rapidement. Mais le clinicien aura-t-il connaissance de ces récents antécédents tumultueux ?

Imaginez que le clinicien pose des questions sur le suicide à ce patient hypothétique en utilisant des formulations communes comme : « Avez-vous eu récemment des pensées suicidaires ? » ou bien « Avez-vous pensé vous tuer ? » À première vue, la première formulation semble être une assez bonne méthode de questionnement, directe et précise. Mais, si on y réfléchit, on peut discerner un piège en terme de communication dans la formulation de cette question. Le clinicien et le patient peuvent avoir des définitions de « récem-

ment » radicalement différentes. D'après mon expérience, les patients tendent à interpréter ce mot comme représentant environ les deux dernières semaines. Même pour la seconde question, qui ne fait allusion à aucune période de temps, je pense que nombre de patients supposent qu'il s'agit d'un passé très récent, qui pour eux, une fois de plus, représente les 2 ou 3 dernières semaines.

Analysons l'impact que pourraient avoir des présomptions aussi innocentes et naturelles sur ce patient hypothétique. Il a finalement pris la décision de ne pas se tuer, car « la vie est agréable, maintenant ». Il pourrait répondre à ces deux questions d'un « non » convaincant et immédiat. Le ton de sa voix et sa communication non verbale pourraient renforcer notre conviction sur son état d'esprit. Dans une telle situation, un clinicien pourrait facilement supposer qu'il n'y a pas eu d'idéation significative récente et, à ce moment-là, pourrait demander au patient : « Avez-vous déjà essayé de vous tuer dans le passé ? » Cette question, particulièrement s'il y a eu une tentative dans le passé, pourrait rapidement faire dévier la conversation d'une idéation plus récente et menaçante pour se concentrer sur des précisions plus captivantes concernant des tentatives passées et les hospitalisations en résultant. Souvent, cette omission n'est jamais corrigée. Le clinicien pourrait quitter ce premier entretien sans savoir que son patient avait une arme chargée dans la bouche 2 mois auparavant. De même, le clinicien n'aurait pas vraiment pris conscience de la volatilité et de l'impulsivité des tempêtes suicidaires du patient.

Actuellement, en raison des emplois du temps surchargés de la plupart des services cliniques et de la complexité des énormes quantités d'informations requises pour établir un projet de soins, j'ai vu, au cours de supervisions directes, des scénarios similaires se reproduire à maintes reprises. La méthode ECES est spécifiquement conçue pour éviter de tels pièges. Dans la méthode ECES, les deux derniers mois, potentiellement riches d'informations vitales, sont explorés pour déterminer avec précision les plans suicidaires et les actions déjà entreprises par le patient. Cette information sur son comportement obtenue directement lors de l'entretien, par opposition à une conjecture du clinicien, peut fournir un ensemble de données immédiatement utilisables pour estimer le risque léthal du patient. Pour que ce processus se déroule bien, il convient de déterminer :

1. les plans spécifiques qui ont été envisagés ;
2. les actions déjà entreprises par le patient ;
3. combien de temps le patient a passé sur ces planifications.

L'étendue de cet ensemble de données est énorme, mais sa valeur est inestimable. L'objectif d'un intervenant de crise est de recueillir les informations les plus complètes et les plus valides pour réaliser la meilleure estimation possible, car il ne s'agit toujours que d'une estimation du risque léthal du patient. Mais le clinicien veut réaliser une estimation fondée sur les meilleures

informations concernant l'état d'esprit récent du patient. Heureusement, comme dans l'exploration de l'étape 1, nous disposons des outils nécessaires pour effectuer cette tâche tout en favorisant l'engagement, et ce en un minimum de temps. Une fois de plus, l'incident comportemental sera d'une grande aide, associé cette fois à quelques autres techniques de validité décrites précédemment comme les suppositions douces, la réfutation d'une question ciblée et l'amplification des symptômes.

Deux approches différentes seront décrites dans cette étape sur l'exploration des événements suicidaires récents, mais les lecteurs ne devraient pas hésiter à en imaginer, avec flexibilité, de nouvelles, selon les besoins. Il n'existe pas de recette « magique », mais je crois qu'une véritable tentative d'appliquer les principes décrits ci-après peut renforcer l'habileté du clinicien à dévoiler rapidement et efficacement un ensemble de données fiables.

La première approche coule de source ([figure 6.3](#)). Après avoir terminé l'exploration des événements immédiats, le clinicien emploie des suppositions douces pour préciser quelle nouvelle méthode de suicide le patient a envisagé (« Avez-vous pensé à d'autres méthodes pour vous suicider ? »). Le clinicien utilise alors une série d'incidents comportementaux pour déterminer dans quelle mesure le patient a mis cette méthode en pratique. Si le patient admet avoir pensé utiliser une arme à feu, cette succession de questions peut alors prendre la forme suivante.

1. « Avez-vous une arme à feu chez vous ? »
2. « Vous est-il déjà arrivé de la sortir dans l'intention de vous tuer ? »
3. « Avez-vous déjà chargé cette arme ? »
4. « L'avez-vous déjà dirigée vers votre corps ou votre tête ? »
5. « Combien de temps l'avez-vous déjà tenue ainsi ? »
6. « Aviez-vous enlevé le cran de sûreté ? »
7. « Qu'est-ce qui vous a retenu d'appuyer sur la gâchette ? »

Une fois que le clinicien s'est fait une idée précise du degré de mise en œuvre de cette méthode, il utilise à nouveau les suppositions douces pour établir l'existence d'une troisième méthode, si effectivement elle existe. Il explore alors cette troisième méthode exactement de la même manière, d'abord avec des suppositions douces, puis avec des incidents comportementaux qui clarifient l'étendue des actions entreprises pour cette méthode.

Lorsque l'utilisation d'une supposition douce entraîne un déni global de tout autre méthode, le clinicien emploie différentes réfutations d'une question ciblée. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 5, cette technique peut être étonnamment efficace pour dévoiler des éléments sensibles au préalable démentis. Nul besoin d'user et d'abuser de cette technique en passant en revue une kyrielle de méthodes ; il suffit de s'enquérir de celles qui reviennent fréquemment dans le milieu du patient et qui n'ont pas encore été évoquées.

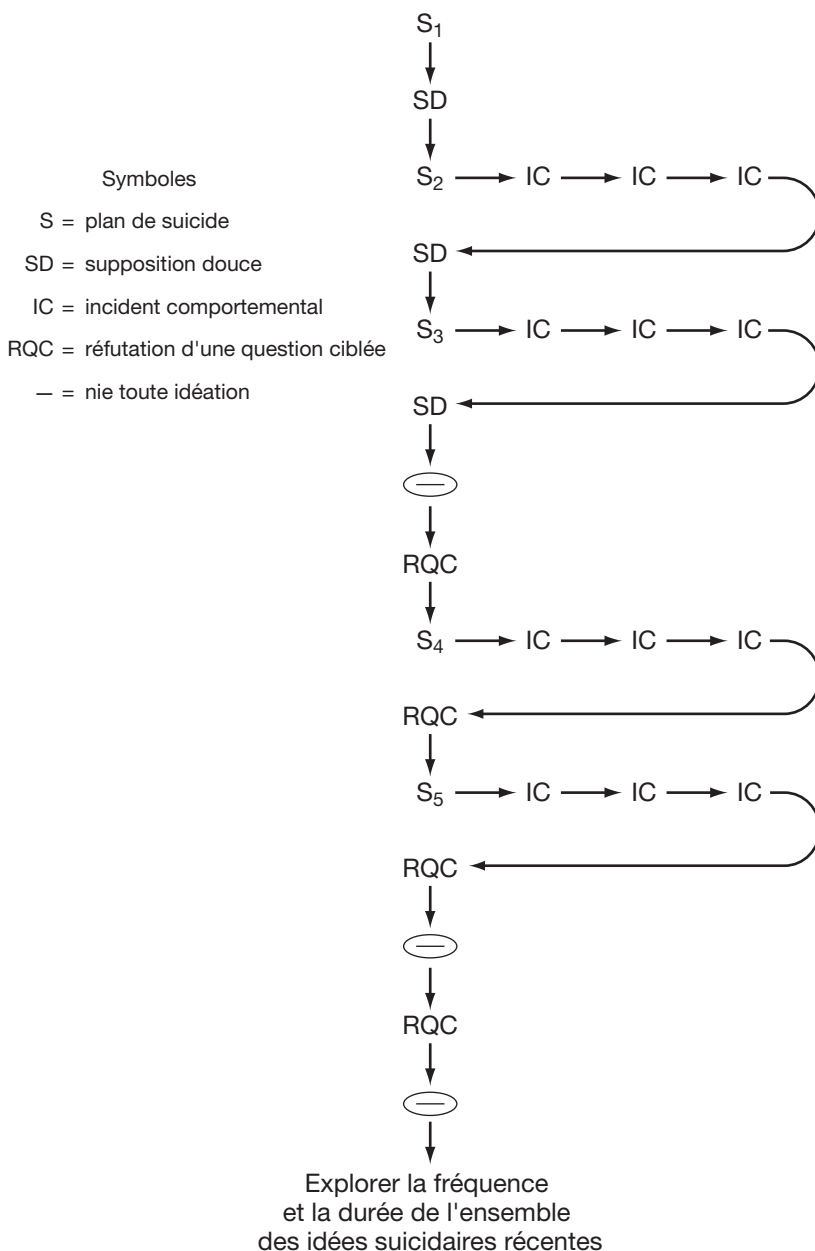


Figure 6.3 Exploration de l'idéation suicidaire récente. Reproduit de Shea, *La Conduite de l'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension*. Elsevier SAS, © 2005.

Si donc celui-ci a parlé de médicaments, d'armes à feu et de sorties de route volontaires, le clinicien est autorisé à lui soumettre la brève liste suivante de réfutations d'une question ciblée.

1. « Avez-vous songé à vous blesser ou à vous poignarder ? »
2. « Avez-vous songé à vous pendre ? »
3. « Avez-vous songé à sauter d'un pont ou d'un édifice élevé ? »
4. « Avez-vous songé à une intoxication par le monoxyde de carbone ? »

De telles questions révèlent souvent d'autres idéations, voire, dans quelques cas, des tentatives récentes, alors que le patient avait commencé par nier toute pensée suicidaire. Comme auparavant, si le clinicien découvre une nouvelle méthode, il utilise une série d'incidents comportementaux pour voir jusqu'où le patient l'a mise en pratique.

Après avoir achevé cette liste des méthodes envisagées par le patient et des gestes de suicide réalisés pour chaque méthode, le clinicien se concentre sur la fréquence, la durée et l'intensité de l'idéation suicidaire en posant des questions telles que : « Au cours des 6 à 8 dernières semaines, combien de temps avez-vous passé chaque jour à penser au suicide ? » Peut s'ajouter la technique de l'amplification du symptôme : « Vous savez, 90 %, 70 % de la journée ? »

Cette méthode d'exploration des antécédents suicidaires sur les deux derniers mois est facile à apprendre et simple à retenir. En outre, elle se déroule sans que le patient s'en rende compte. De plus, il a l'heureuse surprise de constater à quel point il est facile de parler au clinicien d'éléments souvent traînés comme un fardeau honteux, et cela renforce fréquemment l'engagement.

Revenons à Barbara. Est-ce que cette approche permettrait de mieux mettre en lumière son potentiel suicidaire ? Nous utiliserons la technique de la supposition douce pour pénétrer dans la sphère des événements récents et rechercher de nouvelles méthodes de suicide, par exemple en demandant : « À quelles autres méthodes avez-vous pensé pour vous suicider ? » Si, en revanche, le clinicien soupçonne que le patient a déjà utilisé cette même méthode récemment pour une tentative de suicide ou s'y entraîner, alors il peut choisir d'utiliser une supposition douce pour obtenir des précisions sur cette méthode spécifique, comme dans : « Barbara, combien de fois, au cours des deux derniers mois avez-vous pensé à une intoxication médicamenteuse ? » J'ai choisi d'utiliser cette dernière approche avec Barbara dans l'extrait ci-après.

Notons que, pour chaque nouvelle méthode découverte, j'utilise la technique de l'incident comportemental pour créer un « enregistrement vidéo-verbal » de celle-ci. Parfois, cette recherche minutieuse de détails méthodologiques dévoile des aperçus surprenants de l'intention suicidaire du patient. Cette information peut être extrêmement importante pour la sécurité immédiate du patient.

Pt. : Elles sont toujours là, mais je vais m'en débarrasser.

Clin. : Bien, avant cet épisode récent, au cours des deux derniers mois, à quelle fréquence, si ce fut le cas, avez-vous pris ces comprimés dans votre main, vous savez, en les faisant glisser du tube avec l'intention de les prendre sur-le-champ ? [Supposition douce]

Pt. : Euh... il y a peu de temps j'ai pensé m'ouvrir les veines. Euh... j'étais dans la salle de bains, l'eau chaude coulait et je savais qu'il suffisait que je m'entaille le bras verticalement et pas en travers. Le rasoir était sorti. Et je ne l'ai pas fait. Je ne sais pas pourquoi.

Clin. : C'est ce que j'allais vous demander : qu'est-ce qui, d'après vous, vous a retenue ? [Supposition douce]

Pt. : Je ne sais pas. Je ne pleurais pas. J'étais toute seule à la maison. J'ai seulement pensé à la scène qu'allait découvrir mon fils qui serait certainement le premier à rentrer.

Clin. : D'accord. Vous ne vouliez pas qu'il voie cela.

Pt. : Non.

Clin. : Dites-moi, avez-vous été jusqu'à poser cette lame de rasoir sur votre poignet ? [Incident comportemental]

Pt. : Non, je ne crois pas. Je l'ai sortie de son emballage et je l'ai posée sur le lavabo.

Clin. : D'accord, pendant combien de temps y avez-vous pensé ? Je veux dire, combien de temps êtes-vous restée là, assise ? [Incident comportemental]

Pt. : Je suis probablement restée là un moment... environ une demi-heure. Je me disais : « Est-ce que cela vaut vraiment ce que je ferai subir à mes enfants ? » Vous savez, je ne veux pas que quelqu'un d'autre élève mes enfants.

Clin. : Bien.

Pt. : Et j'ai vu beaucoup de suicides se terminer aux urgences, et j'ai vu tout ce que cela pouvait entraîner pour ces personnes et leur famille. C'était tellement stupide. Je ne veux pas faire ça.

Pt. : C'est vrai. C'est dévastateur pour ceux qui restent. C'est une chose importante dont vous devriez vous souvenir. Cela peut vous aider à ne pas le faire. Mais je ne comprends pas très bien. L'incident du couteau, c'est récent ? Quand cela s'est-il produit ? [Incident comportemental]

Pt. : C'était il y a environ 3 mois.

Clin. : D'accord. Donc l'incident qui vous a amené ici était votre projet d'une intoxication médicamenteuse suivie d'un coup d'arme à feu. Projet que vous avez confié à votre amie.

Pt. : Oui. Elle a dû être...

Clin. : Avez-vous écrit des lettres d'adieu ? [Incident comportemental]

Pt. : Oui.

Clin. : Avez-vous fait votre testament ou quoi que ce soit d'autre pour être certaine que... ? [Incident comportemental]

Pt. : Mon testament était déjà rédigé.

Notre stratégie fonctionne. Elle a permis de révéler des informations importantes, certaines inquiétantes et d'autres beaucoup plus rassurantes. Concernant les premières, nous avons découvert une nouvelle méthode, s'ouvrir les veines, assez récemment envisagée sérieusement. Cette information pourrait être un facteur justifiant une hospitalisation sans consentement, si cela se révélait nécessaire (c'est-à-dire que cela rentre dans le cadre des critères légaux pour une telle hospitalisation). De plus, il n'est guère rassurant d'apprendre que Barbara a écrit des lettres d'adieu à ses amis et a refait son testament. Comme dans le cas d'Anne Sexton, le suicide n'était pas un caprice passager pour Barbara. On constate qu'elle y a beaucoup réfléchi. Comme nous l'avions prévu, la méthode ECES apporte de plus en plus de pièces au puzzle qui sont pertinentes pour l'évaluation de la sécurité immédiate de Barbara.

À cet égard, l'une de ces nouvelles pièces apporte un éclairage beaucoup plus rassurant. Comme suggéré plus tôt, le récit des actes de Barbara avec le rasoir offre un aperçu important sur ses raisons de ne pas se tuer. Une ouverture aussi inattendue sur les processus de prise de décision de nos patients n'est pas rare lorsque la technique des incidents comportementaux est utilisée séquence par séquence. Lorsque le patient se rejoue ses actions physiques pendant un tel incident, cela semble lui faire revivre les pensées qui y étaient associées. Lorsque le patient partage ainsi ses pensées internes, il peut accorder au clinicien un accès à sa vision intime de ses combats personnels sur les pour et les contre du suicide ainsi que ses questions éthiques personnelles face à cet acte. Pour Barbara, cet aperçu nous a fourni la preuve la plus convaincante de sa sécurité à ce jour.

Spontanément et sincèrement, Barbara me confia le cadre de référence qui donnait un sens à sa vie, et sa raison principale d'avoir choisi de vivre : « Est-ce que cela vaut vraiment ce que je ferai subir à mes enfants ? » Bien que cela n'apparaisse pas dans la transcription de ce dialogue, sa sincérité était totale. Cela avait réellement été un tournant majeur dans ses propres délibérations. Et bien que, précédemment au cours de l'entretien, elle ait décrit ses interrogations sur un éventuel bénéfice que sa mort pourrait apporter à ses enfants, l'intensité de son affect alors qu'elle décrivait cet incident indiquait fortement que, pour l'instant, elle croyait profondément qu'ils avaient besoin

d'elle. J'ai saisi cette opportunité pour renforcer sa conviction grâce à : « C'est vrai. C'est dévastateur pour ceux qui restent. C'est une chose importante dont vous devriez vous souvenir. Cela peut vous aider à ne pas le faire. » Remarquez que je n'essaie pas de la convaincre de ne pas se tuer ; je ne fais que renforcer une conclusion à laquelle elle est parvenue seule.

Il était maintenant temps de poursuivre notre recherche d'autres méthodes de suicide. Une supposition douce sera utilisée pour révéler chaque méthode jusqu'à ce que la patiente nie en envisager tout autre. Chaque méthode sera minutieusement examinée, séquence par séquence, grâce à la technique des incidents comportementaux.

Clin. : Maintenant, parlons un petit peu plus de ces 6 à 8 dernières semaines au cours desquelles vous avez pensé vous ouvrir les veines. À quelles autres méthodes avez-vous pensé pour vous tuer ? [Supposition douce]

Pt. : Vraiment aucune. Je veux dire, il y a tellement de possibilités. Parfois, lorsque je suis au volant de ma voiture, je me dis qu'il serait si facile de foncer dans un poteau téléphonique, mais ensuite vous n'avez pas la garantie que vous allez mourir et cela peut rendre les choses encore plus difficiles pour votre famille.

Clin. : Ouais. Êtes-vous déjà montée dans une voiture dans l'intention précise de vous tuer ? [Incident comportemental]

Pt. : Non. Je monte dans ma voiture avec l'intention de ne pas savoir ce que je vais faire, mais pas nécessairement celle de me tuer.

Clin. : À quelle autre méthode avez-vous pensé pour vous tuer ? [Supposition douce]

Pt. : C'est tout, vraiment. Je ne me pendrai jamais. J'ai vu une femme qui s'était pendue et c'était dégoûtant.

Clin. : Vous dites que vous ne le ferez jamais. Y avez-vous pensé pour ensuite éliminer cette solution ou... ? [Incident comportemental]

Pt. : Eh bien, c'était là mais c'était juste [silence] je ne pourrais pas le faire. C'était une possibilité.

Clin. : Vous êtes-vous procurée une corde ?

Pt. : Non.

Clin. : À quelles autres méthodes avez-vous pensé ? [Supposition douce]

Pt. : Je ne pense pas qu'il y ait d'autres méthodes.

Notons que Barbara a répondu d'un non catégorique à la dernière supposition douce. Cette dénégation signale le moment où la technique de validité suivante, la réfutation d'une question ciblée, doit être utilisée pour

tenter de voir si d'autres méthodes sont restées cachées. Toute nouvelle méthode sera examinée grâce à l'utilisation des incidents comportementaux comme précédemment. Une fois que les méthodes les plus courantes auront été passées en revue, une transition habile permettra de déterminer la fréquence et l'intensité de l'idéation suicidaire au cours des 2 mois précédents. Remarquez comment la technique de l'amplification des symptômes a été utilisée pour renforcer cette clarification.

Clin. : Avez-vous déjà pensé à [silence] vous avez mentionné l'utilisation d'une arme à feu. Avez-vous pensé à une intoxication par le monoxyde de carbone ou une autre méthode similaire ? [Réfutation d'une question ciblée]

Pt. : Non. Nous n'avons pas de garage. Donc il n'y a aucun endroit où je pourrais le faire.

Clin. : Avez-vous déjà pensé à sauter du haut d'un édifice ? [Incident comportemental]

Pt. : Non, ça me ferait mal. Je ne supporte pas la douleur. [Elle sourit]

Clin. : Et foncer dans d'autres véhicules avec votre voiture ?

Pt. : Non plus.

Clin. : D'accord. Bien. Vous avez parlé de vous ouvrir les veines. Avez-vous déjà pensé à vous poignarder ou à une autre méthode similaire ? [Réfutation d'une question ciblée]

Pt. : Non.

Clin. : Maintenant, combien de temps pensez-vous... si vous prenez en compte les six dernières semaines environ, au cours d'une seule journée, combien de temps avez-vous passé à envisager votre suicide ? [Incident comportemental]

Pt. : Beaucoup. Plus que d'habitude.

Clin. : Deux minutes par jour ? Trois heures par jour ? Dix heures par jour ? [Amplification des symptômes]

Pt. : Il me semble que c'était seulement dans mes pensées. Je ne sais pas vraiment combien de temps j'ai réellement passé à y réfléchir. Le jour où j'ai rédigé ces lettres et le reste, c'était il y a environ une semaine, quelque chose comme ça, je crois, et c'était tous les jours. J'y pensais tous les jours. Je me réveillais le matin en pensant aux lettres que je devais écrire mais euh...

Clin. : C'était donc très présent dans votre esprit et pas seulement quelque chose d'impulsif...

Pt. : [la patiente coupe la parole du clinicien] Oh, non, c'était là.

Clin. : Et dans le passé, avez-vous déjà tenté de vous suicider ?

Nous commençons à évoluer vers la sphère consacrée aux événements passés. Mais avant de procéder à cette transition, il convient de faire quelques remarques importantes sur l'exploration des événements récents, et d'évoquer une seconde méthode pour enchaîner les questions au cours de cette étape.

Premièrement, il fallait déterminer si Barbara serait mieux soignée dans notre groupe de patients ambulatoires ou dans une unité d'hospitalisation. À ce stade de l'entretien, je penchais plutôt pour un suivi ambulatoire. Malgré des facteurs de risque significatifs et une planification suicidaire considérable, elle avait dévoilé une motivation profonde qui l'empêchait de se suicider : ses enfants. De plus, il existait une série de preuves que les motivations de Barbara l'amenaient plutôt vers la sécurité, comme le démontraient son observance assidue des soins de crise durant le week-end, le fait qu'elle ait fait en sorte que l'arme ne soit plus disponible et son attitude coopérative au cours de son entretien avec Paul et puis moi-même. De plus, elle semblait bien réagir au cours de cet entretien.

Son affect est plus naturel, des pointes d'humour apparaissent et elle semble se sentir plus à l'aise au fil de l'évaluation. Ce bénéfice « thérapeutique » de la méthode ECES est courant. Il semble provenir du soulagement du patient, surpris de pouvoir parler du suicide, un sujet intime et tabou, avec un clinicien qui l'écoute calmement et sans le juger. J'ai constaté qu'une fois que les cliniciens se sentent à l'aise avec la méthode ECES et l'utilisent systématiquement, ils deviennent plus factuels et rassurants au cours de leurs évaluations du potentiel suicidaire. Les patients se rendent rapidement compte que le clinicien ECES se sent en terrain connu et qu'il ne réagira ni trop ni pas assez.

J'ai mentionné précédemment un « effet secondaire » bénéfique, quoique plutôt singulier, de l'utilisation des incidents comportementaux : ils incitent souvent le patient à évoquer spontanément les avantages et les désavantages de son suicide. Comme l'illustre Barbara d'une façon poignante, cette énumération peut apporter des indices importants sur le côté vers lequel le patient penche. Parfois, dans de tels moments, une nouvelle série de questions peut apporter des informations supplémentaires sur ses penchants en amenant le patient à évoquer ouvertement ce qu'il espère obtenir en se suicidant. Dans *Suicide Risk (Le Risque suicidaire)*, ouvrage approfondi et très pratique, John T. Maltsberger souligne la diversité des manières dont un patient peut envisager une mort par suicide :

1. Le suicide est un passage vers un sommeil sans rêve (le néant).
2. Il scellera les retrouvailles avec un être ou quelque chose qui a été perdu.
3. Il permettra d'échapper aux persécutions d'un ennemi, intérieur ou extérieur.

4. Il détruira un ennemi qui semble s'être emparé d'une place dans le corps du patient ou d'une autre partie de lui-même.
5. Il offrira un accès vers un monde meilleur.
6. Le patient se venge de quelqu'un en l'abandonnant ou en le privant de son bien préféré (le corps du patient), pour ensuite le voir souffrir par-delà la mort. [10]

Les réactions du patient face à ces affirmations permettent de cerner ses motivations suicidaires et d'évaluer l'imminence du risque d'une tentative de suicide. Ces mobiles de suicide peuvent se révéler étonnamment puissants et parfois étranges, particulièrement chez des patients qui ne voient pas d'autres solutions à leurs souffrances ou qui considèrent l'existence, telle qu'elle est, comme une proposition peu réjouissante. Le suicide collectif de 39 membres de la secte Heaven's Gate, dans une banlieue chic de San Diego, en est une bonne illustration. L'idée que le suicide pouvait offrir un moyen d'accès vers un monde meilleur était la force motrice de leur suicide. Les membres de cette secte croyaient se transporter vers un meilleur monde à bord d'un vaisseau extraterrestre qui se trouvait dans le sillage de la queue de la comète Hale-Bopp.

J'ai dit plus haut qu'il existait une deuxième manière d'enchaîner le questionnement dans la sphère des événements suicidaires récents. Cette approche très appréciée consiste à révéler toute la liste des méthodes de suicide envisagées par le patient et, ensuite, à revenir plus en détail sur chacune, au moyen d'incidents comportementaux.

Ici, après s'être informé de la méthode qui amène le patient à consulter, le clinicien utilise des suppositions douces pour découvrir si une deuxième méthode a éventuellement été envisagée. Avec la première approche, on aurait fait usage d'incidents comportementaux pour ensuite déterminer jusqu'où cette nouvelle méthode aurait été poussée ; ce n'est pas le cas de cette seconde approche. Sitôt la deuxième méthode découverte, le clinicien avance une autre supposition douce, par exemple : « À quels autres moyens avez-vous pensé ? », et ainsi de suite jusqu'à ce que le patient lui réponde qu'il n'a envisagé aucune autre méthode. Le clinicien ne s'arrête pas là. Il enchaîne alors des réfutations d'une question ciblée jusqu'à la fin de la liste. La **figure 6.4** illustre en quoi cette technique diffère de celle décrite auparavant.

À ce stade, le clinicien revient successivement sur chaque méthode pour déterminer, grâce à une suite d'incidents comportementaux, dans quelle mesure le patient a procédé à des actes autodestructeurs. Il posera par exemple la question suivante : « Plus tôt, vous avez dit que vous aviez songé à vous tirer une balle. Avez-vous une arme chez vous ou à votre disposition ? » Il décline ensuite une série d'incidents comportementaux concernant

Tout comme dans la première approche, après avoir exploré toutes les méthodes au moyen d'incidents comportementaux, le clinicien détermine la fréquence, la durée et l'intensité des pensées récentes en demandant par exemple : « Pour l'ensemble de ces méthodes, au cours de ces 6 à 8 dernières semaines, combien de temps avez-vous passé à penser au suicide chaque jour ? »

L'une et l'autre de ces approches sont faciles à mémoriser. Dans la première, au fur et à mesure qu'une méthode de suicide est découverte, le clinicien a recours à des incidents comportementaux pour définir l'importance du geste entrepris. Dans la seconde, il commence par découvrir une liste de méthodes avant de les explorer chacune en détail avec des incidents comportementaux. Aux lecteurs de les essayer toutes les deux pour déterminer celle qu'il préfère, ou bien d'en imaginer d'autres, complètement nouvelles. Il n'y a pas de méthode « idéale ». Néanmoins, tout l'art consiste à mettre consciemment en place des stratégies plutôt que de se reposer exclusivement sur l'intuition ou sur l'habitude. Au cours de la troisième étape, nous explorerons les techniques d'entretien utilisées pour mettre au jour les antécédents de tentatives de suicide du patient. D'une certaine manière, c'est la sphère la plus simple.

Étape 3 : exploration des événements suicidaires passés

Curieusement, c'est sur cette partie du premier entretien que, parfois, les cliniciens passent trop de temps. Les patients au parcours jalonné de tentatives et de gestes suicidaires, comme ceux avec une personnalité état limite, risquent de présenter un nombre considérable d'antécédents. Le clinicien pourrait passer une heure à la seule évaluation de ces éléments – une heure bien mal employée.

Étant donné les contraintes de temps d'un cabinet de consultation chargé et dans le cadre du *managed care*¹, les premières évaluations cliniques doivent habituellement être conduites en une heure. Lorsque la gestion du temps est primordiale, la question est : quels sont les antécédents suicidaires importants à recueillir ? À mon avis, la réponse est : ne recueillir que les informations susceptibles de modifier la décision relative à la sécurité du patient. Selon ce principe, les points essentiels à rechercher sont les suivants.

1. Quelle est la tentative suicidaire la plus grave ? (L'idéation actuelle est-elle centrée sur la même méthode ? L'entraînement peut être mortel dans ce

1. Le *managed care* est un système américain d'offre de soins fondé sur des contrats établis avec des médecins et des hôpitaux pour une prise en charge globale des individus ou collectivités qui sont des adhérents volontaires à ce système. [NdT]

domaine. Le patient se sent-il cerné par les mêmes facteurs de stress qu'à l'époque de sa tentative la plus grave ?)

2. Quel est le nombre approximatif des gestes et des tentatives passés ? (En l'occurrence, un grand nombre peut faire soupçonner des conduites de manipulation, et donc alléger les inquiétudes du clinicien, ou alors être cause de préoccupation supplémentaire et l'alerter sur le fait que le patient a véritablement épuisé tout espoir. Dans un cas comme dans l'autre, il importe d'être fixé sur le nombre de tentatives.)
3. Au-delà des deux derniers mois, à quand remonte la tentative la plus récente et quelle en était la gravité ?

Les réponses aux questions précédentes pourraient révéler des informations susceptibles d'infléchir la décision concernant la sécurité du patient. Si, par exemple, le clinicien découvrait que, l'année précédente, Barbara a fait une grave intoxication médicamenteuse qui a entraîné une prise en charge aux soins intensifs, sa sécurité actuelle l'inquiéterait davantage. Cet antécédent alerterait le clinicien et signifierait que Barbara a déjà essayé la méthode de suicide actuelle avec une efficacité quasi parfaite. De plus, Barbara aurait ainsi déjà démontré qu'elle était à la fois suffisamment motivée et ingénieuse pour transformer une tentative de suicide en suicide abouti. Il serait encore plus inquiétant qu'elle n'ait pas spontanément mentionné une tentative aussi grave plus tôt dans l'entretien. Son ton concernant le suicide sous-entendrait en quelque sorte que le suicide lui était presque étranger. Ce décalage pourrait être préoccupant car il suggérerait que le clinicien ne maîtrise pas la validité de l'histoire de Barbara. De même, si Barbara admettait une série de tentatives ou de gestes passés, le clinicien serait amené à remettre en question la fiabilité de ses assurances actuelles de sécurité.

Voilà de quoi se composent les antécédents de Barbara.

Clin. : Qu'en est-il du passé, avez-vous déjà tenté de vous tuer ? [Incident comportemental]

Pt. : Non. J'y ai pensé. J'en ai parlé à mon médecin.

Clin. : Oui.

Pt. : Mais je ne l'ai pas fait.

Clin. : Lorsque vous étiez plus jeune, adolescente au collège par exemple, avez-vous déjà fait un petit geste dans ce sens, quelques pilules de trop, en pensant que peut-être « cela me tuera ou me blessera » ou quoi que ce soit de similaire ? [Incident comportemental]

Pt. : Non. J'étais une gosse insouciant, Miss Sympa avec tout le monde. Lorsque je repense à cette période, je ne songeais pas du tout à la mort.

Clin. : Est-ce qu'il y a eu une époque, autre que ces trois dernières années, où vous avez eu des pensées suicidaires ? [Incident comportemental]

Pt. : Non. Aucune dont je me souviene.

Clin. : Bien, au cours de ces trois dernières années, avez-vous fait d'autres tentatives ? [Incident comportemental]

Pt. : J'ai eu d'autres pensées suicidaires. Je ne pense pas qu'il y ait eu quoi que ce soit de grave. [Silence] Je me souviens avoir demandé à mon mari s'il pleurerait si je mourrais. Et il y a eu des époques où j'ai prié Dieu qu'il me donne le cancer ou une autre maladie mortelle pour que je n'aie pas à me suicider.

Clin. : Oui.

Pt. : Pour ma famille, ce serait plus facile à supporter que...

Clin. : Le suicide ?

Pt. : [La patiente acquiesce de la tête] Que de penser que j'ai abandonné.

Clin. : Et maintenant, à l'heure actuelle, avez-vous envie d'abandonner ? Où en êtes-vous ?

Cet échange ne montre rien de significatif, ce qui est une bonne nouvelle. Aucune information n'a émergé suggérant que Barbara est en danger imminent. Il n'y a aucune tentative ni geste suicidaire passé. Barbara sous-entend même qu'elle n'a eu que de rares pensées suicidaires. Remarquez ma persistance dans le questionnement au cours de cette exploration, malgré ses réfutations initiales de tentatives passées ; par exemple : « Bien, au cours de ces trois dernières années, avez-vous fait d'autres tentatives ? » Comme je l'ai mentionné auparavant, concernant le suicide, la règle à suivre est de toujours poser la question au moins deux fois. Mon investigation n'a pas permis de révéler un grand nombre d'idéations suicidaires, mais elle a suscité un commentaire curieux. Que devons-nous faire de cette réponse : « J'ai eu d'autres pensées suicidaires. Je ne pense pas qu'il y ait eu quoi que ce soit de grave. [Silence] Je me souviens avoir demandé à mon mari s'il pleurerait si je mourrais » ? Déroutant. Il est difficile de s'imaginer que la question de Barbara n'ait *pas* paru surprenante et déconcertante à son mari, car elle sous-entend, de manière presque agressive, que son mari pourrait ne guère s'en soucier. Au mieux, une telle question paraîtrait très surprenante à de nombreux époux ; au pire, elle pourrait engendrer une réaction assez négative. C'est le type de remarque qu'un clinicien classerait dans sa mémoire dans la catégorie des : « Suis-je en présence d'un trouble du caractère, peut-être de nature passive-agressive ? » Chez Barbara, cela s'est avéré être une question pertinente. Plus tard, au cours de l'entretien, je découvris que la réponse était « Oui ». Cette découverte démontrait un atout supplémentaire de la méthode ECES en tant qu'approche de l'évaluation du potentiel suicidaire. Aborder un sujet aussi tabou et « brûlant » que le suicide peut faire émerger des systèmes

de défenses propres à la personnalité qui, sans cela, seraient restés cachés pendant la plus grande partie de l'entretien.

Ayant terminé l'exploration de la sphère des événements passés, le clinicien se tournera alors vers ce qui peut être considéré comme l'étape la plus importante dans la prédiction de la dangerosité immédiate d'un patient : le présent.

Étape 4 : exploration des événements suicidaires immédiats

La question centrale de cette sphère est : « Quelle est l'intention suicidaire du patient maintenant, alors que nous parlons ? » En même temps que l'exploration de toute idéation suicidaire nourrie par le patient pendant l'entretien, le clinicien demandera à ce dernier s'il anticipe de futures pensées après avoir quitté son cabinet ou le service d'urgences. On se souviendra plus facilement du contenu de cette sphère comme étant celui du « maintenant et ensuite ».

On n'insistera jamais assez sur la valeur de l'avis d'une tierce personne en cas de doutes persistants quant à la sécurité du patient ou à la validité de son récit personnel. Dans le cas de Barbara, notre équipe d'intervention de crise et nos cliniciens étaient en étroite relation avec l'époux de Barbara. Il est important d'évaluer de telles structures de soutien et, si nécessaire, de concevoir des interventions et des programmes spécifiques pour les utiliser.

Dans cette sphère de la méthode ECES, la mise en place d'un plan de crise est facilitée par des questions comme : « Que feriez-vous plus tard, ce soir ou demain, si vous aviez de nouveau des idées de suicide ? » La réponse du patient donne souvent une indication du sérieux avec lequel il assurera sa propre sécurité ; elle offre aussi l'opportunité de réfléchir à et de finaliser des alternatives précisément en cas de telles pensées. Le clinicien demandera également directement si le patient se sent suicidaire à ce moment-là, en disant par exemple : « En cet instant, pensez-vous avoir envie de vous suicider ? »

Ce type de questionnement amènera le clinicien à s'interroger sur un domaine un peu controversé, les « contrats de confiance ou entente de non-suicide ». Bien que certains experts se cantonnent fermement à une utilisation systématique de ces contrats (« C'est plus sûr d'un point de vue médicolégal et cela peut dissuader le patient de commettre un acte impulsif ») et que d'autres restent ancrés dans le camp adverse (« C'est stupide ; si un patient veut se tuer, il n'aura qu'à mentir, alors pourquoi faire insulte à son intelligence ? »), je préfère opter pour une tactique différente. Les êtres humains sont complexes et leurs réponses à ces contrats de confiance varient. Pour certains, ils peuvent être efficaces. Pour d'autres, ils peuvent se révéler inutiles, ou même pire, servir de tremplin à une manipulation contre-productive et à des conflits spectaculaires, particulièrement dans un service d'urgences. L'utilisation de la méthode ECES implique que le clinicien fasse

appel à son jugement clinique pour déterminer si un contrat de confiance est adapté à un patient donné dans des circonstances cliniques données. Si c'est le cas, il faut l'utiliser. Si ce n'est pas le cas, ne le faites pas. On ne peut pas toujours avoir raison, mais au moins, vous aurez essayé d'adapter l'intervention clinique aux besoins immédiats du patient, au lieu de suivre les diktats rigides d'une école de pensée.

Cette notion à l'esprit, regardons de plus près les questions concernant le contrat de confiance. Je pense qu'il peut être très utile chez certains patients, mais pas dans le sens où l'entendent la plupart des cliniciens. Le plus important est de se souvenir que le contrat de confiance ne fournit absolument aucune garantie de sécurité : 2 heures après avoir conclu un tel contrat dans mon bureau, l'un de mes patients a fait une intoxication médicamenteuse.

Un contrat de confiance exerce-t-il un effet dissuasif relatif ? À ma connaissance, aucune preuve ne permet de se prononcer dans un sens ou dans l'autre. Il a probablement parfois, avec certaines personnes, un pouvoir dissuasif. Plus le lien avec le clinicien est fort et, probablement, plus la forme du contrat est concrète (écrite, par exemple), plus forte sera alors la possibilité de dissuasion. On ne se tue pas facilement. Tout ce qui complique encore plus le passage à l'acte peut servir d'élément dissuasif. Un fort sentiment de confiance et d'engagement avec un thérapeute amène parfois le patient à hésiter avant de manquer à sa parole. Au contraire, le pouvoir dissuasif d'un contrat de confiance passé avec un nouveau patient est nettement moindre.

En matière médico-légale, un contrat de confiance conclu et documenté lors d'une évaluation initiale constitue un léger soutien juridique dans le cadre d'un procès : il démontre que le clinicien s'est enquis en détail des conditions de sécurité du patient, ce qui pourrait limiter les risques d'être accusé de négligence. Le clinicien renforce sans doute encore sa protection en veillant à la formulation du compte-rendu concernant son utilisation du document, notamment au moyen d'observations susceptibles d'étayer sa bonne opinion sur l'existence d'un contrat de confiance solide. Le clinicien écrira, par exemple : « Le patient a été en mesure de conclure un contrat de confiance solide avec moi : il avait un bon contact visuel, un affect sincère et parlait d'une voix naturelle, sans hésitation. Il m'a serré fermement la main. »

Lors d'une première rencontre avec le patient, par exemple dans un service d'urgences, le contrat de confiance a-t-il une utilité ? Pour une dissuasion efficace, cette procédure est probablement beaucoup moins utile que dans le cadre d'une relation thérapeutique bien établie. Néanmoins, il pourrait bien exister un léger pouvoir dissuasif si le patient se lie vite, comme c'est le cas de Barbara avec l'intervenant de crise le vendredi soir et avec moi lors de notre entretien. Personne ne sait puisque aucune étude empirique n'a répondu à cette question à ce jour.

À mon avis, la dissuasion n'est pas la principale raison pour utiliser un contrat de confiance lors d'une première consultation. La négociation du contrat constitue un instrument d'évaluation d'une extrême sensibilité. Au moment de le présenter, recherchez tout signe de tromperie ou d'ambivalence sur le visage, dans les postures et dans la voix du patient. C'est la fameuse « minute de vérité ». Cet instant de l'entretien donne potentiellement le meilleur aperçu des véritables intentions suicidaires du patient.

Un clinicien qui fait du « contrat de confiance » un instrument d'évaluation peut revenir complètement sur la possibilité de sortie, devant une hésitation du patient dans ses réponses : hésitation à accepter le contrat, évitement visuel ou autres signes de tromperie ou d'ambivalence. Le clinicien, entraîné à relever des signes non verbaux d'ambivalence, peut demander tout simplement : « On dirait que vous avez un peu de mal à donner votre accord. Qu'avez-vous en tête ? » La réponse est parfois anodine, parfois inquiétante.

Il importe également de se rendre compte que, dans certains cas, mieux vaut s'abstenir de soulever la question du contrat de confiance. Certaines personnes qui manifestent des caractéristiques états limites ou passives-agressives peuvent se perdre dans des manipulations sur les termes de ce contrat. Vers 2 heures du matin, dans un service d'urgences débordant de monde, ce défi peut se retourner contre le clinicien : « Je ne sais pas quoi vous dire. Je suppose que je ne cours pas de risque, mais d'un autre côté, je ne peux rien prédire. Vous en connaissez, vous, des gens qui peuvent prédire l'avenir ? Je n'ai pas de boule de cristal, vous savez, donc je ne peux rien vous garantir. Ça vous pose un problème ? »

Pour juger de la pertinence d'un contrat de confiance dans le cas d'un trouble sévère de la personnalité, le mieux est de s'adresser directement à l'équipe ou au thérapeute actuellement en charge du patient. Comme nous le verrons dans le prochain chapitre, la méthode ECES est souvent fortement perturbée par ce genre de patient. La méthode la plus efficace pour révéler les idéations suicidaires d'un patient souffrant d'un trouble de la personnalité état limite peut être étonnamment différente de celle pour un patient possédant des défenses matures et présentant un trouble panique. De plus, ces deux approches peuvent être différentes de la méthode qui se révélera la plus efficace chez un patient activement psychotique. La méthode ECES doit toujours être adaptée, de manière souple, aux besoins spécifiques de chaque patient.

Une dernière remarque au sujet de ce contrat : il est important de mesurer le désespoir actuel du patient et de voir s'il bâtit des projets d'avenir constructifs, ou encore s'il est disposé à réfléchir sur des projets concrets pour maîtriser ses problèmes ou ses facteurs de stress. Il est capital de déterminer s'il est ouvert à l'idée d'un suivi dans une structure de soins psychiatriques et à quel degré cet intérêt est sincère.

Ces propos à l'esprit, revenons à l'entretien avec Barbara. À ce stade de l'évaluation, j'ai le sentiment que son admission dans notre groupe de crise est sa meilleure chance de rétablissement rapide. Néanmoins, la finalisation de cette option ambulatoire dépend entièrement de ses réponses à mes questions concernant ses idéations immédiates. Après quelques questions sur cette nouvelle sphère, je ferai un bref retour sur celle des événements actuels car je me suis rendu compte que j'avais omis de lui demander si elle avait eu des pensées de suicide au cours du week-end. Barbara commença par mal interpréter ma question – « Avez-vous eu des idées de suicide au cours de ces derniers jours ? » –, pensant que je faisais référence à la semaine précédente. Cette déviation inattendue m'apporta une information surprenante.

Clin. : Maintenant, revenons au moment présent, avez-vous envie d'abandonner ? Où en êtes-vous ?

Pt. : Je ne sais pas.

Clin. : Vous sentez-vous quelque peu désespérée ?

Pt. : Je me sens « bonne à rien ». [Elle pleure]

Clin. : Voyez-vous un espoir quelconque ?

