

L'ÉVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE

Jérémie Vandevoorde

Martin Média | *Le Journal des psychologues*

2014/5 - n° 318
pages 60 à 63

ISSN 0752-501X

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2014-5-page-60.htm>

Pour citer cet article :

Vandevoorde Jérémie, « L'évaluation du potentiel suicidaire »,
Le Journal des psychologues, 2014/5 n° 318, p. 60-63. DOI : 10.3917/jdp.318.0060

Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

© Martin Média. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'évaluation du potentiel suicidaire



Jérémie
Vandevoorde

Psychologue clinicien
Docteur en psychologie
Laboratoire IPSé,
université
Paris-Ouest-Nanterre

L'évaluation clinique d'un patient suicidaire ou suicidant est l'un des exercices les plus difficiles que peut rencontrer un clinicien dans sa pratique. Une étude américaine (Rogers *et al.*, 2001) rapporte que 71 % des cliniciens travaillant dans le champ de la santé mentale ont au moins un patient suicidant dans leur consultation, tandis qu'une autre (Mc Adams et Fosters, 2000) rapporte que 23 % d'entre eux ont connu le décès par suicide d'au moins un de leurs patients avec des conséquences importantes sur leur niveau de stress au travail. Au regard de la gravité de certains gestes suicidaires qui peuvent non seulement entraîner la mort, mais aussi des blessures graves, des malheurs familiaux et, dans certains cas, une contagion générale de la souffrance, il apparaît crucial que les professionnels puissent disposer d'une démarche d'évaluation du potentiel suicidaire. Fondée sur la littérature scientifique internationale, la « règle des quatre E » (Vandevoorde, 2013) propose, comme son nom l'indique, quatre axes d'exploration :

- Évaluation des facteurs de risque.
- Évaluation d'une pathologie psychiatrique.
- Évaluation du fonctionnement psychologique (activité fantasmatique, activité émotionnelle, compétences relationnelles, processus de l'action, mécanismes de contrôle, activité cognitive, état de la conscience, conceptualisation générale du soi).
- Évaluation du processus suicidaire lui-même.

Nous nous proposons de présenter dans cet article les items d'exploration à retenir pour le dernier et le plus important de ces quatre points : l'évaluation du processus suicidaire.

ÉVALUER LE RISQUE SUICIDAIRE : UN PROBLÈME SCIENTIFIQUE DE TAILLE

Disons les choses clairement : à ce jour, nous ne savons pas prédire scientifiquement le suicide ou la tentative de suicide. En 1991, Rise Goldstein et ses collaborateurs affrontent directement le problème de la prédiction

S'il est aujourd'hui impossible de prédire scientifiquement le suicide ou la tentative de suicide, un certain nombre d'indicateurs doivent néanmoins être observés avec attention pour tenter d'évaluer le potentiel suicidaire. Proposition d'une grille d'évaluation.

en suivant mille neuf cent six adultes qualifiés « à haut risque ». Les prédicteurs incluent des facteurs de risque importants comme la présence d'un trouble de l'humeur, des antécédents de geste suicidaire, l'occurrence d'idées suicidaires, le genre et l'histoire familiale relatifs aux troubles bipolaires. Malheureusement, ils échouent à prédire les quarante-six suicides de leur échantillon. De son côté, Alex Pokorny (1993) revisite son étude prospective de 1983 avec de nouvelles manœuvres statistiques (régression logistique) : les caractéristiques de quatre mille huit cents patients, dont soixante-sept cas de suicide au terme d'un suivi longitudinal de quatre à six ans, s'entremêlent pour diagnostiquer les patients à haut potentiel suicidaire (antécédent suicidaire, être membre du groupe à risque, dépression ou schizophrénie, célibataire, veuf ou divorcé). Au terme du calcul, le nombre de faux positifs est si important que l'auteur renonce à attribuer de la valeur à ces variables. L'étude prospective de Hanga Galvalvy et de ses collaborateurs (2008) ne propose guère mieux, et les quelques variables qui apparaissent significatives concernent les antécédents de passage à l'acte ou bien l'âge avancé. Inquiets de la difficulté à traduire la théorie en modèle statistique sensible et spécifique, ainsi que du nombre volumineux de variables à inclure, les auteurs concluent qu'il n'existe pas « *de modèle pronostique meilleur qu'un autre en termes de validité statistique pour déterminer le risque d'une future tentative de suicide* ¹. » Globalement, les édifices statistiques construits pour estimer le risque suicidaire se sont montrés décevants. La plupart de ces études, dont certaines sont devenues

célèbres, ont ainsi répandu une atmosphère pessimiste chez les scientifiques, et on ne compte plus le nombre de chercheurs qui renoncent à de tels travaux, convaincus, comme Joel Paris (2006), que « *les cliniciens ont été entraînés à identifier les patients qui ont des facteurs de risque associés au suicide réussi. Mais ils ne peuvent pas savoir quel patient mourra éventuellement par suicide ni utiliser ces informations pour les sauver*² ».

