

Making the Conversation a Little Easier for Probation and Parole Officers: Using Motivational Interviewing to Discuss Client Suicidal Ideation and Attempts¹

Geoff Twitchell
Forensic Behavioral Health Manager
Sacramento County Dept. of Health Services
Melinda Hohman
Professor Emeritus
San Diego State University School of Social Work

Faciliter la conversation pour les agents de probation : Utiliser l'entretien motivationnel pour discuter des idéations suicidaires et tentatives de suicide des clients¹

ENVIRON 4 357 000 ADULTES sont placés sous surveillance communautaire (milieu ouvert) aux États-Unis, la majorité d'entre eux (3 492 900) relevant des systèmes de probation des comtés (Oudekerk & Kaeble, 2021). Des études menées aux États-Unis et dans d'autres pays ont montré que les adultes en probation présentent un risque d'idées suicidaires, de tentatives ou de décès par suicide, selon le résultat étudié, trois à huit fois supérieur à celui de la population générale (Clark et al., 2013 ; Gunter et al., 2011 ; Sirdifield, Brooker, & Marples, 2020 ; Yu & Sung, 2015). Par exemple, Philips et ses collègues (2015) ont constaté un taux annuel de décès par suicide de 118 pour 100 000 chez les personnes sous surveillance communautaire, contre 13,6 pour 100 000 dans la population générale, âgée de 30 à 49 ans, et le taux était encore plus élevé chez les femmes sous surveillance de probation, à 146 pour 100 000 dans la même catégorie d'âge.

Les efforts actuels de réforme de la justice pénale confèrent aux agents de probation et de libération conditionnelle des responsabilités accrues. Ces réformes mettent notamment l'accent sur une alliance de travail avec les clients et sur l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes pour remplacer les stratégies plus traditionnelles utilisées en détention (Bogue, 2020 ; Bonta & Andrews, 2017 ; Clark, 2021 ; Gunter et al., 2011). Les agents de probation sont en mesure d'identifier les clients

¹ Les auteurs tiennent à remercier Michael Clark et Mack Jenkins pour la révision du manuscrit de l'article.

susceptibles de présenter un risque de suicide et de les orienter de manière appropriée, si nécessaire, à la fois dans le cadre du processus d'évaluation et au-delà, lors de la supervision de routine (Borrill, Cook et Beck, 2017 ; Mackenzie et al., 2018). Cependant, la discussion sur le suicide est souvent inconfortable tant pour les clients que pour les agents de probation. Les clients eux-mêmes peuvent être réticents à divulguer leurs pensées ou comportements suicidaires en raison de la stigmatisation, de la possibilité d'une réaction de soutien ou d'un traitement non désiré (Hom, Stanley, Podlogar, & Joiner, 2017 ; Mayer et al., 2020 ; Sheehan et al., 2019). Comme d'autres professionnels de l'aide, les agents de probation peuvent éviter de parler du suicide par crainte d'augmenter la probabilité qu'un suicide se produise, par anxiété quant à la façon de gérer une situation où un client révèle des idées ou des tentatives de suicide, par sentiment d'agir en dehors de leur champ d'expertise ou par manque de compétences pour savoir comment guider la discussion (Freedenthal, 2018 ; McCabe, Sterno, Priebe, Barnes, & Byng, 2017). Cet article explore les idées de suicide et les tentatives de suicide chez les clients des services de probation et de libération conditionnelle et discute des avantages potentiels de l'utilisation de l'entretien motivationnel (EM) comme méthode de communication pour fournir un cadre permettant d'aider les agents de probation à dépasser l'évitement du sujet, en particulier s'il émerge lors des visites de routine. Nous sommes conscients qu'il n'est pas du ressort des agents de probation de traiter les clients qui sont aux prises avec ces problèmes. Cependant, étant donné le taux élevé de comportements et d'idées suicidaires chez les clients, l'agent de probation peut, peut-être, être la première personne à reconnaître qu'une personne envisage de se suicider et à intervenir de manière à ce que cette personne soit orientée vers le prestataire de soins approprié. Pour illustrer la façon dont l'EM peut s'intégrer dans ce processus, nous présentons un exemple de vignette clinique et de dialogue.

