



**HAL**  
open science

## Application de la résolution de problème dans une unité de suicidants et suicidaires: premiers résultats auprès de 53 patients hospitalisés

L. Vera, G. Lavoisy, A. Khoubila, J. Thuile, F. Rouillon

### ► To cite this version:

L. Vera, G. Lavoisy, A. Khoubila, J. Thuile, F. Rouillon. Application de la résolution de problème dans une unité de suicidants et suicidaires: premiers résultats auprès de 53 patients hospitalisés. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2009, 167 (5), pp.375. 10.1016/j.amp.2009.04.003 . hal-00547977

**HAL Id: hal-00547977**

**<https://hal.science/hal-00547977>**

Submitted on 18 Dec 2010

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## Accepted Manuscript

Title: Application de la résolution de problème dans une unité de suicidants et suicidaires: premiers résultats auprès de 53 patients hospitalisés

Authors: L. Vera, G. Lavoisy, A. Khoubila, J. Thuile, F. Rouillon

PII: S0003-4487(09)00137-1  
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.04.003  
Reference: AMEPSY 1022

To appear in:

Please cite this article as: Vera L, Lavoisy G, Khoubila A, Thuile J, Rouillon F, Application de la résolution de problème dans une unité de suicidants et suicidaires: premiers résultats auprès de 53 patients hospitalisés, *Annales medico-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.04.003

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.



*Communication***Application de la résolution de problème dans une unité de suicidants et suicidaires :  
premiers résultats auprès de 53 patients hospitalisés****Resolution of problems in a unit of suicidal cases: First Results from the cases of 53 in-  
patients****L. Vera, G. Lavoisy, A. Khoubila, J. Thuile, F. Rouillon**

Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, Service du Pr. Frédéric Rouillon, Centre Hospitalier Sainte-Anne, 100 rue de la Santé, 75074 Paris cedex 14, France

Auteur correspondant : Luis Vera, Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, Service du Pr. Frédéric Rouillon, Centre Hospitalier Sainte-Anne, 100 rue de la Santé, 75074 Paris cedex 14, France

Adresse email : [L.VERA@ch-sainte-anne.fr](mailto:L.VERA@ch-sainte-anne.fr)

**Résumé**

La gestion de la crise suicidaire est abordée de plusieurs angles thérapeutiques afin de prévenir les récurrences. L'accompagnement psychologique des personnes qui perçoivent le suicide comme une solution à leur désespoir et à leurs problèmes psychosociaux est considéré comme indispensable par les cliniciens. Mais parfois déçus de ne pas trouver des réponses rapides à leur détresse, les patients abandonnent souvent leur suivi après un léger mieux. Nous nous sommes interrogés sur la pertinence de l'application de la technique de résolution de problème faisant partie de l'ensemble de stratégies psychothérapeutiques des thérapies cognitivo-comportementales, le but principal de cette méthode thérapeutique étant la modification de la perception du suicide par les patients comme une solution. En effet, cette technique thérapeutique insiste sur la recherche de solutions aux problèmes et définit la recherche du suicide comme un problème clinique qu'il faut traiter. Les premiers résultats de notre expérience montrent que les patients adhèrent à cette technique, elle est ressentie comme un début de réflexion guidée vers les facteurs de maintien de leur idéation suicidaire ou de leur tentative suicidaire. À la troisième séance, les patients signalent avoir appris des éléments cognitifs qui les décentrent de la « solution » suicide.

*Mots clés* : Suicide ; Dépression ; Anxiété ; Résolution de Problème

## Abstract

Suicidal behaviour is a clinical problem that has posed major challenges to efforts in its understanding and treating. There are many studies on the various mental disorders presumed to underlie suicidal behaviour. Less than 50 randomized clinical trials have been conducted evaluating treatments aimed specifically at treating individuals with high suicidal risk. There is sparse data regarding treatments for primary mental disorders which actually reduce the risk of suicide attempts or of suicidal ideation. The authors think that focussing efforts on treatment of suicidal behaviours may improve our understanding of the mechanisms related to suicidal behaviour and mining them for ideas will lead to effective interventions. For over a year the authors introduced the problem-solving therapy in their broad program for treating suicidal in-patients. In this pilot study the authors observed that assisting patients in developing a more positive problem-solving orientation may modify customary attitudes of avoiding problems and reduce tendencies to respond in an impulsive or careless manner.