À notre connaissance, seules les études de John Exner (1977 ; 1995) sur la constellation suicidaire au Rorschach en système intégré produisent des résultats plus optimistes : sur cent un protocoles de sujets s'étant suicidés moins de soixante jours après la passation du test, plusieurs essais d'ajustement des variables dégagent douze items significatifs dont la combinaison de huit d'entre eux capture 83 % des suicidés avec un taux de faux positifs aux alentours de 15 %. La constellation suicidaire, prise au seuil positif de 8, identifie seulement 6 % du groupe contrôle de schizophrènes, 12 % du groupe contrôle de dépressifs et 0 % dans le groupe contrôle des tout-venants. Dans le cas de la problématique suicidaire, le maniement des instruments de type échelle ou questionnaire accusent diverses critiques :

- L'intention suicidaire ne prédit pas le suicide (Harris et Hawton, 2005) en dépit du résultat encourageant mais mitigé de certaines recherches (Stefansson *et al.*, 2012).
- L'intention suicidaire ne prédit pas le nombre de gestes suicidaires (Forman *et al.*, 2004).
- Le nombre de faux positifs ou de faux négatifs reste trop élevé. Si de nombreux instruments répondent au critère psychométrique de sensibilité, leur performance sur la spécificité est beaucoup plus discutable (Bryan et Rudd, 2006).
- Il existe différents types de tentative de suicide et différents types de crise suicidaire (Vandevorode, 2013 ; 2012).
- Le risque suicidaire n'est pas une donnée statique. Il varie et oscille continuellement (Granello, 2010), de telle sorte que les instruments ne capturent pas toujours les pics paroxystiques du processus suicidaire (Bryan et Rudd, 2006).
- La validité des instruments est souvent limitée à l'échantillon sur lequel ils ont été construits (problème de généralisation) (Bryan et Rudd, 2006). Cependant, malgré ces imperfections et tout risque d'erreur inhérent à la prédiction du comportement humain, se priver de telles connaissances et de tels instruments apparaît plus dangereux encore. Les cliniciens travaillant avec des patients suicidants sont, en effet, amenés à prendre des décisions à haut risque, difficiles, souvent anxiogènes. Une connaissance précise du processus de crise, ainsi qu'un appui documenté sur les modèles psychologiques

Évaluation de l'urgence Recommandations ANAES, 2001	
Urgence faible	<ul style="list-style-type: none"> • Relation de confiance établie avec le praticien. • Désir de parler et recherche de communication. • Idée suicidaire, mais sans scénario précis. • Évaluer des stratégies pour faire face à la crise. • La personne est psychologiquement souffrante, mais pas anormalement troublée.
Urgence moyenne	<ul style="list-style-type: none"> • Équilibre émotionnel fragile. • Intention suicidaire claire. • Présence d'un scénario suicidaire, mais dont l'exécution est différée. • Le suicide est perçu comme la seule solution aux difficultés. • Besoin d'aide et communication de son désarroi. • Isolement.
Urgence forte	<ul style="list-style-type: none"> • Passage à l'acte planifié et décidé. • Décision rationalisée, ou émotivité, ou agitation, ou athymie. • Inertie dépressive ou état de grande excitation. • Douleur et souffrance omniprésentes ou complètement tues. • Accès immédiat au moyen de se suicider. • Sentiment d'avoir tout essayé. • Personne très isolée.