Le suicide chez les probationnaires et les libérés conditionnels

Il est utile de commencer par définir le suicide, les tentatives de suicide, les idées suicidaires et la préparation au suicide. La mort par suicide est une mort causée par un geste auto infligé avec l'intention de mourir. Les tentatives de suicide sont des actes visant à se blesser soi-même, qui peuvent ou non être suffisamment graves pour entraîner la mort, si aucune intervention n'est effectuée. Les idées suicidaires sont des pensées sur la mort ou le désir de mourir, qui peuvent être fugaces ou plus durables, mais qui n'impliquent aucune démarche de préparation. La préparation du suicide consiste à déterminer ou à sécuriser une méthode de mort par suicide (O'Connor et al., 2013).

Aux États-Unis, le suicide est la dixième cause de décès et la deuxième cause de décès pour les personnes âgées de 10 à 34 ans (Stone, Jones, & Mack, 2021). Les hommes sont 3,5 fois plus susceptibles de mettre fin à leurs jours que les femmes, et les armes à feu sont à l'origine de plus de la moitié des décès par suicide aux États-Unis (Silverman et al., 2020). Il existe une myriade de facteurs de risque de décès par suicide : tentatives de suicide antérieures, troubles de l'humeur, maladies mentales graves, abus d'alcool, consommation d'opioïdes, antécédents familiaux de suicide, problèmes dans les relations intimes, deuil et perte, mauvaise santé physique, problèmes d'emploi, problèmes financiers ou accès à des moyens létaux (Clark, et al., 2013 ; Conner & Bagge, 2019 ; NIMH, 2021 ; Schmutte, Costa, Hammer, & Davidson, 2021 ; Silverman et al., 2020 ; Wilcox, Conner, & Caine, 2004). Les taux de suicide sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, et plus élevés chez les Indiens d'Amérique et les autochtones d'Alaska, ainsi que chez les hommes âgés de 25 à 34 ans (Stone et al., 2021).

Ce n'est que récemment que la question du suicide chez les probationnaires a reçu de l'attention (Gunter et al., 2011 ; Sirdifield, Brooker, & Marples, 2020). Une première étude a révélé une augmentation du risque de suicide et des problèmes de santé mentale chez les détenus récemment

libérés et les probationnaires (Gunter et al., 2011 ; Kariminia et al., 2007 ; Pratt et al., 2010). Dans un échantillon de 2 077 probationnaires au Texas, 13 % présentaient un risque élevé de suicide. Bien que la santé mentale ne soit pas nécessairement liée à la mort par suicide, aux tentatives de suicide ou aux idées suicidaires, dans cette étude, ceux qui ont été dépistés positifs pour un trouble de santé mentale étaient de deux à huit fois plus susceptibles d'être dépistés positifs pour le risque de suicide. Les femmes étaient deux fois plus susceptibles de présenter un risque élevé de suicide (Cardarelli et al., 2015).

Dans une vaste étude rétrospective portant sur 18 260 probationnaires, des analyses multivariées ont montré que les antécédents de suicide étaient le deuxième facteur prédictif indépendant de la mortalité globale, après prise en compte de l'âge, de la race, du sexe et de la dépendance aux substances. La race blanche, l'âge avancé et l'hospitalisation pour une maladie physique sont également liés à un délai plus court avant la mortalité (Clark et al., 2013). Une vaste étude sur les libérés conditionnels a révélé un risque accru d'idées suicidaires par rapport à la population générale (8,6 % contre 3,7 %, Yu et al., 2014). De même, une évaluation de 3 014 hommes et 1 306 femmes en probation a révélé un taux de prévalence annuel moyen d'idées suicidaires de 9,7 % chez les probationnaires, contre 3,6 % chez les non probationnaires (Yu & Sung, 2015). Les variables sociodémographiques étaient largement similaires entre les hommes et les femmes en probation, à une exception près : l'origine au sein du groupe des femmes en probation. Les probationnaires noires étaient deux fois plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires (Yu & Sung, 2015).

Si les facteurs de risque et les voies du suicide spécifiques aux probationnaires et aux libérés conditionnels ont été moins examinés, une étude qualitative portant sur sept probationnaires qui avaient fait des tentatives de suicide presque fatales alors qu'ils étaient sous surveillance communautaire a révélé que les tentatives de suicide étaient précédées d'un deuil, d'un sentiment de perte de contrôle sur leur vie ou d'événements juridiques importants tels que des dates d'audience à venir. Si le manque de confiance général dans le système de justice pénale a constitué un obstacle à la divulgation des idées suicidaires aux agents de probation, lorsqu'une relation solide a été établie, cela a servi de facteur de protection (Mackenzie, Cartwright, & Borrill, 2018).