*Keywords*: Anxiety; Depression; Problem Solving; Suicide

## 1. Introduction

La résolution de problème est définie comme un processus cognitivo-comportemental dirigé sur soi, par lequel un individu cherche à identifier ou découvrir des solutions à des problèmes spécifiques rencontrés dans la vie de tous les jours. Un problème est défini comme une situation de vie qui demande une réponse pour le maintien d'un fonctionnement adapté, mais pour laquelle l'individu n'a pas de réponse efficace immédiatement disponible. Une solution est une réponse (ou un ensemble de réponses) spécifique à une situation, résultat du processus de résolution de problème. Une solution efficace permet l'atteinte de l'objectif visé, c'est-à-dire le changement de la situation problématique et/ou de ses propres réactions à celle-ci ; elle associe une maximalisation des conséquences positives (bénéfices) et une minimalisation des

conséquences négatives (coûts), pour soi et autrui, à court et long terme. Il est important de distinguer la résolution de problème, processus de découverte d'une solution efficace, et l'implémentation de solution, processus d'exécution de la solution dans une situation donnée. Ces deux processus mettent en œuvre des techniques différentes qui ne sont pas toujours corrélées. Dans le domaine métacognitif, les réponses d'orientation servent une fonction motivationnelle et induisent une attitude générale face aux problèmes. Les techniques de résolution de problème sont nécessaires au niveau de la performance, pour une résolution effective et efficace du problème.

La technique de résolution de problème nous paraît adaptée à la gestion de l'idéation suicidaire et au geste suicidaire car les patients suicidaires décrivent un processus cognitif qui les pousse à répondre au désespoir, le suicide étant perçu comme la solution au désespoir. Le geste suicidaire est une réponse à des événements négatifs (internes/externes). Cette réponse implique généralement des styles cognitifs bien identifiés. L'étude des styles cognitifs n'est pas forcément une mise au jour des processus inconscients. Certains styles cognitifs retrouvés très fréquemment chez les suicidants sont à la base de la récurrence. Le style cognitif du suicidant est décrit comme une faible orientation vers les événements négatifs afin d'envisager la recherche des solutions pour tenter de les modifier. Une autre caractéristique cognitive est la prédominance de réactions émotionnelles inefficaces orientées vers la personne et destinées à réduire l'angoisse. On trouve également l'évitement : le sujet adopte des activités ou des pensées visant à éviter les événements négatifs.

Plusieurs études montrent que les déficits cognitifs dans la solution de problèmes sont associés à l'idéation suicidaire et au geste suicidaire [1-3;7;9].

Schotte et Clumm [13;14] montrent que la combinaison d'un niveau élevé de stress et de faibles capacités de résolution de problème est un prédicteur du sentiment de désespoir et de l'intention suicidaire dans la population étudiante. Quelques années plus tard, les mêmes auteurs ont comparé des patients à haut et à faible risque suicidaire et mettent en évidence que les patients du groupe à risque produisent moins d'alternatives de solutions face aux problèmes et évoquent plus facilement des conséquences négatives pour ces alternatives.

Sadowski et Kelley [11] montrent que le déficit de résolution de problème est plus élevé dans un échantillon d'adolescents consultant suite à une tentative de suicide que dans un échantillon de patients du secteur psychiatrique.

L'équipe de Linehan a travaillé auprès de patients présentant des conduites parasuicidaires [7]. Cette équipe montre que ces patients envisagent des solutions moins actives que les patients hospitalisés avec des idées suicidaires mais sans comportements parasuicidaires.

Selon d'autres études, la focalisation des objectifs thérapeutiques sur les déficits cognitifs est susceptible de réduire le risque suicidaire [5;6;9;10;12].

## **2. Méthode**

### ***2.1. Population et évaluation clinique***

Le Tableau I montre que la moyenne de notre population concerne des patients plutôt jeunes (âge moyen 28 ans). Ils souffrent tous d'un état dépressif, et pour un peu plus de la moitié de l'échantillon un trouble de la personnalité est diagnostiqué.

(Ici Tableau I)

### ***2.2. Évaluation Anxiété et Dépression par des questionnaires***

L'autoévaluation de l'anxiété et de la dépression montre que les patients identifient les affects dépressifs et la souffrance anxieuse. Nous avons utilisé les questionnaires de Beck et de Spielberger (voir Guelfi JD [4]). Les trois questionnaires situent les patients dans la zone pathologique de dépression et d'anxiété.

(Ici Tableau II)

### ***2.3. Thérapie de résolution de problème dans l'unité d'hospitalisation***

Objectifs :

- pour le patient, faire et comprendre le lien entre le geste suicidaire et l'ensemble de ses problèmes,
- définir les problèmes actuels du patient,
- entraîner le patient à tenter de trouver de solutions aux problèmes de façon structurée,
- illustrer la technique thérapeutique pendant l'hospitalisation (courte durée).