Tableau 1. Tableau d'évaluation du risque suicidaire issu de la conférence de consensus, ANAES 2001.

disponibles du fonctionnement suicidaire semblent indispensables lorsque de telles décisions s'imposent. Actuellement, nous avons besoin d'une grille d'évaluation qui :

- propose une synthèse des consensus actuels sur l'évaluation des signes cliniques liés au risque suicidaire et à la tentative de suicide ;



Notes

1. Traduction proposée par l'auteur. *Ndlr.*
2. *Idem.*

- • permette de repérer la dynamique de la crise ;
- permette de cibler les points les plus pathologiques ;
- s'intègre et s'articule à tous les instruments utilisés couramment dans la pratique de l'évaluation suicidaire ;
- s'ajuste aux recommandations d'évaluation de l'urgence suicidaire de l'ANAES (2001) et de la littérature internationale ;
- propose des indicateurs pour l'orientation et la gestion des flux de patients en service hospitalier ou ailleurs ;
- offre un outil visuel, simple, pratique.

AVANT L'ÉVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE

On considère, en général, que l'entretien semi-structuré est la méthode la plus adaptée à l'évaluation du risque suicidaire (Bryan et Rudd, 2006). Il permet, en effet, un approfondissement et un éclaircissement spontané du discours du patient, ainsi qu'une observation directe des signes non verbaux. Parmi les douze principes de base qu'elle expose sur la problématique suicidaire, Darcy Granello (2010) rappelle, en outre, que l'évaluation du risque repose avant toute chose sur un jugement clinique. Il est à noter que, dans le cas du suicide, la formulation même des questions a une importance cruciale. Des techniques d'entretien ont été développées par Shawn Christopher Shea (2008) ou d'autres auteurs (Vandevoorde *et al.*, 2010). Avant toute amorce de prise en charge, trois préliminaires sont recommandés (Fowler, 2012) :

L'évaluation du risque repose avant toute chose sur un jugement clinique.

- avoir un plan clair pour désamorcer la crise suicidaire (Vandevoorde, 2013) ;
 - négocier les responsabilités mutuelles du patient et du clinicien dans la gestion de la sécurité du patient ;
 - négocier l'exploration de la crise.
- En 2001, la conférence de consensus organisée par l'ANAES avait établi un tableau d'urgence du risque suicidaire (voir *tableau 1*).

L'ÉVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE

Les items présentés ci-dessous sont extraits des deux grilles AMPRES (aide-mémoire pour l'évaluation présuicidaire) et AMPOSS (aide-mémoire pour l'évaluation postsuicidaire), plus complètes, publiées dans notre ouvrage *Psychopathologie du suicide*, en 2013. Ces items d'évaluation sont à comprendre

comme une boussole d'exploration destinée à guider un entretien clinique.

Items à évaluer en suspicion d'un futur geste suicidaire

- Contexte de la tentative de suicide (dispute conjugale, deuil...).
- Nombre de tentatives de suicide antérieures et gravité de ces dernières.
- Comportements préparatoires au geste suicidaire : stockage de médicaments, renseignements sur Internet, entraînement au geste, achat d'une arme...
- Dysrégulation émotionnelle.
- Nature et intensité de la souffrance subjective.
- Pressentiment suicidaire (sentiment du patient que le geste est impérieux et inéluctable).
- Idées suicidaires : valence, fréquence, intensité, impression de coercition, durée, infiltration, difficulté à les chasser.
- Présence d'un scénario suicidaire et évaluation du « COQ » : comment, quand et où est prévu le geste suicidaire. Accès au moyen (présence d'une arme chez soi...).
- Isolement de la personne.
- Qualité de la relation avec le clinicien.
- Recherche de communication.
- Coopération thérapeutique.
- Motif suicidaire (raison du geste : « mourir, dormir, alerter les proches, se venger... »).
- Capacités d'apporter des solutions alternatives au suicide.
- Nature de la représentation de la mort.
- Présence d'un ordre de suicide par hallucination.
- État d'agitation, de centration extrême sur soi et mise en état de prépassage à l'acte (prise d'alcool, de toxique, etc.).
- Facteurs de protection : objections religieuses, supports familial et social, préoccupation sur le devenir des enfants, etc. (liste complète dans Vandevoorde, 2013).

Items à évaluer après une tentative de suicide

En plus des items précédents, d'autres items donnent des indications importantes sur la gravité de la crise suicidaire après que le patient est passé à l'acte :

- Processus actifs au moment du passage à l'acte (état cognitif, irruption dissociative, état émotionnel, sentiment de maîtrise de la motricité).
- Létalité potentielle du geste effectué :
 - Dangereusité du mode opératoire.
 - Connaissance du patient de cette dangereusité.
 - Estimation subjective de la probabilité de mourir.
 - Méthode mortelle sans intervention médicale.
 - Conséquences physiques / séquelles.
 - Possibilité d'être secouru pendant ou juste après la tentative de suicide.