L'analyse du contenu des dossiers de 28 probationnaires qui se sont suicidés alors qu'ils étaient sous surveillance a permis d'identifier les rendez-vous manqués, les avertissements du tribunal ou le non-respect des obligations, et les changements dans la routine de l'agent de probation ou de la surveillance (par exemple, les heures de rendez-vous, le lieu) comme des facteurs de risque associés au suicide (Borrill, Cook, & Beck, 2017). La nécessité d'une formation à la prévention du suicide, de relations de collaboration étroites avec les professionnels de la santé mentale et l'utilisation d'un processus pour noter uniformément le risque de suicide dans les dossiers de gestion de cas partagés pour une communication complète ont été suggérés comme des changements nécessaires pour prévenir le suicide au cours du processus de surveillance de la probation.

Discuter des idées et/ou tentatives suicidaires à l'aide de l'EM

De nombreux organismes et employés des services correctionnels communautaires ont été formés et effectuent régulièrement un dépistage des idées suicidaires auprès de leurs clients au cours du processus d'admission à l'aide d'outils validés pour une utilisation avec des populations sous main de justice, tels que la [Columbia Suicide Severity Rating Scale \(C-SSRS\)](#) (Posner et al., 2011 ; Wilson, 2017). La formation à l'utilisation de cette échelle discrédite le mythe communément répandu selon lequel le fait de parler directement du suicide peut en fait produire des idées suicidaires. Cela, et le fait que le dépistage des idées et intentions suicidaires est une pratique de routine qui non seulement assure la sécurité du client, mais minimise également le risque et la responsabilité de l'agent de probation et de

l'organisation, a contribué à sa mise en œuvre. Néanmoins, le suicide est un sujet qui suscite raisonnablement un certain niveau d'anxiété, surtout lorsqu'il survient en dehors de la phase initiale de dépistage et d'évaluation et au cours de la relation continue de supervision communautaire (Nagdimon, McGovern et Craw, 2021).

En raison de l'accent mis sur les pratiques fondées sur des données probantes, les agents de probation sont de plus en plus formés à l'entretien motivationnel (EM), un style de conversation visant à accroître la motivation des clients à changer leurs habitudes et leurs comportements dans un sens positif (Bogue, 2020 ; Clark, 2021 ; Miller & Rollnick, 2013). S'appuyant sur les motivations internes qui sont plus susceptibles de promouvoir un changement durable, l'EM a été utilisée pour la consommation de substances, les problèmes de santé et les comportements prosociaux, et a récemment été testée comme une méthode utile lorsque les clients peuvent être suicidaires. L'objectif n'est pas de fournir un traitement pour les pensées/intentions suicidaires, mais de motiver les clients à chercher de l'aide (Britton, 2015 ; Britton, Conner, Chapman et Maisto, 2020).

L'EM est utilisée dans les domaines où les clients sont ambivalents. Les pensées suicidaires entrent dans cette catégorie, car les clients luttent souvent entre le désir de vivre et le désir de mourir (Brown, Steer, Henriques, & Beck, 2005 ; Britton, 2015 ; Mackenzie, Cartwright, & Borrill, 2018). Il peut être difficile de discuter de ces pensées avec une figure d'autorité, et les clients peuvent hésiter à le faire (Frey, Fulginiti, Lezine, & Cerel, 2018 ; Hom et al., 2017 ; Mackenzie et al., 2018 ; Sheehan et al., 2019). Cependant, l'accent mis sur les relations positives, l'acceptation et le respect, qui constituent le fondement de l'esprit de l'EM, permet au personnel de probation de développer une alliance de travail qui peut ouvrir la voie à des conversations difficiles (Clark, 2021 ; Frey & Hall, 2021 ; Stinson & Clark, 2017).