### 2.3.1. *Étapes de la technique*

Au moins trois séances (60 minutes) pendant l'hospitalisation, avec sept étapes :

1. élaboration de la liste des symptômes et des problèmes,
2. choix d'un problème et consensus sur sa définition (Premier problème : le geste suicidaire/idéation suicidaire ; deuxième problème : celui qui est perçu par le patient comme ayant le plus de charge émotionnelle associé au suicide),
3. développer des attentes réalistes,
4. développer la formulation des solutions possibles,
5. choix d'une ou deux solutions,
6. mise en place d'une solution,
7. évaluation de l'efficacité de la solution.

### 2.3.2. *Aspects préventifs de la résolution de problème*

Les premières séances sont destinées à identifier le geste suicidaire/idéation suicidaire comme étant le premier problème à aborder en priorité par le biais de cette technique. L'idéation suicidaire et le geste suicidaire sont envisagés par les patients comme un remède contre le désespoir/impuissance. La définition du geste suicidaire en termes de problème oblige le patient à prendre conscience de son style cognitif. Le patient sera sensibilisé au fait que l'idéation suicidaire est un problème et non pas une solution.

### 2.3.3. *Autoévaluation des séances*

a) L'autoévaluation de la satisfaction globale ressentie à la fin des trois premières séances a été effectuée par une échelle d'analogie visuelle. La Figure 1 montre que la satisfaction augmente au cours des séances.

**(ici Figure 1)**

b) Nous avons construit une Échelle de Résolution de Problème. Il s'agit d'un questionnaire d'autoévaluation par le patient des trois premières séances (séance 1, séance 2, séance 3) de résolution de problème. Afin d'évaluer l'apprentissage de la méthode nous avons conçu un questionnaire composé de trois questions. Le patient coche pour chaque question soit

OUI (cotation 1 point) soit MOYEN (cotation 2 points) soit NON (cotation 3 points). Les trois questions :

- a - La séance m'a été utile ;
- b - J'ai appris des éléments sur comment gérer mes problèmes ;
- c - Je pense pouvoir appliquer cette méthode dans mon quotidien.

La Figure 2 montre que dans l'ensemble les patients pensent à la troisième séance avoir appris des éléments de la méthode et pouvoir appliquer la méthode de résolution de problème dans leur quotidien. Nous montrons l'évolution de la première séance Questionnaire séance 1, question c (Q1c) à la troisième séance Questionnaire 3 séance (Q3c)

**(Ici Figure II)**

#### **2.4. Analyse statistique**

Pour les trois premières séances, nous avons comparé la note d'évaluation sur l'apprentissage de la méthode de résolution de problème (question C de l'Échelle Résolution de Problème). L'échelle de satisfaction de chaque séance par analogie visuelle a été également comparée. Les résultats montrent que les patients évaluent positivement leur capacité d'apprentissage de la méthode thérapeutique à la troisième séance. L'échelle d'analogie visuelle montre que le sentiment d'utilité des séances est significativement positif à la troisième séance. Les analyses statistiques (Test ANOVA) montrent une différence statistiquement significative entre les évaluations faites à la première séance et les évaluations effectuées à la troisième séance.

**(ici Tableau III)**

### **3. Conclusions**

D'après nos observations et les données de la littérature, la question n'est plus centrée sur un éventuel lien entre les déficits de résolution de problèmes et le suicide mais plutôt sur la question de savoir comment ce lien agit sur le risque suicidaire. Nos premiers résultats montrent l'augmentation de la motivation de patients à acquérir des habiletés pour faire face à leurs

difficultés dans leur quotidien. Avec l'aide du thérapeute, la décomposition par écrit du ressenti, des pensées et des actions au moment du geste suicidaire ou au moment où l'idéation suicidaire était très aiguë rassure les patients et spontanément ils expriment la prise de conscience des failles dans le raisonnement qui ne pouvaient que les conduire à la seule solution qui s'imposait : le suicide. Nous pensons que la technique de résolution de problème amplifie la pensée, la rendant plus hypothétique, moins vulnérable à la focalisation sur une partie des problèmes. Nos efforts actuels sont centrés sur une étude randomisée afin de mieux déterminer le rôle de la résolution de problème dans la prévention du risque suicidaire.