Pt. : Je ne sais pas. C'est pour ça que nous essayons cette thérapie. [Elle attrape un mouchoir en papier offert par le clinicien]

Clin. : Oui. C'est pour ça que je vous pose la question, parce que, vous savez, je pense que si vous pouvez avoir de l'espoir, nous pouvons vous aider à vous mobiliser et essayer de maîtriser une partie de ce stress. Nous pouvons également vous aider à contrôler les idées de suicide que vous pourriez avoir. Avez-vous eu de telles pensées au cours de ces derniers jours ? [Incident comportemental]

Pt. : Ouais.

Clin. : Je sais que c'est difficile d'en parler, mais vous faites un bon travail. [Avec douceur]

Pt. : Jeudi, j'avais mal à la tête depuis quatre ou cinq jours. Et ça ne s'améliorait pas, et je ne pouvais plus le supporter. Alors je me suis dit que si j'avalais les comprimés qui se trouvaient dans mon sac à main ça agirait peut-être, je mourrais peut-être, je m'endormirais peut-être et ce serait une manière facile d'en finir.

Clin. : Qu'est-ce qui vous a retenue ? [Incident comportemental]

Pt. : Je ne sais pas.

Clin. : Quelles autres pensées avez-vous eues, au cours de ces derniers jours ? [Supposition douce].

Pt. : Juste de mettre mon projet en œuvre et puis tout ce... [silence] toutes ces histoires ont commencé.

Clin. : [Intonation de clarification] ... lorsque vous avez dit à votre amie que vous pensiez vous tuer ?

Pt. : Ouais.

Clin. : Vous n'avez pas été hospitalisée, n'est-ce pas ? [Incident comportemental]

Pt. : Non. Ils voulaient m'hospitaliser. Le Dr Jeffries [médecin traitant appelé par le service d'urgences] voulait m'hospitaliser vendredi. Puis un psychologue est monté pour me parler. Il m'a ensuite incluse dans ce programme qui représente une alternative à une hospitalisation psychiatrique.

Clin. : Bien. Nous pensons que c'est une bonne alternative qui vous permet d'éviter d'être hospitalisée. Je pense que vous trouverez ce groupe d'un grand soutien et les thérapeutes sont excellents ; ils pourront peut-être vous aider à retrouver une situation plus stable.

Les réponses de Barbara sur le désespoir étaient révélatrices et étrangement rassurantes. Elle ne reconnut pas se sentir « désespérée », mais « bonne à rien » et commença à pleurer. J'étais un peu surpris que sa souffrance fût si près de la surface ; à n'en pas douter, elle souffrait encore énormément, mais sa distinction entre « désespérée » et « bonne à rien » était importante. Bien sûr, se sentir « bon à rien » est un sentiment extrêmement douloureux, mais cela ne jette pas forcément un voile noir sur l'avenir. Alors que c'est souvent le cas du désespoir. Au cours de notre analyse des facteurs de risque, dans le chapitre 3, nous avons vu que le travail d'Aaron Beck suggère que, au fil du temps, le désespoir est très fortement corrélé aux tentatives de suicide.

Chez Barbara, la possibilité de changement, implicite dans son manque de reconnaissance d'un sentiment de désespoir, était renforcée par sa remarque sur le groupe de crise : « C'est pour ça que nous essayons cette thérapie. » C'était une affirmation calme mais importante sur sa sécurité, car elle indiquait que Barbara faisait déjà des projets d'avenir. Elle avait décidé qu'elle intégrerait ce groupe, preuve subtile qu'elle ne projetait pas de suicide dans l'immédiat.

À partir de là, j'utilisai une série d'incidents comportementaux pour approfondir l'exploration de ses idéations suicidaires récentes. Je fus surpris d'entendre qu'au cours des quelques jours précédant sa consultation au service d'urgences, elle avait joué avec l'idée d'une intoxication médicamenteuse impulsive à l'aide des pilules qu'elle gardait dans son sac. L'équipe de crise n'avait pas découvert cette information. Mais cette impulsion semblait s'être évanouie pendant le week-end. Barbara et son époux nous donnaient tous les deux clairement l'impression que l'imminence de la crise suicidaire était passée.

J'ai alors pratiquement achevé l'évaluation de son potentiel suicidaire. Deux autres facteurs sont de bon augure pour la sécurité de Barbara. Dans le chapitre 3 sur les facteurs de risque, j'ai insisté sur le fait que l'une des clés de l'évaluation de l'urgence de dangerosité immédiate d'un patient est une évaluation pragmatique de la qualité des soutiens disponibles dans le système psychiatrique local. Dans cette structure, Paul et ses urgentistes proposaient une alternative rassurante à l'hospitalisation.

L'autre facteur rassurant était que, plus tôt au cours de l'entretien, il devint évident que plusieurs facteurs de risque préoccupants manquaient dans le cas de Barbara. L'abus d'alcool ou de substance toxique ne faisait pas partie de son tableau clinique actuel, il n'y avait aucun antécédent familial de suicide et Barbara ne présentait pas de signes psychotiques. Cette information confirmait que Barbara ne possédait pas tous les éléments de la triade létale suggérant la nécessité d'une hospitalisation immédiate. Elle ne présentait pas de tentative de suicide grave, ni de processus psychotique. Finalement, la méthode ECES indiquait qu'elle n'avait pas d'intention suicidaire imminente.

Bien que Barbara eût montré des signes de troubles légers de la personnalité, elle n'avait montré, au cours de l'entretien, aucun signe d'un trouble avéré de l'axe II, comme un trouble de la personnalité de type état limite, et elle ne semblait pas non plus être manipulatrice. Par conséquent, je considérais qu'un contrat de confiance constituerait pour elle une bonne technique d'évaluation. J'étais prêt à l'admettre dans le groupe de crise aussi longtemps que ce contrat de confiance ne révélerait pas d'hésitation ou d'ambivalence.

Clin. : Bien. Nous pensons que c'est une bonne alternative qui, de plus, vous permettra de ne pas être hospitalisée. Je crois que vous trouverez ce groupe d'un grand soutien. Les thérapeutes sont compétents et pourront peut-être vous aider à surmonter certains de vos problèmes.

Pt. : Bien.

Clin. : En ce moment-même, avez-vous la moindre intention ou pensée de suicide ?

Pt. : Non.

Clin. : Devrais-je m'inquiéter ou devriez-vous vous inquiéter ou Paul [thérapeute du groupe] devrait-il s'inquiéter de savoir si vous allez sortir d'ici pour vous suicider ?

Pt. : Non.

Clin. : Pouvez-vous prendre l'engagement et nous promettre fermement de faire part, à nous ou au groupe de crise, quel que soit le moment de la journée, de toute intention de vous blesser ?

Pt. : Oui.

Clin. : Pourrions-nous nous serrer la main pour sceller cet accord ?

Pt. : D'accord. [La patiente lui sert la main]

Clin. : D'accord, pouvez-vous me regarder dans les yeux pendant que vous me serrez la main ? [La patiente sourit et le regarde dans les yeux] Je prends cela très au sérieux, vous êtes responsable et je vous fais confiance.

Pt. : Je le suis. [Elle semble soulagée]

Clin. : Il faut nous en parler. Notre objectif est de ne pas vous hospitaliser. Et, je l'espère, ce groupe vous apportera une aide véritable.

Pt. : D'accord.

Clin. : Je sais que c'était difficile d'en parler parce que le suicide est une chose effrayante et parfois on se sent mal d'avoir ce genre de pensées. Mais j'espère que vous allez apprendre que les personnes qui en parlent, généralement, évitent de passer à l'acte. C'est lorsque vous n'en parlez pas que c'est le plus dangereux. Il faut donc toujours nous en parler. [La patiente a un excellent contact visuel tout au long de cette phase et semble sincèrement motivée] Il y a une énorme différence, et vous l'avez déjà découvert, entre avoir des pensées suicidaires, les avoir plus souvent, les planifier souvent, de plus en plus souvent, mettre tout en œuvre, mettre tout en place, et les essayer avant de réellement vous blesser. Nous pouvons intervenir à n'importe laquelle de ces étapes et il est important que vous vous en souveniez.

Pt. : D'accord.

Clin. : Maintenant, à cause de toute cette souffrance que vous avez endurée, avez-vous recommencé à boire pour vous aider à la supporter ?

Pt. : Non. Je ne bois plus beaucoup maintenant.

La mise au jour des idéations suicidaires est faite. Barbara a conclu un contrat de confiance convaincant et semble réellement soulagée. La méthode ECES n'a pas seulement fonctionné comme un outil d'évaluation solide mais également comme un moyen d'intervention thérapeutique immédiat. Il était temps de poursuivre le processus de recueil d'informations diagnostiques et biopsychosociales, comme le montre mon intervention pour préciser ses antécédents d'alcoolisme.

Avec Barbara, nous avons vu comment un clinicien récolte les informations sur les idéations suicidaires du patient et les recoupe avec ses facteurs de risque, recueillis plus tôt au cours de l'entretien et auprès d'autres sources d'informations concordantes. Ces deux ensembles de données sont ensuite utilisés comme base pour une véritable prise de décision clinique.

Au cours de ce processus d'évaluation, quelque chose d'autre a également été accompli, quelque chose de très important. Le clinicien a aidé le patient à

partager des informations douloureuses, que très souvent il a porté seul depuis beaucoup trop longtemps. À un autre niveau, peut-être que la sensibilité et la profondeur du questionnement de la méthode ECES ont transmis le message qu'un autre être humain s'en préoccupe. Pour un patient, cette préoccupation peut représenter le premier pas vers l'espoir. Ce qui fut le cas de Barbara.

Le caractère sensible, bien que factuel, de la méthode ECES aide souvent le patient à se sentir suffisamment en sécurité pour inviter le clinicien à pénétrer dans le monde de ses pensées suicidaires. Cette invitation n'est pas faite à la légère. Elle est réservée à ceux qui connaissent le langage du suicide. Et, comme Anne Sexton l'a si bien expliqué au début de ce chapitre, le langage du suicide est celui d'une méthode : arme à feu, couteau, monoxyde de carbone. La méthode ECES est une voie d'accès à ce monde et un moyen d'apprendre à en parler couramment la langue.

Références

1. Sexton, A.: "Wanting to Die" in *The Norton Anthology of Modern Poetry*, edited by R. Ellman and R. O'Clair. New York, W.W. Norton & Company, 1973. p. 1202.
2. Othmer, E. and Othmer, S.C.: *The Clinical Interview Using DSM-IV. Vol. 1: Fundamentals*. Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc., 1994.
3. Morrison, J.: *The First Interview: Revised for DSM-IV*, New York, Guilford Press, 1994.
4. Benjamin, A.D.: *The Helping Interview: With Case Illustrations*, Boston, Houghton Mifflin Co., 1990.
5. Sommers-Flanagan, R. and Sommers-Flanagan, J.: *Clinical Interviewing*. New York, John Wiley & Sons, Inc., 1999.
6. Shea, S.C.: *Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding, 2nd Edition*. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1998.
7. Shea, S.C., 1998, pp. 98–131.
8. Shea, S.C. and Mezzich, J.E.: Contemporary psychiatric interviewing: New directions for training. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 51: 385–397, 1988.
9. Shea, S.C., Mezzich, J.E., Bohon, S., and Zeiders, A.: A comprehensive and individualized psychiatric interviewing training program. *Academic Psychiatry* 13: 61–72, 1989.
10. Maltsberger, J.T.: *Suicide Risk: The Formulation of Clinical Judgment*. New York, New York University Press, 1986, p. 87.

Synthèse des informations pour une décision sûre et efficace

Lorsqu'un médecin me dit qu'il se conforme strictement à telle ou telle méthode, j'ai des doutes quant à son efficacité thérapeutique... Je traite chaque patient aussi individuellement que possible, car la solution d'un problème est toujours une solution individuelle.

Carl Gustav Jung [1]

Introduction

Aucune évaluation du risque suicidaire n'est identique à une autre. Même si le clinicien et le patient sont impliqués dans deux évaluations successives, la seconde évaluation sera différente de la première, car le fait même de réaliser une évaluation modifiera les deux personnes et leur relation. Confier des problèmes intimes comme des idées ou des projets suicidaires est un acte de confiance. La volonté du patient de partager de telles idéations, dans l'immédiat et le futur, dépendra directement du sentiment de sécurité transmis par les paroles, les gestes et le regard du clinicien.

Le caractère unique d'une évaluation du potentiel suicidaire est déterminé par de nombreux autres facteurs : le contexte clinique (par exemple, une unité d'hospitalisation psychiatrique ou le bureau d'un conseiller

scolaire¹), le degré de connaissance du patient par le clinicien (par exemple, une évaluation initiale ou en cours de thérapie), la psychopathologie éventuelle du patient (sans trouble de la personnalité ou atteint d'un trouble état limite), et l'état psychologique de chaque participant (par exemple, un patient en état d'intoxication aiguë ou un clinicien exténué par plusieurs nuits de garde).

Pour « faire la synthèse », le clinicien doit comprendre les interactions des facteurs cités ci-dessus avec les trois étapes d'une évaluation du potentiel suicidaire : (1) découvrir les facteurs de risque, (2) mettre en lumière les idéations suicidaires, et (3) élaborer un projet clinique en fonction des données provenant des deux étapes précédentes. L'aptitude d'un clinicien à prendre les bonnes décisions comme décider si la sécurité du patient implique ou non une hospitalisation dépendra de sa capacité à considérer chaque évaluation du potentiel suicidaire comme étant unique. Toute évaluation du potentiel suicidaire est façonnée par les besoins du patient, du clinicien et est influencée par le contexte clinique.

Parmi les trois étapes de l'évaluation du potentiel suicidaire, la mise en lumière des facteurs de risque est probablement la plus évidente. Les facteurs de risque sont généralement de nature historique et épidémiologique ; leur mise au jour ne dépendra donc pas autant des vicissitudes du patient. Au contraire, la méthode la plus efficace pour mettre en lumière des idéations suicidaires varie en fonction de la nature et des besoins des deux participants. Sa réussite dépend autant de la volonté du patient à se confier que de la capacité du clinicien à encourager cette volonté. Enfin, la conduite de l'entretien et l'élaboration d'un avis clinique seront conditionnées par des facteurs tels que le degré de proximité avec le patient et la structure de sa personnalité. Par conséquent, dans ce chapitre, nous nous concentrerons sur la nécessité d'adapter avec une certaine souplesse les étapes 2 et 3 de l'évaluation du potentiel suicidaire – la mise en lumière des idéations suicidaires et l'élaboration d'une décision clinique –, car elles représentent les défis les plus importants pour le clinicien.

Nous nous concentrerons d'abord sur les divers moyens par lesquels un clinicien confirmé peut et doit adapter la méthode ECES. Nous décrirons ensuite un trio de « gremlins » cliniques (données insuffisantes, fluctuation des états cliniques et soutiens sociaux irréguliers) susceptibles d'interférer dans l'évaluation des facteurs de risque, ainsi que des moyens pour remédier

1. « *School counselor* » : aux États-Unis, les conseillers scolaires sont non seulement responsables de l'orientation scolaire mais ils ont également une formation et une fonction de psychologue. Pour les mineurs, le conseiller scolaire américain a devoir légal d'alerter les autorités compétentes en cas de suspicion d'abus domestique, ou bien si l'élève ou l'étudiant est susceptible de se faire du mal ou de faire du mal à autrui. [NdT]

aux erreurs de surprotection (hospitalisation inappropriée) et de sous-protection (tentative de suicide d'un patient après sa sortie d'hospitalisation) qui peuvent en résulter. Enfin, nous ferons une synthèse grâce à l'examen de sept cas cliniques, afin d'illustrer tous les principes abordés dans cet ouvrage.

Il n'existe pas de meilleure manière d'apprendre la pratique des évaluations du potentiel suicidaire difficiles que par l'observation de leurs déroulements dans le monde réel d'une unité surchargée ou d'un service d'urgences en effervescence. Ces cas cliniques sont destinés à démontrer le besoin d'adaptabilité et de créativité. Les cliniciens efficaces s'efforcent d'ajuster leurs techniques et leurs stratégies aux besoins de chaque patient. C'est le conseil donné par la citation qui ouvre ce chapitre ; il est aussi avisé aujourd'hui qu'il y a 50 ans lorsque Jung le rédigea.

Le contexte clinique de l'évaluation : son rôle dans la mise en lumière adaptée des idéations suicidaires

« Toto, j'ai l'impression que nous ne sommes plus au Kansas ... »

Dorothée, dans le film *Le Magicien d'Oz*

L'art de conduire une évaluation du potentiel suicidaire consiste à savoir, d'un point de vue clinique, « où vous en êtes » au cours de l'entretien. Le cadre clinique possède une phénoménologie distincte, de même que les deux participants de cette évaluation. Plus précisément, s'asseoir en face d'un patient bien connu, qui a des mécanismes de défenses matures, dans un cabinet privé, est totalement différent d'un entretien avec un patient inconnu, souffrant d'un trouble état limite, dans un service d'urgences. La première situation correspond au Kansas, la seconde au pays d'Oz.

Les principes de base de la méthode ECES peuvent être mis en pratique quel que soit le contexte clinique. Cependant, selon les spécificités de chaque contexte clinique, il existe des différences distinctes dans l'application efficace de ces principes. Nous commencerons par définir un cadre nous permettant d'étudier, de façon pratique et concise, les besoins uniques de ces différents contextes d'évaluation.

Ce cadre se construit à partir de deux axes (voir [figure 7.1](#)). Le premier axe – celui du degré de connaissance du patient – part de la situation d'un premier entretien avec un patient jusqu'ici inconnu pour atteindre la situation oppo-

		AXE : DEGRÉ DE CONNAISSANCE DU PATIENT	
		Inconnu du clinicien	Connu du clinicien
AXE : TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ	Aucun trouble	Inconnu Aucun trouble	Connu Aucun trouble
	Trouble grave	Inconnu Trouble grave	Connu Trouble grave

Figure 7.1. Matrice des contextes cliniques de l'évaluation.

sée où l'évaluation s'intègre dans une thérapie en cours. Le second axe – celui des troubles de la personnalité – s'étend de l'entretien avec un patient qui présente peu de troubles graves de la personnalité, voire aucun, au patient atteint de troubles graves de la personnalité comme les troubles état limite et narcissique, ainsi que des « troubles acquis de la personnalité » souvent observés dans les cas sévères d'abus de substance.

La mise en pratique adaptée de la méthode ECES dépend des exigences de ces deux axes. Si nous imaginons que les deux axes croisés forment une matrice de quatre contextes d'évaluation distincts, nous pouvons définir plus clairement les différences créées par leurs interactions.

Dans une certaine mesure, ces quatre contextes d'évaluation sont artificiels, car les patients n'en présentent pas toujours clairement les critères. Cependant, cette matrice peut fournir un point de départ utile à notre réflexion. Commençons par deux exemples. Avant d'utiliser la méthode ECES, la première décision du clinicien sera de déterminer dans quelle mesure il devra explorer les quatre sphères chronologiques décrites dans le chapitre 6 : (1) événements actuels, (2) événements récents, (3) événements passés, et (4) événements immédiats. Prenons un premier exemple : si le clinicien réalise l'évaluation du potentiel suicidaire d'un patient en cours de thérapie, il ne sera pas nécessaire d'explorer les événements suicidaires passés, puisque le clinicien doit déjà bien les connaître. Il en est de même pour une grande partie de la sphère des événements récents ; l'exploration de cette sphère peut donc également être éliminée. Cependant, le clinicien devra explorer les sphères des événements suicidaires actuels et immédiats exactement comme nous l'avons décrit dans le chapitre 6.

Notre second exemple concerne une décision stratégique beaucoup plus complexe : le clinicien doit décider combien de temps il devra consacrer à

l'évaluation directe des événements suicidaires, en suivant l'application classique de la méthode ECES, par opposition à l'utilisation des techniques d'intervention de crise/thérapie cognitive afin de désamorcer la crise suicidaire même. Par exemple, au cours d'un travail avec un patient présentant un trouble de la personnalité état limite, un clinicien habile peut aider le patient à transformer la crise suicidaire, parfois de manière remarquable, grâce à des techniques cognitivo-comportementales. En effet, dans ce cas, la plus grande partie de l'« évaluation suicidaire » consiste à déterminer dans quelle mesure le patient répond bien à ces techniques thérapeutiques. La thérapie cognitive devient donc partie intégrante de l'évaluation du potentiel suicidaire.

Avec de tels patients, l'examen détaillé de leur idéation suicidaire actuelle, grâce à l'utilisation complète de la méthode ECES, pourrait conduire à une « escalade » de « propos sur le suicide » peu productive et manipulatrice. Par conséquent, un thérapeute expérimenté face à un patient souffrant d'un trouble état limite modifiera de manière appropriée la méthode ECES. C'est le cas de figure idéal, mais l'idéal n'est pas toujours réalisable. Un intervenant de crise qui réalise une évaluation initiale d'un patient état limite similaire, encore inconnu du système de soins psychiatriques, pourra, peut-être, utiliser aussi efficacement les mêmes interventions thérapeutiques. Dans cette situation, une application standard de la méthode ECES peut se révéler le moyen le plus efficace et fiable de déterminer un risque suicidaire immédiat. L'intervenant de crise prendra cette décision de manière souple sur une base individuelle avec chaque personne souffrant d'une personnalité état limite.

Cette dernière situation – un intervenant de crise en entretien avec un patient état limite inconnu – montre que d'autres axes peuvent avoir un impact sur le déroulement de l'évaluation du potentiel suicidaire. Par exemple, l'axe du degré de connaissance concerne le fait que le clinicien connaisse ou ne connaisse pas le patient, mais cet axe ne prend pas en compte les patients déjà connus par le dispositif de soins. Si c'est le cas (le patient a un thérapeute ou se présente fréquemment au service d'urgences), l'intervenant de crise sera peut-être en mesure d'utiliser plus efficacement les techniques cognitives mentionnées ci-dessus. L'efficacité accrue peut provenir d'un bilan clinique réalisé avec le thérapeute du patient ou en consultant le projet de soins conçu par le patient et l'équipe thérapeutique qui le suit. Parfois, le thérapeute du patient préférera peut-être réaliser une intervention thérapeutique par téléphone. On ne peut bénéficier de tels avantages lorsqu'il s'agit d'un patient inconnu du dispositif.

Parmi les autres axes qui pourraient alerter le clinicien sur le fait qu'il serait plus avantageux de modifier la méthode ECES, nous trouvons :

1. la présence ou l'absence de psychose ;
2. des signes d'agitation ou de violence imminente ;
3. la capacité du patient à fournir des informations cohérentes et fiables.

Il est utile d'explorer certaines des implications stratégiques de ces trois axes avant d'étudier les ramifications des quatre contextes d'évaluation définis par notre matrice.

Comme nous l'avons décrit dans le chapitre 3, la présence d'une psychose indique la nécessité d'un questionnement complémentaire. Le lecteur se rappellera que trois domaines justifient l'attention du clinicien chez les patients en phase de psychose active : (1) les hallucinations impérieuses, (2) les pensées ou impressions d'une emprise étrangère, et (3) les idéations hyper-religieuses avec autoagression, tel le sacrifice de soi, semblable au Christ, ou avec automutilation. Ensuite, le clinicien se demandera où situer ce questionnement dans le cadre des quatre sphères chronologiques de la méthode ECES.

Le clinicien pourra souvent explorer ces domaines de manière naturelle, tôt dans l'entretien, lors de l'exploration du processus psychotique. S'il n'est pas facile de les aborder à ce moment-là, ils pourront s'intégrer dans le questionnement de la méthode ECES. Cela s'accomplira plus efficacement au cours de l'exploration de la sphère 1 (les événements suicidaires actuels, s'il en existe) après avoir dirigé imperceptiblement la conversation vers des sujets en relation avec le suicide et qui peuvent être chargés affectivement d'un processus psychotique. De telles explorations empiètent souvent sur la sphère 2 de la méthode ECES (les événements suicidaires récents).

Dans l'extrait de l'entretien qui suit, le patient avait fait auparavant allusion à des voix, peut-être de nature impérieuse, mais était réticent à en parler en détail, à ce moment-là. Au cours de l'exploration des événements actuels, le clinicien s'apprête à aborder adroitement de nouveau ce processus psychotique.

Pt. : J'ai pensé aux différents moyens de me tuer, y compris une arme à feu et un couteau. Je ne sais pas ce qui est le mieux.

Clin. : Jim, vous m'avez parlé précédemment de voix et à quel point elles devenaient de plus en plus gênantes. Vous ont-elles déjà dit quelle était la meilleure méthode ou suggéré d'autres méthodes ?

Pt. : D'une certaine manière.

Clin. : Que vous disent-elles ?

Pt. : D'une certaine manière, elles me disent que je ferais mieux d'en choisir une qui marche, je ne peux pas me permettre de les décevoir.

Clin. : Que voulez-vous dire par « les décevoir » ?

Pt. : [Soupir] Je ne sais pas exactement. Elles pensent seulement que je les ai laissées tomber. Elles me disent toujours que je suis un putain de raté.

Clin. : Vous ont-elles déjà dit d'utiliser une arme à feu ou un couteau ?

Pt. : [Sourire étrange] Elles préfèrent l'arme à feu.

Clin. : Que vous ont-elles dit de faire exactement avec cette arme ?

Pt. : [Le patient se penche en avant et murmure] « Tire-toi une balle, idiot, tire-toi une balle. » [Il se recule et sourit]

Le clinicien aurait pu facilement diriger la conversation vers le thème de l'emprise étrangère au lieu des hallucinations impérieuses : « Jim, vous m'avez dit précédemment que des démons, à l'intérieur de vous, vous obligeaient à faire certaines choses. Je me demandais si parfois ils vous avaient déjà demandé de vous tirer une balle ou d'utiliser un couteau ? » Avec un peu de créativité, le clinicien aurait même pu utiliser cette affirmation comme un moyen de mettre au jour des idéations hyper-religieuses dangereuses : « Jim, vous avez dit que Dieu avait des projets pour vous, que votre destin était, en quelque sorte, tout tracé. Je me demande si vous avez l'impression que Dieu ou Satan préfère que vous vous tuiez avec une arme à feu ou avec un couteau ? » Dans tous ces exemples, on peut observer comment l'exploration d'un processus psychotique suicidaire peut être adroitement intégrée dans celle d'une idéation actuelle ou récente.

Au cours de l'entretien, un autre problème peut parfois surgir : la crainte grandissante que le patient ne soit pas capable de fournir des informations cohérentes et fiables. La question devient alors : « Quelle partie de la méthode ECES dois-je utiliser ? » Étant donné les contraintes horaires serrées de notre pratique clinique, nous ne voulons pas perdre de temps à recueillir des informations peu fiables.

De tels problèmes tendent à apparaître chez des patients souffrant de démences et/ou de delirium. Mais des problèmes similaires peuvent se poser avec des patients ayant pris une substance toxique ou des patients psychotiques atteints d'un relâchement important des associations des idées ou de tout autre signe évident d'un trouble de la pensée formelle. Il est important de se souvenir que de tels patients peuvent présenter un risque plus élevé de suicide impulsif ou involontaire. Même si leur discours n'a pas beaucoup de sens, l'incohérence de leurs propos suicidaires peut fournir une preuve inattendue de risque significatif, particulièrement chez les patients délirants. Je me souviens, par exemple, d'un patient délirant hospitalisé qui laissait entendre que son suicide était imminent. Il s'avéra qu'il développait un délire dans lequel les membres de l'équipe hospitalière allaient le torturer pendant la nuit. Il décida qu'il devait se tuer pour éviter de subir cette torture, « parce que quand ils auront fini, de toute façon, ils me tueront ».

Par conséquent, chez de tels patients, j'explore généralement les événements actuels (s'ils existent), les événements récents et immédiats exactement comme je le ferais avec tout autre patient. La seule modification susceptible d'écourter l'utilisation de la méthode ECES avec ces patients porte sur

l'exploration des événements passés. Si je sens que la démence du patient exclut toute possibilité d'interprétation fiable des événements suicidaires passés, je peux parcourir rapidement cette sphère avec le patient et rechercher ensuite d'autres informations auprès d'une personne proche, un conjoint ou un autre membre de la famille, pour découvrir les antécédents suicidaires passés. Chez les patients souffrant de démences sévères, cette exploration peut jouer un rôle minime (voire insignifiant) pour la mise en lumière d'idéations suicidaires car il se peut qu'aucune donnée significative n'en ressorte.

Un autre facteur peut affecter la capacité du clinicien à mettre en œuvre la méthode ECES, particulièrement dans un service d'urgences : l'escalade possible du patient vers la violence. La mise en lumière des idéations suicidaires devrait être tentée chez tous les patients, mais si la réaction du patient se traduit par une agitation accrue ou des conduites menaçantes, il est temps de faire marche arrière et d'appeler des renforts. Les questions posées devraient se concentrer sur la mise au jour des intentions suicidaires actuelles et immédiates. Si le patient est sur le point d'être hospitalisé, la méthode ECES dans sa totalité peut être utilisée après son arrivée dans l'unité, après qu'il a eu le temps de se calmer. Dans un service d'urgences, les membres de l'équipe prenant en charge un patient agité s'efforceront d'interroger soigneusement les personnes susceptibles de fournir des informations essentielles sur le potentiel suicidaire immédiat du patient.

Maintenant que nous avons abordé certains facteurs qui peuvent fréquemment affecter la mise en œuvre de la méthode ECES, explorons en détail, cellule par cellule, les implications stratégiques des quatre contextes d'évaluation définis par notre matrice.

Contexte d'évaluation 1 : exploration de l'idéation suicidaire d'un patient inconnu et présentant des défenses matures

Cette situation clinique d'évaluation du potentiel suicidaire est parmi les plus fréquemment rencontrées. Elle correspond à de nombreux contextes comme la pratique privée, les centres de consultation, les bureaux des conseillers scolaires des lycées et des universités, les services d'urgences, les centres d'addictologie et de désintoxication, et les services hospitaliers. Hormis les adaptations nécessaires en présence d'une psychose, d'un trouble cognitif ou d'une agitation, la méthode ECES peut être utilisée sans aucune modification significative autre que celles requises en raison d'un besoin particulier du patient.

Contexte d'évaluation 2 : exploration de l'idéation suicidaire d'un patient présentant des troubles graves de la personnalité et inconnu du clinicien

Par troubles graves de la personnalité, nous faisons référence aux diagnostics suivants : personnalité état limite, personnalité paranoïaque, trouble de la personnalité schizotypique, trouble de la personnalité histrionique mal compensée et quelques variantes des troubles de la personnalité de type antisocial. Les patients souffrant d'un abus significatif de substance peuvent également consulter pour des « pseudotroubles de la personnalité », s'exprimant par une présence de troubles interpersonnels graves, semblables à ceux cités ci-dessus, mais acquis en tant que système de défense secondaire à leur addiction. Un nombre relativement important de personnes souffrant d'abus de substance présentent également des troubles de la personnalité comorbides avérés. Lorsque l'abus de substance s'accompagne de ces troubles, particulièrement d'un trouble état limite, narcissique ou histrionique de la personnalité, les patients consultent souvent en crise. Par conséquent, ces entretiens sont relativement fréquents dans les services d'urgences, les services hospitaliers et les centres de toxicologie, mais peuvent aussi survenir dans le bureau d'un conseiller scolaire.

À certains égards, l'évaluation initiale de ces patients est l'un des plus grands défis que peut rencontrer un clinicien. Leur tableau clinique est souvent marqué par un embrasement émotionnel, des attitudes exigeantes, des intentions manipulatrices et une série d'amis et de proches mécontents qui peuvent avoir leurs propres exigences. En bref, ce tableau clinique est le quotidien d'un intervenant de crise.

La méthode ECES peut ramener un certain calme dans cette tempête clinique. Lorsqu'elle est mise en œuvre par un clinicien qui en connaît ses nuances, elle peut offrir un cadre de travail solide et fiable. Les cliniciens qui utilisent la méthode ECES régulièrement, avec de nombreux patients et pendant plusieurs années, commencent à développer un sens fiable qui permet de différencier une manipulation suicidaire d'une intention létale.

Mais, comme mentionné précédemment, l'utilisation de la méthode ECES avec ces patients s'accompagne d'un dilemme intrinsèque. Souvent, de tels patients « font de la surenchère » lorsqu'on les questionne directement sur leurs pensées et leurs projets de suicide selon la méthode ECES. Je pense qu'il faut considérer ce processus manipulateur du patient davantage comme une habileté acquise qui est probablement devenue un moyen fiable pour obtenir du soutien interpersonnel et professionnel en cas de crise. Il ne s'agit pas tant d'un acte de malveillance que d'une habitude. Avec de tels patients, nous ne souhaitons pas renforcer ce schéma. Le clinicien est un peu dans une impasse, car il ne connaît pas le patient, mais doit découvrir sa planification suicidaire sans favoriser une manipulation suicidaire.

Examinons plus en détail ce dilemme communément rencontré. Le clinicien ne veut pas renforcer de manière positive des propos suicidaires manipulateurs en se concentrant sur les idéations suicidaires, ce qui serait fait au cours d'une mise en œuvre complète de la méthode ECES. Cependant, aucun clinicien ne peut reconnaître la manipulation de manière fiable lors d'une première rencontre avec un patient inconnu, ni être certain que celui-ci ne passera pas à l'acte impulsivement si ses souhaits sont déniés. Par conséquent, le clinicien doit tenter de réunir la meilleure base de données sur sa létalité, un travail qui correspond parfaitement à la méthode ECES.

Dans le pire scénario possible – le patient n'est connu ni du clinicien, ni du dispositif psychiatrique, et aucune personne proche n'est disponible –, je pense que la méthode ECES devrait être utilisée intégralement. Une utilisation opportune de cette méthode peut aider à franchir les distorsions présentes tout en fournissant une trame permettant de déterminer si l'hospitalisation est nécessaire. Si le clinicien est conscient d'éventuels bénéfices secondaires, ceux-ci pourront souvent être minimisés, en tentant, d'abord, de désamorcer les émotions du patient grâce à une équipe d'intervention de crise avant de procéder à la mise au jour des idéations suicidaires. La capacité à développer rapidement une alliance thérapeutique tout en tentant simultanément d'atténuer la crise immédiate par une intervention tournée vers la recherche de solutions et une résolution concrète des problèmes peut souvent diminuer la manipulation et l'exagération pendant l'utilisation ultérieure de la méthode ECES.

Dans le pire des scénarios décrits ci-dessus, le clinicien dispose d'un nombre de solutions limité. En fin de compte, les idéations suicidaires du patient devront être acceptées telles quelles car le patient est totalement inconnu. Dans cette situation propice à la manipulation, le patient sait exactement quels sont les mots « inquiétants » à prononcer pour être hospitalisé : nous pouvons être amenés à l'hospitaliser alors que nous « sentons » que cette admission n'est pas nécessaire. Lorsque de tels patients inconnus sont admis dans une unité, l'étendue de leurs manipulations autour de leurs idéations suicidaires devient souvent évidente assez rapidement. Cependant, on découvre parfois que le patient traversait réellement une crise suicidaire.

Jusque-là, au cours de notre exploration du deuxième contexte d'évaluation, nous nous sommes concentrés sur les patients souffrant d'un trouble grave de la personnalité, inconnus du clinicien et du dispositif psychiatrique. Dans un autre scénario, il est fréquent de découvrir, particulièrement dans les services d'urgences, que le patient est inconnu du clinicien mais bien connu du dispositif de psychiatrie. L'une des priorités du clinicien qui réalise ce type d'évaluation doit donc être de déterminer à quel point le patient est familier du système de soins.

Ce processus se rencontre le plus souvent dans le contexte d'un service d'urgences. Trois sources d'information possibles peuvent être disponibles immédiatement : (1) les autres personnes du service d'urgences qui pourraient connaître ce patient, (2) le thérapeute actuel ou le *case manager*¹ qui suit ce patient, et (3) les anciens dossiers du patient. Je pense que ces trois sources devraient être consultées quelle que soit l'heure.

Les infirmiers et autres personnes d'un service d'urgences peuvent fournir un aperçu inestimable des antécédents cliniques du patient. Les membres de l'équipe peuvent apporter spontanément des informations précises sur une éventuelle tendance manipulatrice du patient et des suggestions utiles sur la façon de transformer cette manipulation. Ils peuvent connaître des soutiens sociaux particuliers qui pourraient aider à stabiliser le patient ou apporter un soutien permettant d'éviter une hospitalisation. Une équipe expérimentée peut informer le clinicien de son « sentiment intuitif » sur la présentation d'un patient ayant un trouble grave de la personnalité : est-elle la même que lors d'une précédente tentative de manipulation ou est-ce que, cette fois-ci, les symptômes semblent différents et indiquent la possibilité d'un danger imminent ? Parfois, un membre du personnel peut être particulièrement à même d'aider un patient donné à dépasser ses crises suicidaires. Il serait alors avisé de laisser cette personne gérer la première intervention avec le patient.

Ces suggestions réaffirment l'aide précieuse que peut apporter le personnel des services d'urgences ; ils peuvent permettre également d'éviter nombre d'hospitalisations inutiles. Cependant, il convient de garder à l'esprit cet avertissement : parfois, le personnel d'un service d'urgences « en a assez » d'un patient donné. Des sentiments d'épuisement et/ou contre-transférentiels négatifs peuvent créer une attitude biaisée envers un patient. Cette attitude, qui peut apparaître chez un seul membre de l'équipe ou la majorité d'entre eux, s'exprime généralement par des remarques coléreuses ou sarcastiques sur le patient. Cette colère peut amener inconsciemment des membres de l'équipe à fournir des conseils douteux. Une patiente état limite qui se présente souvent en crise au service d'urgences peut être renvoyée chez elle, à tort, et se suicider ensuite, parce que : « Oh, elle consultait sans cesse pour cela ! » Chaque présentation clinique doit être considérée comme unique et évaluée en fonction de ses caractéristiques inhérentes. Les décisions cliniques peuvent être facilitées si les problèmes précédents du patient sont connus, mais le clinicien ne doit pas se sentir « lié » par ces antécédents.

Pour un clinicien face à un patient état limite inconnu, la meilleure source d'information disponible dans le service d'urgences est peut-être le thérapeute ou le *case manager* qui suit le patient. L'une des erreurs les plus communes

1. Le *case manager*, qui peut être médecin, infirmier, psychologue, travailleur social, est la personne responsable de la coordination des soins d'un patient. [NdT]

dans le cadre d'un service d'urgences est l'hésitation du clinicien à contacter le thérapeute d'un patient état limite parce que : « Il est tard » ou « Nous devrions être capables de prendre en charge ce patient sans déranger le thérapeute chez lui ». Dérangez-le donc ! Tout thérapeute qui travaille avec des patients présentant des troubles graves de la personnalité devrait accepter d'être contacté par le personnel des urgences à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. Cela va de pair avec le poste.

Ces thérapeutes peuvent avoir un pouvoir immense pour aider ces patients à transformer les crises suicidaires avant la survenue d'un acte suicidaire et empêcher les hospitalisations inutiles. Certains thérapeutes, en particulier ceux travaillant sur le modèle des thérapies comportementales dialectiques (TCD), préfèrent parler directement avec le patient. De nombreux thérapeutes non comportementalistes préfèrent ne pas communiquer directement avec le patient, mais peuvent fournir au clinicien des urgences des renseignements précieux sur l'utilisation des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) qui se sont révélées efficaces pour ce patient dans le passé. Comme le patient reconnaît ces techniques qui lui sont familières, se souvient de ses succès antérieurs pour transformer les crises et sent, au contact du clinicien, une continuité dans les soins prodigués par son thérapeute, de nouvelles solutions peuvent apparaître. La crise suicidaire peut s'apaiser.

Le thérapeute du patient peut aussi fournir la dernière évaluation des facteurs de risque et des stress récents ; son opinion devrait être prise en considération quant aux projets de soutien de crise. Pour le patient, il est souvent très rassurant de savoir qu'un rendez-vous peut être pris le jour suivant avec son thérapeute. Cette information stabilisante peut être l'ingrédient nécessaire permettant d'éviter l'hospitalisation. Comme nous l'avons vu précédemment, l'une des décisions du clinicien utilisant la méthode ECES concerne l'emploi éventuel d'un contrat de confiance au cours de l'exploration de la sphère des idéations immédiates. Le thérapeute du patient peut apporter des indications spécifiques et un avis utile : est-ce qu'un contrat de confiance risque de déclencher chez ce patient-là des « propos manipulateurs sur le suicide » ? L'objectif est d'intégrer les interventions du service d'urgences dans la continuité des soins fournis au patient lors de ses consultations. D'un point de vue médico-légal, l'avis du thérapeute apporte un atout supplémentaire : il est difficile de prouver une part de négligence du clinicien si les mesures prises tournent mal.

Lors de sa conversation avec le thérapeute du patient, le clinicien doit garder à l'esprit certaines des mises en garde concernant le personnel des services d'urgences, particulièrement les problèmes d'épuisement du thérapeute et de contre-transfert. Une fois encore, les thérapeutes entraînés aux techniques des TCD ont moins tendance à connaître ces difficultés ; les groupes hebdomadaires pour les patients permettent souvent de réduire ces

problèmes de contre-transfert. Mais tout thérapeute, à un moment donné, peut être enclin à donner une opinion biaisée, et le clinicien ne doit jamais oublier cette éventualité.

Un thérapeute et un clinicien peuvent ne pas s'entendre sur les dispositions à prendre, mais j'ai rarement rencontré cette situation dans un service d'urgences. En fin de compte, la décision finale doit être prise par le clinicien qui réalise l'évaluation dans le service d'urgences et/ou par son superviseur. Ce clinicien, seul, est à même de percevoir la dangerosité émanant d'indicateurs non verbaux évalués uniquement au cours d'un entretien avec le patient. Un thérapeute contacté chez lui ne dispose pas de toutes les données et, contrairement au clinicien présent, n'est pas légalement responsable des dispositions finalement prises par le service d'urgences.

Une troisième ressource pour le clinicien qui reçoit un patient inconnu atteint d'une pathologie grave de la personnalité est l'ensemble des informations fournies par les dossiers hospitaliers et comptes-rendus cliniques. Ces dossiers peuvent ne pas être disponibles, en particulier la nuit, mais s'ils le sont, ils valent la peine d'être consultés. Les précédentes observations du service d'urgences, la dernière note d'admission rédigée par le thérapeute et toute évaluation initiale ou tout compte-rendu de sortie d'hospitalisation se révèlent particulièrement importants.

Les interactions manipulatrices passées ainsi qu'un relevé minutieux des facteurs déclencheurs et de la gravité des tentatives de suicide précédentes peuvent être documentés. Les connaissances glanées dans les dossiers cliniques peuvent avoir un impact direct sur l'utilisation de la méthode ECES et réduire la nécessité d'explorer la sphère des événements suicidaires passés, et par conséquent entraîner moins de propos manipulateurs sur le suicide. Les dossiers sont une source d'antécédents pertinents, qui, s'ils sont contredits ou omis par le patient au cours de l'entretien, peuvent éveiller les soupçons du clinicien quant à la validité des informations fournies par le patient sur l'épisode en cours.

Toutes ces ressources (l'équipe du service d'urgences, le thérapeute ou l'intervenant référent du patient et les précédents comptes-rendus cliniques) peuvent être utilisées pour augmenter les données obtenues par la méthode ECES et indiquer des méthodes efficaces d'adaptation de stratégie pour gérer des patients difficiles.

Les défis cliniques changent à nouveau lorsque nous pénétrons dans le troisième cadre d'évaluation créé par l'axe du degré de familiarité et celui des troubles de la personnalité.

Contexte d'évaluation 3 : exploration de l'idéation suicidaire d'un patient en cours de thérapie présentant des défenses matures

Ce contexte clinique est l'un des plus fréquents rencontrés par les professionnels de santé mentale, les addictologues et les conseillers scolaires. Nous partirons de l'hypothèse suivante : au cours de l'évaluation initiale, le clinicien a réalisé une exploration complète des quatre sphères chronologiques. La dyade (le clinicien et le patient) aborde maintenant le processus de la thérapie et l'idéation suicidaire commence à apparaître ou se confirme. Comment utiliser la méthode ECES au cours de ces séances de psychothérapie ?

Comme mentionné précédemment, il n'est pas nécessaire de répéter la sphère 3 (événements suicidaires passés) à moins que des doutes subsistent concernant la validité des informations obtenues initialement. Sinon, la méthode ECES se déroule en suivant une chronologie naturelle. Si le patient a commencé à développer des idées de suicide depuis la dernière consultation qui peut avoir eu lieu il y a une semaine, voire 4 semaines ou plus, il faut explorer les idéations présentes en suivant exactement la méthode décrite dans le chapitre 6. Après avoir exploré ces informations, qui couvrent probablement la semaine précédente, le clinicien peut entamer l'exploration de la sphère 2 (événements suicidaires récents) jusqu'au précédent entretien. (Si des doutes subsistent concernant la validité des informations sur l'intégralité des 2 mois précédents, cette période devrait aussi être complètement explorée.) Après avoir exploré la sphère 2, la sphère 3 (événements passés) est éludée et le clinicien commence à explorer la sphère 4 (événements suicidaires immédiats).