Outre l'accent mis sur une alliance de travail, les outils de l'EM qui guident les conversations comprennent l'utilisation de questions ouvertes, les valorisations, les déclarations d'écoute réflexive et les résumés (OARS : Open questions, affirmations, reflective listening, and summary reflections- En français nous utilisons l'acronyme OUVÉR) (Miller et Rollnick, 2013 ; Stinson et Clark, 2017). Les reflets simples reprennent ce que le client a dit, et les reflets complexes sont des déclarations de l'agent de probation qui vont au-delà des mots et explorent le sens possible de ce que les clients verbalisent (Hohman, 2021 ; Miller & Rollnick, 2013). Les réflexions servent à impliquer les clients en montrant que l'agent de probation les écoute et se préoccupe vraiment d'eux. Les réflexions encouragent ou évoquent également les propos des clients sur le changement, c'est-à-dire leurs déclarations sur le changement, qui comprennent le désir, la capacité, les raisons et la nécessité de changer, sur le sujet en discussion. Le discours maintien est l'opposé du discours changement et comprend les raisons pour lesquelles les clients ne peuvent pas changer. L'agent de probation peut prendre acte de ce discours, mais l'objectif est d'amener le client à s'entendre parler de changement positif, afin d'orienter la conversation vers un discours changement. Dans les cas de pensées suicidaires, ce discours est considéré comme un " discours sur la vie ", qui met l'accent sur les raisons de vivre (Britton, 2015 ; Miller et Rose, 2015 ; Stinson et Clark, 2017). En général, un entretien EM couvre également quatre processus : engager le client, se concentrer sur un sujet autour duquel évoquer un discours de changement (focalisation), évoquer le discours de changement et planifier les prochaines étapes (Miller & Rollnick, 2013).

Les clients peuvent faire l'objet d'une évaluation formelle du risque de suicide à l'admission, ce qui peut être la dernière fois qu'il est mentionné, en particulier si la personne est considérée comme présentant un faible risque psychiatrique. Les clients peuvent également minimiser toute idée ou tentative de suicide lors d'une évaluation ou décider de la garder cachée (Mayer et al., 2020 ; Nagdimon, McGovern, & Craw, 2021). Cependant, les idées de suicide, la planification ou les tentatives

antérieures peuvent être évoquées lors de conversations de routine entre l'agent de probation et le client. Le tableau 1 présente un modèle de la façon dont les quatre processus de l'EM peuvent servir de guide pour aborder ces sujets, ou y faire allusion, s'ils surviennent lors d'une conversation de routine. Comme indiqué, les compétences de l'OARS doivent être utilisées tout au long du processus, même s'il est parfois nécessaire de poser des questions fermées.

Dans le processus d'engagement, l'établissement d'une relation de confiance entre l'agent de probation et le client permet des conversations plus ouvertes (Jobes, 2016). Les agents de probation doivent être à l'écoute des préoccupations du client qui peuvent l'exposer à un risque élevé de suicide, comme l'indique le tableau 1, et être attentifs aux déclarations du client qui peuvent être indicatives d'idées suicidaires et y donner suite, même si le client ne semble pas déprimé ou à risque. Des événements apparemment sans importance peuvent avoir précédé une rencontre avec l'agent de probation, mais ils sont susceptibles d'accroître les idées suicidaires d'un client. Les clients peuvent exprimer directement leurs idées suicidaires ou leurs projets de suicide, ou rester plus vagues, en disant par exemple : " Je ne suis pas sûr de pouvoir continuer ", " J'ai l'impression que ça ne sert plus à rien ", " Les gens seraient mieux sans moi " ou " Je ne suis pas sûr de pouvoir supporter tout cela " (Freedenthal, 2018 ; Ryan et Oquendo, 2020 ; Sheafor et Horejsi, 2015).

Cela peut susciter de l'anxiété chez l'agent de probation, mais il est plus utile d'être direct et de se concentrer sur les idées suicidaires du client ou sur sa préparation au suicide : "Est-il possible de prendre un moment pour discuter de ce que vous venez de mentionner ? Pensez-vous à vous suicider?" Il est préférable d'être direct plutôt que d'utiliser des termes vagues tels que "Pensez-vous à vous faire du mal?" (Singer & Erreger, 2016). Parfois, l'anxiété liée au suicide pousse les agents de probation et même les thérapeutes en santé mentale à "adoucir" la question (Nagdimon et al., 2021 ; NIMH, 2021). Le fait de poser directement la question peut même contribuer à réduire les idées suicidaires (Dazzi et al., 2014 ; Frey & Hall, 2021). Si le client répond "non", la conversation peut passer à un autre sujet.