### Références

- [1] Chang E. Cultural differences, perfectionism, and suicidal risk: Does problem solving still matter ? *Cognitive Therapy and Research* 1998;22:237-54.
- [2] Clum G, Febraro G. Social problem solving and suicidal risk. In : E Chang, T D'Zurilla, C Sanna (Eds.), *Social problem solving: Theory, research, and training*. Washington, DC: American Psychosocial Association; 2004. P. 67-82
- [3] D'Zurilla T, Chang E, Nottingham E, Faccini L. Social problem-deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology* 1998;54:1091-107.
- [4] Guelfi JD. *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Lavalur: Ed. Pierre Fabre; 1997.
- [5] Gray S, Otto M. Psychosocial approaches to suicidal prevention: Application to patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001;62 (Suppl. 25):56-64.
- [6] Joinet TE, Voelz Z, Rudd M. For suicidal young adults with comorbid depressive and anxiety disorders, problem-solving treatment may be better than treatment as usual. *Professional Psychology: Research and Practice* 2001;32:278-82.
- [7] Linehan M, Camper P, Chiles J, Strosahl K, Shearin E. Interpersonal problem solving and parasuicide. *Cognitive Therapy and Research* 1987;11:1-12.
- [8] McLeavy B, Daly R, Ludgate J, Murray C. Interpersonal problem solving skills training in the treatment of self-poisoning patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1994;24:382-94.
- [9] Rudd MD, Rajab H, Dahm P. Problem-solving appraisal in suicide ideators and attempters. *American Journal of Orthopsychiatry* 1994;64:136-49.

- [10] Rudd MD, Rajab H, Orman D, Stulman D, Joiner TE, Dixon W. Effectiveness of an outpatient problem-solving intervention targeting suicidal young adults: Preliminary results. *Journal of Consulting and Clinical psychology* 1996;64:179-90.
- [11] Sadowski C, Kelley ML. Social problem-solving in suicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993;61:121-7.
- [12] Salkovskis P, Atha C, Storer D. Cognitive-behavioural problem-solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: A controlled trial. *Br J Psychiatry* 1990;157:871-6.
- [13] Schotte D, Clumm G. Suicide ideation in a college population: A test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 198;58:690-6.
- [14] Schotte D, Clumm G. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical psychology* 1987;55:49-55.

Conflit d'intérêt : aucun

## **Discussion**

*Dr C. Mirabel-Sarron* – Y a-t-il un suivi prévu dans ce genre de prise en charge ?

*Réponse du Rapporteur* – Pour chaque patient il est prévu une consultation groupée le même jour avec un psychiatre et un psychothérapeute quatre semaines après la sortie, puis 12 semaines et enfin 24 et 56 semaines après avoir quitté l'hôpital. Dans ces consultations, le psychiatre évalue l'anxiété, la dépression et la présence ou pas d'idéation suicidaire ou de geste suicidaire. Le psychothérapeute fait une séance de rappel de thérapie de résolution de problème centrée sur un problème actuel du patient. Celui-ci passe également deux questionnaires : le premier concerne la résolution de problème et le deuxième évalue la façon de gérer le stress.

*Dr J. Birenbaum* – Y a-t-il lieu d'associer un traitement médicamenteux anxiodépresseur, et selon quelles modalités ?

*Réponse du Rapporteur* – Pratiquement 95 % des patients en sortant de l'unité de suicide sont sous antidépresseurs. Plus de 50 % de la population avait déjà au moment de l'hospitalisation un traitement anxiodépresseur. Le diagnostic de trouble dépressif étant le plus fréquent, le traitement médicamenteux est initié durant l'hospitalisation puis, à la sortie, le suivi avec un psychiatre en ville ou en institution est conseillé à tous les patients afin de surveiller le traitement.

*Docteur D.D. Tesu-Rollier* – Je pose la question à l'intervenant à propos de la durée de la crise suicidaire pour la comparer avec celle de mon expérience d'enseignant formateur en prévention du suicide à Fleury-Mérogis.

*Réponse du Rapporteur* – La crise suicidaire telle que nous l'observons dans notre population a une durée qui peut être mesurée en mois et non pas en jours. La plupart de patients ont l'impression d'être arrivés au bout de leurs forces et un événement pénible augmente l'intensité de l'idéation suicidaire ou bien précipite le patient vers le geste suicidaire. Mais le mal-être est constaté et identifié, avec difficulté, comme étant présent depuis quelques semaines voire quelques mois. Pour la plupart de nos patients, le suicide est conçu comme une solution à une souffrance associée à des problèmes de vie paraissant insurmontables.