Je pense que le point le plus important à retenir au cours d'une psychothérapie est de continuer à poser des questions sur le suicide à chaque séance jusqu'à ce le thérapeute ait l'impression que le patient ne présente plus d'idéation suicidaire. Lorsque ce point est atteint, il n'est plus nécessaire de poser la question chaque semaine, mais je revérifie une fois par mois, juste pour être certain que les idéations suicidaires ne sont pas de retour. Grâce à une utilisation systématique de cette méthode, les patients ayant des défenses matures apprennent rapidement que parler du suicide n'est pas un problème, que le thérapeute se sent à l'aise avec ce sujet et qu'il s'attend à être prévenu de la présence d'idées de suicide. Cette réciprocité (l'écoute du thérapeute pour les idéations suicidaires et la volonté du patient de lui en faire part) tresse un merveilleux filet de sécurité pour les patients aux défenses matures.

L'un des pièges cachés des thérapies au long cours est que le patient peut devenir suicidaire alors qu'il semble aller bien lors des séances. En effet, certains patients, même ceux avec des défenses matures, peuvent choisir de présenter à leur thérapeute une « bonne apparence » trompeuse, car ils

veulent faire bonne impression sur ce personnage en qui ils ont confiance et à qui ils veulent faire plaisir. Dans un scénario plus inquiétant, certains patients peuvent décider de se tourner vers le suicide et ne veulent pas confier ce projet ou donner un quelconque indice de l'existence d'un problème, de peur que le thérapeute n'essaie d'intervenir. Un tel secret est beaucoup plus difficile à cacher si le patient est directement et régulièrement interrogé sur ses idéations suicidaires, mais il est facile à dissimuler si cette question n'est jamais posée. En cours de thérapie, si ce problème n'est pas abordé, il peut en résulter des suicides qualifiés d'« inattendus », souvent étiquetés à tort d'impulsifs, alors qu'en réalité, la plupart du temps, ils n'ont simplement pas été détectés.

Plusieurs autres pièges cliniques sont inhérents à l'évaluation du potentiel suicidaire des patients en cours de thérapie. La méthode ECES est une fabuleuse sauvegarde contre chacun d'entre eux. Avec un patient qui semble aller mieux, il est facile de se laisser aller à l'utilisation de questions orientées sur le suicide, au lieu de questions sur des incidents comportementaux. Ces questions à la validité suspecte peuvent entraîner des réponses trompeuses. Certaines questions orientées proviennent du besoin inconscient du clinicien de découvrir que les idées suicidaires s'atténuent. Une diminution des idées suicidaires est bonne pour le patient et moins stressante pour le clinicien. Il est important de s'assurer que le style de questionnement utilisé n'influence pas le patient en faveur de réponses moins susceptibles de générer un stress pour le clinicien. Les questions orientées peuvent être formulées ainsi :

1. « Vos idées suicidaires ne sont plus un problème, n'est-ce pas ? »
2. « Vous parvenez toujours à contrôler vos idées suicidaires, n'est-ce pas ? »
3. « Est-ce que vos idées suicidaires se sont améliorées depuis la dernière fois ? »

Les deux premières questions sont directives et, d'après moi, contre-indiquées. Elles suggèrent implicitement que le clinicien s'attend à un « oui » en réponse et un patient trop docile sera trop heureux d'acquiescer.

La troisième question peut certainement être posée, mais elle devrait être suivie d'incidents comportementaux permettant d'explicitier la fréquence exacte des pensées suicidaires et non pas les impressions du patient quant à leur fréquence ou importance. Des incidents comportementaux formulés efficacement pourraient comporter des questions comme : « Au cours de la semaine dernière, pendant combien de jours avez-vous pensé au suicide, même de façon passagère ? » et « Au cours de la pire journée de cette semaine, combien de fois avez-vous pensé à vous tuer ? Dix fois, vingt fois ? » Ce dernier exemple montre une amplification des symptômes associée à un incident comportemental. Dans la méthode ECES, le questionnement sur la nature exacte des méthodes spécifiques de suicide devrait être associé à des incidents comportementaux (« À quelles méthodes avez-vous pensé cette semaine ? ») ou à une série de réfutations de questions ciblées (« Est-ce que

cette idée d'intoxication médicamenteuse est revenue ? ») L'utilisation de la méthode ECES permet d'éviter une erreur potentiellement dangereuse (se fonder sur l'opinion du patient au lieu de se fonder sur un questionnement comportemental).

Un autre problème courant : les thérapeutes oublient au cours de la thérapie de reconfirmer le contrat de confiance. Bien que le débat sur l'efficacité des contrats de confiance se poursuive, s'il doit fonctionner, il paraît évident que son efficacité sera améliorée s'il est régulièrement renforcé. Au cours d'un travail thérapeutique, certains cliniciens aiment utiliser des contrats écrits, bien que je pense que ce ne soit pas nécessaire. D'après moi, c'est dans le contexte d'évaluation de notre matrice (patients avec des défenses matures et en cours de thérapie) que le contrat de confiance peut être le plus efficace en tant que facteur dissuasif du suicide. De plus, dans la méthode ECES, il est rappelé que le contrat de confiance est davantage utilisé comme outil d'évaluation que comme facteur dissuasif. Avec cette population, je suis convaincu de son utilité pour mettre au jour une ambivalence dangereuse, voire des faits et gestes vers un suicide imminent, avec un risque minimal de stimuler la partie joueuse du patient. Comme toujours, le contrat de confiance est conclu au cours de l'exploration de la sphère 4 (événements suicidaires immédiats), dans laquelle il s'intègre naturellement.

Le problème peut-être le plus délicat de cette cellule de notre matrice se pose le plus souvent dans les services de consultations ambulatoires où les cliniciens tendent à recevoir les patients à l'heure, et où les patients tendent à ne pas être en crise : on constate une tendance à ne pas contacter leurs proches par téléphone. Ce problème survient souvent dans les bureaux des conseillers scolaires, les centres psychiatriques et les services d'addictologie. Mais il est encore plus problématique dans le privé où l'isolement du thérapeute est souvent extrême.

Dans ce contexte clinique, lorsqu'un patient présente de manière inattendue une crise avec un début rapide des idéations suicidaires, et qu'un autre patient s'attend à ce que son rendez-vous ait lieu à l'heure prévue, je trouve très facile d'oublier qu'il serait préférable que je téléphone à un membre de sa famille ou un proche, particulièrement si je sens que mon patient minimise ses intentions suicidaires. De tels appels peuvent prendre beaucoup de temps mais peuvent se révéler inestimables. Les proches peuvent avoir connaissance de signes suicidaires bien plus inquiétants que le patient n'en admet ou peuvent même fournir des informations indiquant la nécessité d'une hospitalisation. Ces mêmes sources d'information extérieures peuvent également fournir un soutien social qui permettrait d'éviter une hospitalisation inutile. Nous aborderons plus en détail ces démarches, ainsi que les problèmes complexes de la confidentialité du patient, plus loin dans ce chapitre. Mais en

fin de compte, s'il vous vient à l'esprit qu'un appel à un proche peut vous aider à déterminer le risque du patient, c'est que vous devez probablement passer ce coup de téléphone !

Nous pouvons maintenant explorer notre dernier cadre d'évaluation, où nous découvrirons les plus importantes modifications de la méthode ECES.

Contexte d'évaluation 4 : exploration de l'idéation suicidaire d'un patient en cours de thérapie présentant des troubles graves de la personnalité

Pour simplifier, nous utiliserons comme prototype de cette discussion la psychothérapie au long cours de patients atteints d'un trouble de la personnalité de type état limite. Les personnes souffrant d'un trouble état limite trouvent souvent que les menaces suicidaires et/ou les actes parasuicidaires, comme les automutilations, coupures et brûlures, sont des solutions étonnamment efficaces pour atténuer une souffrance émotionnelle intense. Les bénéfices secondaires obtenus grâce à de tels actes – la sympathie et l'attention d'amis, les arrêts de travail, les excuses pour ne pas assumer ses responsabilités, devenir le principal centre d'intérêt d'un service d'urgences et bénéficier d'une attention particulière lors d'une hospitalisation – peuvent les entraîner dans un cercle vicieux de tempêtes suicidaires. Les patients qui ont le sentiment que les autres ne se soucient pas assez d'eux peuvent tenter de susciter des réactions des êtres chers de manière dramatique et émotionnelle. Bien que mal adaptées à long terme, ces actions et paroles dramatiques leur rendent des services utiles à court terme. Nombre de ces patients, surtout en début de thérapie, auront tendance à « faire de la surenchère » lorsqu'ils consultent pour des idées suicidaires.

Au cours d'une thérapie, le clinicien aide le patient à transformer ce cercle vicieux en renforçant son indépendance de pensée, son habileté à résoudre des problèmes, et ses efforts à éviter des solutions de dépendance comme l'hospitalisation. Comme nous l'avons vu précédemment, le problème éventuel d'une mise en œuvre exhaustive de la méthode ECES au cours d'une thérapie est d'exacerber de façon contre-productive des « discussions sur le suicide ». Mais lorsque le clinicien connaît bien le patient, il détient alors des avantages et des opportunités considérables par rapport à un autre clinicien qui ne connaîtrait pas le patient. En effet, sortir de ces crises suicidaires, avec l'aide du clinicien, est l'une des tâches majeures d'apprentissage que ces patients doivent entreprendre en cours de thérapie.

Il existe de nombreuses façons d'aborder ces crises. Dans cette partie, je définirai certains principes fondamentaux dont il faut tenir compte au cours d'une évaluation de la dangerosité d'un patient. L'art réside dans une utilisation moindre de l'évaluation des idéations et des projets suicidaires tant

qu'une tentative n'a pas été faite pour transformer la crise par des techniques cognitives et/ou comportementales clairement établies au préalable avec le patient. Si la crise est résolue, il n'est pas nécessaire de poursuivre avec l'intégralité de la méthode ECES, et le risque de renforcer des propos suicidaires s'évanouit. Si la crise n'est pas résolue, le clinicien peut alors terminer avec les techniques de la méthode ECES pour déterminer le degré d'urgence suicidaire.

Mon objectif ici est de démontrer comment la méthode ECES est modifiée – en réalité nettement minimisée – avec de tels patients. Je n'essaie pas d'enseigner ou de démontrer comment réaliser une thérapie cognitive permettant de résoudre ces crises. Une telle thérapie est délicate ; elle ne doit pas être tentée sans un entraînement approfondi. Pour en apprendre davantage sur l'efficacité des interventions thérapeutiques, le lecteur intéressé ne pourra consulter de meilleures sources, à mon avis, que les écrits novateurs de Marsha Linehan [2].

Quels sont les principes fondamentaux de l'évaluation de ces patients en cours de thérapie ? Si le patient souffre d'une apparition récente et sévère d'idées de suicide, l'approche suivante me paraît souvent utile.

1. Reconnaître la souffrance (éviter tout débat sur la sévérité de l'idéation suicidaire).
2. Reconnaître l'apparition de l'idéation suicidaire.
3. Explorer brièvement la sphère des événements suicidaires actuels en utilisant la méthode ECES. (Il s'agit de saisir le degré de progression de la crise suicidaire, d'identifier la dangerosité du plan suicidaire et d'apprécier si le terrain est propice à un engagement. Cette information est nécessaire si les symptômes du patient s'intensifient au cours de la tentative de thérapie cognitive et qu'il essaie de quitter brutalement la séance, pour suivre peut-être impulsivement son idée suicidaire. Avec des thérapeutes expérimentés, un tel désengagement brutal n'est pas courant, mais cela peut arriver, particulièrement si le patient a beaucoup bu et ne peut donc pas répondre de manière appropriée au travail cognitif.)
4. Explorer les idées suicidaires actuelles par un questionnaire sur des incidents comportementaux, de manière très factuelle, en s'assurant de ne pas fournir des bénéfices secondaires dus à l'intensité de la préoccupation du clinicien au sujet de la dangerosité.
5. Rappeler au patient la méthode qu'il a acceptée d'utiliser pour résoudre une émotion intense et/ou une idée de suicide lorsqu'elles surviennent. Il est souvent nécessaire de rappeler au patient ses succès en modifiant de telles émotions ou pensées. Ce n'est pas le moment d'introduire une nouvelle méthode : on demande au patient d'appliquer des techniques qu'il a déjà acceptées d'utiliser et qu'il a déjà travaillées.

6. Demander au patient de formuler en termes concrets les différentes étapes de cette stratégie pour éviter toute confusion. C'est aussi l'occasion de lui apporter un renforcement positif en se remémorant ces étapes ou en utilisant le document sur lequel elles sont écrites.
7. Aider le patient à recourir aux techniques cognitives et/ou comportementales.
8. Si la crise est passée, poursuivre par un travail personnel prospectif et une anticipation de nouvelles difficultés.
9. Aborder la sphère des événements suicidaires immédiats, mais, contrairement à une utilisation classique de la méthode ECES, ne pas poser de questions sur les idéations et/ou les intentions suicidaires, mais renforcer le fait qu'elles ont déjà été transformées et que le patient a réalisé un excellent travail en maîtrisant cette crise.
10. Si le patient est favorable à un contrat de confiance, il est alors temps d'en faire usage. Si ce n'est pas le cas, il faut simplement renforcer l'engagement concernant le programme des tâches personnelles et/ou des interventions envisagées avec lui. Ne pas utiliser le contrat de confiance avec un patient qui risque une intensification des symptômes ou qui devient manipulateur lors de son évocation.
11. Si le patient ne réagit pas bien à la thérapie cognitive et si l'intensification de ses symptômes se poursuit, le clinicien peut alors revenir à une utilisation plus classique de la méthode ECES pour découvrir son degré d'urgence suicidaire. Le patient étant bien connu du clinicien, il ne sera pas nécessaire d'explorer la sphère des événements passés.

En utilisant les principes ci-dessus, voyons comment la méthode ECES s'associe efficacement à la thérapie cognitive pour transformer une idéation suicidaire. Nous examinerons la reconstitution d'un entretien réalisé par un thérapeute expérimenté. Le dialogue qui suit n'est pas destiné à enseigner ou présenter un modèle de thérapie cognitive, bien que le lecteur puisse voir dans cette démonstration l'utilisation réelle de cette thérapie avec une modification efficace de la méthode ECES au cours d'une thérapie longitudinale de patients souffrant d'un trouble état limite.

Il est 2 h 30 du matin, un samedi. C'est une heure maudite pour recevoir un coup de téléphone du service d'urgences. Mais Meredith, une clinicienne expérimentée, y est habituée, car elle est spécialisée dans l'aide aux patients souffrant d'un trouble état limite de la personnalité. L'appel vient d'une infirmière responsable qui travaille en excellente collaboration avec Meredith depuis des années ; elle entame la conversation par une brève supplique : « Salut Meredith. C'est Janet du service d'urgences. Désolée de te déranger à une telle heure, mais Mary est ici et elle fait tout pour être admise à l'hôpital. Nous avons besoin de ton aide. Je ne pense vraiment pas qu'une hospitalisa-

tion soit la meilleure solution pour elle. Peux-tu utiliser tes pouvoirs magiques sur elle ? [Silence] S'il te plaît ! Je te revaudrai ça ! »

Meredith travaille avec Mary depuis plusieurs années et celle-ci a fait des progrès considérables. Le nombre de ses hospitalisations a considérablement diminué ainsi que la durée de chacune d'elles. Elle n'a pas fait de tentative de suicide grave depuis 14 mois. Ses automutilations sont minimales. Pour maîtriser ses idéations suicidaires, Meredith l'a aidé à développer une solide approche cognitive et comportementale, et Mary l'a utilisée avec succès en de nombreuses occasions. Mary est encore sujette à des crises suicidaires, généralement déclenchées par la colère vis-à-vis d'un compagnon qui alterne ruptures et réconciliations. Il s'agit ce soir-là de l'une de ces crises.

Clin. : Bonjour Mary. C'est Meredith. Que se passe-t-il ?

Mary : Vous devez leur dire de me laisser entrer. Je n'en peux plus et je ne plaisante pas. Je me tuerai si vous ne me laissez pas entrer. Je n'en peux vraiment plus. [Elle se met à pleurer]

Clin. : Il semble que vous souffriez énormément.

Mary : C'est le cas et je vais me tuer.

Clin. : Il semble vraiment que vous y songiez.

Mary : Non, je le ferai vraiment si on ne m'aide pas. [Ton irrité] Je ne fais pas qu'y songer. [Surenchère]

Clin. : Je vous crois. [Silence] À quelle méthode avez-vous pensé pour vous tuer ? [Pénétrant dans la sphère des événements actuels de la méthode ECES]

Mary : Toujours de la même façon.

Clin. : Une intoxication médicamenteuse ?

Mary : Ouais.

Clin. : Avez-vous bu, ce soir ?

Mary : Non.

Clin. : Très bien.

Mary : Je n'ai pas besoin de cette merde pour me tuer. Je ne suis pas alcoolique. Je veux seulement être en sécurité ce soir. Je ne recommencerai pas à boire. C'est de l'histoire ancienne, vous le savez. [Ton irrité]

Clin. : On dirait que la partie de vous qui parle est celle qui veut prendre soin de vous. C'est impressionnant que vous ayez cet instinct encore, malgré une telle souffrance et des pensées de suicide.

Mary : Oui, je suppose. [Elle ne semble pas convaincue]

Clin. : Vous êtes-vous procurée des comprimés pour cette intoxication médicamenteuse ? [Poursuivant une exploration factuelle de la sphère des événements actuels grâce à des incidents comportementaux dans le but de dévoiler rapidement le degré de dangerosité de la patiente]

Mary : En quelque sorte. [Pleurant à nouveau]

Clin. : Que voulez-vous dire par « en quelque sorte » ?

Mary : J'ai acheté un flacon de Benadryl® et j'ai aussi quelques vieux comprimés d'aspirine. Je vais le faire. Je sais que je vais le faire. [Elle commence à pleurer plus fort]

Clin. : Avez-vous pris certains de ces comprimés ?

Mary : Non, pas encore.

Clin. : Bien. Il me semble que nous avons du pain sur la planche. Premièrement, y a-t-il quelque chose que je puisse faire pour vous aider à arrêter de pleurer afin que nous puissions discuter d'une éventuelle admission ? Vous savez, quelque chose qui puisse vous aider à retrouver le contrôle pour que nous puissions mieux parler ? En fait, pourquoi ne pas respirer profondément trois ou quatre fois comme vous le faisiez lors de nos séances de thérapie lorsque vous vouliez retrouver votre calme ? [Remarque à quel point l'exploration de la sphère des événements suicidaires actuels est écourtée au cours de cette utilisation de la méthode ECES. Normalement, pour une exploration méticuleuse, la clinicienne aurait accompagné la patiente au fil du cheminement des idéations suicidaires comme pour un enregistrement vidéo. L'existence d'autres méthodes de suicide aurait également été vérifiée. Mais dans cette situation, la clinicienne a déjà ce dont elle a besoin : une connaissance de la gravité de la planification. Il existe même les critères d'une hospitalisation, si cela est nécessaire. Il est maintenant temps de découvrir si Mary peut retourner cette situation. Si Mary n'est pas capable de la transformer, Meredith reviendra sur le sujet du suicide plus tard et utilisera l'approche plus classique de la méthode ECES pour évaluer le degré de dangerosité. Mais il faut espérer qu'une telle exploration ne sera pas nécessaire.]

Mary : [Respire profondément trois fois] Je vais bien. Je peux me contrôler. Mais je souffre tellement, Meredith. [Les pleurs s'atténuent]

Clin. : Bien, vous semblez mieux vous contrôler. Bon travail. Vous savez, au cours des six derniers mois, j'ai constaté que vous étiez vraiment capable de mieux en mieux contrôler ces crises de larmes. Même lorsque vous souffriez énormément, comme ce soir. Je trouve cela vraiment impressionnant.

Mary : Merci.

Clin. : Mettons-nous au travail. Si nous devons vous hospitaliser, eh bien, soit ! [Sagement, la clinicienne ne s'engage pas dans une controverse sur l'hospitalisation, bien qu'elle doute de sa nécessité et va tenter de l'éviter.] Voyons où vous en êtes. [Silence] Évidemment, je n'ai pas mes notes avec moi, donc vous allez m'aider. Quelle est la première étape de votre stratégie pour transformer des idées suicidaires ?

Mary : Ne pouvez-vous pas juste leur dire de m'hospitaliser ?

Clin. : Je ne me souviens pas que cela soit la première étape. [Avec humour]

Mary : Très drôle, Meredith. [D'un ton plus doux, ses tensions s'apaisent]

Clin. : Hé, je ne reviens pas sur notre accord. Et je vous respecte trop, ainsi que le travail difficile que vous avez effectué au cours de ces deux dernières années pour le remettre en question. Nous avons conclu un accord qui stipulait que vous deviez toujours utiliser nos techniques thérapeutiques avant d'envisager une hospitalisation. Et je vais vous y aider parce que j'ai confiance en vous. Vous le savez. [Remarquez que l'accord dont il est question ici n'est pas un contrat de confiance mais l'engagement du patient pris auparavant en thérapie qu'elle acceptait de travailler pour trouver d'autres solutions et mieux contrôler ses tourments affectives.]

Mary : Blablabla [Silence]. OK, d'accord, mais je veux tout de même être hospitalisée. [Le ton de sa voix est définitivement plus calme. Meredith est sur la bonne voie et sent que la crise de Mary se dissipe.]

Clin. : Quelle est la première étape, déjà ? Avez-vous votre liste des techniques de contrôle en cas de crise ?

Mary : Ouais. Je l'ai dans mon sac à main. Je vais la prendre. [Elle revient] De toute façon, je la connais par cœur ou presque.

Clin. : Très bien.

Mary : [Elle soupire] Si j'éprouve une forte envie de me blesser ou de me tuer, je suis toujours censée me demander : contre qui ou pourquoi suis-je en colère ?

Clin. : Et quelle est la réponse à cette question, ce soir ?

Mary : Oh, l'autre affreux.

Clin. : Vous voulez dire Don ?

Mary : Qui d'autre ?

Clin. : Qu'a-t-il fait ce soir ?

Mary : Il m'a posé un lapin. Vous pouvez le croire ?

Clin. : Eh bien, à vrai dire, oui. N'a-t-il pas déjà fait ça à plusieurs reprises ?

Mary : Ouais.

Clin. : En fait, si je me souviens bien, il y a environ un an, il l'a déjà fait et cela vous a vraiment fait souffrir. Il me semble que vous aviez des pensées suicidaires cette nuit-là. Vous vous en souvenez ? C'était pendant l'été.

Mary : Oh oui. Je m'en souviens très bien.

Clin. : Vous aviez réalisé un bon travail pour transformer et ne pas tourner votre colère contre vous-même cette nuit-là. Comment aviez-vous fait ? Aviez-vous déjà mis au point votre liste des techniques d'urgence ?

Mary : Oui, c'était une des premières fois que nous l'avons utilisée.

Clin. : Eh bien, vous avez fait du bon travail en créant cette liste. C'est une des meilleures que j'ai vues. Utilisons-la encore cette fois-ci. Quelle en est la deuxième étape ?

Mary : Je suis censée me rappeler que : « Je suis une bonne personne. Je ne peux pas toujours empêcher les autres d'être méchants, mais je ne laisserai pas leur conduite me pousser à me faire du mal. Ce n'est pas moi le problème. »

Clin. : Bien. Aidez-moi à comprendre ce que cela signifie pour vous, parce que je sais que c'est important.

Mary : Je ne sais pas. [Silence] Je suppose que cela signifie : « Ne laisse pas ces trous du cul t'atteindre. »

Clin. : Vous avez enrichi votre vocabulaire, Mary ! [Elles rient] Y croyez-vous ?

Mary : Ouais. Oui, c'est vrai.

Clin. : Avez-vous posé un lapin à Don, ce soir ?

Mary : Non !

Clin. : Lorsque vous y réfléchissez en utilisant votre liste, est-ce qu'il vous paraît sensé de vous faire du mal parce que Don a encore fait quelque chose de stupide ?

Mary : Pas vraiment. Mais j'en ai vraiment marre de ses conneries.

Clin. : Vous savez, je suis heureuse de vous entendre dire ça. Cette affirmation est un progrès important pour vous car, auparavant, il vous était difficile de l'admettre. Je pense que nous devrions parler de ce que vous pourriez faire concernant sa conduite lors de notre prochaine séance et dans quelle mesure vous voulez la supporter. Ce serait vraiment très utile. Nous apprenons quelque chose ce soir. Vous commencez à davantage vous occuper de vous-même. C'est une bonne chose. Je n'en suis pas certaine mais je pense que vous commencez à transformer votre souffrance,

exactement comme nous l'avions prévu dans votre projet. Maintenant, rappelez-moi quelle est la troisième étape.

Mary : Eh bien, je suis supposée me rappeler que j'ai développé de meilleures méthodes pour libérer ma colère au lieu de la retourner contre moi-même.

Clin. : Ouais, je me souviens de cette étape. Les étapes suivantes ne comportent-elles pas quelques méthodes précises ?

Mary : Si.

Clin. : Quelle est la suivante ?

Mary : Je suis censée écouter mon morceau de musique préféré.

Clin. : Qui est... ?

Mary : C'est un CD de Bach.

Clin. : Avez-vous déjà eu la possibilité de l'essayer ?

Mary : Non, pas vraiment.

Clin. : Bien. C'est donc une chose que vous n'avez pas encore essayée et qui peut vous aider. Quoi d'autre ?

Mary : Oh, celle-ci je l'aime beaucoup. [Elle semble plus positive et impliquée] Je suis censée prendre une douche chaude de 10 ou 20 minutes.

Clin. : Avez-vous essayé ?

Mary : Non.

Clin. : Bien. Vous avez donc autre chose à essayer. Et celle-ci semble agréable. Pensez-vous que vous ayez besoin de 10 ou 20 minutes ? [Transmettant le contrôle au patient en lui proposant un choix]

Mary : Oh, j'ai besoin des 20 minutes, ce soir, ça je peux vous l'affirmer.

Clin. : Excellent choix. Vous savez, Mary, je sais que venir au service d'urgences est toujours une solution ultime lorsque vous transformez vos idéations suicidaires, mais je me souviens qu'il s'agit de la dernière solution de votre liste. Je sais, pour avoir travaillé avec vous, que parfois la colère vous envahit si rapidement et intensément qu'il est compréhensible que vous passiez directement à la dernière étape avant d'essayer d'abord toutes les autres. Mais votre liste est excellente. Voyons si elle peut vous aider à vous débarrasser de cette souffrance, ce soir. Parce que c'est ce que nous voulons. Si nous pouvions nous débarrasser de cette souffrance sans hospitalisation, ce serait beaucoup mieux. Grâce à cela, vous avez fait des progrès considérables ces deux dernières années.

Mary : Essayez-vous de me convaincre que je n'ai pas besoin d'être hospitalisée ?

Clin. : Non. [Silence] Je vous demande de déterminer si vous en avez besoin après avoir essayé d'utiliser les techniques d'urgence que vous avez tant travaillées ces deux dernières années. Si vous découvrez après les avoir essayées que vous avez toujours besoin d'être admise à l'hôpital, alors nous devons le faire. [Silence] Voilà ce que j'aimerais que nous fassions. Une fois le téléphone raccroché, je veux que vous commenciez avec votre liste et que vous fassiez vraiment l'effort de la suivre. En fait, c'est une liste plutôt agréable. Écouter du Bach. Prendre une douche chaude. Cela me paraît plutôt bien. Mettez-y tout votre cœur. Je peux ajouter un rendez-vous pour vous, demain matin, à 10 heures et nous verrons alors quels sont vos progrès. Si vous avez toujours besoin d'être hospitalisée, nous le ferons. [Silence] D'accord ?

Mary : Ouais. Je pense que je peux faire ça. Vous m'hospitaliserez si j'en ai besoin ? Sans problème ?

Clin. : Sans problème. [Silence] Cette hospitalisation devra être brève, bien sûr.

Mary : Oh oui. Je sais. Je n'aime plus rester hospitalisée longtemps.

Clin. : Peut-être devons-nous vous hospitaliser, vous en avez peut-être besoin. [Paradoxe doux]

Mary : Eh bien, peut-être pas. Nous devons attendre de voir.

Clin. : Oh oui, je me rappelle quelque chose. Vous vous souvenez de notre accord concernant ce qu'il fallait faire si vous achetiez des comprimés dans l'idée de vous faire du mal, donc il faut que vous les jetiez dans les toilettes dès que vous aurez raccroché ce téléphone. [Cette incursion constitue une brève entrée dans la sphère des événements suicidaires immédiats, dans laquelle la méthode ECES permet de mettre en place des techniques d'urgence.]

Mary : Oh oui. D'accord. Pas de problème.

Clin. : Vous savez, vous devriez être fière de ce que vous réalisez ce soir. Vous êtes vraiment en train de transformer la situation.

Mary : Oui. Je me sens un peu mieux, mais il se peut que j'aie encore besoin d'être hospitalisée.

Clin. : Nous avons appris des choses importantes ce soir. Demain, nous réfléchirons ensemble comment sortir cette liste des techniques d'urgence avant que votre colère ne s'amplifie. Je parie que nous trouverons de bonnes idées.

Mary : Ouais, d'accord.

Clin. : Bien, redites-moi ce que vous devez faire ce soir, pour être certaine que j'ai été claire.

Mary : Je vais raccrocher et me débarrasser des pilules. Puis je vais travailler en suivant la liste. Et demain nous verrons comment cela s'est passé. Si demain j'ai toujours besoin d'aller à l'hôpital, j'y ferai un bref séjour.

Clin. : Est-ce que cet accord vous convient ?

Mary : Ouais. Il me convient.

Clin. : Vous savez quoi ? J'ai bon espoir que cela marche, parce que je vous ai déjà vue calmer vos souffrances. Vous utilisez déjà bien ces techniques. Si vous avez besoin de m'appeler plus tard dans la soirée pour améliorer l'efficacité de l'une d'entre elles, n'hésitez pas à le faire. Mais je ne pense pas que ce soit nécessaire. [Silence] Une dernière question ?

Mary : Non. Je crois que ça va. [Silence]. Janet va être vraiment surprise.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Mary : Oh, elle pensait que j'avais perdu tout contrôle. Elle pensait que j'allais forcer la porte pour entrer. [Elle rit doucement]

Clin. : Eh bien, il s'avère que ce n'est pas le cas. C'est toujours amusant de faire une bonne surprise à Janet. [Elles rient toutes les deux] Je vous verrai demain matin. Pourriez-vous me repasser Janet, s'il vous plaît ?

Mary : Ouais. Merci. À bientôt.

Meredith a mérité son salaire, ce soir. Nous avons pu voir une thérapeute aider habilement une patiente à transformer une crise suicidaire tout en évitant une hospitalisation. Dans de tels cas, la méthode ECES est adaptée de manière souple pour calmer la crise et limiter les bénéfices secondaires liés à une « discussion sur le suicide ». La clinicienne est totalement consciente de ce qu'elle fait lors de cette évaluation soit en utilisant la méthode ECES, soit en utilisant la thérapie cognitive. Il est surtout intéressant de voir la manière dont la thérapie cognitive s'intègre totalement dans l'ensemble de l'entretien. En fait, la clinicienne évalue l'impact de la thérapie en tant qu'élément déterminant pour l'évaluation du danger imminent.

Grâce à son expérience, Meredith a appris que, avec cette patiente, utiliser un contrat de confiance aurait été une erreur. Dans le passé, de tels contrats avaient parfois diminué l'efficacité d'une transformation difficile de la crise suicidaire déjà obtenue grâce à la thérapie cognitive. Lors de ces épisodes, Mary s'était rapidement centrée sur son incapacité à prédire le futur, avec pour conséquence des récidives des crises et des hospitalisations inutiles. Cette fois-ci, Meredith a choisi de se concentrer sur l'accord qui était de suivre « les étapes de la thérapie » et revoir Mary le jour suivant. Le fait que Mary

accepte de réaliser ce travail et de « revenir » pour en discuter le lendemain est, en réalité, un indice sur sa sécurité sans recourir à un véritable contrat de confiance, propice à inciter une focalisation par le patient sur des « propos suicidaires ».

Parfois, un clinicien aux urgences ou un intervenant de crise peut également utiliser des techniques similaires avec un patient qu'il a déjà vu en crise, en particulier si un projet de soins prospectif bien rédigé a été conçu et approuvé par le patient, le thérapeute et l'équipe du service d'urgences. De tels projets de soins sont souvent déterminants pour aider de tels patients à éviter des hospitalisations inutiles. Si l'agitation de Mary avait persisté, Meredith aurait alors utilisé les aspects de la méthode ECES qu'elle estimait utiles pour évaluer les facteurs de risque immédiat.

Nous avons maintenant vu les différentes possibilités de modification de la méthode ECES pour les patients consultant dans l'un des quatre contextes créés par les axes du degré de connaissance et des troubles de la personnalité. Comme le suggérait Carl Gustav Jung dans l'épigramme citée au début de ce chapitre, l'adaptabilité est la clé du succès. Jusqu'ici, nous nous sommes concentrés sur la nécessité de modifier la méthode permettant de mettre en lumière les idéations suicidaires dans chaque cellule et l'impact potentiel de ces modifications sur le degré de risque ainsi évalué. Nous allons maintenant étudier trois facteurs qui peuvent énormément compliquer le processus même d'évaluation du risque.

Les gremlins cliniques qui compliquent l'évaluation du potentiel suicidaire

Gremlin n° 1 : les eaux troubles des données discordantes

Nous avons déjà constaté qu'un patient pouvait avoir plusieurs facteurs de risque de suicide et ne pas être immédiatement en danger. Mais si un patient présente un grand nombre de facteurs de risque et nie toute idée de suicide, une telle discordance entre les facteurs de risque et les idéations reconnues peut être le signe que le patient cache des informations.

Cette situation est plus probable si le patient nie de manière brusque ou colérique l'existence d'idées de suicide ou affirme sèchement que le suicide ne lui a jamais traversé l'esprit. Il est inhabituel de trouver une absence totale d'idéation suicidaire chez des patients qui présentent de nombreux facteurs de risque. La plupart de ces patients auront eu au moins des idées suicidaires passagères. Par opposition au déni catégorique des patients qui dissimulent

sciemment leurs idéations suicidaires, ceux qui hésitent simplement à les confier admettront souvent de manière non défensive l'existence de telles idées passagères mais ajouteront : « Oh, je ne le ferai jamais ! » De plus, un patient qui envisage activement le suicide mais qui le dissimule peut être réticent pour en parler et se mettre en colère si on explore son idéation suicidaire. La divergence entre de nombreux facteurs de risque et un déni complet de toute idée suicidaire peut suggérer la nécessité de vérifier auprès des proches du patient.

La présence de nombreux autres pièges qui guettent le clinicien non averti est trahie par des données contradictoires, particulièrement lors d'une évaluation dans un service d'urgences. Relisez toujours les comptes-rendus antérieurs s'ils sont disponibles. Recherchez la présence éventuelle de contradictions entre le récit par le patient de ses antécédents suicidaires et les comptes-rendus écrits des actes suicidaires passés. La présence d'éléments contradictoires peut alerter le clinicien que les informations fournies par le patient ne sont pas fiables. Des troubles mnésiques légers ou un désir de ne pas « retomber dans le même problème » peuvent en être la cause. À d'autres moments, sa réponse peut suggérer une dissimulation. Par exemple, un patient à la recherche d'une hospitalisation inutile ou de médicaments peut exagérer ses pensées suicidaires, sans évoquer ses consultations précédentes au service d'urgences au cours desquelles ses arrière-pensées ont pu être dévoilées. Un coup de téléphone, avec l'accord du patient, aux autres services d'urgences consultés peut se révéler instructif concernant l'existence de signes antérieurs de dissimulation.

Pour clarifier la nature de telles incohérences, j'ai souvent constaté qu'il était utile de poser des questions telles que : « Vous savez, Jim, j'ai relu votre dossier et il semble que vous ayez consulté un service d'urgences pour des idéations suicidaires, il y a environ 2 ans. Lorsque nous avons parlé de vos idées suicidaires passées, vous ne l'avez pas mentionné. Vous souvenez-vous de ce qui s'est passé cette nuit-là ? »

Cette tactique ne provoque pas une confrontation, mais elle avertit le patient que le clinicien dispose de suffisamment d'informations pour vérifier la cohérence de son récit et qu'il est assez avisé pour y déceler des divergences. Suivant la manière dont le patient décrira alors cet incident, il sera souvent aisé de repérer ses dissimulations ou de remarquer que le patient répond émotionnellement comme s'il était pris sur le fait de mentir, suggérant qu'il est en effet tenté de dissimuler. Donc, si cela est possible, consultez le dossier du patient avant l'entretien.

Un autre problème couramment rencontré, surtout dans les services d'urgences, est celui du patient dont l'histoire change avec le temps. Il survient souvent lorsque le clinicien n'est pas le premier intervenant ou n'a pas été présent lors de l'admission du patient dans le service d'urgences. Ce problème d'histoire variable arrive souvent lorsque le clinicien assure la

permanence, et que le patient a déjà été reçu par un infirmier ou un intervenant de crise. Lorsque le patient commence à comprendre qu'il pourrait être hospitalisé, peut-être même contre sa volonté, il est soudainement « guéri » et aucune idéation suicidaire n'a jamais été présente : « Oh, je n'ai jamais dit ça ! » ou « Ce n'est plus ce que je ressens ! » Ayez une conversation longue et détaillée avec la personne qui a conduit ce patient au service d'urgences ou qui a réalisé la première évaluation. Si, en raison d'un changement d'équipe dans un service d'urgences surchargé, le clinicien ayant réalisé cette première évaluation est rentré chez lui, je recommande de l'appeler chez lui. Ne vous fiez pas uniquement aux observations cliniques figurant dans le dossier du patient.

Si le patient provient d'un autre service d'urgences ou si vous faites partie d'une équipe qui admet un patient transféré dans votre unité pour hospitalisation, il est préférable d'appeler afin de vous entretenir directement avec le clinicien qui vous l'adresse. La lettre de transfert est souvent rédigée de manière incomplète ou sommaire. Un patient qui a fait part au service d'urgences d'idéations suicidaires suggérant un risque réel peut soudainement décider de dire qu'il va mieux. Il peut avoir décidé qu'une hospitalisation ne lui convient pas ou qu'elle empêcherait une tentative de suicide bien planifiée. Il m'est réellement arrivé de recevoir des patients qui, après avoir consulté un autre service d'urgences pour des gestes suicidaires, les niaient au moment de leur admission dans notre unité.

Si un patient est amené par la police, un membre du service d'accueil doit interroger attentivement les policiers qui l'escortent. Il n'est pas inhabituel qu'un patient, surtout lorsqu'il est sous l'emprise de l'alcool ou de drogues, change complètement son histoire après son arrivée au service d'urgences. Chez lui, le patient a pu, des comprimés à la main, dire clairement à la police qu'il allait se suicider. Au service d'urgences, de tels faits sont parfois violemment démentis. La seule manière d'obtenir une description complète est de parler avec les policiers. Il faut toujours prendre le numéro de téléphone où l'officier de police peut être joint en cas d'aggravation dans les heures qui suivent et lui demander s'il accepte de signer une demande d'hospitalisation d'office si cela se révèle nécessaire pour protéger le patient.

La présence d'incohérences dans l'évaluation d'un patient devrait amener à envisager une recherche d'éléments d'informations auprès des membres de la famille ou des amis. Il faut en demander l'autorisation au patient mais, comme nous l'avons vu précédemment, s'il existe une réelle inquiétude quant à son niveau de dangerosité, ses proches doivent être contactés contre sa volonté, car sa sécurité est plus importante que le respect de la confidentialité. Si outrepasser la confidentialité devient nécessaire, il est souvent préférable de consulter au préalable un superviseur et de noter soigneusement dans le

dossier du patient pourquoi vous avez jugé nécessaire, d'un commun accord, de rompre cette confidentialité. Un tel document peut prendre la forme suivante :

M. Jackson, en phase aiguë d'alcoolisation, nie avoir tenu des propos suicidaires devant la police. C'est en totale contradiction avec le témoignage de l'officier Timothy Flint qui a rapporté que le patient a affirmé fermement qu'il allait se tirer une balle et savait où se procurer une arme. Le policier signale que le patient a une compagne qui devrait en savoir plus sur ses idéations suicidaires récentes. Le patient a refusé de nous donner l'autorisation de la contacter. J'ai eu une discussion à ce propos avec Mary Fowler, infirmière responsable, et le Dr Jason, médecin de garde. Nous avons conclu d'un commun accord que, afin d'obtenir les éléments permettant d'éviter une hospitalisation inutile ou de déterminer si une hospitalisation sans son consentement est indiquée pour assurer la sécurité du patient, il est nécessaire de passer outre son droit à la confidentialité et de tenter de contacter sa compagne. Nous nous préoccupons principalement du fait que ce patient pourrait être en phase suicidaire aiguë.

Une fois cette décision prise, j'informe généralement le patient que nous n'allons pas tenir compte de son refus et je lui explique pourquoi. Il arrive alors fréquemment que le patient dise : « Oh, allez-y, appelez-la. Autant l'impliquer, de toute façon c'est elle le problème. » Si le patient est extrêmement agité et qu'une réaction violente est à craindre si je l'informe que j'ai décidé d'outrepasser la confidentialité, je peux choisir de contacter un proche de ce patient sans l'en informer immédiatement ; je noterai soigneusement dans son dossier les raisons de cette décision, après, bien sûr, avoir consulté mon superviseur.

Lorsque le proche est contacté, recherchez d'éventuelles incohérences entre le récit du patient et cette source d'information. Prenez le temps qu'il faut pour obtenir l'engagement de cette personne proche (parent ou ami) avant de la questionner sur les idéations suicidaires du patient, car cet engagement peut améliorer considérablement la possibilité d'obtenir des informations fiables. Une fois cet engagement obtenu, le clinicien explorera les quatre sphères de la méthode ECES en posant des questions sur les idéations suicidaires actuelles, récentes et passées du patient. De même, la sphère des idéations immédiates sera explorée grâce à des questions telles que :

1. « La dernière fois que vous avez vu Jim, a-t-il dit quoi que ce soit sur le suicide, même une simple allusion ? »
2. « A-t-il fait un quelconque commentaire sur un sentiment de désespoir ou une situation sans issue ? »
3. « Je sais que ce n'est que votre opinion, mais elle est très importante : à l'instant présent, à quel point pensez-vous que Jim soit en danger ? »

Les réponses à ces questions peuvent être déterminantes lors de la mise en lumière de signes graves de suicide imminent. Au cours de l'entretien avec la personne proche, tous les principes et techniques de validité de la méthode ECES décrits précédemment doivent être utilisés. Par exemple, au lieu de demander : « Est-ce que Jim a mentionné d'autres méthodes pour se tuer ? », le clinicien pourrait utiliser la supposition douce : « Quelles autres méthodes de suicide a-t-il mentionnées ? »

Gremlin n° 2 : les fluctuations de l'état clinique du patient, des tempêtes imprévues

Des processus psychopathologiques, souvent liés aux perturbations biochimiques du cerveau, peuvent entraîner des fluctuations de l'évolution clinique. Certains processus psychotiques, tels ceux constatés au cours d'une dépression, d'un trouble bipolaire, d'un trouble schizoaffectif et d'une schizophrénie, vont et viennent. Ces fluctuations sont en particulier décrites dans les états délirants. À d'autres moments, ce sont les perturbations du contrôle des émotions du patient qui peuvent déclencher des changements cliniques imprévus, comme dans le cas d'une intoxication aiguë secondaire à un abus d'alcool ou de drogues. Dans tous ces cas-là, si une idéation suicidaire est induite par des pathologies sous-jacentes, elle peut fluctuer avec le temps. Des jugements cliniques erronés peuvent s'ensuivre si le clinicien est piégé par le tableau clinique immédiat du patient et qu'il néglige la possibilité de fluctuations de ce tableau dans le temps.

Formulé différemment, le clinicien doit se rappeler que la dangerosité immédiate du patient dépend, en partie, de la réapparition éventuelle de ces processus dans les heures ou les jours qui suivent l'entretien. Par exemple, les hallucinations impérieuses d'un patient peuvent se manifester uniquement au cours d'une crise d'agitation psychotique ou d'un épisode maniaque. Pendant l'entretien, le patient peut ne pas être en phase de crise et donc nier souffrir d'hallucinations impérieuses ou affirmer les contrôler. Dix heures plus tard, au cours d'une aggravation aiguë du processus psychotique ou après plusieurs bières, le tableau peut être nettement différent. Lorsqu'on évalue la dangerosité d'un tel patient, il faut, sur la base des informations disponibles, faire une estimation éclairée de l'évolution future de son état.

Étant donné que les antécédents du patient sur les deux ou trois dernières semaines peuvent être de meilleurs facteurs prédictifs, il est important de surveiller les antécédents récents de la pathologie en cours. À plusieurs reprises, j'ai vu des cliniciens avoir, à tort, l'impression qu'un patient psychotique n'était pas en danger parce qu'il ne semblait pas être en phase psychotique lors de l'évaluation. Certains patients souffrant d'un processus psychotique peuvent, de manière remarquable, montrer une « apparence équi-

librée », particulièrement s'ils sont confrontés à l'éventualité d'un transfert dans une unité de consultation ambulatoire, une hospitalisation libre ou sans leur consentement.