- Prise de contact avec un proche avant la tentative de suicide.
- Précaution pour ne pas être sauvé.
- Attitude postpassage à l'acte du suicidant :
 - Critique du geste.
 - Espoir / optimisme.
 - Stratégies pour faire face aux idées suicidaires.
 - Sentiment associé au fait d'être encore en vie.
 - Reprise éventuelle du processus suicidaire.
 - Engagement dans les soins.
 - État général.

CONCLUSION

Nous avons proposé, dans cet article, une liste d'items à explorer pour évaluer le potentiel suicidaire, qui a été construite sur la base des recommandations internationales en matière de prévention du suicide. À notre connaissance, la prédiction d'un suicide ou d'une tentative de suicide n'a, à ce jour, jamais été démontrée scientifiquement. Néanmoins, l'utilisation de l'AMPRES et de l'AMPOSS (Vandevoorde, 2013) constitue un guide d'entretien qui, nous l'espérons, aidera les cliniciens à modéliser et à détecter les crises suicidaires de leur patient. ■

Bibliographie

ANAES, 2001, *La Crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge*, Montrouge, John Libbey Eurotext.

Bryan C., Rudd D., 2006, « Advances in the Assessment of Suicide Risk », *Journal of Clinical Psychology*, 62 (2) : 185-200.

Exner J., Wylie J., 1977, « Some Rorschach Data Concerning Suicide », *Journal of Personality Assessment*, 41 (4) : 339-348.

Exner J., 1995, *Le Rorschach en système intégré*, Paris, Frison-Roche.

Forman E. et al., 2004, « History of Multiple Suicide Attempts as a Behavioural Marker of Severe Psychopathology », *Journal of American Psychiatry*, 161 (3) : 437-443.

Fowler J., 2012, « Suicide Risk Assessment in Clinical Practice : Pragmatic Guidelines for Imperfect Assessments », *Psychotherapy*, 49 (1) : 81-90.

Galfalvy H. et al., 2008, « Evaluation of Clinical Prognostic Models for Suicide Attempts after a Major Depressive Episode », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117 : 244-252.

Granello D., 2010, « The Process of Suicide Risk Assessment : Twelve Core Principles », *Journal of Counseling and Development*, 88 : 363-371.

Goldstein R. et al., 1991, « The Prediction of Suicide : Sensitivity, Specificity and Predictive Value of a Multivariate Model Applied to Suicide Among 1906 Patients with Affective Disorder », *Archives of General Psychiatry*, 48 (5) : 418-422.

Harriss L., Hawton K., 2005, « Suicidal Intent in Deliberate Self-Harm and the Risk of Suicide : the Predictive Power of the Suicide Intent Scale », *Journal of Affective Disorder*, 86 : 225-233.

McAdams C., Foster V., 2000, « Client Suicide : its Frequency and Impact on Counsellors », *Journal of Mental Health Counseling*, 22 (2) : 107-121.

Paris J., 2006, « Predicting and Preventing Suicide : Do We Know Enough to Do Either ? », *Harvard Review of Psychiatry*, 14 (5) : 233-240.

Pokorny A., 1993, « Suicide Prediction Revisited », *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 23 (1) : 1-10.

Rogers J. et al., 2001, « Rational Suicide : an Empirical Investigation of Counsellors Attitudes », *Journal of Counseling and Development*, 79 : 365-372.

Shea S. C., 2008, *Évaluation du potentiel suicidaire*, Paris, Elsevier Masson.

Stefansson J. et al., 2012, « Suicide Intent Scale in the Prediction of Suicide », *Journal of Affective Disorder*, 136 (1-2) : 167-171.

Vandevoorde J. et al., 2010, « Dynamique de l'idéation et des comportements préparatoires dans le passage à l'acte suicidaire », *L'Encéphale*, 36 (2) : D22-D31.

Vandevoorde J. et al., 2012, « Reconstitution et modélisation du processus suicidaire chez les suicidants », *L'Évolution psychiatrique*, 77 (3) : 352-372.

Vandevoorde J., 2013, *Psychopathologie du suicide*, Paris, Dunod.