Si le client répond "Oui", "Peut-être" ou "Pas vraiment", l'agent de probation peut passer au processus d'évocation, afin d'explorer ce que le client pense. Une question ouverte, telle que " Dites-m'en plus", permet d'explorer ce que pense le client, tout en faisant appel à la réflexion. L'étape suivante consiste à demander "Quel est votre plan ?" et à évaluer la létalité. Les clients peuvent avoir eu des pensées sans plan ou des plans vagues, ou avoir des plans très spécifiques, dont certains sont plus létaux que d'autres, en particulier s'ils impliquent des armes à feu, une pendaison ou une surdose de drogue (Conner, Azrail et Miller, 2019 ; Freedenthal, 2018). L'EM a également été proposée comme méthode de communication pour la restriction des moyens (élimination de l'accès à divers moyens de suicide), dans laquelle les clients créent leur propre plan pour se protéger (Britton, Bryan et Valenstein, 2016).

Comme nous l'avons mentionné, l'EM met l'accent sur le " discours changement " ou sur les " raisons de vivre " (Britton, 2015). Par exemple, l'agent de probation pourrait poser la question suivante : " Si vous envisagiez de continuer à vivre, quelles seraient les raisons de le faire ? " Le fait d'encourager les clients à donner plusieurs réponses par le biais d'une écoute réflexive et de demander " Pourquoi autrement? " en résumant toutes les réponses permet aux clients de s'entendre, à plusieurs reprises, parler de leur vie et de continuer à le faire, dans un laps de temps réduit. L'agent de probation ne dit pas aux clients pourquoi ils devraient vouloir vivre, mais s'efforce d'évoquer ce qui compte pour eux, y compris les facteurs de protection - qu'il s'agisse des relations, de la famille, de la religion, de la culture ou des valeurs personnelles. Ces facteurs sont adaptés à chaque client.

TABLEAU 1.

Utilisation de l'EM pour discuter des idées suicidaires, de la préparation et des tentatives de suicide

Processus/c ompétences de l'EM	Évaluation/discussion du suicide	Rôle de l'agent de probation
Engagement	<ul style="list-style-type: none"> -Établir une relation de confiance -Être à l'écoute des préoccupations liées aux facteurs à haut risque de stress psychosociaux: perte d'emploi/de logement, isolement, divorce, décès de membres de la famille, maladie, etc. -Écouter les déclarations spécifiques ou vagues d'idées de suicide (IS), de préparation au suicide (PS) ou de tentatives de suicide (TS), 	Connaissance des facteurs de risque: <ul style="list-style-type: none"> - Population générale : tentatives antérieures, antécédents familiaux de suicide, dépression, anxiété, perte, consommation d'alcool et de drogues, mauvaise santé - Spécifique aux clients de probation : sortie de prison, comparution prochaine devant le tribunal, changement de CPIP, manque de contrôle sur la vie, rendez-vous manqués
Focalisation	Si vous entendez des déclarations spécifiques ou vagues, Posez directement la question : "Pensez-vous à vous suicider ?"	Gérer sa propre anxiété Discuter de l'IS/PS/TS ne rend pas suicidaire Éviter les formulations vagues telles que "Pensez-vous vous faire du mal?"
Evocation	Le plan : "Quel est votre plan ?" Évaluation de la létalité (moyens) Raisons de vivre/valeurs Facteurs de protection Confiance en soi pour s'engager dans des activités vitales	Renforcer la motivation à vivre/l'espoir/la confiance Comprendre les contextes de l'IS/PS/TS : <ul style="list-style-type: none"> - Peur de l'hospitalisation - Sexe /Culture/Religion - Discrimination passée dans les services de santé mentale - Peur de la stigmatisation
Planification	Si le risque est faible : <ul style="list-style-type: none"> - Planification de la sécurité/ Restriction des moyens - Activités qui maintiennent en vie - Recherche d'un soutien en matière de santé mentale ou d'autres conseils Risque plus élevé : <ul style="list-style-type: none"> - Suivre les directives du service - Évaluation possible en milieu hospitalier 	<ul style="list-style-type: none"> -Renforcer l'engagement à vivre -Connaître le protocole du service -Demander la consultation d'un spécialiste de la santé mentale -"passage de relais chaleureux"/collaboration avec le client et les services de santé mentale ou autres services -Noter la conversation et les résultats

Poser des questions sur d'autres domaines de leur vie où les clients ont fait preuve de réalisations et fournir des affirmations peut contribuer à insuffler de l'espoir (Miller & Rollnick, 2013).