La première étape pour éviter ce piège est d'en être conscient. La deuxième est de demander soigneusement au patient de décrire ses fluctuations symptomatologiques les plus récentes. La troisième, et souvent la plus fiable, est de parler avec des proches, par exemple des membres de sa famille.

Il n'est pas inhabituel d'entendre une mère décrire comment son fils souffrant de schizophrénie s'agitait, se parlait à lui-même (hallucinations), hurlait ou menaçait de se suicider ou de devenir violent tard dans la nuit, dans les confins tourmentés de sa chambre, et de voir ce même fils calme et coopératif au cours d'un entretien le lendemain, à 13 heures. Il est capital de sopeser très soigneusement les apports de telles sources d'information, en leur accordant souvent plus de poids qu'au récit ou à l'apparence du patient. Rien n'est plus frustrant pour les membres de la famille que de voir leur inquiétude pour la sécurité du patient ou une aggravation de son état être ignorée parce que le clinicien pense que le patient « semble aller bien maintenant ». Un membre de la famille peut parfois exagérer la gravité de l'état du patient pour de mauvaises raisons, mais je trouve que c'est rarement le cas. Néanmoins, le clinicien doit garder cette éventualité à l'esprit.

Le delirium est une autre difficulté possible de l'évaluation du potentiel suicidaire. Par définition, les deliriums varient en intensité : souvent, ils s'aggravent nettement la nuit, un processus appelé « syndrome d'état crépusculaire ». Les idéations suicidaires qui l'accompagnent peuvent aussi fluctuer. Lors de l'évaluation de patients délirants dans une unité médicale, assurez-vous de lire attentivement les observations de l'équipe de nuit. Des surprises peuvent vous y attendre. Assurez-vous également d'écouter les inquiétudes des infirmiers vis-à-vis d'une conduite erratique suggérant un delirium, même si le patient vous semble aller bien à ce moment-là et avoir un bilan cognitif totalement normal. Ce même patient peut présenter un épisode délirant plus tard dans la nuit. Pour de tels patients, il est impératif d'effectuer les examens biologiques et cliniques appropriés, afin de déterminer l'étiologie du processus confusionnel et de mettre en place le traitement correspondant.

J'ai vu des cliniciens repousser l'idée d'un delirium parce qu'au cours de la visite du matin : « Le patient me semble aller très bien. Je n'ai constaté absolument aucun signe de confusion et j'ai effectué un examen cognitif approfondi. » Il est particulièrement facile de tomber dans ce piège si le patient est intelligent et plein d'esprit. Pendant la visite du matin, de tels patients peuvent engager une conversation agréable voire charmante. La nuit, ils peuvent présenter un délire franc ou léger qui déclenchera de dangereuses idéations suicidaires. Conclusion : écoutez les infirmiers ! Ils savent de quoi ils parlent.

Nous avons évoqué des situations où le clinicien croit, à tort, qu'un patient est en sécurité alors qu'il peut être en danger à long terme. Le contraire peut aussi être vrai, particulièrement chez les patients présentant une intoxication alcoolique. Au service d'urgences, de tels patients peuvent évoquer de nombreuses préoccupations suicidaires. Dans de tels moments, on doit les écouter attentivement et une mise en observation à l'hôpital pourra être prescrite, même si l'équipe « déjà échaudée » de ce service d'urgences souhaiterait les renvoyer pour satisfaire leur propre colère contre-transférentielle. À mesure que les effets de l'alcool s'estompent et que le risque d'acte impulsif s'amenuise, ces patients peuvent être en sécurité à nouveau. C'est une situation où l'état clinique du patient change au point que l'urgence suicidaire peut apparaître beaucoup moins élevée pendant l'intoxication qu'en l'absence de celle-ci.

Avec ces patients, la présence d'un soutien social et leur propre motivation pour participer à un programme de désintoxication adapté peuvent jouer un rôle majeur pour apprécier leur sécurité en cas de sortie d'hospitalisation. Curieusement, ces mêmes soutiens sociaux peuvent fluctuer avec le temps ; cette situation mérite notre attention car elle peut avoir un impact majeur lorsqu'il faut décider si le patient peut rentrer chez lui en toute sécurité.

Gremlin n° 3 : les soutiens sociaux, havres de paix ou ports hostiles

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, l'une des pierres angulaires d'une bonne évaluation du potentiel suicidaire est l'évaluation de la matrice interpersonnelle dans laquelle le patient développe son idéation suicidaire. Accorder de l'attention au milieu interpersonnel est d'une importance extrême non seulement au cours de l'évaluation dans le service d'urgences, mais également dans les consultations de jour et les bureaux des conseillers scolaires. Dans les consultations ambulatoires, il est facile de négliger l'importance de telles évaluations parce que les patients s'y présentent souvent seuls, sans un proche.

Je pense que nous devrions poser des questions à tous les patients suicidaires en évaluation sur leurs soutiens interpersonnels, leurs relations affectives et leur facteurs de stress. Une attention particulière devrait être apportée aux relations affectives et à toute personne vivant avec le patient et vers laquelle le patient retournera après l'entretien. S'il existe des inquiétudes sur la sécurité du patient ou la validité de ses récits concernant ses intentions suicidaires, une conversation directe avec la personne qui lui est la plus proche devrait être initiée soit par téléphone soit en personne, après obtention du consentement du patient. Nous avons déjà mentionné les situations où cette prise de contact pourrait être réalisée sans le consentement du patient.

Quelques-unes des raisons de contacter des proches du patient tels que des membres de sa famille ou ses amis sont fournies ci-après.

1. Ils peuvent fournir des informations différentes et potentiellement plus valables sur les idéations suicidaires récentes du patient et sur ses antécédents psychiatriques.
2. Ils peuvent avoir connaissance de circonstances éprouvantes, comme des stress relationnels ou un abus de substance qui pourraient avoir un impact direct sur la sécurité du patient. Par fierté ou par manque de perspicacité, le patient peut avoir omis de mentionner ces facteurs de stress.
3. Ils peuvent être capables de fournir un soutien suivi permettant au patient d'éviter une hospitalisation.
4. Ils peuvent être une source de soutien permettant au patient de surveiller l'évolution de ses idéations suicidaires et de se confier.
5. Ils peuvent avoir des informations fausses ou des préjugés sur la maladie ou les idéations suicidaires du patient qui peuvent être transformés grâce à un travail psychodynamique avec le clinicien.
6. Ils peuvent avoir été extrêmement stressés par les perturbations engendrées par un trouble mental grave du patient (schizophrénie ou trouble bipolaire), et le clinicien peut être capable d'apporter un soutien immédiat et des suggestions sur d'autres soutiens futurs comme le centre local du National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) ¹. Gardez à l'esprit que parfois, épuisés par les ravages des maladies de leurs conjoints ou de leurs enfants, les proches familiaux ont aussi des dépressions réactionnelles graves. Dans ce cas, il serait bénéfique de les adresser à un service de soins. Nous avons parfois découvert, au cours d'entretiens avec des proches, des idéations suicidaires chez des membres de la famille, ce qui nous a permis d'intervenir rapidement et d'apporter un soutien.
7. Ils peuvent être activement hostiles au patient et leur présence peut constituer un environnement interpersonnel très nocif pour celui-ci. Dans ce cas, une hospitalisation ou un transfert du patient dans un centre peut être préconisé comme alternative à un retour dans le milieu familial.

Particulièrement dans le contexte des services d'urgences, la décision finale quant à la sécurité du patient pour savoir s'il rentre chez lui repose sur

1. Le National Alliance on Mental Illness (NAMI) est une organisation américaine dont la mission est d'améliorer la qualité de la vie de personnes souffrant de troubles psychiatriques graves et celle de leurs familles. Fondée en 1979, elle comporte des antennes dans 1100 villes à travers les États-Unis, qui fournissent du soutien, des informations et des actions d'éducation auprès du public, des patients et de leurs familles. www.nami.org. [NdT]

l'évaluation de son milieu familial. Au cours d'un entretien avec la famille, auquel le patient assiste, le clinicien peut évaluer le degré de soutien que la famille peut fournir et à quel point cette dernière est à l'aise avec l'idée d'un retour à la maison du patient le soir même.

Avant une rencontre avec la famille, il est utile de préparer le terrain avec le patient de manière approfondie et rassurante. Premièrement, il est important de lui expliquer pourquoi il peut être nécessaire de confier une partie de ses idéations suicidaires à un être cher ; par exemple, cela permettrait d'améliorer le sentiment de confiance entre ce proche et lui-même, de ne pas avoir à porter seul le fardeau de ses pensées, de faire part de l'intensité de sa souffrance et d'encourager la création d'un environnement sûr permettant d'éviter une hospitalisation. Deuxièmement, les réponses du patient aux questions suivantes peuvent aider à déterminer la voie à suivre pendant la rencontre avec sa famille, tout en s'assurant que le patient se sentira à l'aise avec l'objectif et les sujets de cet entretien. Il faut se souvenir que les idéations suicidaires sont un sujet tabou dans la famille de la majorité des patients. En guise d'illustration, imaginons que nous allons rencontrer l'épouse d'un patient. Avant cet entretien, le clinicien pourrait poser au patient la totalité ou une partie des questions suivantes.

1. « Avez-vous confié certaines de vos idées de suicide à votre épouse ? »
2. « Qu'est-ce qui vous a fait hésiter à confier ces idées à votre épouse ? »
3. « Comment pensez-vous qu'elle réagira si nous décidons de lui faire part de vos idéations suicidaires ? »
[Les réponses à ces trois questions peuvent indiquer qu'il serait contre-productif de confier l'idéation à son épouse, nous obligeant à modifier ce projet.]
4. « Pensez-vous qu'elle sera surprise ? »
5. « À quel point vous serait-il possible de confier vos idées de suicide à votre épouse, en vous sentant à l'aise ? »
6. « Accepteriez-vous qu'elle vous pose des questions sur vos idées suicidaires pendant le week-end, avant votre rendez-vous de lundi dans notre centre ? »
7. « Si nous décidons qu'elle peut le faire, comment aimeriez-vous qu'elle vous pose ces questions pour que vous vous sentiez le plus à l'aise ? » (Le clinicien peut simplement attendre une réponse après ces questions ouvertes, ou, s'il pense qu'une suggestion pourrait aider le patient, il pourrait ajouter : « Par exemple, est-ce que cela vous conviendrait qu'elle vous demande, une fois par jour, disons le soir, quelque chose comme : "Comment cela s'est-il passé aujourd'hui ? As-tu eu certaines des pensées suicidaires dont nous avons parlé la nuit dernière ?" »)

Si votre emploi du temps le permet, il est parfois utile de rencontrer un ou plusieurs membres de la famille d'abord, sans le patient, pour créer un engagement avec eux, les informer de la situation et désamorcer de manière prospective les réactions qui pourraient se révéler contre-productives pour le patient. Au cours de la rencontre famille-patient, le clinicien devrait favoriser une discussion ouverte et productive, en restant dans le concret et le factuel. Des projets précis peuvent être élaborés pour aider le patient à gérer le temps qui le sépare de son prochain entretien avec un professionnel de santé mentale. Gardez à l'esprit que vous demandez aux membres de la famille de lever un tabou fortement enraciné. La sincérité du clinicien et la dose d'humour appropriée peuvent souvent accélérer ce processus. La reconstitution du dialogue qui suit peut servir de modèle.

Clin. : [S'adressant à l'épouse] Jim vous fait vraiment confiance et il voudrait pouvoir vous confier ses pensées suicidaires si elles surviennent, mais il a peur qu'elles ne vous bouleversent trop.

Épouse : Oh, c'est idiot ! [Se tournant vers son mari] Je suis la personne à laquelle tu dois confier ce genre de chose. Je t'adore. [Elle sourit, Jim également] Mince alors !

Clin. : [Se tournant vers Jim] Cela semble être une proposition très ouverte, Jim. [Il sourit] Elle n'est pas aussi fragile que vous le pensiez [dit avec une note d'humour en référence aux craintes formulées par Jim auparavant sur ce qui se passerait s'il confiait ses idées suicidaires à son épouse].

Jim : [Souriant] Ouais. Je suppose que non.

Clin. : En tout cas [se tournant vers son épouse], Jim veut que, demain, vous lui demandiez ouvertement s'il a eu des idées de suicide, si vous êtes inquiète à son sujet. Pensez-vous que vous puissiez le faire ?

Épouse : Absolument. Et [à Jim] je te traînerai jusqu'ici si tu ne le fais pas. [Tous deux rient ; Jim pousse un soupir de soulagement]

Clin. : Jim, de votre côté, vous m'avez promis au préalable que vous aborderiez toute idée suicidaire avec Mary (si elles surviennent à nouveau demain). Pouvez-vous toujours faire cela ?

Jim : Tout à fait. [Silence] Je ne pense pas qu'elles reviendront, mais si c'est le cas je lui en parlerai. Je me sens beaucoup mieux maintenant.

Clin. : Parfait. Pouvez-vous vous y engager l'un envers l'autre ? [Tous deux acquiescent] Bien. Pouvez-vous vous serrer la main en signe d'accord ? [Tous deux acquiescent et se serrent la main] Excellent. Pourquoi ne pas sceller cette promesse en vous embrassant ? Vous me semblez tous les deux en avoir besoin. [Ils s'embrassent et commencent à pleurer]

Épouse : [S'adressant à Jim] Je t'aime tant. Tout ira bien.

Jim : Je t'aime aussi.

Tout au long de cet échange, le clinicien poursuit habilement son évaluation, notant la qualité de la relation et de la communication du couple. Si des frictions étaient apparues, le clinicien aurait dû, par sécurité, s'opposer à un retour de Jim chez lui. Alors que l'échange se poursuit avec le couple, le clinicien saisit une opportunité d'intervention thérapeutique supplémentaire (dans cet exemple, en les encourageant à s'embrasser).

Un des derniers pièges à éviter est la situation où le soutien interpersonnel pourrait changer brutalement. Cela peut survenir si l'épouse ou la personne proche souffre d'un problème d'abus d'alcool ou de drogue, n'est pas responsable, est maltraitante ou présente une façade en présence du clinicien. Ces possibilités peuvent être explorées au préalable avec le patient. Un problème supplémentaire se pose s'il y a quelqu'un d'autre chez ce patient qui pourrait avoir une réaction différente face à son retour. Des questions sur toutes les personnes vivant sous le même toit devraient donc faire partie de cette évaluation et alerter le clinicien sur l'existence de ce problème éventuel.

À ce point du chapitre, nous avons passé en revue les nombreuses complexités des quatre contextes de l'évaluation créés par les axes du degré de connaissance du patient et du trouble de la personnalité ainsi que les trois « gremlins » courants pouvant entraîner une formulation erronée par le clinicien. Voyons maintenant comment tous ces éléments s'intègrent dans la véritable pratique clinique.

Sept cas cliniques d'évaluation du potentiel suicidaire

Cas clinique n° 1

Étudiant consultant une conseillère psychologique universitaire

Données initiales

Jeremy Henderson se présenta pour une première consultation comme beaucoup d'autres étudiants de première année qui se sentent dans la détresse. Il se plaignit de ses problèmes de notes, de ses hésitations sur le choix de sa matière principale, de ses craintes de décevoir ses parents et de son isolement social. Au lycée, Jeremy avait été « un grand poisson dans une petite mare » et il se retrouvait maintenant « un petit poisson dans l'océan » d'une grande université privée près de chez lui. Bien que plutôt petit pour son âge, il avait une allure élancée, un sourire engageant et un charme enfantin. Comme il avait été major de sa promotion au lycée, on l'avait cru prêt pour une grande université. Mais il ne l'était pas.

Ses premières notes lors des devoirs d'anglais furent très basses et Jeremy découvrit rapidement que les mathématiques n'étaient pas un jeu d'enfant, surtout par rapport aux résultats des autres étudiants dans sa classe. Lorsque son père lui demandait

comment ça allait, Jeremy répondait avec une assurance feinte : « Très bien, papa. Tout va très bien. » Son foyer lui manquait terriblement, mais il n'osait pas rentrer chez lui les week-ends de peur d'être « démasqué ». Au lieu de cela, Jeremy passait ses week-ends chez sa sœur aînée qui vivait près de l'université.

Lors de l'entretien, il reconnut de nombreux symptômes neurovégétatifs persistants de la dépression. En fait, il présentait les critères d'une dépression majeure, ce qui inquiéta la conseillère psychologique. La méthode ECES permit de révéler qu'il avait envisagé des méthodes de suicide comme l'intoxication médicamenteuse ou l'arme à feu, mais Jeremy affirma qu'il n'avait entrepris aucune démarche dans ce sens. Il nia tout antécédent d'idéation suicidaire et affirma qu'il ne connaissait aucun étudiant ayant tenté de se suicider. À un moment donné de l'entretien, Jeremy fondit en larmes et dit : « Je ne peux pas le croire, je suis un raté. Je n'arrive pas à y croire. Qu'est-ce que les gens vont dire ? » Au cours de l'exploration de la sphère des idéations suicidaires immédiates, il reconnut souffrir d'un désespoir intense. Il accepta avec hésitation un contrat de confiance. Ses hésitations envers ce contrat ainsi que son refus d'être adressé à un centre de consultation psychiatrique préoccupaient la conseillère psychologique universitaire.

Données secondaires, formulation et intervention

Bien que le temps imparti à la séance fût sur le point de prendre fin, la conseillère se sentait mal à l'aise vis-à-vis des dispositions envisagées au préalable. Le stress lié à la situation de Jeremy et le fait qu'il se considérait comme un raté étaient saisissants, ainsi que son sentiment de désespoir. En raison de ces facteurs, associés à la présence de symptômes graves de dépression majeure, de messages non verbaux lors du contrat de confiance suggérant une ambivalence profonde et de son refus d'accepter un suivi psychiatrique, la conseillère pensa qu'une hospitalisation pourrait être indiquée. Malheureusement, elle se doutait aussi que Jeremy refuserait de rencontrer un clinicien de crise. De plus amples informations étaient nécessaires. Elle demanda à Jeremy l'autorisation d'appeler sa sœur. Il commença par refuser pour finalement accepter à contrecœur.

La première remarque de sa sœur fut : « Merci, mon Dieu, quelqu'un l'aide. Je me fais tellement de souci pour lui. » Elle confia qu'elle l'avait vu assis, triste et abattu, dans la chambre d'ami et qu'elle avait découvert ensuite un tube d'aspirine caché sous l'oreiller. La conseillère, forte des informations fournies par sa sœur qui pouvaient être utilisées comme un justificatif pour une évaluation sans son consentement, insista donc sur la nécessité d'une évaluation de crise. Jeremy accepta d'être vu par un clinicien de crise au centre communautaire de santé mentale local. Au cours de cette évaluation, l'émotion le submergea et il révéla qu'il avait l'intention de se suicider plus tard dans la semaine et qu'il avait stocké cinq boîtes de comprimés. Il fut admis pour un bref séjour à l'hôpital et son état s'améliora.

Au cours de la mise au jour des idéations suicidaires grâce à la méthode ECES, la conseillère sentit que les apparences étaient trompeuses. Le désespoir intense de Jeremy, associé à de nombreux facteurs de risque (adolescent, de sexe masculin, présence de troubles psychiatriques, et planifications suicidaires concrètes) et à la compréhension, d'un point de vue psychologique, qu'il subissait une crise identitaire grave, tous ces facteurs indiquaient un niveau de risque élevé. Dans le travail remarquable effectué par la conseillère, deux actions en particulier sont à souligner :

1. bien que son rôle ne fût pas d'être experte en diagnostic, elle était tout à fait consciente de l'importance du dépistage des troubles psychiatriques, à la fois pour évaluer le traitement médicamenteux en cours et parce que leur présence peut indiquer un potentiel suicidaire élevé ;
2. elle contacta une personne proche. Les informations fournies par la sœur de Jeremy se révélèrent alarmantes. Cette démarche a peut-être sauvé la vie de Jeremy, grâce à sa décision avisée de contacter un proche malgré ses contraintes horaires et les premières hésitations de Jeremy.

L'intensité et le nombre des facteurs de risque permirent d'alerter cette conseillère universitaire sur le fait que Jeremy ne confiait peut-être pas « l'intégralité de sa situation » pendant l'évaluation initiale réalisée grâce à la méthode ECES. Cela l'incita à vérifier auprès d'une personne proche, ce qui entraîna aussitôt une évaluation par un clinicien de crise. Au cours de ce second entretien, le clinicien de crise, utilisant la méthode ECES, révéla l'étendue du désespoir de Jeremy ainsi que son intention suicidaire. La mise au jour de sa planification suicidaire intense et concrète, le troisième élément de la triade de la létalité, indiqua la nécessité d'une hospitalisation rapide.

Cas clinique n° 2

Retour des idéations suicidaires en cours de thérapie

Données initiales

Ken Rice est un Afro-Américain de 45 ans, responsable d'une boutique, qui souffre d'épisodes de dépression majeure depuis des années. La mise en place récente d'un traitement antidépresseur de maintenance a été particulièrement bénéfique et il n'a pas présenté de nouvel épisode dépressif grave nécessitant une hospitalisation depuis plus de 2 ans. Il a été impliqué dans un divorce particulièrement pénible et une bataille pour la garde de ses enfants. Il travaille depuis 3 mois avec un thérapeute pour surmonter ces problèmes, ainsi que des symptômes dépressifs secondaires. Il ne présente aucun antécédent d'alcoolisme, d'abus de substance, de problèmes médicaux graves ou de processus psychotique. Deux de ses oncles paternels, l'un atteint de trouble bipolaire et l'autre d'alcoolisme et de dépression, se sont suicidés avec une arme à feu. Ken a hérité du prénom du second oncle. Il a fait deux intoxications médicamenteuses graves, il y a 3 et 10 ans. Au cours de l'évaluation initiale, plusieurs années auparavant, l'entretien méticuleux réalisé par le thérapeute n'avait révélé aucun signe de trouble grave de la personnalité. Il y a 2 semaines, sa femme a gagné la bataille pour la garde de leurs enfants. Côté positif, il a obtenu un très généreux droit de visite. Côté négatif, il est anéanti par cette perte.

Pendant la séance, Ken, au bord des larmes, a fait le commentaire suivant : « Il n'y a aucune justice dans ce système. Je ne sais même pas pourquoi j'essaie. » Certains symptômes dépressifs sont à nouveau présents, ainsi que des troubles du sommeil et une baisse d'énergie, mais de manière épisodique. Il prend toujours plaisir à voir ses trois enfants et il a le sourire lorsqu'il en parle. Au cours de l'exploration des événements suicidaires actuels et récents avec la méthode ECES, il reconnaît un retour de ses idées suicidaires. Grâce à l'utilisation successive par le clinicien de suppositions douces, de réfutations de questions ciblées et d'incidents comportementaux, Ken a reconnu avoir envisagé trois méthodes : l'arme à feu, l'intoxication médicamenteuse et la pendaison.

L'utilisation des incidents comportementaux a révélé que toutes ces pensées étaient de nature passagères. Il n'a fait aucune démarche pour les mettre en œuvre. Lors du questionnement sur son désespoir, il a semblé surpris et a dit : « Je ne suis pas du tout désespéré. Nous allons surmonter tout ça. J'ai les trois enfants les plus merveilleux du monde. » Lorsque la clinicienne a utilisé le contrat de confiance dans la sphère des idéations immédiates, Ken a souri et fait la remarque suivante : « Il ne faut pas vous inquiéter, je ne vais pas me buter. Je n'ai absolument pas l'intention de le faire. Je dois être présent pour mes enfants, maintenant plus que jamais. »

Données secondaires, formulation et intervention

Tout au long de leurs séances de travail intermittentes au fil des années, la thérapeute avait périodiquement modifié la méthode ECES pour garder une ouverture sur ses intentions suicidaires, puisque Ken avait déjà failli se suicider à deux reprises. Tous les deux avaient appris à se faire confiance et se sentaient ouverts à une exploration de ses idéations suicidaires. Par conséquent, la thérapeute sentait bien à quoi « ressemblaient » les idéations de Ken et comment il « se sentait » lorsqu'il était en danger. (Elle avait également travaillé avec Ken peu de temps après sa dernière tentative de suicide, la plus grave.) Comparée aux données des expériences antérieures de Ken, l'idéation en cours était relativement bénigne. Il ne semblait pas souffrir d'un épisode dépressif majeur. Il ne présentait pas les sentiments de désespoir et d'impuissance qui caractérisaient ses tentatives graves. Il n'y avait aucune planification concrète et aucune action n'avait été entreprise.

Malgré des facteurs de risque comme le sexe, deux tentatives antérieures et de graves antécédents de suicide familiaux (y compris l'association que sa famille a fait entre Ken et l'un de ses oncles décédés), une exploration du monde intérieur de Ken avec la méthode ECES indiqua qu'il supportait bien le retour de ses idées de suicide. Les trois éléments de la triade de la létalité étaient absents : la présentation d'idéations en association avec une grave tentative de suicide très récente, un processus psychotique dangereux, et la preuve lors de l'entretien que le patient pense réellement se suicider dans l'immédiat.

Grâce à l'alliance thérapeutique forte existant entre Ken et sa thérapeute, un contrat de confiance pourrait se révéler utile en tant que facteur dissuasif, mais serait surtout un excellent outil d'évaluation. En effet, puisqu'elle avait déjà une certaine expérience des comportements non verbaux de Ken au moment du contrat de confiance – à la fois lorsqu'il était à risque et lorsqu'il ne l'était pas –, la thérapeute avait acquis un excellent instinct lui permettant de déterminer si Ken acceptait ce contrat sans ambivalence. C'était le cas ce jour-là. Il n'était pas nécessaire de contacter d'autres sources d'information. Elle nota cependant qu'elle devrait informer le psychiatre de Ken de la situation actuelle et de ses idées de suicide, pour qu'ils puissent discuter ensemble d'un projet de traitement, car les mois à venir seraient certainement difficiles pour Ken.

Cas clinique n° 3

Patiente souffrant d'un trouble de la personnalité état limite, inconnue du principal clinicien, consultant dans un service d'urgences

Données initiales

Mary Beth Jarvis est une célibataire de 27 ans, de type caucasien, qui consulte fréquemment le service d'urgences. Au cours des deux années passées, ses visites ont

nettement diminué grâce à son travail assidu en thérapie. Aucune hospitalisation n'a été nécessaire depuis un an. La plainte majeure qui motive la consultation de Mary Beth ce soir-là est : « Cette pétasse-bonne-à-rien a finalement eu raison de moi. Si ça peut lui faire plaisir, je vais me tuer. » La « pétasse-bonne-à-rien » en question est sa colocataire « parfois amie/parfois ennemie » qui, apparemment, ce soir-là, a menacé Mary Beth de l'expulser de l'appartement à la fin du mois.

Mary Beth ne présente aucun antécédent de psychose, pas de dépression majeure ni de trouble panique et, malgré une liste surprenante de tentatives de suicide et d'automutilations, elle n'a aucun antécédent d'acte potentiellement mortel. Elle a subi des abus sexuels étant enfant ; il n'y a aucun antécédent de tentative de suicide dans sa famille. Au cours de ses périodes orageuses, Mary Beth a créé plus que sa part de scènes de colère dans le service d'urgences. On peut dire qu'elle n'est pas la patiente préférée de certains membres de l'équipe de ce service.

Le clinicien est un jeune interne en psychiatrie, nouveau dans le service. Il n'a jamais rencontré Mary Beth. Lorsque l'infirmière responsable lui tend le dossier de la patiente, elle remarque sèchement : « Quoi que vous fassiez, ne l'hospitalisez pas. Les hospitalisations ne lui apportent rien de bon et ensuite c'est l'enfer ! Faites en sorte qu'elle parte d'ici rapidement. » L'interne répond naïvement : « Laissez-moi voir d'abord ce qui se passe ce soir. » Le regard furieux que lui jette alors l'infirmière responsable suggère que sa réponse n'est pas exactement celle qu'elle espérait et ne présage rien de bon pour cette nuit de garde. Lorsque l'infirmière s'éloigne à grands pas, on peut l'entendre faire ce commentaire : « Super ! Avis à la population ! C'est exactement ce dont nous avons besoin ce soir : Albert Schweitzer est parmi nous ! »

Une infirmière, clinicienne expérimentée, qui l'avait entendue dit alors à l'interne : « Ne vous inquiétez pas, c'est particulièrement mouvementé ici, ce soir. Elle n'est pas toujours comme ça. » Il s'avéra que cette infirmière clinicienne connaissait bien Mary Beth et avait été impressionnée par ses récents progrès. Cette infirmière travaillait en bonne collaboration avec la thérapeute de Mary Beth et avait aidé à transformer des crises suicidaires de Mary Beth à plusieurs reprises au cours de l'année passée, grâce à des techniques de thérapie cognitive développées par cette thérapeute. L'interne demanda à l'infirmière s'ils pouvaient recevoir la patiente ensemble ; peut-être qu'elle pourrait aider à nouveau ce soir-là. Elle accepta.

Après avoir abordé la crise en cours, l'infirmière parcourut rapidement la sphère des événements suicidaires actuels. Mary Beth avait acheté différents comprimés plus tôt dans la soirée, après un échange furibond avec sa colocataire. L'infirmière tenta d'aider Mary Beth à utiliser les techniques cognitives qu'elle avait apprises pour transformer sa colère et, espérait-elle, désamorcer son envie de se tuer. Cela ne fonctionna pas. Mary Beth devint de plus en plus agitée. D'une articulation hésitante, elle lança furieusement : « Cette merde ne sera d'aucune aide ce soir ! »

Comme la tentative de transformer cette crise suicidaire avait échoué, l'interne pensa qu'il fallait réaliser un examen plus approfondi de la planification suicidaire concrète. Au cours du bilan qui suivit, l'interne utilisa la méthode ECES, et plusieurs autres planifications suicidaires émergèrent, dont la pendaison, projet que l'infirmière n'avait jamais entendu Mary Beth évoquer auparavant. Il découvrit également qu'elle ressassait cette idéation suicidaire depuis plusieurs semaines et pas seulement en réaction à la dispute de ce soir-là. Lorsque l'infirmière et l'interne revinrent dans le bureau des

infirmiers, l'infirmière responsable lança d'un ton rageur : « J'ai appelé le huitième étage et ils ne veulent pas d'un autre état limite ce soir. »

Données secondaires, formulation et intervention

À la suggestion de l'infirmière, l'interne appela la thérapeute de Mary Beth, mais n'obtint pas de réponse. L'infirmière et l'interne réalisèrent un bilan précis de la situation et des facteurs de risque. L'infirmière remarqua : « Il y a quelque chose qui cloche ce soir. Ce n'est pas le résultat que nous obtenions ces derniers temps par nos interventions. Il se passe quelque chose. [Silence] Je crois savoir. Elle a bu. Je ne l'avais jamais vue s'enivrer auparavant. Jamais. Et je l'ai déjà rencontrée une dizaine de fois. » L'interne relut son dossier clinique. L'excès de boisson n'était pas habituel chez Mary Beth.

Il paraissait évident pour l'interne qu'il devait soigneusement soupeser l'avis de l'infirmière responsable, à cause de son expérience. Comme elle l'avait affirmé, Mary Beth n'avait pas retiré un grand bénéfice de ses hospitalisations précédentes. En fait, elle avait fait beaucoup de progrès grâce à un suivi ambulatoire. D'un autre côté, l'infirmière responsable était visiblement en colère contre cette patiente et sa lucidité à ce moment-là était suspecte. L'interne décida que l'infirmière clinicienne serait une meilleure source d'information sur Mary Beth ce soir-là ; de plus, elle semblait inquiète. Il décida donc de faire appel au psychiatre de garde qui s'avéra connaître aussi Mary Beth. Le psychiatre de garde, l'interne et l'infirmière clinicienne décidèrent ensemble que, bien que Mary eût souvent régressé à l'hôpital, cette présentation clinique semblait nettement différente des précédentes. Son alcoolisation aiguë était un facteur inconnu à ce jour. Le fait que sa thérapeute ne pût pas apporter sa contribution compliquait également leur prise de décision. Plus important encore, l'utilisation de la méthode ECES pour évaluer l'efficacité de l'intervention cognitive en crise, l'une des pierres angulaires de l'évaluation du potentiel suicidaire d'un patient, avait clairement échoué. Habituellement, ce n'est pas le cas. Ce soir-là, si. La patiente fut admise à l'hôpital. Une bonne décision avait été prise.

Une fois encore, le troisième élément de notre triade de la létalité a fait basculer la décision vers l'hospitalisation. Malgré une bonne utilisation des interventions cognitives qui normalement fonctionnaient bien pour Mary Beth, celle-ci continuait à exprimer son intention de se tuer. Le fait qu'une telle idée ait été ressassée pendant plusieurs semaines et ne soit pas simplement réactionnelle, associé de plus à la présence d'un nouveau plan suicidaire, suggérait qu'il pouvait exister quelque chose de plus létal dans cette présentation clinique. L'intensité de son intention était d'autant plus préoccupante que sa capacité à contrôler ses actes était diminuée et associée à un état d'ébriété particulièrement inquiétant chez une personne qui, comme Mary Beth, ne buvait qu'occasionnellement.

L'interne en psychiatrie a fait preuve d'un excellent sens du jugement en trois occasions différentes : (1) il ne se laisse pas influencer par les problèmes de contre-transfert de l'infirmière responsable ; (2) il saisit l'opportunité offerte et tire parti du talent de l'infirmière clinicienne et de son expérience avec Mary Beth ; et (3) il sollicite l'avis du psychiatre de garde. L'hospitalisation aurait probablement pu être évitée si Mary Beth avait mieux réagi aux interventions de l'infirmière. Et si la thérapeute habituelle de la patiente avait pu être jointe, l'hospitalisation aurait peut-être pu être évitée grâce à sa contribution ou même grâce à son intervention directe. Mais telle que la situation s'est présentée, une hospitalisation brève de Mary Beth était avisée jusqu'à ce que les effets

de l'alcool se dissipent. Par la suite, sa thérapeute pourrait participer à sa prise en charge et de nouvelles ressources pourraient être exploitées pour gérer cette nouvelle crise.

Cas clinique n° 4

Mary Beth consulte son thérapeute suite à des automutilations

Données initiales

Bien que la thérapeute de Mary Beth se fût efforcée de diminuer le nombre de ses hospitalisations, elle approuva complètement la décision prise par le service d'urgences d'admettre Mary Beth dans la nuit décrite ci-dessus. Elle apprécia que l'équipe de ce service eût tenté de la joindre pour obtenir sa contribution et de transformer cette crise suicidaire en utilisant les techniques décrites dans le projet de traitement de Mary Beth. L'équipe d'urgence avait eu raison de constater que cela n'était pas « seulement une autre tentative de Mary Beth pour être hospitalisée ». En effet, l'abus d'alcool avait été l'un des facteurs majeurs de l'une de ses tentatives de suicide les plus dangereuses. L'hospitalisation avait été relativement brève. Mary Beth s'était rapidement stabilisée. Mais l'instabilité de sa relation avec sa colocataire, facteur déclenchant de ses colères les plus récentes et de ses tempêtes suicidaires, existait toujours.

Cinq semaines plus tard, Mary Beth se présenta pour une séance de psychothérapie avec un chemisier blanc à manches longues. Il aurait fallu que sa thérapeute fût aveugle pour ne pas remarquer les taches rouges imprégnant le tissu blanc. Visiblement, Mary Beth avait besoin d'attirer l'attention sur un problème. Cette manifestation spectaculaire était pour Mary Beth le signe d'un retour vers un comportement ancien, probablement nécessaire parce qu'elle n'obtenait pas un soulagement suffisant à ses souffrances en utilisant ses capacités d'adaptation récemment acquises et plus matures. Elle ne savait tout simplement pas comment gérer la situation avec sa colocataire et, de ce fait, recourait à ce qui avait fonctionné dans le passé : l'automutilation.

La présentation de Mary Beth nous fournit un excellent terrain de discussion sur l'automutilation non psychotique, un phénomène nettement différent du désir de se tuer. Les méthodes typiques d'automutilation comprennent : se couper, se brûler, se donner des coups de poing et se cogner la tête. Ce phénomène est parfois constaté, en tant que processus transitoire et relativement isolé, chez des personnes ne souffrant pas de trouble état limite de la personnalité ayant été abusées psychologiquement, physiquement et/ou sexuellement. Le plus souvent, ce sont des méthodes persistantes de gestion du stress chez des personnes souffrant d'un état limite et ayant souvent subi des abus graves.

Les actes d'automutilation sont souvent précédés par des sentiments d'abandon, de rejet ou d'injustice, qui se traduisent rapidement par des sentiments intenses de colère et de rage. D'une certaine façon, le fait de retourner cette rage contre soi-même semble apporter un soulagement. Au cours de l'acte d'automutilation même, le patient est souvent si dépersonnalisé qu'il ne ressent pas la douleur, comme s'il s'était autohypnotisé. Habituellement, le patient atteint un point où il ressent soudain un profond soulagement et l'automutilation cesse. Elle a atteint son but en apportant une solution viable à une souffrance émotionnelle intense. Souvent, son efficacité première est renforcée par des bénéfices secondaires résultant de la prise de conscience de cette

mutilation par d'autres personnes : une attention et une sollicitude accrues, ou même des « gratifications » comme une consultation au service d'urgences ou une hospitalisation.

Des ouvrages sur le traitement suivi de personnes souffrant d'un trouble état limite de la personnalité offrent des stratégies efficaces qui permettent de mettre fin à ce cercle vicieux. Une fois de plus, je renvoie le lecteur aux travaux de Linehan [3] et de Chiles et Strosahl [4]. Je n'ai pas la prétention de savoir traiter ce problème complexe dans cet ouvrage consacré à l'évaluation. Toutefois, il me semblait que je devais mentionner l'automutilation (à laquelle la littérature fait parfois allusion sous le terme de « comportements parasuicidaires »), car aucun clinicien ne peut réaliser des évaluations du potentiel suicidaire bien longtemps sans qu'il lui soit demandé d'évaluer ce type de patient.

Ces patients n'essaient pas de se tuer. Ils parviennent souvent à bien faire la distinction si la question leur est posée. L'idéation parasuicidaire est une méthode apprise pour soulager la souffrance et non pas pour mettre fin à la vie. Par conséquent, ces comportements nécessitent rarement une hospitalisation. Des hospitalisations répétées peuvent nourrir ce processus destructeur en offrant des bénéfices secondaires à des conduites inadaptées.

Si le patient est connu du dispositif psychiatrique, il est avisé de contacter son thérapeute ou son **case manager** pour obtenir son avis sur la manière de procéder pour transformer la crise en cours, comme cela se ferait s'il s'agissait de pensées suicidaires. Un projet de soins éventuels conçu conjointement par le patient, le thérapeute, le **case manager**, les équipes de l'unité d'hospitalisation et du service d'urgences peut se révéler précieux pour éviter des hospitalisations inutiles ou, si nécessaire, écourter de tels séjours. Une hospitalisation peut être indispensable si la crise ne peut pas être résolue ou si une mutilation importante est à craindre. Dans certaines occasions, ces patients songent simultanément au suicide ; une hospitalisation peut donc être nécessaire pour préserver leur sécurité.

L'approche générale d'une évaluation de ces patients est quasi identique à celle d'une évaluation du potentiel suicidaire d'un patient souffrant d'un trouble grave de la personnalité. La méthode ECES est profondément modifiée. Le clinicien fait un rapide bilan de l'idéation et des actes d'automutilation présents en prenant soin de minimiser tout bénéfice secondaire. Un effort conjoint est réalisé pour transformer la crise grâce à l'utilisation des habiletés cognitives apprises par le patient en thérapie. Si cette transformation échoue ou si le patient n'est pas connu du système, alors une mise en œuvre plus classique de la méthode ECES peut être effectuée pour déterminer l'étendue de ses idéations et intentions parasuicidaires.

Données secondaires, formulation et intervention

Dans le cas de Mary Beth, la thérapeute constata calmement que Mary Beth voulait souligner un problème. D'un ton chaleureux et sans condescendance, elle lui rappela qu'une telle démonstration visuelle de sa souffrance n'était pas nécessaire et qu'elle ne demandait qu'à écouter ses inquiétudes. Comme le lien entre elle et Mary Beth était puissant, elle put se permettre d'ajouter avec humour : « C'est dur aussi pour vos chemisiers. » Mary Beth sourit.

Mary Beth commença à laisser entendre qu'une hospitalisation serait peut-être une bonne idée. Mais la thérapeute put habilement la guider vers une utilisation efficace des habiletés cognitives récemment acquises. La crise parasuicidaire fut transformée et

aucune hospitalisation ne fut nécessaire. Les coupures étaient superficielles et ne nécessitaient pas de points. C'est un bel exemple de patient consultant suite à un acte d'automutilation mais ne nécessitant pas d'hospitalisation. Son automutilation superficielle ne correspondait pas au premier critère de la triade de la létalité : consultation après une tentative de suicide grave. Cela n'était pas une tentative de suicide et les dommages étaient loin d'être graves. Il n'y avait pas non plus de signe de processus psychotique ni aucune expression d'une intention de se tuer ou de s'automutiler pour se défigurer.

Cas clinique n° 5

Un patient inconnu amené au service d'urgences par la police

Données initiales

Farrel Kraft, un homme blanc de 32 ans, fut amené au service d'urgences à 20 heures, un vendredi soir, dans de curieuses circonstances. La police fut appelée pour intervenir *Chez Mickey*, une épicerie ouverte la nuit, parce que son propriétaire soupçonnait quelqu'un de vol à l'étalage. Le supposé coupable était Farrel Kraft, qui nia catégoriquement avoir volé quoi que ce fût. Aucune marchandise volée ne fut retrouvée sur lui. Maigre et mal rasé, il avait l'air d'un vagabond ; il s'exhalait de lui le parfum d'un rafraîchisseur d'haleine bon marché. Il n'était pas vraiment ivre mais en passe de le devenir. La police ne savait pas exactement quoi faire de lui. Un passant avait raconté au gérant de la boutique, qui le raconta ensuite à la police, que Farrel avait proclamé bruyamment qu'il allait se tirer une balle. Faute de meilleure solution, la police avait décidé de l'amener au service d'urgences pour être examiné. Après avoir écouté l'histoire de Farrel, le clinicien suspecta la présence d'une psychose.

Pendant l'entretien, Farrel apparut abattu et déprimé. Ses réponses étaient vagues mais adaptées. Malgré sa première impression, le clinicien ne trouva aucun relâchement des associations, ni pensée incohérente ou illogique, ni d'autre signe suggérant une psychose. Farrel nia avoir des hallucinations ou des idées délirantes. Ses capacités d'orientation et cognitives étaient intactes. Lorsque la discussion aborda l'échec récent de son premier mariage et la perte de ses deux enfants, il commença à pleurer. Il raconta qu'il n'avait pas eu de chance : il était au chômage, couvert de dettes et sans ami. Il vivait chez sa tante et lui versait un loyer symbolique. Il nia tout antécédent psychotique ou de suicide dans sa famille. Il semblait présenter les critères d'une dépression majeure et d'un probable abus d'alcool, bien qu'il eût été réticent à fournir des renseignements sur ce sujet, ajoutant de façon caustique : « Mon alcoolisme n'a rien à voir avec l'échec de mon mariage. C'est une véritable garce. »

L'exploration des idéations suicidaires avec la méthode ECES apporta des réponses vagues sur ses idées de suicide par intoxication médicamenteuse ou arme à feu, mais il dit d'un ton irrité : « Je ne le ferai jamais. » Il nia avec colère avoir fait allusion à l'idée de se tirer une balle plus tôt dans la soirée. Le policier raconta que Farrel ne lui avait rien dit directement sur un éventuel suicide ; il ne pouvait donc pas signer une demande d'hospitalisation sans le consentement du patient. De plus, le policier ne savait pas qui avait raconté au propriétaire que Farrel menaçait de se tuer. Au cours de l'exploration de la sphère des idéations suicidaires immédiates avec la méthode ECES, le clinicien le questionna sur le désespoir. Farrel resta d'abord silencieux puis répondit d'un ton amer :

« Oui. Oui, je suis désespéré. [Silence] Est-ce un crime ? Maintenant laissez-moi sortir. Je peux faire ce que je veux avec ma vie. On vit dans un pays libre, autant que je sache ! »

Données secondaires, formulation et intervention

Le clinicien était préoccupé par les incohérences entre l'histoire racontée par le passant ayant entendu Farrel menacer clairement de se suicider et le déni catégorique de ce dernier de l'avoir dit. Pour le clinicien, il était peu probable que le passant ait pu inventer une telle histoire, et il était inquiétant que Farrel niât d'abord avoir fait une telle déclaration pour ensuite admettre qu'il avait effectivement pensé à se tirer une balle. Son affect était à la fois dépressif et changeant, ce qui n'était pas une bonne combinaison. Il semblait avoir un problème avec l'alcool et le clinicien sentait que Farrel n'était pas une bonne source d'informations sur l'étendue du problème. De plus, Farrel semblait profondément désespéré. Le clinicien décida de lui demander s'il pourrait appeler sa tante. Farrel refusa.