Tableau I

POPULATION			
Variables	Moyenne	Nombre (53)	Pourcentage (%)
<b>Age</b>	28.3 (9.3)		
<b>Sexe :</b>			
Homme		15	30.5
Femme		38	69.5
<b>Suicide :</b>			
Tentative		33	62.3
Risque		20	37.7
<b>Diagnostique DSM-IV Axe I :</b>			
EDM		38	72.2
Trouble Adaptation avec Humeur Dépressive		15	27.8
<b>Trouble de la personnalité DSM-IV AxeII :</b>			
Etat Limite		8	14.8
Autre		23	42.8
Sans		22	42.4

Tableau II

ANXIÉTÉ et DÉPRESSION	
AUTOQUESTIONNAIRE	NOTE
Echelle de dépression de Beck (13 items)	17.5 (écart type 7.8)
Echelle d'anxiété de Spielberger (Etat) STAIC-A	69.1 (écart type 10.7)
Echelle d'anxiété de Spielberger (Trait) STAIC-B	65.6 (écart type 1.4)

Tableau III

**COMPARAISONS : A) TROISIÈME QUESTION C DE L'ÉCHELLE RDP  
B) ÉCHELLE ANALOGIE VISUELLE**

Evaluations	1 <sup>ère</sup> séance	2 <sup>ème</sup> séance	3 <sup>ème</sup> séance	p
Note Question C	2.23 (écart type 0.81)	1.86 (écart type 0.8)	1.63 (écart type 0.69)	0.001
Echelle analogie visuelle	7.02 (écart type 1.81)	7.65 (écart type 1.85)	7.88 (écart type 1.52)	0.001

Figure I

Autoévaluation de la satisfaction du patient aux trois premières séances (Échelle d'analogie visuelle)

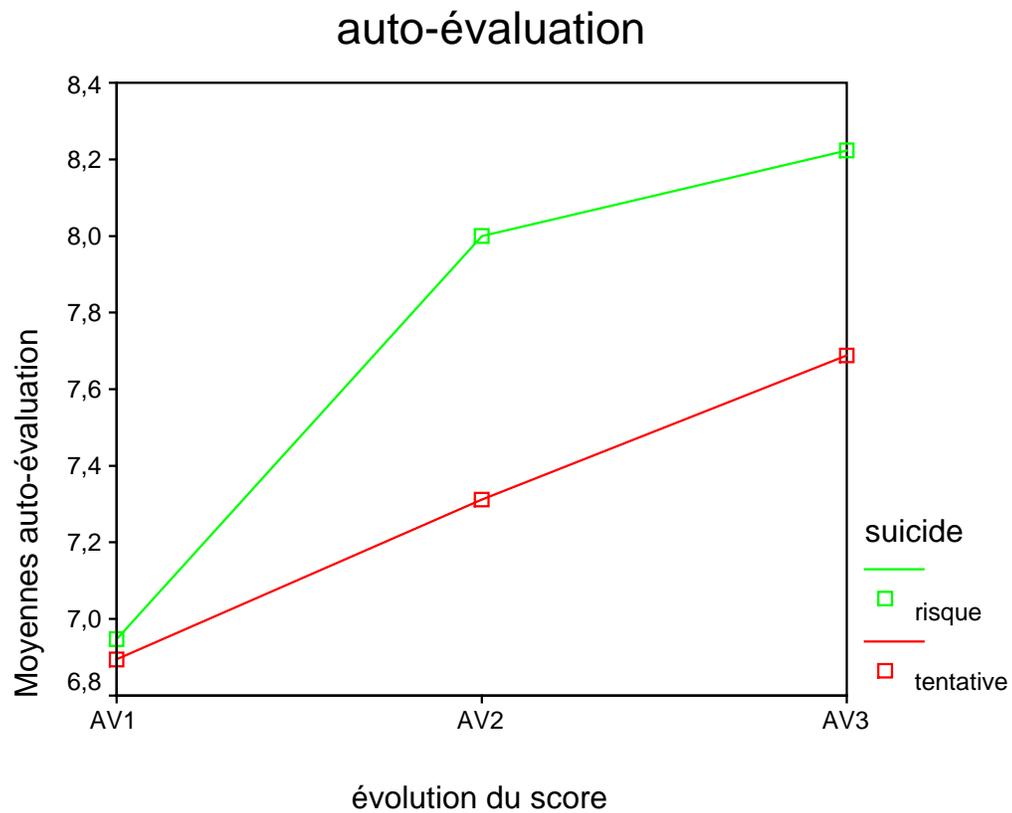


Figure II  
Auto-évaluation par le patient des trois premières séances (question c)