Bien entendu, des discussions de soutien peuvent survenir lorsque les clients minimisent leurs préoccupations ou donnent des raisons de ne pas chercher de l'aide en raison de la peur d'une hospitalisation forcée, des stéréotypes de genre, de leur religion, d'expériences négatives antérieures avec le système de santé mentale, de la stigmatisation entourant la santé mentale en général, ou simplement parce qu'ils veulent que leurs problèmes cessent (Misra et al., 2021 ; Nagdimon et al., 2021). Ces questions peuvent être abordées en orientant le client vers un discours plus axé sur le changement. Les clients peuvent être interrogés sur les activités vitales ou sur la façon dont ils se représentent une vie digne d'être vécue, ainsi que sur les exemples de réussite qui leur donnent confiance en leur capacité à y parvenir (Britton, 2015).

Au stade de la planification, les clients sont invités à s'engager à vivre (Britton, 2015). Pour ceux qui sont prêts à le faire et dont le risque de suicide est faible, cette étape peut également comprendre la planification de la sécurité, qui consiste à identifier les soutiens sociaux et communautaires ainsi qu'à

restreindre les moyens de suicide (Britton et al., 2016 ; Freedenthal, 2018 ; Stanley et al., 2018). L'agent de probation doit assurer un " passage de relais chaleureux " du client vers les services de santé mentale (le cas échéant), ce qui peut consister à appeler le client pour prendre rendez-vous avec lui ou même à l'accompagner au rendez-vous (Nagdimon et al., 2021). Le processus de " passage de relais chaleureux " est tout à fait conforme à l'aspect gestion de cas de l'agent de probation et fait appel à la philosophie de l'approche équilibrée de la supervision (c'est-à-dire qu'il met l'accent sur la responsabilisation et le changement de comportement en vue de la réadaptation). En outre, ce processus permet de faciliter "l'engagement" dans les services de traitement, plutôt que de simplement orienter le client vers des services. Les professionnels de la santé mentale peuvent également s'engager dans un processus plus formel de planification de la sécurité si nécessaire. Si les clients présentent un risque élevé de suicide et ne peuvent pas avancer dans le processus de planification, le protocole du service doit être suivi. Il peut s'agir d'une évaluation en milieu hospitalier. Comme toujours, l'agent de probation doit noter et documenter la conversation et ses résultats.

Vignette de cas et dialogue

La vignette suivante représente un ensemble de clients. Nous donnons un exemple de conversation sur l'EM qu'un agent de probation (CPIP) pourrait avoir avec le client. Louis est un homme de 28 ans qui est en probation pour une deuxième infraction de conduite en état d'ivresse et possession de stupéfiant. Louis avait bu avec ses amis lorsqu'ils ont terminé leur travail dans un restaurant, sont partis et ont percuté un arbre. Son taux d'alcoolémie était de 0,15, soit environ le double de la limite légale. Des comprimés d'oxycodone non prescrits ont été trouvés dans sa voiture.

Louis a déclaré qu'il s'était endormi juste avant l'accident. Il a subi une commotion cérébrale, des lacérations, des côtes cassées et une fracture de la jambe. Il a dû subir une intervention chirurgicale lourde, suivie d'un séjour dans un centre de rééducation.

Louis vivait avec sa petite amie et leur fille, mais elle l'avait quitté plusieurs mois auparavant, emmenant leur fille dans un autre État. À sa sortie du centre de rééducation, il s'est installé chez sa mère, car il ne pouvait pas vivre seul. Louis a contracté sans le savoir le COVID-19 pendant son séjour au centre, qui s'est ensuite propagé à sa mère. Celle-ci a dû être hospitalisée et est décédée plus tard. Louis a perdu son emploi en raison de ses blessures et de la pandémie, mais il a bénéficié d'allocations de chômage. Il a pu rester dans la maison de sa mère, dont il est maintenant propriétaire avec ses deux sœurs, qui l'autorisent à y vivre. Aujourd'hui, il est suffisamment rétabli pour reprendre le travail et a récemment trouvé un emploi dans le secteur de la restauration. Louis souffre également de douleurs chroniques dues à ses blessures, qu'il essaie de gérer avec des médicaments en vente libre.