Toutes les personnes impliquées dans l'évaluation (le policier, l'infirmière responsable et le clinicien) se sentaient mal à l'aise. Le clinicien prit une décision avisée et appela le psychiatre de garde. Après une longue discussion, il fut décidé de passer outre l'objection de Farrel et d'appeler sa tante. Lorsqu'il fut informé de cette décision, Farrel acquiesça et dit : « Cette vieille peau ne vous dira rien. » Il avait tort.

Mme Emily Jackson était à la fois intelligente et inquiète. Apparemment, Farrel présentait des antécédents d'hospitalisations psychiatriques pour dépression, alcoolisme et tentatives de suicide. Il avait repris sa vie en main (il était sobre depuis 5 ans) mais, malheureusement, il supportait mal son divorce. Mme Jackson se montra plutôt nerveuse pendant l'entretien. Elle raconta que, la nuit précédente, elle était passée par hasard devant la chambre de son neveu, et l'avait vu tenant une arme à feu. Elle n'en était pas sûre mais il semblait la sortir de sa bouche. Elle ne savait pas quoi faire et ne pensait pas pouvoir faire quoi que ce fût. Elle voulait savoir s'il allait rester à l'hôpital.

Farrel n'était pas content des informations fournies par sa tante et demanda à partir. Il fut nécessaire de le retenir physiquement. Malgré de nombreuses propositions d'hospitalisation en régime libre, il persistait à refuser l'hospitalisation ; finalement, il fut admis sans son consentement. Par la suite, il admettrait qu'il avait effectivement mis une arme à feu dans sa bouche avec l'intention de se suicider, après avoir « assez picolé pour le faire ».

Pendant l'entretien, Farrel n'admit ni ses intentions suicidaires, ni qu'il traversait une phase psychotique active. Par conséquent, il ne semblait pas présenter les deux derniers critères de la triade de la létalité. Au contraire, en plaçant une arme dans sa bouche le jour précédant la consultation, il remplissait le premier critère, celui d'un acte suicidaire très récent et grave. Après plus ample réflexion, malgré son déni d'intention suicidaire, nous pouvons dire qu'il présentait aussi le troisième critère de la triade de la létalité, car les informations fournies par sa tante au sujet de l'arme à feu indiquaient une intention grave. Ce cas clinique est une très belle illustration d'un clinicien qui a soigneusement relevé les incohérences entre l'histoire racontée par le patient et les antécédents recueillis auprès des personnes proches. Le clinicien prit ensuite plusieurs excellentes décisions : appeler le psychiatre de garde, penser qu'appeler la tante de Farrel pourrait être utile et décider que les inquiétudes sur la sécurité du patient étaient plus importantes que le respect de la confidentialité.

Cas clinique n° 6**Idéation suicidaire inattendue chez un patient en cours de thérapie et sous traitement médicamenteux***Données initiales*

Travailleuse et pleine de bon sens, Julia Hartford, âgée de 27 ans, était infirmière responsable dans une unité médicale d'un hôpital local. Elle était sujette à des épisodes spontanés de dépression majeure, relativement graves mais pas suffisamment pour entraîner une hospitalisation. Ses antécédents familiaux abondaient de personnes souffrant de dépressions sévères. Deux tantes maternelles et sa grand-mère maternelle s'étaient suicidées. Julia ne s'identifiait pas personnellement avec ses proches décédées par suicide. Elle ne buvait pas et ses fortes croyances religieuses lui dictaient que se suicider était mal. Elle avait souvent affirmé au cours de sa thérapie : « Je ne me tuerai jamais. Mes enfants ont besoin de moi. »

Julia était ouverte et avait de bonnes connaissances en psychologie. Elle demandait donc rapidement de l'aide lorsqu'elle était dépressive. Au cours de ses quatre épisodes antérieurs, elle avait bien répondu à une association de traitements incluant une psychothérapie et un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS). Sa plus récente dépression, qui s'était manifestée après une interruption de son traitement médicamenteux environ 7 mois auparavant, n'avait pas été déclenchée par un facteur de stress ou un conflit psychologique particulier. L'étiologie de ses épisodes dépressifs semblait d'origine biologique. Elle fit alors ce commentaire : « C'est venu de nulle part. Je me sentais bien et tout allait très bien dans ma vie, raison pour laquelle j'avais interrompu mon traitement. » Cet épisode, plus grave que les précédents, se caractérisait par de nombreux symptômes végétatifs de dépression et des idées de suicide importantes. Son traitement antidépresseur fut immédiatement remis en place. À son grand soulagement, peu de temps après avoir repris son antidépresseur, ses idéations suicidaires disparurent complètement. Son psychiatre et elle-même pensèrent que ses idées de suicide étaient induites principalement par sa dépression d'origine biologique. En effet, son idéation pouvait être un exemple d'idéation suicidaire déclenchée directement par la physiopathologie.

Malheureusement, nombre de ses symptômes dépressifs se révélèrent plus tenaces que par le passé. La posologie de son antidépresseur fut augmentée et, finalement, il y fut adjoint un traitement thyroïdien. L'association de ces deux thérapeutiques entraîna une amélioration, mais elle continua à présenter trop de symptômes pour être satisfaite de son état. Elle se sentait, en particulier, débordée au travail et envisageait à contrecœur un congé maladie, idée qui éveillait en elle un terrible sentiment de culpabilité.

Son alliance thérapeutique avec son psychiatre, qui la suivait également en psychothérapie, était excellente. Avant d'envisager un changement de médicament, ils décidèrent d'augmenter son antidépresseur jusqu'à la posologie maximale recommandée, dans l'espoir qu'il pourrait finalement « marcher » comme cela avait été le cas auparavant. Cette idée semblait logique puisque Julia bénéficiait déjà, grâce à ce traitement, d'un soulagement significatif bien que partiel. De plus, en trois occasions, ce médicament avait entraîné une rémission totale de sa dépression. Cette dernière augmentation de posologie fut mise en place juste avant le départ de son psychiatre pour 2 semaines de vacances.

Le jour de son retour, il trouva sur son répondeur un message urgent du supérieur hiérarchique de Julia : « Pouvez-vous recevoir Julia aujourd'hui ? Elle semble vraiment

aller mal. Je suis très inquiet à son sujet. Je pense que quelque chose ne va pas. » En effet, ce jour-là, Julia semblait aller mal. Habituellement plutôt stoïque, elle fondit en larmes et dit : « Je ne sais pas ce qui ne va pas. Je veux juste que cela s'arrête. » Le psychiatre était perplexe, car elle allait progressivement mieux et n'avait eu aucune idéation suicidaire depuis de nombreux mois. De plus, elle disait qu'elle ne se sentait pas beaucoup plus déprimée à ce moment-là. « Ce n'est pas ça le problème, j'en ai seulement marre de tout ça. Je suis si tendue que j'ai du mal à me contrôler. J'ai bien cru que j'allais étrangler mon mari aujourd'hui, alors qu'il ne faisait que me parler pendant le petit déjeuner. Je hurle, je hurle littéralement après mes enfants. [Silence] Je suis une mère épouvantable. » [Pleurant de plus belle]

Le psychiatre était très surpris par l'intensité de son agitation et de son anxiété, qui semblait vraiment disproportionnée comparée à l'amélioration progressive de son humeur. Grâce à un questionnement méticuleux, il découvrit que l'augmentation de son anxiété s'était développée au cours des deux dernières semaines. Elle s'accompagnait de troubles marqués du sommeil, d'une extrême irritabilité, d'un abaissement important de son seuil de tolérance, de crises de larmes et d'une apparition récente de ce qui pourrait être des attaques de panique.

En utilisant la méthode ECES, le clinicien découvrit des idées de suicide étranges et préoccupantes, dont elle parla ouvertement car ces idéations l'avaient effrayée ; elle répéta avec insistance : « Je ne veux pas mourir. » Elle avait remarqué qu'elle devenait particulièrement tendue à mesure que la matinée avançait. Ce matin avait été pire que tous les autres. Dans la salle de bains, elle eut tout à coup envie de s'électrocuter en plongeant le sèche-cheveux dans la baignoire. Elle n'avait jamais songé à un tel acte auparavant. Elle raconta qu'elle se sentait poussée à le faire, même si au fond elle ne voulait pas mourir. Cette situation lui fit très peur et elle jeta le sèche-cheveux dans la chambre. Le clinicien lui demanda si ses idées de suicide étaient les mêmes que par le passé ; elle répondit rapidement : « Non. C'était très différent cette fois. C'est arrivé si brutalement. C'était très intense. Et ce que j'éprouvais était différent de tout ce que j'ai pu ressentir jusque-là. Ça m'a fait peur. »

Données secondaires, formulation et intervention

À première vue, Julia semblait présenter un épisode dépressif majeur avec agitation qui pourrait nécessiter une hospitalisation même si elle voulait l'éviter dans la mesure du possible. Mais un certain nombre de circonstances ne concordait pas avec cette impression clinique. Tout d'abord, d'après ses antécédents psychiatriques, il n'était pas du tout typique que Julia devînt agitée lors de ses épisodes dépressifs. De plus, elle avait montré des signes constants, quoique partiels, d'amélioration au cours des derniers mois. Son niveau d'anxiété contrastait fortement avec l'intensité relativement modérée de son humeur dépressive.

La phénoménologie de ses idéations suicidaires était très différente de celle de ses présentations cliniques antérieures. Le clinicien en avait l'habitude car il les vérifiait régulièrement avec la méthode ECES. Normalement, ses idées de suicide apparaissaient lentement, presque insidieusement, et ne comportaient aucune tendance impulsive. La méthode choisie était toujours une intoxication médicamenteuse ou un accident de voiture. L'idéation actuelle était apparue brutalement, s'accompagnait d'une méthode totalement nouvelle (l'électrocution) et était de nature urgente et impulsive. Le psychiatre pensait savoir ce qui se passait.

Son antidépresseur, qu'elle prenait le matin, fut immédiatement arrêté. Le psychiatre suspectait – et il s'avéra par la suite qu'il avait raison – que Julia souffrait de troubles du comportement pharmacologiquement induits par les posologies élevées de son antidépresseur. Un anxiolytique fut prescrit pour calmer immédiatement son stress et son agitation, car une agitation sévère est considérée comme un facteur de risque de tentative de suicide chez les patients hospitalisés. Son mari fut contacté et informé de la situation. Julia fut profondément soulagée d'apprendre que la cause probable de sa rechute inexplicable provenait de son traitement médicamenteux. Elle accepta un contrat de confiance. Des appels téléphoniques de contrôle furent effectués cette nuit-là, le matin et l'après-midi suivants. Julia dormit mieux cette nuit-là. Son mari accepta de rester à la maison avec Julia le jour suivant. Le lendemain, elle se sentait calmée à 50 %. Dans la soirée, elle se sentait « presque normale à nouveau ». Il n'y eut pas de nouvelle idéation suicidaire. En 7 jours, elle retrouva l'état dans lequel elle était 2 semaines auparavant.

Bien que son traitement médicamenteux initial eût été très efficace pour éliminer rapidement l'idéation suicidaire liée à une dépression biologiquement induite, avec le temps, il n'avait pas apporté un soulagement suffisant des autres symptômes dépressifs. Augmenté à des posologies supérieures, il avait entraîné des effets indésirables inacceptables, dont de possibles pensées suicidaires atypiques et transitoires. Un nouveau traitement antidépresseur fut prescrit à Julia. Cinq semaines plus tard, sa dépression était en complète rémission.

Une série de facteurs permit à Julia de rester en consultation externe : son soulagement manifeste après l'explication du médecin, sa sincérité lors du contrat de confiance, l'absence de toute idéation suicidaire après cet unique épisode matinal, la fiabilité et le soutien de son époux, et du fait que le produit suspecté avait une demi-vie courte, sa diminution précoce dans le taux sanguin permit au psychiatre de vérifier rapidement sa théorie. Si un seul de ces facteurs n'avait pas été présent, le psychiatre aurait probablement hospitalisé Julia pour observation après l'arrêt du traitement médicamenteux.

Ces troubles du comportement pharmacologiquement induits sont relativement rares, mais devraient toujours être gardés à l'esprit lorsque des ISRS sont prescrits, surtout à fortes posologies. L'idéation suicidaire de Julia était probablement une réponse secondaire à l'anxiété induite par l'antidépresseur, mais il pouvait également s'agir d'une idéation suicidaire directement déclenchée par le cerveau. Il n'existe aucun moyen d'en être certain. Le clinicien devrait être alerté lors de la survenue de tels états d'intoxication chaque fois qu'il constate les caractéristiques observées chez Julia : l'idéation suicidaire est inattendue et ne concorde pas avec celles constatées auparavant ; la patiente raconte qu'elle sent que cette idéation est différente des autres ; elle s'accompagne d'une intensité et d'une impulsivité particulières jamais constatées précédemment ; et elle semble apparaître dans un ensemble de troubles du comportement inattendus, inhabituels chez cette patiente, et évocateurs d'une intoxication.

Cas clinique n° 7

Mise au jour d'une idéation suicidaire en cours de suivi pour alcoolisme

Données initiales

Greg Baskins était un homme de 27 ans, de type caucasien, dont l'existence ne l'avait mené nulle part. Actuellement au chômage et vivant seul dans un appartement

modeste, il consultait de temps en temps le centre d'addictologie. Le plus souvent, il ne se présentait pas à ses rendez-vous. Parfois, il semblait être véritablement proche d'atteindre la première étape en se rendant compte qu'il avait besoin d'aide, mais il ne pouvait maintenir ses engagements. Au fond, Greg était très gentil. Mais l'alcool cache souvent cette qualité.

Enfant, il avait subi des abus. Et en tant qu'adulte, il était lui-même maltraitant. Il avait fait une intoxication avec du Benadryl® et deux packs de bières, plusieurs années auparavant, mais n'ait toute idéation suicidaire. Un de ses oncles paternels était alcoolique et s'était donné la mort. Le réseau social de Greg se composait de quelques copains de comptoir souvent incohérents et d'un épicier voisin qui s'était pris d'amitié pour lui. Il n'ait toute consommation de drogue à ce moment-là, mais présentait des antécédents d'abus de cocaïne et d'amphétamines.

Ce jour-là, Greg pénétra dans le bureau de l'alcoologue d'un pas exceptionnellement rapide et se laissa tomber sur la chaise. Son beau visage fin arborait une barbe de plusieurs jours. Son haleine ne dégageait aucune odeur d'alcool et il jura qu'il n'avait pas bu. Il tripotait nerveusement une écharpe sale enroulée autour de son cou et saisissait tout ce qui était à sa portée sur le bureau de l'alcoologue, comme des trombones et des crayons. Habituellement, il était plutôt calme lorsqu'il ne buvait pas. L'alcoologue sentait que Greg était anormalement tendu.

À la surprise de l'alcoologue, Greg était plus loquace que d'habitude et plus ouvert concernant son besoin d'aide, mais son discours était décousu. Pour la première fois depuis longtemps, il évoqua son sentiment d'isolement et se mit soudain à pleurer. Il éprouvait une série de symptômes dépressifs et ajouta : « Je n'arrive pas à dormir. Il faut que je dorme. Vous connaissez des médecins qui pourraient me prescrire des somnifères ou quelque chose pour me calmer ? » Sans aucun facteur déclenchant apparent, Greg commença à pleurer à gros sanglots. Tout à coup, il se leva brutalement. Il parcourut la pièce du regard comme s'il cherchait quelque chose et dit : « J'en ai dit assez pour aujourd'hui. Je crois que je vais partir maintenant. »

Données secondaires, formulation et intervention

La présentation clinique de Greg était devenue progressivement étrange. Il montrait de légers signes de psychose qui inquiétèrent l'alcoologue. Le défi était de trouver un moyen de calmer Greg pour ensuite dépister l'existence d'un éventuel processus psychotique ; si tel était le cas, déterminer s'il était en présence de facteurs psychotiques dangereux comme des hallucinations impérieuses, une emprise étrangère ou une idéation hyper-religieuse dangereuse. En incitant Greg à s'exprimer davantage sur son besoin de trouver quelque chose qui le calmerait, il parvint à découvrir à quel point il était tendu. Comme le soupçonnait l'alcoologue, Greg avait renoué avec de vieilles connaissances, les amphétamines, dont il avait fait sa drogue préférée.

Sentant que Greg était préoccupé par son sentiment d'isolement, l'alcoologue l'amena à aborder ce sujet, espérant dévoiler un processus psychotique chargé d'affect. En effet, ce processus se trouvait proche de la surface. Pendant 7 semaines, Greg s'était drogué aux amphétamines, alternant exaltation et effondrement, seul dans son appartement. Il n'ait toute idéation hyper-religieuse et présence étrangère lui ordonnant de se faire du mal ou d'en faire à autrui mais il devenait persécuté. Il avait « entendu des sons ». Quelqu'un faisait les cent pas devant sa porte et cette même personne creusait des trous dans ses murs pour l'observer pendant son sommeil, mais : « Dieu seul sait ce qu'ils pourraient glisser dans mon appartement par ces trous. [Silence] Ils me rendent

fou et je ne peux plus le supporter. Je sais que j'ai mal agi. Et je sais que j'ai un problème avec l'alcool. Mais, oh mon Dieu, je ne mérite pas ça. » Greg recommença à pleurer.

Une utilisation minutieuse des incidents comportementaux et de la supposition douce révéla que Greg avait décidé, plus tôt dans la semaine, de se trancher la gorge afin d'empêcher qu'« ils » ne l'atteignent et qu'« ils » ne le torturent. À présent, il ne savait plus si c'était ce qu'il fallait faire. En utilisant la méthode ECES pour explorer la sphère des événements suicidaires actuels, l'alcoologue découvrit que Greg s'était mis un couteau sous la gorge environ une semaine auparavant. À ce moment-là, Greg mentionna pour la première fois qu'il avait cru entendre des voix de l'autre côté de sa porte murmurant : « Finis-en maintenant. Tu n'es bon à rien. Tu rendras service à tout le monde. » Greg accepta de se rendre au service d'urgences pour une évaluation et voir s'ils pouvaient l'aider à résoudre ses problèmes d'insomnie. Il fut ensuite admis en hospitalisation libre avec un diagnostic provisoire de trouble psychotique induit par des amphétamines.

L'alcoologue fit preuve d'une grande perspicacité clinique en reconnaissant un processus psychotique chez un patient qui n'en avait jamais eu et dont l'histoire ne comportait aucun antécédent psychotique. De plus, l'alcoologue se souvenait comment adapter les techniques de la méthode ECES pour explorer certains types de processus psychotiques susceptibles de conduire le patient à se blesser ou à faire du mal à autrui. Une partie de l'astuce consistait à ouvrir la voie vers ce processus psychotique en amenant Greg sur un terrain émotionnellement chargé. Même si Greg avait refusé l'évaluation dans le service d'urgences, l'addictologue avait su révéler adroitement un argument qui justifiait une hospitalisation sans son consentement : Greg avait tenu un couteau sous sa gorge. La présence d'hallucinations impérieuses soulevait également de vives préoccupations quant à la sécurité de Greg. Deux des critères de la triade de létalité étaient présents : Greg consultait après un acte dangereux récent, et ses hallucinations impérieuses signalaient l'un des processus psychotiques les plus dangereux.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons essayé de « faire une synthèse » par l'observation des interactions complexes entre les principes étudiés dans les chapitres précédents. Les cas cliniques qui clôturent cet ouvrage nous montrent, comme prédit, que la véritable étendue des planifications suicidaires de nos patients ouvre souvent la voie vers la sphère de leur dangerosité immédiate. Parfois, le clinicien parvient à mettre au jour efficacement l'étendue de la planification suicidaire directement avec le patient, grâce à l'utilisation de stratégies telles que la méthode ECES. D'autres fois, lorsque le patient est plus déterminé à cacher ses projets, l'étendue de cette planification doit être soigneusement recueillie auprès de sources d'informations indirectes comme des membres de la famille, amis, thérapeutes et policiers. La capacité à mettre en lumière ces informations intimes, associée à notre compréhension des

facteurs de risque étiologiques et phénoménologiques, ainsi que des facteurs complexes inhérents à tout cadre d'évaluation, peut offrir une ouverture sur l'urgence suicidaire.

En tant que cliniciens, notre mission consiste à dévoiler des idéations suicidaires potentiellement réversibles chez ceux qui ont été détruits par une descente dans leur propre maelström suicidaire. Bien entendu, nous ne prétendons pas offrir tous les moyens permettant de sortir nos patients de ces maelströms. La vie est difficile et elle n'est pas toujours juste. Malgré tous nos efforts, certains patients peuvent décider finalement de mettre fin à leurs souffrances en mettant fin à leurs jours.

Mais je suis convaincu que beaucoup d'autres patients, au cours du bref répit et du temps que nous leur offrons en prévenant un acte autodestructif imminent, trouvent des réponses et des solutions nouvelles. Avec l'aide des médicaments et de la psychothérapie, la mobilisation de soutiens et la revitalisation des facteurs qui donnent un sens à leur vie, un grand nombre de ces patients retrouvent l'espoir. Cet espoir les aide à commencer l'ascension des pentes de leur maelström, ils y retrouvent une nouvelle fraîcheur et un nouveau sens à leur vie. Autrefois désespérés, ces patients n'oublieront jamais les cliniciens qui les ont écoutés avec compassion et questionnés avec compétence, qu'ils les aient rencontrés dans les couloirs sombres d'un service d'urgences ou dans la pénombre d'un cabinet de consultation. Nous nous sommes consacrés dans cet ouvrage à l'approfondissement de cette compassion et au développement de ces compétences.

Références

1. Jung, C.G.: *Memories, Dreams, and Reflections*. New York, Pantheon Books, 1961.
2. Linehan, M.: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press, 1993.
3. Linehan, M., 1993.
4. Chiles, J.A. and Strosahl, K.D.: *The Suicidal Patient – Principles of Assessment, Treatment, and Case Management*. Washington, D.C., American Psychiatric Press, Inc., 1995.

Comment rédiger une évaluation du potentiel suicidaire

Pour la majorité des cliniciens, peu d'événements sont aussi dévastateurs que la mort par suicide d'un patient. Cette expérience peut être rendue encore plus pénible par l'une des conséquences possibles d'une telle mort : un procès pour faute professionnelle à l'encontre du psychiatre ou d'un autre soignant parce qu'il n'a pas su empêcher cette mort...

Les cliniciens qui sont la cible de tels litiges décrivent des réactions émotionnelles négatives, engendrées par leur propre conscience et leur culpabilité névrotique, même lorsque le soignant n'a commis aucune faute et a fourni les soins appropriés. [1]

Thomas G. Gutheil, psychiatre

Il y a seulement deux sortes de cliniciens : ceux qui ont eu des patients qui se sont suicidés et ceux qui en auront. [2]

Robert I. Simon, psychiatre

Partie 1 : Les dessous des poursuites juridiques : le rôle préventif d'un dossier clinique solide

Quatre règles fondamentales permettent d'éviter un procès pour faute professionnelle. Les trois premières sont évidentes : fournir des soins cliniques adaptés, consulter et adresser le patient à une autre personne lorsque nécessaire, et construire une bonne relation avec le patient et sa famille. La quatrième règle, un dossier solide, est moins évidente, et possède des caractéristiques légèrement différentes de celles des trois précédentes.

Si le clinicien enfreint les trois premières règles, une faute professionnelle a pu être commise et une procédure juridique peut être à la fois indiquée et appropriée. Les trois premières règles partagent une autre caractéristique commune : elles ont fait l'objet de nombreux écrits. En effet, les pages précédentes de cet ouvrage sont consacrées à ces sujets et, je l'espère, fournissent une base solide sur laquelle s'appuyer pour prodiguer des soins efficaces.

En quoi la quatrième règle – constituer un dossier solide – diffère-t-elle ? La première différence, et la plus importante, est que si le clinicien transgresse cette règle, il peut être poursuivi, et parfois avec succès, même si des soins appropriés, voire remarquables, ont été prodigués. Comme Thomas Gutheil le résume si bien dans la citation au début de ce chapitre, il est difficile d'imaginer une double tragédie plus pénible et injuste.

Cette annexe et la suivante ont pour objectif de contribuer à prévenir les poursuites juridiques injustifiées. Si vous appliquez les principes décrits dans cet ouvrage, vous fournirez des soins appropriés, mais un risque significatif de poursuites juridiques demeure, ce qui nous amène à faire la distinction finale entre les trois premières règles fondamentales et la quatrième.

Des écrits sur la manière de créer un dossier médico-légal solide sont difficiles à trouver dans la littérature, bien que les experts soulignent régulièrement son importance par des commentaires, comme celui de Comstock [3] :

...tous les professionnels de santé mentale sont tenus de participer à l'élaboration d'un dossier approprié décrivant comment chaque décision a été prise et chaque intervention thérapeutique mise en œuvre.

Mais les experts de la prévention du suicide peuvent aisément omettre de décrire les méthodes utilisées par un clinicien pour élaborer un dossier valable. Je suis bien placé pour le savoir puisque j'ai moi-même omis inconsciemment d'approfondir ce sujet dans la première édition de cet ouvrage. Soucieux de transmettre des méthodes efficaces pour soulager la souffrance de nos patients et empêcher des suicides inutiles, l'auteur d'un ouvrage sur la prévention du suicide peut facilement avoir l'impression que

son travail est accompli lorsqu'il a réussi à fournir cette information. Son objectif principal, après tout, est de faciliter une aide appropriée et d'excellents soins cliniques au patient, et non pas la pratique d'une « médecine défensive ».

Néanmoins, il existe un piège. Des poursuites non justifiées sont entreprises. Nombre de ces actions peuvent provenir d'un dossier inadapté. Par conséquent, même les cliniciens compétents, mais qui ne connaissent pas les méthodes efficaces permettant de constituer un dossier solide, s'inquiètent d'éventuelles poursuites juridiques. De plus, ils ont raison de s'inquiéter, car leur méconnaissance des méthodes de documentations correctes les place effectivement à un niveau de risque plus élevé. Ne pas savoir se protéger de poursuites au moyen d'un bon dossier peut engendrer une anxiété inutile et fort désagréable. Cette anxiété peut même nuire à la qualité des soins en raison d'une pratique défensive de la médecine et/ou de l'apparition d'un « épuisement professionnel ».

Heureusement, si les cliniciens bien formés apprennent les principes fondamentaux de la rédaction d'un dossier complet, leur risque d'être poursuivis sera nettement réduit. Si vous fournissez de bons soins cliniques et si vous rédigez un bon compte-rendu de ces soins, la possibilité de perdre un procès est également significativement plus faible. Paradoxalement, si l'on se concentrait plus sur l'apprentissage de bonnes méthodes de rédaction des dossiers cliniques, bien en amont lors de leur formation, les cliniciens n'auraient plus à s'inquiéter inutilement d'éventuels litiges pendant leurs années de pratique.

Cette annexe ainsi que la suivante apportent cette information ô combien nécessaire. Comme dans le reste de cet ouvrage, nous mettrons l'accent sur la démonstration de ces techniques. Comme pour les stratégies d'entretien décrites dans ce livre, il est important de ne pas dire seulement « pourquoi » et « quoi » faire ; il est également primordial de montrer « comment » le faire par des exemples de dialogues cliniques. Il en est de même du dossier clinique. En plus de partager mes opinions sur les « pourquoi » et les « quoi » écrire dans un bon document médicolégal, je démontrerai les « comment » de ces principes par des exemples de documents bien rédigés.

Il y a une lueur d'espoir dans ces affaires parfois sombres de responsabilité médicolégale. Un bon dossier réduit la possibilité de perdre un procès, mais avant toute chose, il réduit nettement celle d'être poursuivi. Cette bonne nouvelle est si importante et peut être si rassurante pour les cliniciens qu'elle justifie un examen approfondi du déroulement de ces procédures juridiques et de la manière de les prévenir grâce à un bon dossier clinique.

Pourquoi un bon dossier clinique vous permet d'éviter le tribunal

Nous commencerons en abordant la question urgente du « pourquoi » il est si important de rédiger un compte-rendu approfondi de l'évaluation du potentiel suicidaire. Les réponses sont nombreuses et pas toujours aussi évidentes qu'on pourrait le croire. Les procès ne surviennent pas seulement parce qu'un plaignant potentiel souhaite poursuivre un clinicien. Il faut qu'un avocat accepte de plaider sa cause, sauf si le plaignant veut lui-même tenir ce rôle. Avant d'accepter le cas, l'avocat doit s'assurer qu'il a de bonnes chances de gagner ce procès, car s'il le perd, il risque de ne gagner que peu d'argent malgré un investissement de temps considérable.

Bien que ce ne soit pas vraiment ce qui se dit parmi les professionnels de santé mentale, la plupart des avocats exercent leur métier de manière éthique. Ils ne cherchent pas à « épingler » de bons cliniciens. De plus, s'ils ne découvrent pas de faute professionnelle, ils ne cherchent pas à en créer. Il existe de nombreux exemples légitimes de très mauvais soins apportés aux patients ; un avocat éthique a mieux à faire que poursuivre des cas difficiles à défendre.

Comme dans n'importe quelle profession, il y a également des avocats sans éthique. Mais, paradoxalement, leur avidité jouera en notre faveur si nos dossiers reflètent fidèlement un travail de qualité. Voici pourquoi.

Qu'il soit éthique ou peu scrupuleux, avide ou en mission légitime contre des cliniciens dangereux, le fait est qu'un avocat doit prédire l'issue d'une affaire avant de l'accepter et de courir le risque de perdre son temps et son argent. Dans cette prise de décision délicate, ses sources d'informations sont limitées : le plaignant, les autres membres de la famille du défunt, les informations publiques fournies par les médias, par exemple, et par les dossiers cliniques. Examinons la valeur relative, pour l'avocat, de chacune de ces sources d'informations.

Les informations pertinentes peuvent provenir du plaignant et d'autres proches du défunt, mais elles peuvent être douteuses ou biaisées par des intérêts personnels ainsi que les dynamiques et souffrances complexes d'un proche en deuil. Les informations fournies par les médias peuvent se révéler utiles, mais leur manque de fiabilité est notoire. L'avocat aurait besoin de s'adresser directement au clinicien pour savoir exactement ce qui a été fait. Seule une déposition peut remplir cette fonction, mais une déposition du clinicien n'est généralement possible qu'après le déclenchement de la procédure juridique. De plus, le témoignage de ce clinicien pourrait également être biaisé.

La seule source d'information disponible sur ce que le clinicien a fait ou n'a pas fait, qui permettrait à l'avocat de déterminer s'il souhaite accepter cette affaire, est donc le dossier clinique. L'on peut argumenter que, bien que

ce dossier ait été rédigé par le clinicien, il a été constitué avant que le clinicien n'ait la moindre raison de biaiser les informations ; ce dossier peut donc contenir les données les plus objectives qui apparaîtront au cours de la procédure juridique.

Les avocats, les juges, les plaignants, les prévenus et les membres du jury ont une haute opinion des dossiers cliniques. Le dossier clinique possède même une certaine aura aux yeux du jury qui peut lui conférer plus de crédibilité qu'il n'en mérite. Néanmoins, la conclusion est simple : « Si vous ne l'avez pas écrit, ce n'est pas arrivé. » Que ce soit juste ou non, si vous avez réalisé un excellent travail clinique mais que vous n'en avez pas consigné les détails dans un compte-rendu écrit, les jurés peuvent facilement imaginer le pire. Ils peuvent simplement considérer votre témoignage concernant le « bon travail effectué » comme l'exemple d'un clinicien « qui couvre ses arrières ». N'oubliez pas qu'un avocat adroit sera présent et qu'il essaiera d'entraîner le jury exactement vers cette conclusion.

Par conséquent, un avocat devra décider si ce cas en vaut la peine principalement en fonction du dossier clinique. Si celui-ci montre clairement qu'aucune faute professionnelle n'a été commise, l'avidité d'un avocat sans scrupule sera balayée par la peur de perdre le procès ou de ne pas obtenir un dédommagement substantiel du jury. Une excellente documentation sur la qualité des soins conduira également un avocat éthique à ne pas accepter l'affaire, car il n'y trouvera pas de preuve d'une faute professionnelle.

En dehors de la bonne qualité des soins cliniques prodigués, ce que nous écrivons dans nos comptes-rendus d'évaluation du potentiel suicidaire est probablement le facteur le plus important pour éviter un éventuel procès. Si vous réalisez un bon travail clinique et en rédigez un bon compte-rendu, un procès est peu probable. En bref, les intérêts personnels de l'avocat, paradoxalement, protégeront le clinicien.

Maintenant, que fera exactement un avocat de ce compte-rendu écrit pour déterminer s'il acceptera une affaire ? Premièrement, il le lira très attentivement et souvent demandera l'avis de ses associés ou collaborateurs. Dans de nombreux cas, en particulier s'il a une bonne expérience des actions pour faute professionnelle, ses années de pratique lui permettront de déterminer rapidement, après une première lecture, s'il acceptera l'affaire. À ce stade précoce, sur la base de sa lecture de vos observations cliniques, le cas pourrait être refusé ; de nombreux cas le sont. Deuxièmement, si l'avocat pense que cette affaire vaut la peine d'être poursuivie, il l'adressera à un expert clinique qui pourrait être un expert psychiatre. Si un procès a lieu, cet expert clinique témoignera généralement pour le plaignant en tant que « témoin expert ».

À ce point de la procédure, l'expert éthique a pour fonction de déterminer s'il y a eu faute professionnelle et de transmettre ses conclusions à l'avocat, qui, vous vous en souviendrez, essaie de décider si l'affaire en vaut la peine. S'il n'y a pas de faute professionnelle, l'expert clinique conseillera à l'avocat

de ne pas poursuivre ; il l'informera également que si l'avocat accepte de plaider l'affaire, il devra trouver un autre témoin expert, car un expert éthique ne témoignera pas contre un clinicien qui a bien fait son travail, c'est-à-dire en respectant les normes de soins en vigueur.

Un expert moins éthique, un soi-disant « mercenaire » (et de tels « experts » existent), peut vouloir malgré tout témoigner dans cette affaire. La rémunération de l'expert en fonction des heures, des dépositions, des expertises rédigées et des longues heures du procès qui s'ensuivra, si l'avocat accepte l'affaire, sera assez lucrative. Mais même les « mercenaires » n'apprécient pas d'être écharpés au tribunal par un avocat de la défense talentueux chargé de protéger un bon clinicien qui n'a rien fait de mal. Une telle situation pourrait aussi ternir sa réputation auprès de ses collègues qui, non sans raison, éprouvent du mépris pour de telles pratiques.

De plus, si le témoignage d'un expert est anéanti au cours d'une affaire, l'avocat de la défense, au cours d'affaires ultérieures où l'expert témoignera à nouveau, pourrait évoquer ce précédent témoignage pour tenter de le décrédibiliser aux yeux du jury. En résumé, il existe des raisons substantielles pour qu'un « mercenaire » ne veuille pas inciter à poursuivre une procédure susceptible d'échouer.

Une fois encore, la conclusion est simple : si vous avez fait un bon travail, en respectant les normes de soins en vigueur, et s'il est étayé par un bon dossier, l'expert conseillera généralement à l'avocat de ne pas tenter de procès. Il est relativement rare qu'un avocat entame une procédure juridique si un expert respecté lui recommande de ne pas le faire.

Une autre force, plus subtile mais puissante, incitera l'expert à dire la vérité aux avocats sur l'existence éventuelle d'une faute professionnelle. Ils ne veulent pas être étiquetés de « mauvais experts » par les avocats spécialisés dans ce domaine ; cette réputation pourrait entraîner une baisse considérable des demandes de témoignages futurs. Plus précisément, les experts bénéficient souvent de « contrats renouvelés » de ces avocats ou de leurs amis, mais ces renouvellements de contrats n'existeront pas s'ils ont la réputation d'avoir tendance à entraîner ces avocats, têtes baissées, dans des procès perdus d'avance. Une fois encore, il est important de répéter qu'il existe dans le camp adverse des motifs puissants et égocentriques nous permettant de rester à distance des tribunaux, mais seulement si nos dossiers sont solides et incontestables.

Un bon dossier clinique apporte un dernier avantage qui, à première vue, peut paraître quelque peu étrange. Un bon compte-rendu peut vous aider à aller au tribunal si vous le désirez. Gardez à l'esprit que si un procès injustifié est intenté contre vous, il risque de porter atteinte à votre réputation et à vos privilèges à l'hôpital ; il peut également entraîner une augmentation du montant de votre assurance. Malheureusement, vous n'aurez pas forcément

la possibilité de décider si vous devez ou non prouver votre innocence, et donc d'éviter toutes ces conséquences négatives.

Dans la plupart des cas, les contrats d'assurances couvrant les fautes professionnelles comportent une « clause de consentement ». Cette clause stipule que votre assureur peut régler le problème « à l'amiable » seulement après avoir obtenu votre accord. Mais si votre contrat d'assurance ne comporte pas cette clause, la compagnie d'assurance peut décider seule d'aller ou non au tribunal. La compagnie d'assurance, sur les recommandations de son avocat (qui n'a qu'une loyauté secondaire envers vous puisqu'il est engagé par votre assureur et non pas directement par vous), peut choisir d'accepter un règlement à l'amiable bien que vous désiriez le contraire. Être obligé d'accepter une négociation et payer des dommages et intérêts alors que vous n'avez rien fait de mal et que personne ne vous donne la possibilité de défendre votre réputation peut être frustrant et douloureux.

Une bonne documentation de l'évaluation du potentiel suicidaire est réellement la meilleure protection contre une situation aussi pénible. Tout comme nous l'avons observé chez l'avocat du plaignant potentiel, lorsqu'il réfléchit à l'éventualité d'accepter cette affaire, la compagnie d'assurance du défendeur interrogera ses sources d'information pour décider si elle ira au tribunal ou si elle aura recours à un règlement à l'amiable. La source d'information la plus fiable pour prendre cette décision sera son avocat.

Si cet avocat constate que les soins apportés étaient bons et que le compte-rendu de ces soins est remarquable, il sera plus enclin à donner le feu vert pour un référé au tribunal où le clinicien aura la possibilité de se défendre. Cependant, si cet avocat constate que le dossier est faible, malgré la bonne qualité du travail clinique et en dépit de vos protestations, votre affaire évoluera rapidement vers un règlement à l'amiable. Un dossier clinique bien documenté peut être le facteur décisif.

Une évaluation du potentiel suicidaire bien rédigée peut donc réellement vous éviter un procès, s'il n'existe pas d'éléments cliniques permettant d'engager des poursuites. Votre documentation du cas peut également vous aider à obtenir une audience au tribunal si vous le souhaitez. Il n'y a aucune garantie, mais un bon dossier clinique représente la meilleure assurance à laquelle vous puissiez souscrire, et elle est gratuite !

D'un point de vue plus personnel, souvenez-vous qu'un dossier clinique solide peut vous éviter de traverser les affres d'un procès injustifié qui traînera sans doute pendant plusieurs années, avec des conséquences considérables sur votre humeur et votre pratique clinique quotidienne. N'oubliez pas que vous devrez pendant ce temps gérer la douleur d'avoir perdu un patient que vous avez essayé d'aider de votre mieux. Faire face à des poursuites judiciaires en plus de ce deuil peut être extrêmement perturbant.

À ce stade, nous devons aborder la question du temps, car la sécurité apportée par un bon dossier clinique n'est pas totalement gratuite, contrai-

rement à ce que j'ai affirmé précédemment. Bien entendu, elle n'entraînera pas de dépense directe, mais la rédaction d'un bon dossier clinique augmentera votre charge de travail, car elle nécessitera du temps supplémentaire. Ce temps supplémentaire pourrait même se traduire par une perte de revenus. Regardons donc objectivement le temps qui devra y être consacré.

Dans le cas d'une première évaluation standard, il ne faudra probablement que quelques minutes de plus par patient, si vous utilisez les principes proposés dans ces annexes. Lors d'une évaluation plus complexe, comme celles observées dans certains services d'urgences, la rédaction d'un compte-rendu complet nécessitera au moins 5 minutes supplémentaires. À l'issue d'une évaluation très complexe dans un service d'urgences, un compte-rendu complet peut prendre plus de 10 minutes. À première vue, ces temps supplémentaires ne paraîtront pas trop problématiques, mais ils ont tendance à s'accumuler au fil de la journée. Ayant été responsable d'un service d'urgences psychiatriques, je peux affirmer que ces paramètres horaires ont un coût. Je peux également vous dire, en ce qui me concerne, que chaque minute consacrée à la rédaction du dossier en vaut la peine.

La documentation adéquate d'une évaluation du potentiel suicidaire fait partie du soin, comme le laisse entendre Simon dans son ouvrage *Concise Guide to Psychiatry and the Law for Clinicians* : « Toute évaluation du potentiel suicidaire doit faire l'objet d'un compte-rendu dans le dossier du patient au moment de l'évaluation. Pour tout patient suicidaire, une évaluation du potentiel suicidaire doit être effectuée à chaque consultation ambulatoire » [4]. La forme exacte d'un tel compte-rendu pourrait être sujette à discussion, mais je pense que sa précision est bénéfique à la fois pour le clinicien et pour le patient, malgré le temps supplémentaire qu'il faut y consacrer.

Il pourrait être utile ici que je vous expose mon « arbre de décision » personnel à ce propos. J'ai découvert que la rédaction méticuleuse des comptes-rendus des évaluations du potentiel suicidaire, tout au long d'une journée chargée dans un centre communautaire de santé mentale agité, me prenait généralement environ 20 minutes par jour, sauf en cas d'évaluation exceptionnellement complexe. En bref, je devais quitter mon bureau à peu près 20 minutes plus tard (souvent moins) chaque jour. C'est un supplément de temps considérable ; il implique un coût considérable.

Par ailleurs, voyons quels en étaient les bénéfices : je n'avais pas à pratiquer une « médecine défensive », car je me sentais en sécurité. Tant que je fournissais de bons soins cliniques et que j'en faisais un bon compte-rendu, les risques de procès étaient faibles. Je me tracassais rarement pour des problèmes de responsabilité médico-légale ; cette diminution des soucis inutiles réduisait le risque d'épuisement professionnel, et, cliniquement, je me concentrais sur l'essentiel : la qualité de la prise en charge de mes patients.

En fin de compte, et c'est d'une importance capitale, ces 20 minutes supplémentaires par jour consacrées à la rédaction d'un dossier clinique solide m'offraient une protection considérable contre les souffrances intenses dues à un procès injustifié. La tourmente liée à un procès non fondé m'aurait affecté, ainsi que ma famille, ma carrière et presque chaque minute de mes journées d'exercice pendant des années. On ne peut exagérer l'effet destructeur d'un procès sur la qualité de votre vie en dehors du travail, qui peut être empoisonnée par de vaines conjectures, des ruminations des dernières entrevues avec le patient, de la colère contre les plaignants, des inquiétudes ou emportements vis-à-vis de vos propres défenseurs, et même des questions sur votre propre compétence ou sur le regard de vos collègues. Un bon compte-rendu des soins peut aider à vous épargner de telles souffrances.

En raison de ces bénéfices, je « paie » avec joie ces 20 minutes supplémentaires par jour. En lisant les annexes qui suivent, vous aurez la possibilité de décider vous-même. Ces indications vous offriront au moins les éléments vous permettant de faire un choix judicieux.

Une dernière remarque : le clinicien qui suit quotidiennement les principes de rédaction d'un bon dossier clinique deviendra peu à peu plus adroit, puis expert. Pour chaque dossier, il gagnera en rapidité jusqu'à atteindre un excellent niveau d'entraînement à la rédaction d'évaluations suicidaires complexes, minimisant ainsi toute perte de temps. Après des années de pratique clinique, le temps investi est sensiblement réduit. J'ai pu constater cela maintes et maintes fois chez des cliniciens expérimentés lorsque j'étais responsable d'un service d'urgences.

Pourquoi un bon dossier clinique permet d'éviter des suicides

Nous avons pratiquement terminé notre discussion sur le « pourquoi » d'une bonne rédaction du compte-rendu, mais on pourrait objecter que la raison la plus importante n'a toujours pas été abordée. Le processus de rédaction d'un document peut améliorer directement la qualité des soins cliniques. Ce point est si important, et si rarement souligné, qu'il mérite un examen approfondi.

Un bon dossier est susceptible d'apporter une aide clinique de deux façons : (1) le contenu du dossier peut aider un autre clinicien, dans le futur, à prendre une meilleure décision lors d'une nouvelle évaluation, et (2) le processus de création d'un dossier solide peut nous inciter à reconsidérer la qualité et l'exhaustivité de nos données, et donc nous conduire à reformuler les évaluations cliniques fondées sur les données recueillies. Examinons plus en détail ces deux bénéfices cliniques.

Premièrement, un bon compte-rendu sur la présentation du patient, ses facteurs de risque et comment la décision concernant sa sécurité a été prise peut être d'une valeur capitale pour un autre clinicien, par exemple un intervenant de crise dans un service d'urgences surchargé où le patient fera

soudainement une apparition ultérieure. Ce document sera d'autant plus utile si le premier clinicien n'est pas disponible pour répondre à l'appel téléphonique de l'urgentiste. Une comparaison du potentiel suicidaire du patient entre la présentation clinique actuelle du patient et les données des précédentes évaluations peut se révéler précieuse, parfois même vitale.

Nous savons tous à quel point les évaluations du potentiel suicidaire peuvent être difficiles. Dans l'agitation d'un service d'urgences, même les meilleurs cliniciens de crise peuvent, s'ils n'y sont pas particulièrement attentifs, passer à côté des informations clés sur des tentatives de suicide antérieures, des problèmes de drogue ou d'alcool, ou la présence d'une source d'information capitale sur la dangerosité du patient. Une évaluation bien rédigée rend toutes ces informations disponibles pour le clinicien des urgences. De plus, le patient pourrait, lors d'une consultation ultérieure, montrer des signes de défenses passives-agressives qui l'empêcheraient de confier l'existence de facteurs de risque ou de projets de suicide. Encore une fois, le dossier clinique antérieur pourra fournir ces informations précieuses.

Deuxièmement, et ce facteur est peut-être le moins apparent, un bon dossier clinique est une source d'information inestimable pour déterminer la sécurité immédiate du patient. Laissez-moi vous expliquer.

Skip Simpson, l'un des avocats les plus respectés parmi les spécialistes de l'évaluation des fautes professionnelles, a remarqué qu'un clinicien qui a pris l'habitude de noter par écrit tous les éléments clés de chaque évaluation du potentiel suicidaire se constitue une « check-list » des soins [5]. Cette liste pourrait être un outil susceptible d'aider à repérer des erreurs d'omission importantes qui autrement nous auraient échappé. Deux exemples nous permettront de mieux apprécier la puissance de cette « check-list » qui sera assimilée au fur et à mesure lors de l'apprentissage de telles rédactions.

Imaginons que le clinicien, lors de la rédaction de ses évaluations du potentiel suicidaire, apprenne à se poser habituellement la question suivante : « Ai-je contacté une source d'information importante telle que l'épouse, un ami proche, le thérapeute ou toute personne accompagnant le patient, comme un policier, au cours d'une hospitalisation sans consentement ? » Cette question peut l'amener à constater qu'une source d'information potentiellement capitale a été oubliée, et l'erreur peut alors être rectifiée. De toutes les erreurs que j'ai pu observer au cours de nos relèves matinales avec l'équipe de nuit du service d'urgences, avoir omis de contacter les sources d'informations importantes était la plus fréquente. C'est parfois une erreur fatale. La rédaction d'un bon compte-rendu, ayant pour fonction de dresser une liste de contrôle fiable, peut permettre d'éliminer ce type d'erreur.

Prenons un autre exemple. Suivant les principes abordés dans cette annexe, le clinicien se posera toujours la question suivante : « Si j'ai consulté un autre clinicien pour ce cas, ai-je noté que je l'avais fait et que le clinicien consulté avait approuvé mes conclusions ? » En prenant l'habitude de vous

demander si cette démarche a été notée, vous serez amené automatiquement à vous demander si elle est indiquée. Si la réponse est « Oui », l'adage « mieux vaut tard que jamais » s'applique et vous pourrez alors faire cette démarche. Une fois de plus, l'utilisation par le clinicien d'un bon protocole rédactionnel du dossier représente sa meilleure assurance qualité, une sorte d'« ange gardien », selon Skip Simpson.

Notre dernier point sur le « comment » est simple : la façon de rédiger un bon dossier pourrait améliorer directement la qualité des soins apportés. Si nous prenons le temps de rédiger soigneusement nos conclusions sur le potentiel suicidaire du patient, nous devons forcément passer en revue les faits qui garantissent sa sécurité et ceux qui révèlent sa dangerosité. Parfois, les faits nous amèneront à reconsidérer nos conclusions et à prendre une décision différente sur la sécurité du patient.

En explorant les « pourquoi » de la rédaction du compte-rendu d'évaluation du potentiel suicidaire, nous avons parcouru une bonne partie du chemin. Il est primordial que les cliniciens comprennent les raisons précises et prosaïques pour lesquelles ils consacrent du temps à la rédaction méticuleuse d'un compte-rendu. Cela leur fournira la motivation pour bien les rédiger et les principes qui guideront un processus de rédaction efficace.

Si vous comprenez les implications des sept principes qui suivent, vous avez fait un grand pas pour rester éloigné des tribunaux et vous rapprocher d'une amélioration constante des soins prodigués.

Les sept principes protecteurs d'un compte-rendu d'évaluation du potentiel suicidaire

1. Un bon compte-rendu clinique est le principal bouclier contre un procès pour faute professionnelle.
2. Il ne peut pas y avoir de bon compte-rendu clinique sans de bons soins cliniques préalables.
3. Même si de bons soins ont été prodigués, l'insuffisance du compte-rendu clinique augmentera sensiblement le risque de procès pour faute professionnelle.
4. Il existe deux types de compte-rendu clinique insuffisant.
 - (a) Le clinicien n'a pas rédigé de compte-rendu de l'évaluation.
 - (b) Le clinicien a rédigé un compte-rendu de l'évaluation, mais il est mal documenté.

5. Le premier objectif médico-légal d'un bon compte-rendu clinique est d'éviter un procès au clinicien.
6. Le second objectif légal d'un bon compte-rendu clinique est de défendre le clinicien de manière efficace si le cas est porté devant un tribunal.
7. La raison la plus importante de rédiger un bon compte-rendu est de transmettre à d'autres professionnels des informations pour les aider à prendre en charge le patient, tout en servant de « check-list » garantissant la qualité des soins fournis ; si le compte-rendu est bien fait, il deviendra également un document légal fiable.

Ces principes protecteurs compris, nous pouvons étudier le détail de « quoi écrire » et « comment » rédiger le compte-rendu clinique.

Stratégies pour créer un dossier clinique solide

Il existe un grand nombre de situations cliniques dans lesquelles nous réalisons des évaluations du potentiel suicidaire et devons donc en faire un compte-rendu. Voici un échantillon : l'évaluation initiale, l'évaluation dans un service d'urgences, l'évaluation en cours de thérapie ou lors d'un renouvellement d'ordonnance, la consultation lors d'une sortie d'hôpital général, d'une sortie ou d'un transfert d'unité psychiatrique ou d'un centre de désintoxication, l'évaluation en établissement pénitentiaire, dans une maison de retraite, à l'occasion de soins médicaux à domicile, ou les évaluations effectuées par des travailleurs sociaux qui s'occupent de personnes dans la rue ou des personnes atteintes des troubles graves comme une schizophrénie ou un trouble bipolaire.

Les comptes-rendus de ces évaluations posent tous des problèmes complexes, mais heureusement, les principes de rédaction documentaire sont tous très similaires. Dans cette annexe, nous étudierons certains de ces principes lors de leur application dans l'une des situations cliniques les plus complexes : l'évaluation initiale complète d'un patient dans un centre ambulatoire ou un cabinet de consultation. Les principes démontrés ici indiqueront des stratégies utiles pour toutes les situations cliniques mentionnées ci-dessus.

Pour rédiger des comptes-rendus solides et utiles du point de vue médico-légal, nous devons comprendre les trois « comment » qui forment la matrice d'où sortira le document écrit. Ces trois « comment » sont :

1. comment structurer un compte-rendu écrit ;
2. comment les éléments du compte-rendu peuvent être utilisés pour aider le patient ;

3. comment les avocats utilisent ces documents écrits pour attaquer ou défendre un clinicien lors d'une action en justice pour faute professionnelle.

Gardez à l'esprit que la totalité du compte-rendu de l'évaluation initiale – et pas uniquement la documentation de l'évaluation du potentiel suicidaire – contiendra beaucoup d'informations cliniques permettant d'aider le patient, mais aussi des informations qui peuvent être utilisées comme preuves « accablantes » au cours d'un procès. Pour le lecteur intéressé, mon précédent ouvrage, *Psychiatric Interviewing : the Art of Understanding, 2nd Edition* [6]¹ offre une présentation pratique et détaillée des principes fondamentaux permettant à la fois de rédiger un compte-rendu détaillé de toute l'évaluation initiale et de réaliser cet entretien initial. En effet, une bonne partie des recommandations qui suivent sont adaptées de cet ouvrage.

Comment structurer un compte-rendu

Au cours de la formation des jeunes professionnels, l'enseignement accorde rarement le temps qu'il mérite au premier « comment » de notre matrice : la structure du compte-rendu. Cette lacune dans les facultés de médecine et durant la spécialisation en psychiatrie est préjudiciable, car une bonne connaissance de la structure d'un compte-rendu écrit constitue la base qui guidera le clinicien dans la création d'un document utile à la fois cliniquement et juridiquement.

Les différentes parties de ce compte-rendu se répartissent en deux grandes catégories : (1) un ensemble de données recueillies aussi objectivement que possible, car il existe toujours une part de subjectivité pour certaines d'entre elles ; et (2) un jugement et une formulation cliniques, l'un comme l'autre véritablement subjectifs.

Cette distinction à l'esprit, considérons les éléments constitutifs d'un compte-rendu d'évaluation initiale standard, en établissant une liste des données objectives et des formulations subjectives :

- I. Base de données (éléments objectifs) :
 - Identification et profil démographique
 - Motifs de la consultation
 - Histoire de la maladie actuelle (HMA)
 - Antécédents et traitements psychiatriques antérieurs
 - Histoire développementale et sociale
 - Histoire familiale

1. Traduit en français sous le titre *La conduite de l'entretien psychiatrique : l'art de la compréhension*, © 2005 Elsevier SAS.

Antécédents médicaux
Bilan fonctionnel
État mental

II. Formulation et jugement cliniques (éléments subjectifs) :

Liste des diagnostics selon le DSM-IV

Résumé et formulation cliniques (dont celle du potentiel suicidaire)

Orientation et projets de traitements (certains cliniciens incluent ces informations dans la partie « Résumé et formulation cliniques »)

Cette distinction entre les différentes parties de ce document (données objectives et formulations plus subjectives) semble presque trop évidente pour être mentionnée. Mais un malentendu sur cette distinction entraîne souvent la rédaction de documents insuffisants. Tournons-nous donc vers le deuxième « comment » de la matrice qui sert de base à l'établissement du compte-rendu écrit.

Comment les données d'un compte-rendu écrit peuvent être utilisées pour aider un patient

Nous avons déjà vu « pourquoi » une bonne rédaction du compte-rendu peut améliorer les soins. Abordons maintenant le défi du « comment » accomplir cette tâche, et passons donc de la théorie à la pratique. Nous commencerons par l'exploration des méthodes de documentation des données objectives et des formulations subjectives qui auront un impact direct sur notre propre évaluation du risque suicidaire du patient.

Nos deux premiers exemples mettent l'accent sur l'utilisation du processus de documentation des données objectives en tant que liste de contrôle d'assurance qualité. Premièrement, en développant l'habitude de recueillir les facteurs de risque de manière méticuleuse et méthodique, le clinicien peut déceler des erreurs d'omission importantes, tel un manque de données sur la présence de troubles psychiatriques comorbides, d'antécédents familiaux de suicide, de la présence d'une agitation. Deuxièmement, en ce qui concerne les antécédents personnels d'idéation suicidaire et de comportement suicidaire du patient, nous pourrions découvrir qu'une sphère complète de la méthode ECES n'a pas été couverte, par exemple celle des « événements suicidaires passés », ou qu'une partie d'une sphère a été mal explorée et comporte des lacunes sur des informations capitales, comme le degré de la planification suicidaire et de sa mise en œuvre.

Notre troisième exemple aborde la rédaction de la formulation subjective, un autre domaine important permettant d'améliorer l'assurance de la qualité documentaire. Nous verrons comment faire en sorte qu'elle soit un avantage pour le patient. À mesure que vous rédigez les phrases qui illustrent votre jugement clinique (par exemple : « Je pense/je ne pense pas que le patient ait

un potentiel suicidaire élevé, car... »), l'acte même de dresser la liste des items étayant votre conclusion peut servir à contrôler la fiabilité des données. La rédaction du dossier devient alors un moyen de vérifier la qualité de l'entretien. Les deux questions suivantes me semblent particulièrement utiles.

1. « D'après ce que j'ai appris sur les facteurs de risque et le degré des idées de suicide de ce patient, quelles informations spécifiques soutiennent la conclusion que je suis sur le point de rédiger ? »
2. « Ces faits conforteraient-ils ma conclusion aux yeux d'un autre bon clinicien ? »

Je suis parfois surpris, et quelque peu déconcerté, par ce que je ne découvre pas lorsque j'essaie de répondre à ces deux questions. Il est étonnamment facile d'arriver à une conclusion hâtive sur le risque de suicide, surtout dans un service d'urgences lorsque le temps presse et que la salle d'attente est remplie de patients fatigués d'attendre. Une fois encore, nous constatons qu'un compte-rendu méticuleux est plus qu'une méthode permettant de s'assurer que les données importantes sont consignées ; il sert également à vérifier que le clinicien a recueilli toutes les données requises.

Nous avons vu que le processus rédactionnel du dossier nous aide véritablement à réaliser de meilleures évaluations du risque de suicide. Regardons maintenant « comment » notre documentation sur l'évaluation du potentiel suicidaire peut aider les futurs cliniciens à mieux évaluer le risque du patient que nous venons d'évaluer.

Lorsque je rédige le compte-rendu d'une évaluation du potentiel suicidaire, j'essaie toujours de me rappeler que je fais partie d'une équipe de cliniciens. Il s'agit d'une équipe assez étrange ; certains de ses membres n'interviendront que dans le futur, et donc je peux ne pas les connaître. Peut-être se composera-t-elle de cliniciens qui ne se connaissent pas les uns les autres. En effet, lorsque je rédige mes observations, les cliniciens de ma future équipe n'ont peut-être même pas encore terminé leur formation professionnelle. Ils ne me connaîtront peut-être jamais personnellement. Néanmoins, ils me connaîtront indirectement et intimement, par les mots que j'aurai écrits, qu'ils liront 6 mois ou 2 ans plus tard.

Je garde toujours à l'esprit cette future « équipe fantôme » lorsque je rédige mes évaluations du potentiel suicidaire. Car à un moment dans le futur, un membre de cette équipe pourrait avoir à déterminer si le patient que je viens de recevoir peut quitter en toute sécurité le service d'urgences ou s'il est à haut risque d'autoagression. Ce que j'écris aujourd'hui peut fournir à cette personne dans le futur une information capitale qui contribuera à sauver une vie.

Les futurs intervenants de crise, équipes d'urgences et médecins de garde, seront nettement désavantagés dans leur exploration de domaines sensibles lors d'entretiens avec notre patient, particulièrement s'ils ne l'ont jamais vu

auparavant. Pour avoir géré un service d'urgences psychiatriques, je peux vous assurer que ces cliniciens liront vos observations. Plus encore, ils compteront sur elles.

Peut-être que le principe de base le plus valable pour la rédaction des données objectives est aussi l'un des plus simples : soyez exhaustif ! Listez dans l'« Histoire de la maladie actuelle » (HMA) toutes les méthodes de suicide spécifiques explorées, le degré des planifications et les gestes suicidaires entrepris tels qu'ils ont été racontés par le patient. Votre futur collègue peut être extrêmement occupé, inexpérimenté ou simplement passer une mauvaise journée. Quoi qu'il en soit, il peut avoir manqué certaines méthodes de suicide envisagées par le patient. Or, les mentions des projets envisagés par le patient auparavant inciteront forcément un futur clinicien à les rechercher activement.

Finalement, notre collègue du « futur » peut ne pas être très éloigné dans le temps. Un bon compte-rendu peut se révéler essentiel lorsque nous adressons notre patient à un autre clinicien pour évaluation immédiate. Par exemple, après avoir réalisé un entretien dans un centre de consultation, nous pouvons adresser notre patient à un service d'urgences pour une hospitalisation éventuelle en raison d'inquiétudes sur sa dangerosité. Un autre exemple : après avoir vu un patient dans un service d'urgences, nous le transférons ailleurs parce qu'aucun lit n'est disponible ou qu'il réside sur un autre « secteur psychiatrique ».

Dans de telles situations, déjà évoquées dans le chapitre 7, il est recommandé d'essayer de parler directement avec le clinicien qui réalisera la nouvelle évaluation, et non seulement de lui transmettre nos observations écrites. Cependant, ce contact direct n'est pas toujours possible. Il est donc impératif de suivre cette règle de base : « Soyez exhaustif ! », car il est notoire que certains patients se ferment au dialogue après leur transfert dans un autre service. En effet, lors d'une évaluation dans une autre unité, le patient peut franchement nier toute idéation suicidaire, afin d'éviter une hospitalisation. La seule source d'information fiable sera donc le compte-rendu que nous avons rédigé. Il n'est pas exagéré de dire qu'un bon dossier peut être vital dans de telles situations.

De toute évidence, nos observations seront immédiatement utiles aux prochains cliniciens. Mais au-delà du contenu que nous transmettons, nos données peuvent avoir un impact indirect en éclairant le processus clinique qui se déroulera lors de cette future évaluation. Voyons de quelle façon.

L'une des tâches les plus importantes pour notre futur collègue, en particulier en service d'urgences ou au cours d'une crise d'un patient qui lui est inconnu, sera d'évaluer la véracité des réponses du patient. A-t-il décrit la totalité de sa planification suicidaire ? Est-elle décrite avec précision ? Les données recueillies reflètent-elles fidèlement la réalité ou sont-elles entachées

par une dissimulation volontaire ou une désinformation involontaire induite par des mécanismes de défense comme le déni ou la rationalisation ?

C'est là que la rédaction méticuleuse de notre compte-rendu peut jouer un rôle en aidant notre futur collègue à déterminer si le patient fournit des données fiables. Par exemple, après avoir recueilli les événements suicidaires passés grâce à la méthode ECES, le clinicien peut comparer ces informations avec celles obtenues auparavant auprès du patient. Ces données devraient être similaires. Si ce n'est pas le cas, le clinicien mettra peut-être en doute les informations fournies par le patient, ce qui pourrait le conduire à approfondir l'entretien, ou l'alerter qu'il serait prudent de contacter d'autres sources d'informations. Elles pourraient même l'inciter à nous appeler, l'échange pourrait lui apporter de nouvelles informations et des perspectives cliniques capitales.

Dans cette partie de l'annexe A, nous avons vu les principes et techniques de base qui nous montrent « comment » rédiger un bon dossier, d'utilité directe pour nos patients. Voyons maintenant comment un dossier mal rédigé pourrait aider l'avocat du plaignant à nous atteindre et, inversement, comment constituer un dossier qui aidera notre propre avocat à nous protéger d'une action judiciaire injustifiée.

Comment un avocat utilise le dossier clinique pour vous attaquer ou vous défendre lors d'une action pour faute professionnelle

Les avocats ont une fâcheuse tendance à éplucher nos documents écrits en prêtant beaucoup plus d'attention aux détails que le clinicien ne leur en a donnée lors de leur rédaction. Ils rechercheront des omissions, des données contradictoires, des formulations non étayées par les données, des preuves d'oublis importants et d'erreurs manifestes de formulation et de diagnostic cliniques. Il est important de souligner ici que ce qui déterminera l'issue d'une action en justice n'est pas tant ce que nous dirons au procès que ce que nous écrivons dans notre bureau.

Cela pourrait paraître banal, mais un procès peut être comparé à une partie d'échecs. Chaque avocat tentera d'accroître ses avantages tout en exploitant les faiblesses de l'adversaire. Chaque équipe cherchera des contre-attaques aux acquis de la partie adverse. Ne vous méprenez pas, le but est de « faire tomber » la pièce maîtresse de l'adversaire et la partie peut devenir impitoyable. Ce « jeu » est particulièrement perturbant lorsque vous comprenez que vous êtes vous-même la pièce maîtresse visée.

Cependant, sur au moins un aspect important un procès diffère nettement d'une partie d'échecs. Pour les avocats, la « partie » commence une fois que la moitié des coups ont été joués. Par conséquent, lorsqu'il se demande s'il doit ou non accepter une affaire pour faute professionnelle, l'avocat regarde

un échiquier où les positions des pièces sont dévoilées à la mi-partie. Il a alors la possibilité d'évaluer si les soins appropriés ont été fournis et si un bon dossier a été rédigé. Il peut donc étudier cet échiquier afin de déterminer si, à ce moment-là, le jeu en vaut la peine.

Or, le compte-rendu rédigé par le clinicien dévoile le jeu à mi-partie. C'est pourquoi, comme nous l'avons établi avec nos « sept principes protecteurs », la rédaction d'un dossier clinique solide est la meilleure protection contre un procès pour faute professionnelle. Voyons comment les avocats regardent cet échiquier, à la recherche d'avantages et de faiblesses, pour déterminer comment construire nos meilleures protections.

Le point d'attaque initial d'un avocat est l'ensemble des données objectives. C'est parmi ces données objectives que les signes révélateurs de négligence apparaîtront, par exemple des données insuffisantes ou mal rédigées. Il y a deux domaines de données objectives dans une évaluation du potentiel suicidaire : (1) les facteurs de risque, et (2) l'idéation, la planification et l'intention suicidaires spécifiques du patient.

Donc la première tâche de l'avocat sera de chercher si les facteurs courants de risque de suicide sont mentionnés dans le document rédigé. Si tel n'est pas le cas, il peut argumenter que les normes des soins n'ont pas été respectées, car le clinicien n'a pas abordé les facteurs de risque typiques.

Si le patient répond « non » à votre question sur un facteur de risque, assurez-vous de consigner cette « information négative pertinente ». Si vous ne le rédigez pas, il n'y aura aucune preuve que vous ayez posé la question. Consigner des informations négatives pertinentes – toutes les questions auxquelles le patient répond par la négative – est l'une des protections principales contre un procès pour négligence ou, plus précisément, contre une apparence de négligence en raison de données insuffisantes. Par exemple, dans la rubrique « Histoire familiale », si, d'après le patient, il n'y a eu aucun suicide, vous écrirez :

Le patient a évoqué un trouble bipolaire chez son père et l'alcoolisme de deux tantes paternelles. Il nie souffrir de trouble bipolaire, de schizophrénie, de troubles anxieux, d'abus de substance ou de tout autre trouble psychiatrique. Il n'a pas d'histoire familiale de suicide.

La deuxième tâche de l'avocat sera de vérifier si les idéations, les planifications et les intentions suicidaires ont été évoquées correctement. Conclusion : si vous avez rassemblé une bonne base de données grâce à la méthode ECES, consignez toutes les données dans le dossier. Sinon, on s'efforcera de prouver que vous ne les avez pas recherchées. Si ces informations manquent dans le compte-rendu écrit, votre sort dépendra uniquement de qui le jury croira. Croiront-ils l'avocat du plaignant, qui bénéficie d'années de pratique dans l'art de convaincre un jury, ou vous croiront-ils, vous, qui n'avez

absolument aucune expérience dans ce domaine et qui êtes, à ce moment-là, vraiment terrifié. Évitez de vous retrouver dans une telle situation. Rédigez un dossier complet !

La troisième tâche de l'avocat dans son évaluation des données objectives est à l'opposé des deux précédentes. Cette fois-ci, au lieu de rechercher les données manquantes – qui évoquent une base de données insuffisante –, l'avocat recherchera des « données compromettantes » dont la présence suggère que son client était en danger imminent et que le clinicien est passé à côté.

C'est là qu'une fuite de données subjectives vers la base de données objectives peut se révéler gênante. Je pense que le problème le plus courant découle d'une mauvaise utilisation d'un seul terme : « suicidaire ». Utilisez-le avec maintes précautions. Premièrement, remarquez que le terme « suicidaire » est clairement une opinion subjective ; par conséquent, il ne devrait pas figurer dans les données objectives telles que définies précédemment. Deuxièmement, remarquez que, lorsqu'il est utilisé seul sans des qualificatifs tels que « légèrement », « modérément » ou « gravement », il reste vague, et un jury peut facilement lui attribuer les connotations les plus inquiétantes. Troisièmement, dans le même ordre d'idée, notez que, pour le jury, le terme « suicidaire » n'est pas de bon augure. Un juré peut facilement supposer que si le clinicien pense que le patient est suicidaire, il est évident qu'il faut l'hospitaliser. Les jurés ne savent pas que vous pourriez en décider autrement si le patient est seulement légèrement ou modérément suicidaire et qu'un projet de soutien efficace a été mis en place. Tous ces aléas font du mot « suicidaire » un « signal d'alarme » lorsqu'il se glisse dans les données objectives. De plus, lorsqu'une opinion subjective figure dans la base des données objectives du dossier, elle prend elle-même l'apparence d'un « fait ». En tant que « fait », elle peut alors paraître plus accablante.

Avant de regarder comment une combinaison de ces facteurs peut causer des ravages dans votre défense, je dois mentionner deux exceptions à cette règle. Il y a deux catégories dans la base des données objectives où le terme « suicidaire » peut être utilisé en toute sécurité. Premièrement, si vous retranscrivez les mots exacts du patient et qu'il a utilisé le terme « suicidaire » ; et deuxièmement, si le mot est utilisé uniquement pour qualifier un autre mot, comme dans « idéation suicidaire ».

Si vous appliquez ces principes simples, vous serez en sécurité. Sinon, vous le regretterez. Voici un exemple d'une erreur facile à commettre si vous ne comprenez pas ces principes ; il souligne l'importance des « regrets » que vous risquez d'avoir. Le compte-rendu qui suit fait partie de la rubrique « Histoire de la maladie actuelle ». Souvenez-vous que cette rubrique figure dans les données objectives du compte-rendu rédigé :

Le patient s'est présenté dans notre service d'urgences pour consultation. Apparemment il était très stressé par son récent divorce et il était suicidaire par intermittence depuis environ 3 semaines. Inquiet pour ce patient suicidaire, son thérapeute nous l'a adressé pour une hospitalisation éventuelle.

Maintenant, voyons pourquoi il y a une lueur d'excitation dans le regard de l'avocat du plaignant à la lecture de ce dossier ; il imagine déjà son gambit lors de la partie d'échecs au tribunal.

Avocat : Dr Jones, pouvez-vous, s'il vous plaît, lire au jury cette phrase extraite de votre évaluation initiale, lignes 2 à 6 de la première page.

Prévenu : Oui. « Apparemment il était très stressé par son récent divorce et il était suicidaire par intermittence depuis environ 3 semaines. Inquiet pour ce patient suicidaire, son thérapeute nous l'a adressé pour une hospitalisation éventuelle. »

Avocat : Donc à l'époque de votre évaluation, vous avez écrit que ce patient, décédé aujourd'hui suite à un suicide, était par intermittence suicidaire depuis environ 3 semaines.

Prévenu : Eh bien, vous devez comprendre que ce que...

Avocat : Excusez-moi, désolé de vous interrompre, je ne vous demande pas d'interpréter ce que vous avez écrit ; je veux seulement savoir si vous avez écrit que ce patient était suicidaire depuis environ 3 semaines.

Prévenu : (sourir de frustration) Oui, mais...

Avocat : Vous avez également écrit qu'un autre clinicien expérimenté, le jour même où vous l'avez examiné, pensait que ce patient était « suicidaire ». En effet, il vous a adressé ce patient parce qu'il était suicidaire.

Prévenu : Eh bien, une fois encore, vous devez...

Avocat : S'il vous plaît, Dr Jones, répondez seulement par « oui » ou « non ». Vous aurez l'opportunité de nous exposer votre raisonnement sur ce suicide plus tard, si votre avocat le souhaite. Tout ce que je veux savoir c'est si vous l'avez écrit.

Prévenu : Oui, visiblement c'est ce que j'ai écrit. Je viens de vous le lire dans mon compte-rendu, vous le savez parfaitement (dit un peu sèchement).

Avocat : Dr Jones, je veux simplement m'assurer que nous pouvons supposer que si vous écrivez quelque chose, c'est que vous le pensez.

Prévenu : Oui, mais je vois ce que vous essayez de faire.

Avocat : Dr Jones, ce que j'essaie de faire ici c'est de découvrir la vérité, c'est ce que je m'efforce de faire. Maintenant, pour une raison quelconque, lorsque vous avez vu ce patient, vous avez changé d'avis sur son état suicidaire. Il est clair d'après vos notes que vous pensiez qu'il était par

intermittence suicidaire depuis environ 3 semaines. Visiblement, à la fin de cet entretien, vous aviez changé d'avis.

Maintenant ce qui me préoccupe c'est pourquoi vous avez changé d'avis puisque vous aviez raison au départ. D'après votre compte-rendu, le clinicien référant pensait que ce patient était suicidaire ; il avait également raison au départ. Ce patient était visiblement suicidaire. Il est mort. Vous aviez visiblement complètement tort. C'est ce qui me préoccupe. C'est également ce qui préoccupe les parents du défunt. C'est la raison pour laquelle nous sommes ici aujourd'hui. Merci, plus de question pour le moment.

Ouah, quel gâchis ! Il vaut mieux être accompagné d'un bon avocat. Deux bons avocats seraient encore mieux ! Souvenez-vous, au tribunal, le jury évaluera les négligences de votre compte-rendu face à la douleur d'une famille en deuil – une douleur efficacement mise en valeur par le talent d'un avocat expérimenté. Ce seul terme subjectif – « suicidaire » – peut amener directement au cauchemar s'il n'est pas utilisé correctement dans la base des données objectives. Voyons comment tout cela aurait pu être évité en appliquant les principes décrits précédemment. Voici l'exemple du dossier de ce même patient rédigé de manière à la fois plus précise et, du point de vue de la protection juridique, bien plus solide :

Le patient s'est présenté dans notre service d'urgences pour une consultation. Apparemment, il était très stressé par son récent divorce. Il souffre par intermittence d'idéations suicidaires transitoires depuis environ 3 semaines. À cause de ces idéations suicidaires passagères, son thérapeute nous l'a adressé pour évaluer la gravité de ces idéations et déterminer si une hospitalisation peut être nécessaire.

Gambit refusé ! Aucun avantage inutile n'a été offert à l'avocat de l'équipe adverse. En écrivant simplement la vérité en termes non ambigus et en évitant toute opinion subjective (« suicidaire » n'est utilisé que pour qualifier un autre terme) dans la base des données objectives, nous avons créé un document solide d'un point de vue médicolégal. Nous nous sommes construit une meilleure protection.

La question suivante est de déterminer combien a coûté cette protection. La réponse est : presque rien. Notez que cette simple mesure de sauvegarde, créée en gardant la base des données objectives exempte de toute opinion subjective, ne nécessite pratiquement pas de temps supplémentaire lors de la rédaction des observations ; mais que d'ennuis évités au clinicien ! Lorsque nous devons rédiger un compte-rendu, la technique compte !

Pour conclure cette partie, abordons le deuxième angle d'attaque majeur d'un avocat : la formulation subjective. Son plan d'attaque est simple mais relativement efficace. L'avocat recherche les faiblesses suivantes dans l'avancée des pièces du clinicien sur l'échiquier :

1. Le clinicien a fait preuve d'incompétence ou de négligence dans les soins prodigués.
 - a. Mauvais jugement (en dessous des normes de soins) lors de l'évaluation des facteurs de risque.
 - b. Mauvais jugement (en dessous des normes de soins) lors de l'évaluation des niveaux de l'idéation, de la planification et de l'intention suicidaires.
 - c. N'a pas exploité les sources d'informations complémentaires (l'épouse, le partenaire, les amis, les membres de la famille, les employeurs, le thérapeute ou le psychiatre du patient).
 - d. N'a pas informé ni réuni les personnes disponibles pour soutenir le patient et essayer de créer un environnement interpersonnel sûr.
 - e. N'a pas obtenu les comptes-rendus cliniques ou les a obtenus mais ne les a pas lus.
 - f. N'a pas recherché un autre avis lorsque c'était indiqué.
 - g. N'a pas adressé le patient ailleurs lorsque c'était indiqué.
 - h. N'a pas mis en place un suivi adapté.
 - i. N'a pas délivré le suivi thérapeutique proposé.
 - j. N'a pas vérifié si le suivi thérapeutique proposé était utilisé et, si tel n'était pas le cas, n'a pas favorisé l'accessibilité aux soins.
 - k. A choisi une intervention thérapeutique inadaptée ou dangereuse.
2. Le clinicien est compétent, mais a mal agi.
 - a. Le patient n'a pas été hospitalisé parce que le clinicien et/ou le personnel soignant ne l'apprécient pas.
 - b. Le patient est sorti d'hospitalisation prématurément parce que le clinicien et/ou son équipe n'appréciait(en)t pas le patient, ou parce que son assurance ne couvrait plus ses frais.
 - c. Le clinicien n'a pas pu prendre les décisions appropriées en raison d'un intérêt personnel ou d'une violation des limites de la relation thérapeute-patient.

C'est une excellente liste de ce qu'il faut faire ou ne pas faire lors d'une évaluation du potentiel suicidaire, et qui souligne les normes de soins acceptées. Faute de remplir ces critères, un procès peut alors se révéler approprié et nécessaire pour empêcher un clinicien incompétent de causer plus de dégâts. Nous supposons ici que le clinicien remplit ces critères. Notre question porte sur la manière de rédiger un compte-rendu qui protégera le clinicien compétent d'un procès injustifié en raison de sa formulation du potentiel suicidaire.

Ce premier conseil semble évident, mais dans un service d'urgences agité, je trouve qu'il est facile de l'oublier : rendre compte de ce que vous avez fait.

Le document est souvent rédigé dès la première formulation du potentiel suicidaire. Imaginons que vous avez effectué une évaluation complexe du potentiel suicidaire qui a requis de contacter des sources d'informations complémentaires, et de demander l'avis d'un collègue, par exemple un psychiatre de garde. Voici un exemple de compte-rendu correctement rédigé :

Après avoir eu un entretien avec le patient, pris connaissance de son dossier, conversé avec sa mère et sa sœur au téléphone, discuté de ce cas clinique avec l'infirmière responsable et fait le point avec le psychiatre de garde (tous deux ayant approuvé ma formulation), je pense que M. Jakins ne présente pas de risque de suicide imminent. Les raisons de cette conclusion sont les suivantes : ...

L'avocat qui vous défend affichera un large sourire à la lecture de ces lignes dans le dossier. De plus, leur rédaction ne prend pas beaucoup de temps. D'ailleurs, comme nous l'avons observé précédemment, si le clinicien prend l'habitude de se demander systématiquement si de tels contacts ont eu lieu (et doivent donc être documentés), cela peut l'aider à repérer une source d'information oubliée. Comme nous l'avons constaté tant de fois, un bon compte-rendu et de bons soins se renforcent l'un l'autre.

Un avertissement mérite d'être mentionné. De même que vous dressez la liste des données objectives, assurez-vous de répertorier les « informations négatives pertinentes » dans votre formulation clinique. Si vous tentez de contacter un thérapeute et qu'il n'est pas chez lui, notez-le. Si vous ne pouvez pas vous procurer le dossier du patient, notez que vous avez essayé. Si le patient refuse de vous laisser parler avec l'un de ses proches et que vous ne pensez pas disposer de suffisamment d'éléments dans l'évaluation de son potentiel léthal pour outrepasser sa volonté, consignez votre raisonnement. Enfin, si la personne que vous contactez ne peut vous fournir des informations fiables, notez-le aussi (par exemple, lorsque je l'ai appelé, son épouse s'est révélée hostile et en état d'ébriété aiguë ; de ce fait, la validité de ses informations est discutable). Ces « informations négatives pertinentes » vous aideront à éviter un procès, car elles constituent des preuves concrètes qu'il est peu probable que vous ayez été négligent. Ainsi, ces éléments supplémentaires renforcent votre protection.

Le point suivant représente peut-être le cœur du problème de cette protection lorsque vous rédigez une formulation clinique. Dit simplement, en plus d'exposer clairement votre décision sur le potentiel suicidaire du patient, il est tout aussi important de décrire comment et pourquoi vous êtes arrivé à cette décision. Les autres cliniciens et les avocats s'intéresseront aux « comment » et « pourquoi » de votre décision, et non pas seulement à la décision elle-même.

Par exemple, supposons que l'un de vos patients souffre de schizophrénie chronique. Il consulte pour des hallucinations impérieuses de faible intensité

qui lui commandent de se tuer. Après considération méticuleuse des nombreuses variables importantes dans l'évaluation de la dangerosité liée à ses hallucinations impérieuses, vous décidez qu'il n'est pas en danger imminent. Voici comment *ne pas* décrire cette décision :

Après avoir examiné le contenu de ses hallucinations impérieuses, je ne pense pas que ce patient présente, actuellement, un risque de passage à l'acte.

Ce compte-rendu expose vos conclusions, mais n'explique pas le « comment » et le « pourquoi » de votre choix ; par conséquent, il ouvre largement la voie à un avocat talentueux pour convaincre un jury que votre décision clinique ne correspondait pas aux normes de soins en vigueur. Puisque vous n'avez pas décrit comment vous êtes arrivé à ce jugement clinique, votre seule défense sera vos paroles lors du procès, et l'avocat de la partie adverse utilisera toutes les astuces légales existantes pour convaincre le jury de ne pas accorder grande importance à vos dires.

Il n'est pas nécessaire d'en arriver là. Il suffit de rédiger quelques lignes pour réduire considérablement la probabilité d'un tel scénario, comme le montre l'exemple suivant :

Bien que M. Everly souffre actuellement d'hallucinations impérieuses décrites dans les rubriques « HMA » et « État mental », je ne pense pas qu'il soit susceptible de passer à l'acte dans un futur proche. Par le passé, pour les quelques occasions où il est passé à l'acte, il a décrit ses hallucinations comme étant fortes, harcelantes et incessantes. À de tels moments, il disait ne plus avoir le contrôle de lui-même. Son dernier passage à l'acte s'est produit il y a plus de 30 ans. Aujourd'hui, il décrit ses voix comme étant peu fréquentes et faibles. Elles ne semblent pas gêner M. Everly, comme le reflète son affect plaisant, illustré par ce commentaire : « Docteur, ne vous en faites pas pour ces voix, ce démon me parle depuis des années et je ne l'écoute plus depuis très longtemps, ce n'est pas maintenant que je vais le faire. » Sa femme a bénéficié d'une bonne information sur la schizophrénie et sait quand et comment nous contacter si un problème survient.

L'importance de décrire les « comment » et les « pourquoi » de nos décisions cliniques semble évidente dans l'exemple ci-dessus. Cependant, je dois admettre que lorsque je manque de temps, j'ai souvent tendance à court-circuiter cet aspect du compte-rendu. Je m'efforce d'éviter de tels raccourcis lorsque je rédige ma formulation clinique, quand cela est possible. Mais lorsque de tels raccourcis deviennent nécessaires en raison de graves contraintes horaires, les principes énoncés ci-dessus peuvent m'aider à faire un choix avisé.

La pierre angulaire de nombreux procès injustifiés à la suite d'un décès par suicide est la perception que le clinicien a fait preuve de mauvais jugement clinique. Les avocats spécialisés acceptent de nombreuses affaires pour faute professionnelle parce qu'ils détectent un mauvais jugement clinique à la simple lecture du dossier. Seul un bon compte-rendu qui documente les « comment » et les « pourquoi » d'une formulation solide peut décourager un tel avocat et l'inciter à refuser l'affaire.

Avant de poursuivre, faisons l'inventaire de ce que nous avons appris sur les principes généraux de rédaction d'un compte-rendu médico-légal solide.

Rédaction des données objectives

1. Prenez le temps de lister les facteurs de risque découverts dans les rubriques appropriées des données objectives (« HMA », « Histoire familiale », « État mental », etc.). Cela vous fournira les données permettant d'étayer votre formulation du potentiel suicidaire dans la partie concernant les données subjectives et vous aidera à montrer que vous n'avez pas fait preuve de négligence dans la constitution d'une base de données correspondant aux normes de soins en vigueur.
2. Consignez par écrit les « informations négatives pertinentes » sur les facteurs de risque (par exemple, « pas d'antécédent de tentative de suicide antérieure » dans les « Antécédents psychiatriques » ou « pas d'histoire de suicide » dans l'« Histoire familiale ») pour démontrer une fois encore qu'une évaluation complète a été entreprise et qu'une recherche des facteurs de risque et de soins adaptés a été mise en place.
3. Assurez-vous de lister les informations pertinentes positives et négatives sur les idéations, les intentions et les planifications suicidaires du patient découvertes grâce à la méthode ECES ou à tout autre méthode similaire permettant de mettre au jour de telles données.
4. Ne laissez pas des opinions subjectives influencer la rédaction de votre compte-rendu des données objectives. Cela s'applique plus particulièrement au terme « suicidaire » qui ne devrait pas apparaître dans la rubrique des données objectives du dossier, à moins de citer directement le patient ou pour qualifier un autre terme, comme dans « idéation suicidaire ».

Rédaction de la formulation subjective

1. Si cela n'a pas déjà été fait dans les rubriques des données objectives, listez toujours les ressources utilisées pour votre formulation clinique : les proches, d'autres professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, les dossiers de l'hôpital et d'un centre de consultation, ainsi que les experts conseils.
2. Listez les « informations négatives pertinentes », par exemple toute personne que vous avez essayé de contacter sans y parvenir ou tout dossier

clinique que vous n'avez pas pu vous procurer. Consigner ces faits permet de démontrer que vous n'avez pas fait preuve de négligence dans vos tentatives de recueil des informations sur la sécurité du patient.

3. Prenez le temps de rédiger un compte-rendu méticuleux des « comment » et « pourquoi » du raisonnement qui vous a conduit à vos conclusions cliniques sur la sécurité immédiate du patient. Cette partie du compte-rendu constitue sans doute l'élément le plus important de votre défense face à la loi. S'il est correctement rédigé, vous pourrez considérablement réduire le risque qu'un avocat accepte de vous traduire en justice. Cette documentation facilitera aussi considérablement votre défense si l'affaire est portée devant les tribunaux.

Nous sommes maintenant prêts à faire la synthèse. Nous prendrons les trois « comment » du compte-rendu de l'évaluation du potentiel suicidaire et étudierons leur mise en œuvre grâce à des exemples concrets de solides comptes-rendus cliniques et médicolegaux du potentiel de risque.

De la théorie à la pratique : exemples de comptes-rendus solides

Compte-rendu des données objectives

I. Compte-rendu des facteurs de risque

La rédaction de notre première rubrique des données objectives – les facteurs de risque classiques – est la plus évidente. Comme nous l'avons déjà mentionné, il est important de se souvenir des éléments suivants. Soyez complets car cela vous aidera à démontrer concrètement que vous n'avez pas négligé la recherche des facteurs de risque. Mentionnez toutes les « informations négatives pertinentes » concernant des facteurs de risque, telles que « pas d'antécédent de tentative de suicide » ; cette démarche démontre une fois de plus votre minutie, un aspect important qui correspond aux normes de soins en vigueur.

Les divers facteurs de risque seront mis au jour au cours des différentes parties de l'entretien, ce qui implique donc qu'ils devront figurer dans des sections différentes des données objectives. Par exemple, les facteurs de risque apparaîtront dans les rubriques suivantes de la base des données objectives.

1. Identification et profil démographique : facteurs de risque tels que l'âge et le sexe.
2. Histoire de la maladie actuelle : facteurs de risque tels que la consommation actuelle de drogue ou d'alcool, la présence de symptômes psychiatri-

ques et/ou psychotiques, des facteurs de stress récents et une sortie d'hospitalisation, des consultations récentes dans un service d'urgences ou des contacts récents avec des cliniciens de crise.

3. Antécédents et traitements psychiatriques antérieurs : facteurs de risque tels que des tentatives de suicide antérieures, les réponses aux précédentes interventions thérapeutiques, la présence de troubles psychiatriques chroniques comme un trouble état limite de la personnalité ou un trouble bipolaire.
4. Histoire développementale et sociale : systèmes de soutien, relations interpersonnelles conflictuelles, présence ou absence d'un partenaire, détails sur les facteurs de stress et facteurs déclencheurs.
5. Histoire familiale : facteurs de risque tels qu'antécédents de suicide et tentatives de suicide parmi les parents de sang, sentiments du patient envers et/ou son identification avec des membres de sa famille qui se sont suicidés.
6. Antécédents médicaux : facteurs de risque tels que la présence d'une douleur chronique et/ou la présence d'une pathologie invalidante ou létale.

Pour illustrer ces propos, nous étudierons un compte-rendu bien rédigé des antécédents psychiatriques. Vous remarquerez la clarté du compte-rendu des antécédents d'abus de drogue et d'alcool, le signalement d'une tentative de suicide antérieure et d'une information négative pertinente : « pas de tentative de suicide récente ».

Antécédents psychiatriques : La patiente évoque des antécédents d'abus d'alcool de 17 à 23 ans, y compris des états d'ivresse au cours de nombreux week-ends. Elle nie avoir des antécédents de perte de conscience, crises, arrestations pour conduite en état d'ivresse ou consommation de drogues. Aucune consommation d'alcool depuis plus de 10 ans. Elle nie présenter des antécédents de schizophrénie, de trouble bipolaire ou de tout autre trouble psychiatrique. Pas de traitement psychiatrique ou d'hospitalisation. À 19 ans, sous l'emprise de l'alcool, elle dit avoir avalé une poignée de comprimés d'aspirine après sa rupture avec un petit ami, mais n'avoir bénéficié d'aucun soin. Elle nie tout autre antécédent d'idéation ou de tentative de suicide.