Comme il s'agissait de sa deuxième conduite en état d'ivresse et qu'il était également accusé d'usage de stupéfiants, Louis a été placé en probation et s'est vu ordonner de suivre un programme de 18 mois de suivi individuel et collectif, de ne pas consommer d'alcool ni de drogues, de renoncer à son permis de conduire et de se soumettre à des tests aléatoires de dépistage de stupéfiants. Son évaluation de probation indique qu'il présente un risque moyen en raison de ses fréquentations antisociales, de ses cognitions antisociales, de ses antécédents familiaux (son père a eu des démêlés avec la justice et s'est suicidé lorsque Louis avait 8 ans), de ses antécédents professionnels sporadiques et de sa consommation d'alcool et d'autres drogues. Son agent de probation a prévu une réunion de suivi avec lui pour discuter de son respect du plan de probation. Les compétences de l'EM sont notées entre parenthèses. Le discours sur le changement est mis en évidence en gras.

CPIP : Comment vous sentez-vous, Louis ? Comment va votre jambe ces jours-ci ? [Question ouverte]

CLIENT : Je vais bien. Je boite encore quand je suis fatigué, mais j'ai l'impression d'aller mieux. Je ne peux pas prendre de médicaments contre la douleur, mais je n'ai mal que lorsque je marche trop.

CPIP : Vous pouvez dire que vous avez fait des progrès. [reflet simple]

C : Oui, je vais beaucoup mieux. **Je vais aussi à toutes ces réunions sur la conduite en état d'ivresse** et le fait de le faire sur Zoom rend les choses un peu plus faciles. Ça va. Les membres de mon groupe sont assez gentils. Certains de leurs problèmes font paraître les miens bien insignifiants.

CPIP : Je suis heureux d'apprendre que vous participez aux réunions et que tous vos tests de dépistage de drogues se sont révélés négatifs. J'imagine que vous avez entendu des histoires intéressantes de la part des autres clients de votre groupe et que vous avez également vécu des expériences difficiles. [Valorisation ; partage d'informations ; reflet simple]

C : Ouais, eh bien, ça a été quelques années difficiles pour tout le monde, n'est-ce pas ?

CPIP : C'est certain. Mon travail consiste à prendre contact avec vous et à vous soutenir, et il semble que vous vous en sortiez bien en suivant votre plan. Je me demande de quoi vous aimeriez parler pendant que nous sommes ensemble aujourd'hui ? Nous pourrions parler de votre plan [de probation] ou de tout ce qui est important pour vous. [Fournir des informations ; Valorisation ; Question ouverte, focalisation]

C : Je vais bien, rien de particulier. **J'essaie juste d'éviter les ennuis. Je ne vois plus mes anciens amis et j'ai commencé un nouveau travail.** Ce n'est pas le meilleur, mais il m'a permis de mettre un pied dans la porte.

CPIP : Même si le travail n'est pas ce que vous vouliez, c'est quand même bien de retourner au travail. [Réflexion simple]

C : Le travail est bien. Je ne sors pas et je ne vois essentiellement que des gens au travail, vous, les gens de mon groupe et mon conseiller, alors c'est un peu déprimant. Je ne connais pas vraiment les gens au travail. **Mais je veux sortir de ma période de probation et m'efforcer de retrouver ma petite amie et ma fille.**

CPIP : Il est important pour vous d'aller de l'avant et d'avoir une relation avec elles. [Réflexion complexe]

C : Oui, elles me manquent beaucoup. Ma fille me parle un peu. Elle n'a que deux ans, alors c'est difficile au téléphone et sa mère ne veut pas que je l'appelle souvent.

CPIP : Vous aimeriez parler plus souvent. [Réflexion simple]

C : Oui, peut-être **qu'elle verrait que je fais ce qu'il faut.** Vous savez, je ne l'ai jamais dit à personne, mais le soir de l'accident ? J'étais tellement déprimé qu'elle m'ait quitté que j'ai essayé de me tuer. J'ai foncé dans cet arbre exprès. Je ne pouvais même pas faire ça correctement.