II. Compte-rendu des idéations, planifications et intentions suicidaires

Pour « donner vie » à la documentation de la deuxième partie des données requises dans une évaluation du potentiel suicidaire (l'idéation suicidaire du patient), il serait utile de montrer un prototype de compte-rendu fondé sur le cas d'un patient déjà abordé dans cet ouvrage. Nous regarderons comment

vous pourriez rédiger un compte-rendu solide des idéations et planifications suicidaires de Barbara avec qui nous avons fait connaissance dans le chapitre 6. Souvenez-vous, nous avons utilisé une retranscription directe de l'entretien clinique de Barbara pour illustrer la méthode ECES (p. 153-183). Tous les exemples de cette partie s'appuieront sur les informations recueillies au cours de cet entretien, vous offrant ainsi la possibilité rare de voir comment traduire un dialogue clinique réel en dossier clinique.

Avant d'examiner ces exemples, notons quelques principes de base. Comme pour la documentation des facteurs de risque, lors de votre rédaction du compte-rendu, vous chercherez à être complet en ce qui concerne les idéations suicidaires et des faits négatifs pertinents à ce sujet apportés par le patient. L'astuce est de s'assurer que ces informations figurent dans les bonnes rubriques de la base des données objectives et qu'aucune donnée subjective ne s'y glisse.

Dans l'HMA, le clinicien décrira toutes les idéations suicidaires et événements qui ont eu lieu pendant l'épisode actuel de la maladie jusqu'à l'instant précédant immédiatement l'évaluation, y compris la sphère des événements suicidaires récents au cours des 2 mois précédents. Dans la rubrique « État mental », le clinicien décrira toute idéation suicidaire non encore décrite dans l'HMA et toute idéation suicidaire immédiate évoquée au cours de l'entretien même (certains cliniciens incluent les descriptions du contrat de confiance dans cette rubrique et d'autres l'incluent dans l'HMA). Dans les « Antécédents psychiatriques », toute information sur des antécédents suicidaires devra faire l'objet d'une description, comme nous l'avons déjà démontré.

Notez à quel point les différentes rubriques dans lesquelles nous inscrirons les idéations et comportements suicidaires du patient correspondent aux sphères de la méthode ECES, utilisées pour recueillir les informations au cours de l'entretien. Si le clinicien a utilisé cette méthode efficacement, toutes les données « s'intégreront naturellement » dans le document rédigé.

Il est souvent avisé d'inclure dans la rubrique « HMA » ou « État mental » toute citation directe et « parlante » du patient qui pourrait servir ultérieurement à étayer votre formulation d'un potentiel suicidaire minime. Par exemple, le clinicien pourrait inclure dans son compte-rendu des affirmations telles que : « Je ne me tuerai jamais. Je ne peux pas faire ça à mes enfants », ou « Quelle que soit ma souffrance, je sais que je ne me tuerai pas, parce que c'est un péché mortel. Ce n'est pas la bonne solution ».

Comme nous le verrons bientôt dans la partie « Résumé et formulation », nous ferons référence à de telles citations comme étant des preuves objectives qui étayaient notre décision clinique. Si vous êtes traduit en justice, vous et votre avocat apprécierez beaucoup l'existence d'une documentation aussi concrète. Ces citations fournissent également des informations importantes

pour de futurs cliniciens, et suggèrent des domaines à explorer pour évaluer si le patient possède toujours ces arguments dissuasifs.

La documentation du « contrat de confiance » ouvre une nouvelle « boîte de Pandore ». Les problèmes de ce type de documentation sont relativement complexes et peuvent jouer un rôle tellement important au cours d'un procès qu'ils justifient que nous leur consacrons une étude particulière dans l'annexe B.

Examinons maintenant le compte-rendu des idéations et des événements suicidaires de Barbara telles qu'ils pourraient être rédigés dans l'« Histoire de la maladie actuelle » (HMA). Nous appellerons Barbara « Mme Simmons ». Quelque part au sein de cette rubrique, selon la chronologie du compte-rendu, pourrait figurer ce qui suit.

HMA... [précédents paragraphes] ...

Au cours des mois précédents, Mme Simmons a développé des idées de suicide. Son projet le plus récent était de stocker différents médicaments en vente libre et, courant juin, de se rendre dans une maison éloignée pour les avaler et se tirer une balle. Elle avait stocké une vingtaine de flacons de Tylenol® et de Benadryl® et disposait déjà d'une arme à feu chez elle. Elle avait aussi rédigé des lettres d'adieu pour les personnes importantes de sa vie. Un vendredi soir, un mois avant qu'elle n'ait l'intention de mettre en œuvre son projet, elle avait spontanément confié ses pensées suicidaires à une amie et accepté de se rendre dans un service d'urgences pour obtenir de l'aide.

Au cours de ces derniers mois, elle avait aussi pensé se jeter dans le fossé avec sa voiture, mais nie être montée dans une voiture dans cette intention. Elle présentait des idées passagères de pendaison, mais n'avait entrepris aucune démarche dans ce sens. Elle nie toute idée de défenestration ou d'intoxication au monoxyde de carbone. Il y a plusieurs mois, elle a pensé s'ouvrir les veines. Elle s'est procuré un rasoir dans ce but, mais ne l'a jamais posé sur son bras. Elle a pris la décision de ne pas se tuer : « Je ne veux pas faire ça à mes enfants. Je ne voudrais pas que quelqu'un d'autre les élève. » À l'heure actuelle, elle nie toute idée ou idéation suicidaire.

Ce résumé clair et complet fournit une mine d'informations à tout futur clinicien amené à évaluer Barbara aux urgences. Le compte-rendu de l'importance et des détails de sa planification mettra l'accent sur la gravité de ses pensées, tout en fournissant des sujets spécifiques à explorer pour déterminer si de nouvelles planifications ont été envisagées depuis lors. Notez qu'il offre également au futur clinicien un moyen de tester la validité des informations fournies par la patiente, car il peut comparer sa description de ses idéations suicidaires passées avec les informations consignées sur notre compte-rendu. Ce résumé fournit aussi au prochain clinicien des motifs potentiels d'hospi-

talisation sans consentement dans certains États des États-Unis, puisque l'accumulation de comprimés représente une action entreprise en vue d'une autoagression.

D'un point de vue légal, l'exhaustivité de notre dossier rendra difficile toute attaque pour négligence au cours de l'entretien. Le clinicien a de toute évidence été méthodique, comme l'atteste la liste judicieuse de faits négatifs pertinents, tels que : « Elle nie avoir des idées de pendaison ou d'intoxication au monoxyde de carbone. » Nous avons également eu la prudence d'inclure une preuve concrète que Barbara avait une puissante raison de vivre, en citant ses propres paroles le plus fidèlement possible : « Je ne peux pas faire ça à mes enfants, je ne voudrais pas que quelqu'un d'autre les élève. »

Ce que nous n'écrivons pas est presque aussi important que ce que nous écrivons. Nous ne rédigeons aucun commentaire subjectif dans la base des données objectives – nous n'indiquons pas si nous pensons que Barbara est ou n'est pas en sécurité. Nos impressions seront consignées dans notre formulation clinique du risque et n'ont pas leur place dans cette rubrique. Au contraire, nous nous assurons de faire le compte-rendu des données brutes qui nous serviront à étayer notre formulation concernant sa sécurité.

Pourtant, cette base de données démontre que Barbara souffrait de nombreuses idéations suicidaires. Certains cliniciens pourraient objecter que le compte-rendu précis de ses idéations pourrait faire mauvais effet au tribunal. Qu'il en soit ainsi ! C'est la vérité. De plus, notre objectif est de décrire la vérité sur la présentation clinique de Barbara afin que de futurs cliniciens puissent prendre de bonnes décisions. Jusqu'ici, nous avons seulement consigné une partie des données objectives. Une fois que nous aurons rendu compte de toutes les données brutes, nous devrions avoir une base solide montrant qu'elle est en sécurité. Si tel n'est pas le cas, il serait sage de reconsidérer notre décision. Notre formulation du risque est peut-être erronée. C'est pourquoi il est si important, lors de la rédaction des données objectives, de décrire simplement ce que nous savons – les facteurs de risque et les facteurs protecteurs – et de laisser les données nous conduire vers une formulation juste du risque potentiel.

D'un point de vue médical, il est crucial de nous assurer que nous n'omettons pas involontairement des données brutes importantes qui étaieraient notre décision sur la sécurité du patient. Il est facile de commettre de telles erreurs lorsque nous sommes soumis à des contraintes de temps, mais il est essentiel d'éviter de telles omissions. Si vous appliquez les principes de cette annexe, vous vous souviendrez de cet impératif. Grâce à un entraînement continu, vous deviendrez habiles dans la rédaction rapide des données importantes qui soutiendront votre décision.

À ce stade précoce de la documentation du potentiel suicidaire dans l'HMA, Barbara semble être plutôt en danger. À vrai dire, un avocat qui envisagerait d'accepter cette affaire, bien que déçu que la négligence au cours

l'entretien ne semble pas être une ligne d'attaque prometteuse, pourrait être attiré par la possibilité d'un mauvais jugement clinique du clinicien car, jusque-là, la sécurité de Barbara semble compromise. En effet, sa planification suicidaire est étendue, elle a les moyens de la mettre en œuvre et elle présente même des motifs d'hospitalisation sans consentement.

Mais regardez ce qu'il advient de l'enthousiasme de notre avocat lorsque nous continuons à exposer les faits de manière précise, en nous assurant de consigner tous les faits qui soutiendront notre formulation finale indiquant que Barbara peut repartir en toute sécurité. Souvenez-vous que Barbara avait été reçue au service d'urgences un vendredi soir. L'entretien dont nous rédigeons maintenant le compte-rendu s'est déroulé le lundi suivant et faisait partie de l'évaluation permettant de déterminer si Barbara pouvait intégrer un groupe de soutien de crise en ambulatoire. Voici le paragraphe suivant de l'HMA :

Barbara s'est montrée coopérative et reconnaissante pour les interventions du service d'urgences vendredi soir. Son mari s'est rendu dans le service d'urgences et s'est montré responsable et impliqué. Tous les professionnels consultés cette nuit-là, le psychiatre de garde, les infirmiers ainsi que le médecin du service d'urgences, pensaient que Barbara pouvait sortir sans risque. Barbara et son époux approuvèrent avec enthousiasme le projet prévoyant que Barbara appellerait l'équipe de crise deux fois le samedi et deux fois le dimanche pour des conseils de soutien. L'équipe de crise ainsi que Barbara nous ont rapporté, aujourd'hui, que ces séances se sont très bien passées, et son époux le confirme. Barbara affirme n'avoir eu aucune idéation suicidaire au cours de ce week-end ; ce fait est également confirmé par son mari qui l'a interrogée à ce sujet plusieurs fois au cours du week-end. L'arme à feu a été retirée de la maison comme cela avait été demandé.

Un avocat à la recherche d'un bon procès n'en trouvera pas ici. De plus, notez que l'avocat n'a pas encore lu la moindre phrase de notre formulation du risque. Nos données objectives nous protègent. Le simple fait de rédiger un compte-rendu précis de ce que nous savons mettra en place notre bouclier médico-légal. Ces données objectives nous conduisent à conclure que la patiente est en sécurité, conclusion qui nous semble appropriée d'après la base des informations disponibles au moment de l'entretien. En bref, les soins correspondent aux normes en vigueur.

Le cas de Barbara est excellent pour notre démonstration, car elle présente un tableau clinique particulièrement complexe, avec bien plus de facteurs de risque élevés que dans la plupart des évaluations. Son cas nous amène à ce double constat : (1) il démontre que l'application de quelques principes de base peut apporter une protection médico-légale puissante même dans les cas à haut risque, et (2) il nous rappelle que la plupart des évaluations, et des

comptes-rendus qui en découlent, ne sont ni aussi complexes ni aussi chronophages. En effet, la plupart des comptes-rendus peuvent être rédigés en quelques minutes. Si vous pouvez appliquer ces principes pour un cas aussi complexe que celui de Barbara, vous trouverez facile, et avec une perte de temps minime, d'utiliser ces techniques de rédaction d'un compte-rendu solide dans votre pratique quotidienne.

Voyons maintenant comment nous pourrions rendre compte des idéations et des événements suicidaires passés de Barbara. Ce sera relativement simple :

Antécédents psychiatriques :

... [Autres informations concernant ses antécédents psychiatriques] ... Barbara a souffert d'idéations suicidaires transitoires de l'âge de 15 ans jusqu'à présent, mais ne présente aucun antécédent de passage à l'acte. Elle nie tout geste ou tentative de suicide antérieur.

Simple, rapide et précis. Passons maintenant à notre compte-rendu de ses idéations suicidaires actuelles. Ces données apparaîtront toujours dans la rubrique « État mental » :

Idéation suicidaire : la patiente a souffert récemment d'idéations suicidaires (cf. HMA pour les détails). À l'heure actuelle et au cours du week-end, elle affirme n'avoir eu aucune idéation suicidaire de quelque sorte que ce soit. Elle a pu conclure avec moi un contrat de confiance en faisant preuve d'un bon contact visuel accompagné d'une poignée de main ferme.

C'est tout ! Si vous avez clairement documenté les idéations suicidaires récentes dans l'HMA, il n'est pas nécessaire de les reproduire ici. Si ce n'est pas le cas, alors c'est là qu'elles doivent figurer. Généralement, si le patient présentait des idéations suicidaires significatives, celles-ci auront déjà été décrites dans l'HMA. De plus amples informations sur le compte-rendu du contrat de confiance seront fournies dans l'annexe B.

Nous avons terminé notre discussion sur la rédaction du compte-rendu des données objectives. Il nous reste maintenant à aborder la rédaction de notre formulation subjective du potentiel suicidaire. Une fois de plus, grâce à l'application des quelques principes vus précédemment, cette tâche ne sera pas très difficile.

III. Rédaction de la formulation clinique du potentiel suicidaire

J'aimerais débiter cette partie sur la formulation du potentiel suicidaire en notant deux points. Premièrement, la formulation clinique est souvent le meilleur endroit pour documenter tout entretien avec un collègue à propos du

patient. Comme nous l'avons déjà mentionné dans cette annexe, il est avisé de mentionner toute personne avec laquelle vous avez discuté du cas et de consigner son approbation de votre décision. Voici un exemple : « Je me suis entretenu avec le thérapeute de ce patient, que j'ai pu joindre chez lui, et j'ai également consulté le psychiatre de garde ; tous deux ont entièrement approuvé le projet de soins. » La recherche d'un autre avis est probablement la meilleure défense contre un procès pour négligence. Cependant, elle est considérablement affaiblie si elle ne figure pas dans le dossier.

D'un point de vue clinique, ce type de consultation est souvent très bénéfique, même pour le clinicien très expérimenté. J'utilise toujours cette règle générale : si je me demande si ce serait une bonne idée de consulter un autre avis, cela signifie qu'il est temps de le faire. Et c'est ce que je fais.

Le second point concerne une pratique de compte-rendu à éviter. Il s'agit des formulaires d'admission ou des notes d'observations conçus dans des hôpitaux ou services d'urgences. Certaines administrations créent des formulaires sur lesquels le clinicien est censé cocher une case ou entourer un nombre qui quantifie le potentiel suicidaire du patient. Souvent, ces échelles vont de 1 à 5.

Dès le début, cette notion devrait préoccuper toute personne qui comprend la nécessité de garder le subjectif hors de la base des données objectives et réciproquement. Ces formulaires tentent de faire entrer dans les données objectives un élément qui est, et qui devrait être, par nature, subjectif – notre formulation clinique –, afin de le transformer en un « fait » quantifiable par l'attribution d'un chiffre. Mauvaise idée ! Attribuer un chiffre à la formulation lui confère un poids qui peut se retourner contre le prévenu au tribunal, si un avocat décide d'utiliser cette évaluation chiffrée du subjectif. Que vous ayez attribué un score faible ou élevé au potentiel de risque du patient n'a aucune importance ; si le patient se suicide, c'est perdu d'avance devant un tribunal. Voyons pourquoi.

Disons que nous avons vu une patiente présentant de nombreux facteurs de risque et des idéations et planifications suicidaires manifestes. Nous avons donc attribué à cette patiente un niveau de risque de 5 sur 5. Mais nous avons également mis en place un réseau de soutien remarquable avec sa famille et les intervenants de crise, afin d'aider cette patiente pendant le week-end. Comme pour Barbara, l'objectif était de la faire intégrer un groupe de soutien dès le lundi. Malheureusement, le mari qui semblait tout à fait responsable et fiable est sorti s'enivrer, laissant la patiente seule. Sous le coup d'une impulsion, la patiente passe à l'acte et se tue. Maintenant examinons où nous nous retrouvons parce que nous avons attribué un niveau de risque élevé à cette patiente ; nous avons nous-même ouvert la voie aux attaques d'un avocat, qui pourraient prendre la forme suivante.

Avocat : Dr Nathan, quel était le niveau le plus élevé de cette échelle de risque ?

Prévenu : 5.

Avocat : 5 ?

Prévenu : Oui, 5.

Avocat : Pourriez-vous, s'il vous plaît, lire au jury quel chiffre vous avez attribué au niveau de risque de cette patiente.

Prévenu : (Soupirant) 5.

Avocat : Bien, je suis un peu perplexe (il se tourne vers le jury). Vous avez donné à cette patiente le niveau de risque le plus élevé. Vous ne pouviez pas lui attribuer un degré de dangerosité plus élevé sur votre échelle. Que faut-il qu'une personne qui souffre, et qui a désespérément besoin d'être hospitalisée pour sa sécurité, fasse pour être admise dans votre hôpital ?

Cet interrogatoire ne se déroule pas très bien. Il ne se passerait pas mieux si vous aviez attribué un « 4 » à cette patiente. Le même argument pourrait être utilisé, mais les termes « chiffre le plus élevé » seraient remplacés par « le chiffre presque le plus élevé sur l'ensemble de votre échelle ». Cela ne sonne pas mieux. Et un avocat habile martèlera ce message devant le jury.

La situation serait aussi mauvaise si vous avez attribué à cette patiente un chiffre faible comme un 2 et qu'elle s'est suicidée. Retournons dans notre tribunal.

Avocat : Dr Nathan, est-il vrai que, sur votre échelle de risque de suicide, un chiffre faible, comme 1 ou 2, indique un risque minime, et un chiffre élevé, comme 4 ou 5, signifie un risque plus important ?

Prévenu : Oui.

Avocat : Pourriez-vous, s'il vous plaît, nous dire quel degré de risque vous avez attribué à cette patiente dans la nuit du 22 décembre ?

Prévenu : Un 2.

Avocat : Un 2 ? C'était votre estimation clinique du niveau de risque de votre patiente ?

Prévenu : Oui.

Avocat : Juste pour être clair. Cette patiente n'est-elle pas décédée par suicide seulement 8 heures après que vous lui avez attribué le niveau de risque le plus faible de votre échelle ? Il est difficile de se tromper davantage sur un jugement clinique, n'est-ce pas, Dr Nathan ?

Bien sûr, votre avocat saute de sa chaise et crie : « Objection, votre Honneur ! » Eh bien, votre avocat peut objecter autant qu'il veut. Le jury a

entendu et la situation ne tourne pas en votre faveur. Je pense qu'il n'est pas judicieux d'attribuer un chiffre au potentiel de risque de suicide. La formulation du risque clinique est par nature subjective. Restez-en là. Décrivez simplement et en détail comment vous êtes parvenu à votre conclusion personnelle sur le risque de suicide du patient.

Comme nous l'avons établi précédemment, prenez le temps de démontrer votre raisonnement clinique, étape par étape. Si vous rédigez clairement que vous avez fait un bilan minutieux des antécédents, contacté des tiers corroborant les dires du patient, consulté si nécessaire un collègue et ensuite utilisé un bon jugement clinique, vous ne pouvez pas vous construire de meilleur bouclier contre un procès.

Voyons ces principes à l'œuvre au cours de la rédaction de notre formulation clinique du potentiel de risque de Barbara. Rappelez-vous que nous ne sommes pas tenus de rédiger une thèse ; nous devons seulement rédiger un compte-rendu clair des « comment » et des « pourquoi » de notre raisonnement, afin qu'il soit compris par un futur clinicien ou membre de jury. S'il est difficile de le rédiger de manière claire, cela signifie peut-être que votre formulation est fautive. Une fois encore, la rédaction d'un compte-rendu minutieux est un moyen de construire l'assurance qualité de votre travail. Utilisez-le.

Formulation clinique :

... [Informations concernant d'autres domaines de la formulation clinique tels que le diagnostic différentiel selon le DSM-IV, les problèmes psychologiques, etc.] ... En ce qui concerne le risque de suicide, Barbara présente un tableau assez complexe. Plusieurs facteurs indiquent une urgence suicidaire élevée : un projet bien réfléchi avec utilisation d'une arme à feu et de comprimés, l'acquisition de comprimés et une arme facile d'accès, le choix d'un lieu isolé pour le suicide et une souffrance émotionnelle significative. En revanche, lorsqu'on considère les facteurs de risque généraux, il semble qu'il existe de nombreux facteurs indiquant que la patiente est en sécurité dans l'immédiat. L'âge, le sexe, l'absence d'abus d'alcool ou de drogue, l'absence de psychose, l'absence d'antécédents familiaux de suicide, aucun antécédent de suicide antérieur ou de pathologie médicale invalidante : tous ces facteurs atténuent son profil de risque.

Lorsque nous regardons certains facteurs de risque spécifiques, il existe des arguments plus puissants en faveur de sa sécurité. Un mois avant de mettre en œuvre son suicide, elle a confié ses projets à une amie (suggérant fortement son désir d'être aidée) ; elle a coopéré pleinement avec les cliniciens du service d'urgences et a semblé reconnaissante pour leur intervention. Son engagement vis-à-vis de sa propre sécurité a été testé directement au cours du week-end. Elle a manifesté un fort désir de vivre, comme le montre le fait qu'elle ait

contacté l'équipe de crise comme elle s'y était engagée, à quatre reprises et aux heures prévues. L'équipe a rapporté qu'elle a réalisé un bon travail au cours de ces entretiens téléphoniques. Elle n'a présenté aucune idéation suicidaire pendant le week-end. L'arme a été immédiatement retirée du foyer comme l'avait demandé l'équipe de crise. Son mari a raconté qu'elle avait passé un bien meilleur week-end sans la moindre allusion suicidaire. Au cours de notre entretien, elle a nié souffrir d'idéation suicidaire et a exprimé sa forte volonté de rester en vie pour ses enfants, comme le montre ce commentaire : « Je ne pourrais pas faire ça à mes enfants, je ne voudrais pas que quelqu'un d'autre les élève. »

Bien que j'aie pensé qu'un contrat de confiance aurait ici une valeur dissuasive minime, puisqu'il s'agissait de notre première rencontre, je l'ai utilisé comme méthode pour déceler une éventuelle ambivalence quant à son engagement envers sa sécurité ; je n'ai trouvé aucun signe d'ambivalence. Elle a accepté ce contrat avec une réelle sincérité et d'une manière naturelle, avec un bon contact visuel et une poignée de main ferme, indiquant qu'elle se sentait à l'aise avec son engagement à intégrer notre groupe de soutien. Toutes les parties impliquées, y compris Barbara, son mari, le responsable de notre groupe de soutien de crise et moi-même, pensaient qu'elle serait en sécurité avec un suivi en ambulatoire.

Gardez à l'esprit que Barbara était une patiente à urgence élevée d'un point de vue médico-légal. Ses projets étaient bien planifiés, elle avait rédigé des lettres d'adieu, choisi un lieu isolé non susceptible d'être découvert et présentait même des critères d'hospitalisation sans consentement. Si elle s'était suicidée 2 mois après mon évaluation, cela aurait été un cas classique pour une action en justice. Cependant, l'éventualité d'un procès me semble fort improbable à cause du bouclier que nous nous sommes forgé sur la base de principes simples mais fondamentaux de rédaction. Notre document laisse peu de place à une action en justice. Au contraire, il présente une manne d'arguments pertinents pour notre défense. Un avocat à la recherche d'une affaire « juteuse » devra chercher ailleurs. Cette partie d'échecs a été bien menée.

Dans cette annexe, j'ai surtout voulu démontrer qu'un bon compte-rendu d'évaluation du potentiel suicidaire a le pouvoir de prévenir une action en justice lorsqu'un clinicien a fourni de bons soins. Nous avons maintenant observé l'application de ces principes à un cas clinique complexe, pour lequel le clinicien doit consacrer un certain temps à une rédaction méticuleuse du dossier. Rassurez-vous, pour la vaste majorité des évaluations, ce processus sera bien plus rapide ; les comptes-rendus peuvent être rédigés avec seulement une fraction du temps consacré à Barbara.

Les contraintes horaires extrêmes peuvent rendre l'application exhaustive de ces principes peu pratique, voire franchement difficile. Mais vous avez maintenant pris connaissance de ces principes, et j'espère que, si vous êtes confronté à de telles contraintes, vous saurez déceler les cas où il vous sera possible de raccourcir la rédaction du compte-rendu et ceux où, en revanche, il ne serait pas avisé de le faire. Vous comprenez également les coûts éventuels de tels raccourcis et vous déciderez si vous vous sentez à l'aise de les prendre. Au minimum, vous pourrez maintenant décider en toute connaissance de cause des répercussions et des éventuelles conséquences médico-légales qu'ils impliquent. Si nous considérons que le compte-rendu écrit est une assurance contre une action pour faute professionnelle, l'objectif de cette annexe aura été de faire du clinicien, qui paie de son temps le prix de cette assurance, un consommateur averti.

Nous terminerons par deux avertissements importants. Premièrement, après avoir enseigné ces techniques pendant des années, je veux insister sur le fait qu'avec l'entraînement, les cliniciens gagnent en rapidité et en efficacité dans la rédaction des comptes-rendus. En bref, je ne pense pas que le temps consacré à cette tâche soit très conséquent, à long terme. Deuxièmement, nous avons vu maintes fois que les principes de rédaction d'un dossier médico-légal solide améliorent également, et de manière significative, la qualité des soins. Et dans notre travail, peu de domaines sont plus importants que l'évaluation du potentiel suicidaire et la qualité de la prise en charge qui en découle.

Une fois les principes de cette annexe compris, le clinicien peut éprouver un sentiment de soulagement ; si nous offrons de bons soins cliniques et si nous en rédigeons un compte-rendu solide, en appliquant les principes exposés dans cette annexe, nous n'avons pas à pratiquer une médecine défensive, car un procès est peu probable. Donc, nous pouvons reléguer nos préoccupations médico-légales loin derrière nous pour nous concentrer entièrement sur notre objectif principal : bien soigner nos patients.

Nous avons débuté cette annexe par cette citation connue de Robert I. Simon :

Il y a seulement deux sortes de cliniciens : ceux qui ont eu des patients qui se sont suicidés et ceux qui en auront.

Je voudrais clore cette annexe par un corollaire à cette citation :

Pour les psychiatres qui ont prodigué de bons soins et qui, sans faute de leur part, ont perdu un patient par suicide, il n'en existe que deux sortes : ceux qui sont poursuivis et ceux qui ne le sont pas.

L'objectif de cette annexe est de s'assurer que tous les cliniciens qui offrent de bons soins, et qui perdent malheureusement un patient par suicide, feront partie de la seconde catégorie.

Références

1. Gutheil, T. G.: Liability issues and liability prevention in suicide. The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention, edited by D. G. Jacobs. San Francisco: Jossey-Bass, 1999, Chapter 31, 561–578.
2. Simon, R. I.: Taking the “sue” out of suicide: A forensic psychiatrist's perspective. *Psychiatric Annals* 30: 399–407, 2000.
3. Comstock, B. S.: Decision to hospitalize and alternatives to hospitalization. *Suicide Guidelines for Assessment, Management, and Treatment*, edited by Bruce Bongar. New York: Oxford University Press, 1992, Chapter 12, 216.
4. Simon, R. I.: *Concise Guide to Psychiatry and the Law for Clinicians*, 2nd ed., Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 1998, 143.
5. Skip Simpson, J. D.: Practice limited to psychiatric and psychological malpractice, (<http://www.skipsimpson.com>), personal communication, 2002.
6. Shea, S.C.: *Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding*, 2nd ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 1998.

Le contrat de confiance revisité : avantages, inconvénients et rédaction

Plusieurs dizaines d'années se sont écoulées depuis la première publication d'une description du concept de « contrat préventif du suicide » par Drye, Goulding et Goulding en 1973 [1]. Aujourd'hui, nous n'en avons pas appris beaucoup plus sur la prétendue efficacité de son pouvoir dissuasif. Dans son excellent chapitre sur ce sujet, Miller montre avec pertinence que certains cliniciens surestiment l'efficacité des contrats de confiance [2]. De plus, il souligne que même lorsque les cliniciens sont conscients des avantages potentiels et des limites de tels contrats, il existe peu de formations sur leur utilisation (quand et comment les utiliser, comment en rédiger le compte-rendu). Néanmoins, les cliniciens les utilisent.

Drew rapporta que 79 % des programmes étudiés dans des hôpitaux psychiatriques de l'Ohio n'utilisaient pas un contrat de « non-suicide » écrit [3]. Dans une enquête menée auprès de la faculté de médecine de Harvard, 60 à 70 % des psychiatres et psychologues affirmèrent qu'ils n'avaient jamais bénéficié d'une formation sur la façon d'utiliser ces contrats [4]. Cependant, presque tous avaient déjà vu ces contrats utilisés – en effet, presque 75 % disaient travailler dans des lieux où ils étaient utilisés régulièrement. Un tel manque de formation devient encore plus préoccupant lorsqu'on constate

que l'un des faits les plus couramment évoqués lors des procès pour faute professionnelle, à la suite d'un suicide, est la confiance excessive qu'un clinicien a pu accorder aux contrats de prévention du suicide [5].

Cet ouvrage fournit une ressource pour le clinicien confronté à ce manque de formation. Dans les chapitres 6 et 7, j'ai déjà abordé certains des avantages et inconvénients du contrat de confiance, y compris les domaines où il pourrait être nuisible, par exemple chez les patients souffrant d'un trouble état limite. Il n'est pas nécessaire de répéter ici ces informations. Néanmoins, dans la première version de cet ouvrage, je n'ai pas abordé la question importante de la rédaction du compte-rendu d'un contrat de confiance. Cette annexe rectifie cette omission. Comme dans l'annexe A, je m'efforcerai non seulement de présenter ce qui doit figurer dans le compte-rendu et pourquoi, en utilisant de nombreux exemples, mais aussi d'établir précisément comment ce contrat doit être rédigé grâce à une large utilisation d'exemples.

Depuis la publication originale de cet ouvrage en 1999, je ne cesse d'être impressionné par l'extrême intensité des débats entourant le contrat de confiance, autant parmi les professionnels du suicide que l'ensemble des cliniciens. Ce débat continu et toujours stimulant sur l'efficacité du contrat de confiance mérite un examen approfondi. De plus, notre compréhension des méthodes d'utilisation des contrats de confiance nous conduira naturellement vers une discussion sur la meilleure façon de les documenter.

En ce qui concerne le compte-rendu du contrat de confiance, reprenons l'un des principes de rédaction majeurs de l'annexe A : « De bons soins constituent une bonne protection médicolégale, si leur compte-rendu est correctement rédigé. » Si notre jugement clinique est juste lors de notre décision d'avoir recours à un contrat de confiance – ainsi que notre interprétation de sa pertinence au cours de son utilisation – et si nous en rédigeons ensuite un compte-rendu correct, nous nous sommes forgés une défense juridique solide.

Beaucoup de remarquables cliniciens se sont fortement exprimés soit en faveur, soit contre l'utilisation du contrat de confiance. On se demande comment il peut y avoir des opinions aussi diamétralement opposées à propos d'un outil clinique employé par des dizaines de milliers d'entre eux. Si les opinions des uns sont correctes, est-ce que cela veut dire que de nombreux autres cliniciens, tout aussi excellents, ont eu tort ?

Je ne le pense pas. Je crois que les deux camps ont raison, bien que cela puisse paraître paradoxal. Ils se concentrent tout simplement sur des aspects différents du débat et, suivant leur angle de vue, perçoivent différemment l'efficacité du contrat de confiance. Regardons de plus près ce paradoxe supposé. La confusion semble provenir d'une simplification extrême du débat, défini par deux « règles du jeu » qui ont, de mon point de vue, fait dévier le débat. Voyons maintenant comment cette déviation s'est mise en place.

Une première question trompeuse : « Un contrat de confiance est-il un bon facteur dissuasif du suicide ? »

Voici la première question qui semble être abordée au cours d'un débat sur le contrat de confiance : « Un contrat de confiance est-il un bon facteur dissuasif du suicide ? » Malheureusement, il s'agit là d'une simplification excessive, aussi bien du point de vue clinique que de celui de la recherche. Une façon plus utile, bien que beaucoup plus complexe, de poser cette question serait :

Le contrat de confiance peut-il servir de facteur dissuasif (par exemple, aider à sauver une vie) lorsqu'il est utilisé chez un patient spécifique qui présente des défenses psychodynamiques spécifiques, des traits de personnalité et un ensemble de facteurs de risque spécifiques, face à un clinicien spécifique, qui possède des compétences spécifiques, un nombre d'années d'expérience auprès de patients suicidaires spécifiques et qui a développé une alliance thérapeutique spécifique avec ce patient tout en étant confronté à cette question clinique cruciale : le contrat de confiance doit-t-il être conclu au cours du premier entretien ou au cours de la thérapie ?

Au stade actuel de la recherche, la réponse est catégorique : « Nous ne le savons pas. » De plus, nous pourrions ne jamais le savoir, vu le nombre redoutable de variables qu'il serait nécessaire de contrôler afin d'effectuer un tel projet de recherche.

Par conséquent, à l'heure actuelle, la réponse à cette question sur l'efficacité dissuasive du contrat de confiance est : « Je n'en suis pas certain, mais cela dépend probablement d'un ensemble de facteurs, y compris le patient, le clinicien et le contexte clinique. » Sur la base des données actuelles, il semble prématuré d'interdire ou de recommander catégoriquement le contrat de confiance chez tous les patients, comme si cet outil était une recette de cuisine. En effet, cette question nous fournit une bonne opportunité de rouvrir le débat : le contrat de confiance pourrait-il aider un patient spécifique à avoir la vie sauve ? Naturellement, chacun d'entre nous a droit à son opinion, et chacun devra en décider de lui-même.

Personnellement, je pense que le contrat de confiance est rarement un facteur dissuasif au cours d'une évaluation initiale, bien qu'il puisse y avoir des exceptions. Je crois également, comme je l'ai déjà dit ailleurs dans cet ouvrage, que le contrat de confiance est parfois contre-indiqué pour certains patients, chez lesquels il peut favoriser des défenses inadaptées et des propos manipulateurs sur le suicide. Au cours d'une thérapie, je doute qu'il soit dissuasif dans bien des situations, car les forces qui poussent un individu vers le suicide sont extrêmement puissantes.

D'un autre côté, il en est de même des forces ambivalentes qui génèrent une formidable énergie pour continuer à vivre et rechercher des solutions permettant d'opter pour la vie. Par conséquent, dans les mains d'un clinicien bien formé et expérimenté, ayant construit une alliance puissante avec un patient spécifique, un contrat de confiance peut représenter l'un des facteurs qui inciteront le patient à vivre. Chez un patient ayant un surmoi puissant, une croyance profonde en l'importance de la confiance et en la « parole donnée », il est facile de se représenter le contrat de confiance comme une raison supplémentaire, bien que peu puissante, de ne pas passer à l'acte. Comme nous le savons tous, lorsqu'il envisage le suicide, un patient ambivalent soupèse ses raisons de vivre contre celles de mourir ; la plus petite raison peut devenir cruciale si elle fait pencher la balance du côté de la vie. Certains cliniciens m'ont décrit des situations où ils ont senti que le contrat de confiance avait joué un rôle bénéfique dans cette prise de décision délicate.

Par ailleurs, il est important de tenir compte des problèmes potentiels suivants lorsqu'un contrat de confiance est mal utilisé.

1. Le contrat de confiance ne devrait jamais être utilisé à la place d'une évaluation minutieuse et approfondie du potentiel suicidaire telle qu'elle est décrite dans cet ouvrage. (Certains cliniciens écourtent cette évaluation approfondie une fois que le patient les a assurés de sa sécurité.)
2. Dans certaines situations cliniques spécifiques, le contrat de confiance peut être un facteur dissuasif faiblement à modérément efficace, mais il ne devrait jamais être considéré comme une garantie de sécurité.
3. Le contrat de confiance ne devrait jamais donner au clinicien une fausse impression de sécurité, car une telle impression pourrait résulter en un suivi insuffisant de l'évaluation du patient. Comme nous le décrivons dans cet ouvrage, l'évaluation du potentiel suicidaire n'est pas un phénomène statique mais un processus évolutif.
4. Le contrat de confiance peut être contre-productif chez certains patients et doit être utilisé avec précaution.
5. S'il n'est pas conclu ou documenté correctement, le contrat de confiance peut se retourner contre le clinicien au tribunal, au lieu de l'aider (notion développée ultérieurement).

Où tout cela nous mène-t-il dans notre débat sur le contrat de confiance en tant que facteur dissuasif ? La réponse est assez simple. Il n'existe pas de solide preuve empirique en faveur d'un contrat de confiance pour tous les patients de manière générale. (Donc, de ce point de vue, ceux qui ont argumenté contre son utilisation nous ont correctement mis en garde contre les problèmes associés à une reconnaissance prématurée de son utilité et à une surestimation injustifiée de son efficacité.) Il est également important de se souvenir qu'il n'existe pas la moindre preuve que le contrat de confiance n'a

pas servi de facteur dissuasif chez des patients spécifiques évalués par des cliniciens spécifiques, car aucune recherche conçue pour inclure toutes les variables listées dans notre exemple ci-dessus de prototype de recherche n'a jamais été tentée. (Donc, de ce point de vue, ceux qui ont argumenté en faveur du contrat de confiance nous ont correctement sensibilisés quant à son efficacité potentielle chez certains patients.)

À cet égard, il est intéressant de noter qu'une étude récente a montré que, sur un échantillon de 135 patients présentant un potentiel suicidaire élevé et hospitalisés en unité psychiatrique, la majorité voyait le contrat de non-suicide de manière positive. Cette étude n'était pas conçue pour évaluer son pouvoir dissuasif, mais elle démontre que ces patients avaient confiance en l'impact dissuasif de ces contrats, fait qui mérite d'être signalé [6].

Ainsi, nous nous retrouvons à un croisement passionnant de l'étude de la suicidologie. Le débat peut maintenant s'éloigner d'arguments potentiellement prématurés sur l'utilité ultime du contrat de confiance en tant que facteur dissuasif englobant tous les patients de manière générique et artificielle. Nous pourrions plutôt ouvrir la voie vers la conception de protocoles de recherche solides, aussi bien qualitativement que quantitativement, susceptibles de fournir de nouvelles réponses à cette question vaste et néanmoins importante de l'efficacité du contrat de confiance pour certaines dyades clinicien/patient spécifiques dans des situations cliniques spécifiques.

Dans ce débat, il existe une seconde « règle du jeu » sur le contrat de confiance qui s'est révélée très nocive pour une étude objective des pour et des contre de ce contrat dans la pratique clinique actuelle. Cependant, cette fois-ci, cette règle du jeu problématique n'est pas une question mal définie mais un mythe mal étayé.

Un mythe trompeur : le premier objectif d'un contrat de confiance est la dissuasion

À un moment donné dans le passé, cette croyance est devenue le principal problème du débat sur le contrat de confiance. Si ce mythe était vrai, alors la valeur du contrat de confiance devrait être évaluée presque exclusivement sur son efficacité à cet égard. La dissuasion est peut-être la raison initiale du développement de ce contrat, mais la pratique a évolué au fil des années.

Miller a discuté des différentes valeurs – sans lien avec la dissuasion – qui peuvent être apportées par le contrat de confiance, dont un renforcement de l'alliance thérapeutique et la responsabilisation du patient en ce qui concerne les suites cliniques [7]. Mais les facteurs de Miller se concentrent sur les

avantages thérapeutiques, alors que je crois que le rôle principal du contrat de confiance concerne moins la dissuasion et l'alliance thérapeutique et beaucoup plus l'art délicat du recueil des données.

En effet, Drye, Goulding et Goulding ont suggéré que la mise en place même du contrat de confiance pouvait permettre de recueillir des données cliniques fiables qui pourraient affecter la décision concernant la sécurité du patient. Ils évoquent l'importance de partager « le travail d'évaluation avec le patient. Comme il est celui qui prend la décision de se tuer [...], il détient les meilleures données – aussi bien sur l'intensité de ses pulsions que sur ses capacités à les contrôler » [8].

Stanford et al. furent parmi les premiers à démontrer que le contrat de confiance pouvait jouer un rôle majeur dans le recueil des données essentielles au cours de l'évaluation du potentiel suicidaire [9]. Lors d'une évaluation en urgence du potentiel suicidaire, ils sentirent que la mise en place du contrat de confiance pouvait être utilisée comme outil d'évaluation pour mettre en lumière la nature et la gravité des pensées et intentions suicidaires du patient, identifier les problèmes spécifiques ayant le potentiel de déclencher des idéations suicidaires, et évaluer surtout la capacité du patient à conclure un contrat de confiance.

Simon, dans son article essentiel « Taking the 'Sue' Out of Suicide : A Forensic Psychiatrist's Perspective » (« Écarter le "tribunal" du suicide : une perspective médico-légale du psychiatre »), fait allusion à une situation clinique où le contrat de confiance apporte une information utile spécifique lorsqu'il écrit, bien que sans grand enthousiasme, que : « C'est peut-être lorsque le patient le refuse que le contrat de non-suicide est le plus utile. Là, au moins, le clinicien n'est pas abusé par des assurances peu sincères et une fausse impression de sécurité » [10].

Dans le cadre des premiers soins, après avoir étudié le rôle du contrat de confiance, Kelly et Knudson conclurent que « l'utilisation des contrats de confiance pouvait servir plusieurs objectifs utiles, dont un renforcement de l'alliance thérapeutique entre le clinicien et le patient et l'apport d'une aide dans l'évaluation du potentiel suicidaire » [11].

Depuis l'introduction dans la littérature de la méthode ECES [12–15], il fut suggéré que le contrat de confiance n'est pas seulement un outil d'évaluation, mais que son objectif principal est d'évaluer l'ambivalence du patient et son engagement envers sa propre sécurité. La « dissuasion » devient alors un objectif secondaire. Comme la méthode ECES est devenue, au fil des années, de plus en plus connue et reconnue, on peut affirmer que de nombreux cliniciens utilisent maintenant le « contrat de confiance », principalement comme un outil d'évaluation, tout en souhaitant, sans trop y compter, qu'il servira secondairement de facteur dissuasif. Ce point de vue ayant gagné du terrain, il est utile de regarder plus en détail la façon dont ce contrat peut fournir des informations valables, autrement inaccessibles au clinicien.

Le concept du contrat de confiance en tant qu'outil d'évaluation dans le cadre de la méthode ECES débuta au milieu des années 1980 au cours du développement de cette méthode au Centre de diagnostic et d'évaluation du Western Psychiatric Institute and Clinic de Pittsburgh, Pennsylvanie. Cette utilisation du contrat était fondée sur un principe bien connu de thérapie familiale : si vous voulez savoir comment une famille fonctionne, il est souvent utile de lui donner une tâche à accomplir. Par exemple, si vous voulez déterminer qui « sur-contrôle » la famille, vous pouvez demander à chaque membre de la famille qui, d'après lui, pratique le « sur-contrôle », donnée utile en elle-même. Cependant, les membres de la famille peuvent être réticents à se confier ouvertement. Afin de découvrir qui « sur-contrôle » la famille, le clinicien peut demander d'effectuer une tâche, au cours de laquelle, grâce à une simple observation, il verra clairement qui est le « patron ». Bref, dans ce type d'évaluation familiale, pour obtenir des données fiables, il vaut mieux se concentrer sur ce que la famille nous montre et non pas sur ce qu'elle nous dit.

Il pourrait en être de même lors de l'évaluation de l'ambivalence chez un patient potentiellement suicidaire. L'une des meilleures façons d'obtenir un aperçu fiable du degré d'ambivalence immédiat du patient est de lui confier une tâche – le contrat de confiance – au cours de laquelle l'ambivalence peut apparaître plus facilement, grâce non seulement au contenu de sa réponse, mais également à la manière dont il nous la délivre – le message non verbal.

Plus précisément, lorsqu'il emploie consciencieusement le contrat de confiance comme un outil d'évaluation, le clinicien recherche minutieusement tout signe non verbal d'une ambivalence, d'une anxiété accrue ou d'une possible dissimulation, suggérant que le patient peut, à ce moment-là, ne pas se sentir en sécurité. En effet, la « fuite » de messages non verbaux peut indiquer que le patient a l'intention de se faire du mal. Une légère hésitation, un détournement du regard ou l'apparition de larmes peut avertir le clinicien avisé que le patient est davantage tenté par l'autoagression qu'il ne veut le dire ou, peut-être en raison du déni ou d'autres défenses psychodynamiques, qu'il n'a pu le confier plus tôt dans l'entretien lorsqu'il a été directement questionné sur ses intentions suicidaires.

Personnellement, en au moins deux occasions au cours de ma pratique au service d'urgences, les données que j'ai obtenues des patients en observant leurs messages non verbaux lors d'utilisation du contrat de confiance, m'ont amené à revenir sur ma première décision clinique. Dans les deux cas, après avoir procédé à une évaluation très approfondie du potentiel suicidaire, telle que décrite dans cet ouvrage, j'avais décidé que ces patients seraient en sécurité en quittant le service d'urgences. Dans les deux cas, lorsque j'ai demandé aux patients d'accepter un contrat de confiance, ils hésitèrent, des larmes leur montèrent aux yeux et ils s'effondrèrent. Tous deux firent le commentaire suivant : « Dr Shea, à vrai dire, je veux seulement mourir. »

Dans ces deux exemples, cette nouvelle donnée – rendue accessible uniquement grâce au contrat de confiance – se traduit par une décision d’hospitalisation qui sembla immédiatement soulager ces deux patients.

Dans d’autres cas, une colère ou une impatience inattendue peut apparaître uniquement lors du contrat de confiance, signalant au clinicien que « tout n’est pas tel qu’il semble ». Une telle colère peut indiquer des problèmes d’impulsivité ou de la personnalité, ce qui peut suggérer qu’il serait prudent de réviser l’évaluation de la sécurité du patient et/ou de l’adéquation des interventions thérapeutiques prévues.

Comme pour l’outil d’évaluation lors d’une thérapie familiale évoqué ci-dessus, je suis convaincu que fournir une tâche à un patient spécifique constitue un outil puissant permettant de découvrir ses véritables sentiments. Si je me fie uniquement aux réponses du patient lors d’un questionnement direct sur sa sécurité, je peux créer une situation dans laquelle le patient me dira uniquement ce qu’il pense que je veux entendre. Le contrat de confiance peut faire apparaître des sentiments d’ambivalence non verbaux. À cet égard, au cours des 20 dernières années, le contrat de confiance m’a servi d’outil fiable pour recueillir des informations auprès de nombreux patients (mais pas tous), dans de nombreuses situations cliniques (mais pas toutes). Je renvoie le lecteur aux chapitres 6 et 7 pour une étude de ces patients et situations cliniques où le contrat de confiance peut se révéler problématique ou même contre-indiqué.

Le compte-rendu d’un contrat de confiance du point de vue médico-légal

Maintenant que nous avons examiné pourquoi le contrat de confiance peut être utile au cours d’une évaluation du potentiel suicidaire et potentiellement utile comme facteur dissuasif chez certains patients, passons à la question suivante. Comment rédiger un compte-rendu du contrat de confiance solide d’un point de vue médico-légal ? Si le clinicien a eu recours à un bon raisonnement pour son utilisation du contrat de confiance en tant qu’outil d’évaluation, sans pour autant compter sur sa valeur dissuasive, alors il devrait être raisonnablement à l’abri d’une attaque médico-légale. Vrai ? Faux !

Nous l’avons souligné dans l’annexe A : cette protection est fiable seulement si nous nous sommes conformés au troisième principe protecteur lors de la rédaction de l’évaluation du potentiel suicidaire – la décision prise par le clinicien doit faire l’objet d’un compte-rendu complet. Gardez à l’esprit que,

comme nous l'avons vu dans l'annexe A, si vous ne l'avez pas écrit, les avocats et les jurés peuvent présumer que vous ne l'avez pas fait. En particulier, lorsque l'avocat éventuel du plaignant doit décider s'il accepte de plaider ou pas, il recherchera en priorité des indices montrant que le clinicien a naïvement accordé trop d'importance au contrat de confiance en tant que facteur dissuasif.

Un bon compte-rendu clinique ne compensera jamais de mauvais soins. Si, au cours d'une évaluation initiale, le clinicien a mal utilisé le contrat de confiance en surestimant sa valeur dissuasive et s'il a, de ce fait, écourté l'évaluation du potentiel suicidaire, ce clinicien peut alors avoir effectivement commis une faute professionnelle – et une action en justice peut être légitime.

Cependant, si le clinicien a utilisé le contrat de confiance de manière appropriée, comme décrit dans cet ouvrage et ailleurs, il est important qu'il se protège des actions légales fantasques ou opportunistes. Naturellement, il n'y a aucune garantie contre d'éventuelles poursuites juridiques, mais si nous appliquons les principes suivants, le risque d'un procès lié à l'utilisation d'un contrat de confiance est nettement réduit.

À titre de démonstration, examinons une situation à haut risque de procès injustifié – une patiente se suicide plusieurs semaines après son évaluation dans un service d'urgences. Si nous pouvons démontrer des principes de rédaction susceptibles d'apporter une protection dans de telles situations à haut risque, ces mêmes principes pourront également nous aider dans des situations moins risquées.

Dans notre situation hypothétique, le clinicien a réalisé une excellente évaluation du potentiel suicidaire et établi un projet de prévention du suicide réfléchi, approuvé à la fois par la patiente et ses proches. En bref, il n'y avait pas de faute professionnelle. Comme dans de nombreux cas réels de suicide, notre suicide fictif ne résulte pas de soins insuffisants ou d'une absence de compassion, mais représente l'une des tragédies inhérentes à la condition humaine et à la pratique clinique.

De plus, nous imaginerons que le contrat de confiance était utilisé avant tout comme un outil d'évaluation par le clinicien. La patiente avait volontiers accepté le contrat de confiance et, à ce moment-là, semblait sincèrement décidée à vivre, malgré un divorce dévastateur et une bataille pour la garde de son enfant. Comme il s'agissait d'une première rencontre avec la patiente, le clinicien accorda peu d'importance à la valeur dissuasive du contrat de confiance. Notre patiente hypothétique, au moment de l'évaluation dans le service d'urgences, ne présentait aucun signe d'ambivalence et souhaitait vivre ; de plus, elle fut reconnaissante de l'intervention du clinicien.

Malheureusement, une perte grave et complètement imprévue (la mort de son unique enfant dans un accident de voiture) survint plusieurs semaines après l'évaluation. La patiente, qui ne présentait alors aucun antécédent d'abus d'alcool, but démesurément pendant 2 jours. L'association d'un stress

majeur et de l'alcool, pour cette personne déjà en difficulté, fut de trop et se traduisit par une intoxication impulsive et fatale dans l'isolement d'une chambre d'hôtel.

Voyons d'abord comment *ne pas* rédiger de compte-rendu du contrat de confiance. Plus précisément, voyons comment une utilisation parfaite du contrat de confiance, effectuée par un excellent clinicien, peut malgré tout se conclure par un procès à cause d'un compte-rendu mal rédigé.

La première erreur se situe dans la rubrique « Histoire de la maladie actuelle », où ont été consignées les observations sur l'utilisation du contrat de confiance. L'observation du clinicien est brève et légère. En fait, trop brève et trop légère : « La patiente a accepté un contrat de non-suicide dans le service d'urgences. »

Le second problème survient plus tard, lorsque le clinicien rédige sa formulation clinique et explique pourquoi il pensait que la patiente pouvait partir sans danger. Le clinicien a écrit : « En raison de la capacité de cette patiente à conclure un contrat de non-suicide ainsi que de facteurs de risque relativement faibles, je pense que la patiente peut rentrer chez elle sans danger avec les soins de suivi décrits ci-dessus. »

Comme nous l'avons déjà vu dans l'annexe A, le premier problème ici est que la description de la formulation du clinicien est beaucoup trop brève et générale pour être efficace – elle ne fait état que de « ce qu'il a utilisé » dans sa formulation et non de « comment il l'a utilisé ». Cependant, dans cet exemple, le problème de la brièveté s'amplifie pour la raison suivante : le clinicien évoque le contrat de confiance en premier et mentionne ensuite un seul autre motif de sécurité ; il pourrait paraître légitime à n'importe quel lecteur de penser que le clinicien a attribué un poids important, et peut-être inapproprié, au pouvoir dissuasif du contrat de confiance. C'est précisément ce que l'avocat du plaignant recherche. Cependant, vous et moi savons que ce n'est pas ce que le clinicien a fait. Mais, d'après ses écrits, personne d'autre ne le sait. Voilà le problème. Nous observons malheureusement un clinicien en train de rédiger sa propre convocation pour un procès.

Ce compte-rendu insuffisant a ouvert la voie aux attaques d'un avocat agressif. En fait, le témoignage d'un expert, ayant examiné cette affaire pour dire à l'avocat si une faute professionnelle a été commise, pourrait se conclure ainsi : « D'après ces écrits, je n'ai pas de certitude. Il se peut qu'il ait surestimé le contrat de confiance. Je ne peux pas en être certain. Cependant, si tel est le cas, il se peut qu'il y ait faute professionnelle. Vous devrez le faire déposer pour le découvrir. Ce qu'il a fait ne me semble pas clair. » Et ce simple constat de l'expert, fondé sur la seule preuve apportée par le clinicien – le compte-rendu écrit – augmente la possibilité d'un procès, bien qu'aucune faute professionnelle n'ait été commise.

Observez ce qui se passe lorsque le clinicien suit les principes fondamentaux décrits dans l'annexe A pour la rédaction de la base des données

objectives – rédigez ce qui s’est produit, soyez exhaustif, utilisez les citations directes étayant fortement votre formulation – pour établir un compte-rendu du contrat de confiance. Dans la rubrique « Histoire de la maladie actuelle » apparaissent les observations suivantes :

À la fin de l’entretien, Mme Johnson a conclu un contrat de confiance avec moi, faisant preuve d’un bon contact visuel, d’une poignée de main ferme et d’un affect sincère, ajoutant : « Dr Shea, bien que je me sente très déprimée, je ne pourrai jamais me tuer. Je dois être présente pour mon fils pendant ce divorce. Il a besoin de moi, maintenant plus que jamais. »

Maintenant, observez comment le clinicien applique ce principe simple de rédaction des données subjectives dans la formulation clinique abordé dans l’annexe A – ne vous contentez pas de rapporter votre décision, décrivez comment et pourquoi vous avez pris cette décision. Dans l’exemple ci-après, le clinicien décrit comment et pourquoi il pense que la patiente peut partir sans danger, sur la base d’un certain nombre de facteurs, y compris la façon dont elle a abordé le contrat de confiance :

Formulation clinique

Après m’en être entretenu avec l’infirmière responsable, nous sommes convenus que la patiente pouvait partir sans danger. Bien qu’elle soit actuellement modérément déprimée à cause de son divorce et qu’elle ait présenté quelques idées de suicide par arme à feu, ainsi que des stress financiers potentiels, il y a de nombreux facteurs qui évoquent sa sécurité. Il n’y a aucun signe de psychose, aucun antécédent d’abus d’alcool ou de drogue, un soutien fort de la part de ses parents et amis, aucune action n’a été entreprise pour mettre en œuvre un projet de suicide, il n’y a aucune arme à feu chez elle et elle ne pense pas à s’en procurer, et elle n’a aucun autre projet de suicide. Elle est également jeune et en bonne santé et ne présente aucun antécédent de tentative de suicide. Elle a bien répondu à l’intervention de crise. Au cours du contrat de confiance, qui fut utilisé principalement pour approfondir l’évaluation d’une éventuelle ambivalence cachée vis-à-vis de sa propre sécurité, elle n’apparut pas ambivalente. Ses messages verbaux et non verbaux semblaient sincères et spontanés et concordaient avec une puissante raison de vivre, évoquée par sa remarque sur la nécessité d’être présente pour son fils de 11 ans. Nos projets furent abordés à la fois avec la patiente et avec ses parents, qui convinrent également qu’elle semblait pouvoir rentrer chez elle sans danger. La patiente sembla reconnaissante et approuva les soins de suivi décrits ci-dessous.

Maintenant, voyons ce que notre témoin expert pourrait dire à l’avocat qui se demande s’il doit accepter cette affaire : « John, il me semble que ce sont

d'excellents soins. Ce clinicien ne pouvait en aucun cas prévoir la mort de cet enfant, et je pense honnêtement que cette femme serait toujours en vie s'il n'y avait pas eu cet accident. Cela me semble de bons soins et un excellent compte-rendu. Je ne me sentirais pas à l'aise en tant que témoin dans cette affaire. Je n'y vois aucune faute professionnelle. »

Cette affaire ne sera pas portée devant un tribunal. De plus, elle ne le devrait pas, car le clinicien a prodigué de bons soins. Et elle ne le sera pas uniquement parce que le clinicien a fourni d'excellents soins, mais également parce qu'il a rédigé un excellent compte-rendu de ces soins.

C'est le moment de découvrir certains des principes appliqués dans les observations ci-dessus, qui ont permis de créer un compte-rendu d'évaluation efficace.

1. Lorsque vous documentez la mise en œuvre du contrat de confiance dans la rubrique « Histoire de la maladie actuelle » (notez que certains préfèrent le faire dans la rubrique « État mental », qui s'y prête également), assurez-vous d'y inclure tout message non verbal qui penche en faveur d'un engagement apparent du patient pour sa sécurité. Cette donnée peut être utilisée pour étayer la formulation finale du clinicien sur l'absence d'une ambivalence dangereuse significative chez ce patient au moment de l'évaluation et de l'intervention. De telles données peuvent également être utilisées pour soutenir l'hypothèse selon laquelle, chez ce patient, le contrat de confiance peut avoir eu un pouvoir dissuasif, si, bien entendu, le clinicien pense que c'est le cas.
2. Assurez-vous également de rédiger, entre guillemets, toute parole du patient montrant qu'il a de fortes raisons de vivre. Ces remarques apparaissent parfois pendant la mise en place du contrat de confiance, un phénomène qui soutient, une fois encore, l'idée que ce contrat peut apporter des informations nouvelles et capitales pour l'évaluation.
3. Au cours de la rédaction de votre formulation, décrivez clairement et succinctement pourquoi vous avez proposé un contrat de confiance (par exemple en tant qu'outil d'évaluation, facteur dissuasif ou les deux). Chaque fois que vous indiquez qu'il a joué un rôle dissuasif, expliquez pourquoi (souvenez-vous qu'il n'y a pas de données quantitatives empiriques soutenant une telle conclusion, et vous pouvez parier que l'avocat du plaignant va essayer de vous coincer ainsi que votre témoin expert sur ce point).

Voici un autre exemple de compte-rendu efficace :

Bien qu'il n'y ait pas de données empiriques prouvant ou réfutant le rôle dissuasif d'un contrat de confiance pour cette patiente en particulier, je pense qu'il peut jouer un rôle dissuasif efficace. Au cours de ces trois dernières années de thérapie, nous avons construit une alliance thérapeutique forte, fondée sur

l'honnêteté et la confiance, deux valeurs importantes pour cette patiente. Elle a un surmoi très fort et elle est très fière de son honnêteté. À ce point de l'évaluation, je pense que, chez cette patiente, ces facteurs s'additionnent pour amplifier l'effet dissuasif du contrat de confiance. Par conséquent, bien que ce ne soit pas un facteur dissuasif fort, il peut jouer un rôle utile, en s'ajoutant aux autres raisons qui pourraient l'empêcher de donner suite à ses idées suicidaires. Dans ce cas, le contrat de confiance semble être un outil clinique valable, en plus de son utilisation habituelle dans l'évaluation du potentiel suicidaire.

Un compte-rendu approfondi non seulement documente les bons soins prodigués, mais il permet également de s'assurer de la qualité des soins apportés. Chacun des trois principes ci-dessus améliore la protection médico-légale tout en permettant d'améliorer les soins. C'est un facteur si important et si souvent sous-estimé qu'il me semble nécessaire de le souligner par une démonstration.

Le premier principe stipule qu'une description des messages non verbaux du patient au cours du contrat de confiance doit figurer dans le compte-rendu. Ces observations peuvent être d'une aide précieuse pour un futur clinicien. Imaginons que nous sommes psychothérapeute dans un centre communautaire de santé mentale et que nous travaillons depuis des mois avec un patient. En plusieurs occasions, des idéations suicidaires sont apparues, mais chaque fois, le patient n'a présenté aucune intention suicidaire et s'est senti à l'aise avec un contrat de non-suicide. Nous notons dans son dossier que « le patient a répondu sans hésitation, avec un bon contact visuel, un affect sincère et une poignée de main ferme ». Finalement, l'idéation suicidaire du patient disparut.

Trois mois plus tard, le patient se présente inopinément et en crise au centre communautaire de santé mentale. Le clinicien de crise tente de nous contacter, mais nous sommes absents. Malgré un bon entretien clinique et une coopération raisonnable du patient, le clinicien de crise a du mal à évaluer sa sécurité. Il a lu nos observations et décidé d'utiliser le contrat de confiance en tant qu'outil d'évaluation. Lorsqu'on lui propose le contrat de confiance, le patient détourne les yeux et soupire : « Je suppose que je pourrais dire ça. »

L'hésitation du patient est nettement en contraste avec les messages non verbaux décrits dans les observations des précédents contrats de confiance, ce qui amplifie significativement les doutes du clinicien quant à la sécurité du patient. Une nouvelle donnée a été obtenue. Cette nouvelle donnée est d'autant plus utile que le clinicien de crise dispose d'une base de données comparative grâce à notre compte-rendu. Il ne se sent pas complètement à l'aise et décide de demander au psychiatre de garde d'intervenir directement.

La poursuite de l'entretien dévoile la présence d'une intention suicidaire plus grave. Tous jugent prudent de recourir à une hospitalisation, y compris

le patient. Dans ce cas, l'utilisation du contrat de confiance par le clinicien de crise n'a pas été le seul élément déterminant – bien qu'il ait peut-être eu un rôle salvateur. Le compte-rendu du précédent contrat de confiance a été crucial, car il a permis au nouveau clinicien d'interpréter les messages non verbaux du patient.

Le deuxième principe incite le clinicien à rester attentif à toute affirmation spécifique indiquant que le patient a de fortes raisons de vivre. Les récents travaux de Jobes et Mann démontrent de manière élégante qu'il est parfois nécessaire d'insister non seulement sur les raisons de mourir évoquées par le patient, mais également sur ses raisons de vivre, car son débat interne peut jouer un rôle majeur dans sa décision ultime [16]. Si ce principe est appliqué régulièrement dans la rédaction du compte-rendu, le clinicien prendra l'habitude de rechercher de telles informations.

Parfois, le patient fournit spontanément cette information au cours du contrat de confiance ou plus tôt pendant l'entretien, mais si ce n'est pas le cas, il est souvent utile de la demander. Une fois encore, l'habitude de toujours consigner dans le compte-rendu les « raisons de vivre » va générer la recherche de telles raisons en priorité pendant l'entretien. En effet, si le clinicien ne pose pas ces questions, lorsqu'il aborde la rédaction du compte-rendu, il comprend qu'il ne dispose pas de ces données, ce qui indique peut-être la nécessité d'un autre entretien.

En utilisant le troisième principe cité ci-dessus – toujours décrire pourquoi vous avez utilisé un contrat de confiance –, le clinicien doit éclaircir dans son esprit les pour et les contre d'un contrat de confiance avec ce patient particulier, ainsi que les limitations d'un tel contrat. Une fois encore, prendre l'habitude de toujours faire figurer cette question cruciale dans le compte-rendu permet de s'assurer que le clinicien y réfléchisse. De telles réflexions aident les cliniciens à éviter une mauvaise utilisation du contrat de confiance ou une croyance disproportionnée en ses capacités dissuasives.

En considérant les trois principes de rédaction décrits ci-dessus, nous constatons que les approches de la documentation des soins, censées nous aider à nous protéger d'un procès pour faute professionnelle, favorisent de manière fondamentale de meilleurs soins – principe que nous avons souvent vu à l'œuvre dans l'annexe A. Cependant, une dernière question à propos du compte-rendu mérite notre attention, aussi bien du point de vue médical que clinique : qu'écrirez-vous si vous n'utilisez pas de contrat de confiance ?

Comme nous l'avons vu dans cet ouvrage, il existe des patients et des situations cliniques où la mise en place d'un contrat de confiance peut se révéler problématique ou même relativement contre-indiquée. Nous ne passerons pas en revue ces situations, mais je crois utile, lorsque je n'utilise pas de contrat de confiance, d'expliquer pourquoi. Cela me force à soupeser soigneusement les pour et les contre du contrat de confiance pour chaque patient ; je me bâtis par la même occasion une protection médicale. Voici

un exemple de ce que je pourrais écrire à propos d'un patient que je vois en thérapie et pour lequel je pense que le contrat de confiance n'est pas approprié :

Étant donné la dynamique de M. Faring et ses mécanismes de défense, tels qu'ils sont reflétés dans son diagnostic de trouble de la personnalité de type état limite, j'ai décidé qu'un contrat de confiance pouvait être problématique dans les soins actuels. Il a une longue histoire de régression vers des schémas de conduite que l'on pourrait considérer comme manipulateurs mais qui sont en fait seulement le reflet du fait qu'il n'a pas développé des compétences plus efficaces, qui entraînent parfois, d'après moi et le personnel de l'unité, des hospitalisations contre-productives. Plus précisément, bien qu'en sécurité, il évite ou refuse en certaines occasions le contrat de confiance, processus qui a occasionné autrefois des hospitalisations contre-productives. Après avoir toujours réalisé une évaluation du potentiel suicidaire approfondie, je me fie à l'envie et à la bonne volonté du patient à me rencontrer à nouveau et à travailler sur des objectifs que nous avons fixés ensemble comme étant des signes plus fiables de sa sécurité, en conformité avec l'approche thérapeutique que j'utilise avec M. Faring (par exemple, thérapie comportementale dialectique).

L'observation ci-dessus, qui renvoie simplement à l'adage « décrivez pourquoi vous faites ce que vous faites » ferme essentiellement la porte à l'avocat qui tente de « prouver » que vous avez réalisé une mauvaise évaluation parce que vous n'avez pas utilisé le contrat de confiance comme outil d'évaluation. Votre commentaire fournit une réponse claire et succincte à l'avocat et au jury – vous avez soigneusement envisagé le contrat de confiance, mais finalement vous avez considéré que c'était une mauvaise idée.

Nous arrivons à la fin de notre étude du contrat de confiance et de son compte-rendu. Nous avons vu que ce contrat n'est pas une bonne idée pour tous les patients. Lorsque c'est une bonne idée, sa capacité à fonctionner comme un facteur dissuasif dépend probablement des spécificités de la dyade patient/client et de la situation clinique. Malgré les limites significatives de son utilisation en tant que facteur dissuasif, il semble être d'une excellente utilité en tant qu'outil d'évaluation du degré d'ambivalence du patient et de son niveau d'engagement vis-à-vis de sa propre sécurité.

Si vous utilisez un contrat de confiance comme outil d'évaluation, facteur dissuasif ou les deux, il est important d'en rédiger un compte-rendu soigneux. Ce compte-rendu vous protégera des poursuites pour faute professionnelle tout en vous aidant à améliorer les soins prodigués. Un bon soin associé à un bon compte-rendu réduisent nettement la probabilité de faute professionnelle et permettent au clinicien de reléguer ses inquiétudes médico-légales à leur place : loin derrière lui. En effet, en développant l'habitude de rédiger un bon compte-rendu du contrat de confiance, le clinicien peut se concentrer sur l'art

de l'évaluation du potentiel suicidaire, sans être tenaillé par la peur d'une action en justice. Le contrat de confiance peut alors prendre la place qui lui revient, celle d'un outil supplémentaire ; s'il est utilisé efficacement, il peut nous aider à sauver une vie.

Références

1. Drye, R.C., Goulding, R.L., and Goulding, M.E.: No-suicide decisions: Patient monitoring of suicidal risk. *American Journal of Psychiatry* 135: 171–174, 1973.
2. Miller, M.C.: Suicide-prevention contracts: Advantages, disadvantages, and an alternative approach. In *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, edited by D.G. Douglas. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1999.
3. Drew, B.L.: No-suicide contracts to prevent suicidal behavior in inpatient psychiatric settings. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 5: 23–28, 1999.
4. Miller, M.C., Jacobs, D.G., and Gutheil, T.G.: Talisman or taboo? The controversy of the suicide prevention contract. *Harvard Review of Psychiatry* 6: 78–87, 1998.
5. Simon, R.I.: Taking the “sue” out of suicide: A forensic psychiatrist’s perspective. *Psychiatric Annals* 30: 399–407, 2000.
6. Davis, S.E., Williams, I.S., and Hays, L.W.: Psychiatric inpatient’s perceptions of written no-suicide agreements: An exploratory study. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 32 (1): 51–66, 2002.
7. Miller, M.C.: Suicide-prevention contracts: Advantages, disadvantages, and an alternative approach. In *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, edited by D.G. Douglas. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1999.
8. Drye, R.C., Goulding, R.L., and Goulding, M.E.: No-suicide decisions: Patient monitoring of suicidal risk. *American Journal of Psychiatry* 135: 171–174, 1973.
9. Stanford, E.J., Goetz, R.R., and Bloom, J.D.: The no-harm contract in the emergency assessment of suicidal risk. *Journal of Clinical Psychiatry* 55: 344–348, 1994.
10. Simon, R.I.: Taking the “sue” out of suicide: A forensic psychiatrist’s perspective. *Psychiatric Annals* 30: 399–407, 2000.
11. Kelly, K.T., and Knudson, M.P.: Are no-suicide contracts effective in preventing suicide in suicidal patients seen by primary care physicians? *Archives of Family Medicine* 9 (10): November/December 2000.
12. Shea, S.C.: The chronological assessment of suicide events: A practical interviewing strategy for eliciting suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry* (supplement) 59: 58–72, 1998.
13. Shea, S.C.: *Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding*, 2nd ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1998.
14. Shea, S.C.: *The Practical Art of Suicide Assessment: A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors*, New York, John Wiley & Sons, Inc., 1999.
15. Shea, S.C.: Practical tips for eliciting suicidal ideation for the substance abuse counselor. *Counselor, the Magazine for Addiction Professionals* 2: 14–24, 2001.
16. Jobes, D.A., and Mann, R.E.: Reasons for living versus reasons for dying: Examining the internal debate of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 29: 97–104, 1999.

Bref guide des sites web sur la prévention du suicide

Invitation générale

Permettez-moi de commencer en invitant tous mes lecteurs à consulter le site web du Training Institute for Suicide Assessment and Clinical Interviewing (TISA). Notre URL est facile à retenir : www.suicideassessment.com.

Ce site web a été spécialement conçu pour les cliniciens intervenant auprès de patients en crise voulant en apprendre davantage sur les techniques d'évaluation du potentiel suicidaire et les recommandations spécifiques aux différents aspects de l'entretien clinique. Il propose la « recommandation du mois » et des archives des recommandations mensuelles ainsi que l'intégralité d'un article : « The Chronological Assessment of Suicide Events : A Practical Interviewing Strategy for Eliciting Suicidal Ideation » (« La méthode ECES : une technique d'entretien pour mettre en lumière les idéations suicidaires »). Si vous appréciez la méthode ECES et souhaitez la partager avec des collègues, vous pouvez leur indiquer notre site web. Cet article est une introduction succincte et utile à cette méthode.

Le site du TISA a aussi été spécialement conçu pour être une source d'informations pour les internes en formation sur les techniques de conduite d'un entretien et de « counseling ». Le nombre de sites consacrés à la santé mentale, dont la prévention du suicide, est vraiment étonnant. Pour vous guider dans vos recherches, j'ai inclus, sur le site du TISA, une liste de 50 sites web qui, je crois, font partie des meilleurs sites disponibles sur la santé

mentale dont la prévention du suicide. Mon objectif est de créer un portail convivial permettant au lecteur intéressé d'accéder à l'ensemble des sites de la santé mentale. Le site du TISA est souvent mis à jour pour garantir l'inclusion de nouveaux sites web.

Pour les lecteurs qui souhaitent en apprendre davantage sur l'agenda des ateliers ou comment procéder pour que j'anime un atelier dans leur établissement, ces informations sont également accessibles sur le site.

N'hésitez pas à me faire parvenir un e-mail via le site du TISA pour toute recommandation ou question sur les techniques d'évaluation du potentiel suicidaire. Je suis également impatient de recevoir en retour des informations sur les façons d'améliorer l'*Évaluation du potentiel suicidaire : comment intervenir pour prévenir*. J'espère que vous apprécierez le site du TISA et que nous ferons bientôt connaissance sur le web !

Quelques sites remarquables sur la prévention du suicide

Vous trouverez ci-après une liste annotée de quelques sites majeurs sur la prévention du suicide. Je me suis efforcé d'y inclure au moins un site directement utilisable par chacun de ces groupes : professionnels de psychiatrie et de santé mentale, défenseurs de la prévention du suicide, personnes endeuillées par un suicide et personnes souffrant actuellement d'idées de suicide. Je pense que ces sites représentent un moyen extraordinaire pour accéder à un vaste éventail d'informations sur la prévention du suicide.

American Association of Suicidology (AAS) **www.suicidology.org**

Un site web qui déborde d'informations utiles telles que les divers aspects et les signes d'alerte du suicide, les groupes de soutien et les centres de crise listés par États, un bon nombre de liens vers d'autres sites, un bulletin d'information actif pour les membres de l'AAS et une librairie proposant une grande quantité d'ouvrages sur l'évaluation du potentiel suicidaire et les interventions avant et après un suicide. C'est une excellente association qui possède un éventail exceptionnel de rubriques adaptées à ses différents membres : une rubrique pour les proches de patients décédés par suicide, une rubrique clinique, une rubrique pour les centres de crise, une rubrique prévention et une rubrique recherche. L'AAS propose des certifications pour les centres d'intervention de crise. Ce site fournit également des informations sur les remarquables congrès annuels organisés par l'AAS.

American Foundation for Suicide Prevention (AFSP) **www.afsp.org**

Ce site web propose également des informations utiles dont des statistiques sur le suicide, des informations utiles pour les personnes endeuillées par un suicide et des recommandations sur la manière d'aborder le suicide avec les médias. Une autre grande organisation à laquelle adhérer ; elle a réussi avec succès à collecter des fonds pour la recherche sur la prévention du suicide. Si vous êtes un chercheur en quête de fonds de recherche, cette organisation propose des subventions et son site web explique les procédures à suivre pour les solliciter.

Suicide Prevention Advocacy Network (SPAN) **www.spanusa.org**

Ce site web décrit les différentes façons, dont les courriers juridiques, d'étendre ses connaissances sur l'importance de la prévention du suicide au niveau régional et national. Le site détient une excellente rubrique « documentation » pour les organisateurs des collectivités, et fournit des mises à jour des événements nationaux conçus pour réduire la stigmatisation et améliorer la sensibilisation à la prévention du suicide. SPAN, un autre excellent groupe auquel adhérer, fut l'un des principaux acteurs de la « Campagne nationale de prévention du suicide ».

International Association for Suicide Prevention (IASP) **www.med.uio.no/iasp**

Cet excellent site offre une arène internationale pour une collaboration sur la prévention du suicide. Il publie un courrier et des mises à jour intéressantes de nouvelles sur la prévention du suicide en provenance du monde entier. Il fournit également des informations sur différents prix décernés à la recherche sur le suicide. Il s'agit d'une organisation non gouvernementale en relation officielle avec l'Organisation mondiale de la santé. Ce site vous tiendra informé du congrès annuel de l'IASP et vous fournit des informations sur sa revue, *Crisis : The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*.

EndingSuicide.com **www.endingsuicide.com**

L'un des plus récents sur la prévention du suicide, ce site est né d'un contrat avec le National Institute for Mental Health ; il a pour mission de fonctionner comme un portail permettant d'accéder à toutes les ressources sur la préven-

tion du suicide disponibles sur le web. Il fournit de la documentation au niveau fédéral, national, régional et local. Il propose également de courts articles intéressants sur des sujets très vastes allant de la « Neurobiologie du suicide » à une introduction sur la « méthode ECES ». Il dispose également d'un bulletin d'information et d'une série de questions interactives originales de connaissances générales sur la prévention du suicide.

SAIVE – Suicide Awareness\Voices of Education **www.save.org**

SAIVE propose des formations sur la prévention du suicide et est un grand défenseur des proches de patients décédés par suicide. Cet excellent site web est un bon point de départ pour quiconque dans ce cas ou bien qui a un membre de sa famille ou un ami souffrant d'idéations suicidaires. Des exposés instructifs couvrent une multitude de sujets dont des questions sur le suicide, des informations sur la dépression, quels sont les soucis engendrés par un suicide, que dire à des enfants après un suicide et que faire si un être cher est suicidaire. Ce site dispose aussi de listes d'ouvrages, revues de presse et informations sur la façon d'intégrer un groupe de soutien pour les proches de patients décédés par suicide.

Suicide... À lire en priorité **www.metanoia.org/suicide**

Ce site remarquable est précieux pour tous ceux qui souffrent d'idées de suicide. Avec sensibilité et compassion, il donne de bons conseils qui aident à déstigmatiser le processus d'avoir des pensées suicidaires afin que le lecteur cherche efficacement de l'aide. Il fournit un ensemble de sujets de lecture intéressants pour les personnes souffrant d'idéations suicidaires ainsi que pour ceux qui tentent de les aider tels que : « Pourquoi est-il si difficile de guérir un état suicidaire ? », « Comment gérer l'appel d'une personne suicidaire », « Neuf façons d'aider une personne suicidaire » et « Les signes d'alerte du suicide ». Il y a également des liens vers d'autres sites web, comme celui des « Samaritans » et de groupes de soutien en ligne qui peuvent aider une personne souffrant d'idéations suicidaires. Des liens remarquables sur la dépression et une liste de livres sur l'autoprotection pour les personnes souffrant d'idéations suicidaires sont proposés ainsi que des liens vers des librairies.

Surgeon General's Call to Action

www.surgeongeneral.gov/library/calltoaction/default.htm

En 1999, un « Appel à l'action pour la prévention du suicide » a été lancé par le Ministère de la santé américaine. Ce document historique entraîna un renforcement considérable des actions en faveur d'une amélioration de la sensibilisation à la prévention du suicide aux États-Unis. Il ouvrit la porte à une augmentation des collectes de fonds publiques, à une sensibilisation du public et au développement d'une campagne nationale sur la prévention du suicide. C'est un document relativement court et bien rédigé, à la fois informatif et historique. Vous pouvez également trouver ce document dans la rubrique « Calls to Action » du site www.surgeongeneral.gov.

Autres sites excellents sur la prévention du suicide

Dans cette partie, j'ai dressé une liste alphabétique des sites web intéressants sur la prévention du suicide. Ils peuvent fournir un vaste éventail de nouvelles perspectives et sources d'information à tous ceux qui veulent prévenir le suicide.

Befrienders International (organisation apparentée à « the Samaritans »)
www.befrienders.org

Canadian Association for Suicide Prevention (CASP)
(Association canadienne pour la prévention du suicide, ACPS)
www.suicideprevention.ca

National Center for Suicide Prevention Training (NCSPT)
www.ncspt.org

National Organization of People of Color Against Suicide
www.nopcas.com

National Institute of Mental Health (NIMH) Research Consortium
www.nimh.nih.gov/suicideprevention/index.cfm

National Strategy for Suicide Prevention (NSSP)
www.mentalhealth.org/suicideprevention

Preventing Suicide
www.cdc.gov/safeusa/suicide.htm

San Francisco Suicide Prevention
www.sfsuicide.org

Suicide Information & Education Center
www.siec.ca

Suicide Prevention Efforts in Norway

www.med.uio.no/ipsy/ssff

www.med.uio.no/ipsy/ssff/english/index_english.html (version anglaise)

Suicide Prevention Research Center

www.suicideprc.com

Suicide and Suicide Prevention

www.psycom.net/depression.central.suicide.html

The Aeschi Working Group

www.aeschiconference.unibe.ch

World Health Organization Suicide Prevention Efforts

www.who.int/topics/suicide/en/

Quelques sites en lien avec la prévention du suicide

Anxiety Disorders Association of America

www.adaa.org

Mental Health Net

www.mentalhelp.net

National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)

www.nami.org

National Depressive and Manic-Depressive Association

www.ndmda.org

National Institute of Mental Health

www.nimh.nih.gov

National Mental Illness Screening Project

www.nmisp.org

Obsessive-Compulsive Foundation, Inc.

www.ocfoundation.org

Psych Central

www.psychcentral.com

Index

5

5-HIAA 63

A

Abraham, syndrome d' 76

abstraction 51

adolescents

- facteurs de stress 26
- idéalisation du suicide 32
- impact de l'humiliation 32
- incidence du suicide 7, 32, 73
- influence des pairs 32
- pactes suicidaires 99
- suicide d'un camarade 32
- suicides d'imitation 99

agitation 194, 217

alcool, abus d' 73, 88, 100, 161, 217, 235-237

alliance thérapeutique 142, 196

amantadine 59-61

amplification des symptômes 124, 131-132

antécédents familiaux 99

antidépresseur 61

anxiété 81, 90, 116

Artaud, Antonin 43

atténuation de la honte 124, 127-129, 135

autocondamnation 43

autodénigrement 42, 44, 50

autodestruction 46, 51

autodétermination 43

automutilation 46-49, 78, 229-231

autoréflexion 116

axe du degré de connaissance
du patient 189-190

B

Beck, Aaron 39, 96

Bettelheim, Bruno 28, 30, 91

biais envers le suicide

- du clinicien 112-120
- du patient 111-112

C

calme du patient, facteur de risque 20, 98

catastrophisme 42, 44, 50

cerveau

- dysfonction biochimique 50-65
- physiopathologie 53-65

choix d'un lieu pour le suicide 102

clinicien

- attitude envers le suicide 112, 116, 117, 121
- formation 117, 152
- idéation suicidaire chez 117-119
- réponses émotionnelles au suicide 4
- sentiments contre-transférentiels 115, 116
- suicide d'un patient 116

Cobain, Kurt 35-37, 39-44, 64, 95-96

colère 94-95, 97, 121

- des proches 95

communication non verbale sur
le suicide

- du clinicien 118
- du patient 120

compassion, dynamique suicidaire
engendrée par la 96
compte-rendu d'évaluation 240-276
confidentialité 81, 202, 215
conflits internes
– cas clinique 36
– définition 34
– étiologie du suicide 34-38
contexte clinique de l'évaluation 187,
189-213
– axe des troubles de la personnalité
190
– axe du degré de connaissance
du patient 190-191
contrat de confiance 176-178,
181-182, 198, 202, 277-292
contre-transfert 113, 197, 198
croyance en l'au-delà 27, 38
croyances religieuses 27, 38-39, 96

D

défenses matures 51, 194, 200
déformations cognitives 45, 63, 64
delirium 79, 218
démences 194
dépression 42, 50, 64-65, 72-73,
89-90, 143
désengagement 204
désespoir 9, 96, 99
divorce 54, 94
drogue, abus de 88, 100
dysfonctionnement biochimique 53-65
dysfonctionnement cérébral 50-58

E

ECES
– Voir Évaluation chronologique
des événements suicidaires 14
échelle NO HOPE 100
échelle SAD PERSONS 100
emprise étrangère 76, 87, 143, 192
enfants, incidence du suicide 7, 73
environnement hostile 93, 94, 99, 101
épidémiologie 6
Esquirol, Jean-Étienne Dominique 55
étiologie du suicide 19
– rôle des conflits internes 34
– stress externes 23
Évaluation chronologique des
événements suicidaires (ECES) 14,
142

– événements actuels 151-159
– événements immédiats 176-183
– événements passés 173-176
– événements récents 159-173
– principes et solutions 148-150
évaluation du potentiel suicidaire
– cas cliniques 223-237
– données discordantes 213-217
– fluctuations de l'état clinique
217-219
– soutiens sociaux du patient
219-223
– rédaction du compte-rendu
240-276
– trois étapes 11
événements suicidaires
– actuels 151
– immédiats 176
– passés 173
– récents 159

F

facteurs de risque 7, 70-105
– absence de 7
– âge et sexe du patient 72
– cas cliniques 71-72, 79-81, 88
– définition 69
– échelle NO HOPE 100
– échelle SAD PERSONS 100
– isolement social 83
– par rapport aux prédicteurs
de risque 69
– processus psychotiques 70, 74-79
– risque chronique vs. risque
immédiat 101-103
facteurs externes de stress 23, 28
– cas clinique 23
– évaluation de l'impact
psychologique 26
– humiliation 30
– rôle dans l'étiologie 23

G

geste suicidaire manqué 46, 95

H

hallucinations impérieuses 71, 74, 75,
85-87, 143, 192-193
Hamaty, Edward 134

Heaven's Gate 171
 homosexualité 32
 hospitalisation 74, 75, 82, 84, 87, 94,
 102, 115, 151-154, 157, 167, 181,
 188, 196-198, 203
 humiliation
 – facteur déclencheur 30-34
 hyper-religiosité 74, 76-78, 85, 87,
 143, 192-193

I

idéalisations du suicide 33
 idéation suicidaire
 – chez le clinicien 117-119
 – distorsions cognitives 43
 – facteurs déclencheurs 21
 – mise en lumière par la méthode
 ECES 147
 – physiopathologie cérébrale 53
 – questions du patient 38-40
 – rationalisations du suicide 41
 – styles cognitifs 42
 – techniques de mise au jour 141
 – troubles graves de la personnalité
 44
 impulsivité 50, 52
 incident comportemental 124,
 125-127, 135
 Inman, Amiral Robbie 30
 isolement social 83

J

Jung, Carl Gustav 187

L

laudanum 25
 Linehan, Marsha 45
 LSD 57

M

maladie grave, impact d'une 91, 99
 Maltzberger, John T. 116, 170
 méthode ECES
 – Voir Évaluation chronologique
 des événements suicidaires 14
 Mishima, Yukio 30-31, 41
 musique rock

– idéalisation du suicide 33
 – influence sur les adolescents 33
 mythes sur le suicide 110

N

neurosyphilis 57
 NO HOPE, échelle 100
 normalisation 112, 124, 134, 135

P

Pascal, Gerald 126
 pathophysiologie cérébrale 53-65
 pensée tout en noir ou en blanc 42, 50
 personnalité contrôlante 91
 personnalité dépendante 91, 130
 personnalité état limite 154, 226-228
 personnalité paranoïaque 195
 personnalité passive-agressive 91
 personnalités matures 49
 – caractéristiques 51
 pertes, impact des 29, 83, 88, 90, 99,
 101
 peurs du clinicien 112
 peurs du patient 111-113
 phénoménologie du suicide 19
 – rôle des conflits internes 34
 Pinel, Philippe 55
 plan de crise 176
 Plath, Sylvia 7-10
 Poe, Edgar Allan 19, 66
 possession démoniaque 54, 56, 70
 prédicteur de risque 69
 prédiction du suicide 6
 processus décisionnel
 – questions sur suicide 37-42
 – déformations cognitives 42-43, 45
 processus psychotiques, évaluation 74
 proches du patient
 – souhait inconscient de mort 94
 – sources d'information 219-226
 – soutien 83
 pseudotroubles de la personnalité 195

Q

questions ambiguës 146
 questions fermées 87
 questions orientées 126, 130, 201
 questions ouvertes 87, 145
 questions-prototypes 126, 129, 130,
 132, 134

R

rationalisations du suicide 41-43
réfutation d'une question ciblée 124, 132-138, 163, 168, 171, 201
résistances 110-111, 119
réticence à parler du suicide 119-121
risque de suicide chronique 101-103
risque immédiat 101

S

SAD PERSONS, échelle 100
schizophrénie 42, 49, 56, 100
Schopenhauer, Arthur 6
seppuku 30
sérotonine 62
Sexton, Anne 141, 147, 183
Siddal, Elizabeth 23, 25, 30, 37, 64
sommeil, troubles du 72
sources d'informations
complémentaires 79-81, 84-85, 88, 92, 194, 197, 199, 202, 219-226
sous-protection du patient 189
soutien social du patient 82-83, 88, 91, 219-226
stress catastrophique 82, 103
stress post-traumatique 49, 100
stress scolaire 79
styles cognitifs 35, 42-50, 53
suicide
– attitudes culturelles 30
– impact sur les proches 95
– questions sur suicide 37-39
– par imitation 100
– processus décisionnel 37-43
suivi en ambulatoire 88, 154
supposition douce 124, 129, 135-138, 166, 168, 171, 179
surgénéralisation 42, 50
surprotection du patient
(hospitalisation inappropriée) 124, 129-138, 163-179, 189

T

tabous sur le suicide 109
thérapie cognitive comportementale 198
– cas clinique 47-50
– et méthode ECES 204
thérapie comportementale dialectique 45
thérapie en cours 65, 190, 225-226, 233-235
triade de la léthalité 101, 102, 151
trouble bipolaire 42, 49, 54, 58, 100
trouble de la personnalité état limite 44, 110, 116, 121, 173, 191, 197, 203
trouble de la personnalité histrionique 44, 130, 195
trouble de la personnalité narcissique 44, 91, 116, 195
trouble de la personnalité schizotypique 195
trouble de stress post-traumatique 49, 89
trouble obsessionnel compulsif 49, 54, 64, 89, 100
trouble panique 49, 100
troubles de l'humeur 58, 90

V

validité, techniques de 123-139
– amplification des symptômes 124, 131-132
– atténuation de la honte 124, 127-129
– conseils stratégiques 135
– incident comportemental 124, 125-127
– normalisation 124, 134-135
– réfutation d'une question ciblée 124, 132-133
– supposition douce 124, 129-131
vieillesse, impact des pertes 28-30