CPIP : Merci de m'avoir raconté cela, il fallait avoir du cran. Vous étiez si bouleversé. Puis-je vous demander si vous pensez à vous suicider maintenant ? [Valorisation ; Reflet simple ; Question fermée; Évaluation du suicide]

C : Non, pas vraiment. Cet accident de voiture était tellement stupide, regardez ce qui m'est arrivé. **Alors je n'essaierai rien d'autre non plus.** Parfois, je me sens tellement seul. Et responsable de ce qui est arrivé à ma mère. Je sais qu'on m'a dit que ce n'était pas ma faute, mais tout de même, fallait-il qu'elle meure ? Et mourir seule ? Si elle était là, elle serait fière de moi pour ce que je fais maintenant.

Mais elle n'est pas là. Et elle serait tellement déçue de moi si j'essayais à nouveau de me tuer, après ce qu'elle a vécu avec mon père. Elle était philippine et l'église était très importante pour elle. Mais parfois, j'ai l'impression que même si je fais tout cela, que je reste sobre et que je sors de ma période de probation, ma petite amie ne me reprendra pas. Et comment pourrais-je voir ma fille ?

CPIP : Vous vous sentez seul et vous avez beaucoup de chagrin à propos de votre mère et peut-être même de votre père. L'une des choses qui vous permet de tenir le coup, c'est l'espoir de retrouver votre petite amie ou même de rester en relation avec votre fille. Vous voulez aussi être quelqu'un dont votre mère aurait été fière. Quelles sont les autres choses pour lesquelles vous pourriez vivre ? [Reflet complexe ; question ouverte pour évoquer la vie]

C : Je ne sais pas. (pause) Ce travail se résume à faire la vaisselle et un peu de nettoyage, donc ce n'est pas vraiment ce que je veux. **J'espère que j'aurai l'occasion de faire de la cuisine, pour qu'ils puissent voir mes compétences. J'aimerais vraiment en faire mon métier.** Je pourrais probablement le faire maintenant que je n'en consomme plus. C'est juste que c'est un secteur difficile pour y travailler quand on essaie de rester abstiné. Mais je connais des gens qui sont abstinents. Peut-être qu'ils pourraient même m'aider.

CPIP : Une carrière dans la restauration vous motive donc, surtout si vous pouvez être avec d'autres personnes en qui vous avez confiance. Pourquoi voudriez-vous vivre autrement ? (Reflet simple ; question ouverte)

C : Mes deux neveux m'admirent beaucoup. Je les vois quand ils viennent rendre visite à ma sœur. Ils ont à peu près le même âge que moi quand mon père est mort. Ma sœur est célibataire et **je veux être là pour l'aider aussi. Et je ne veux pas qu'ils vivent ce que j'ai vécu.**

CPIP : Vous avez donc ces deux petits gars ainsi que votre sœur. Voyons si j'ai tout compris - et il y en a peut-être d'autres. Vous avez traversé beaucoup d'épreuves et vous vous sentez assez isolée, mais vous vous accrochez et vous faites ce que vous avez à faire. Vous espérez rétablir une relation avec votre petite amie et, si cela ne se produit pas, au moins continuer à participer à la vie de votre fille. Vous voulez honorer la mémoire de votre mère. Vous allez vous efforcer de relancer votre carrière. Vous voulez également rester impliqué dans la vie de votre sœur et de vos neveux et leur apporter votre aide. [Résumé]

C : Oui, c'est exact.

CPIP : Vous avez parfois eu des idées suicidaires, mais pour l'instant, vous n'avez pas de plan pour aller jusqu'au bout. [Reflet simple pour confirmer]

C : Oui, c'est vrai. Je ne vais pas faire de folies comme avant.

CPIP : Qu'est-ce qui pourrait vous aider à rester sur cette voie ? [Question ouverte]

C : Je ne sais pas. Que pensez-vous que je devrais faire ?

CPIP : Parfois, les personnes que j'accompagne parlent à leur conseiller des conduites en état d'ivresse ou travaillent avec un thérapeute dans le cadre d'une consultation individuelle, en particulier pour se concentrer sur le chagrin et la perte. Vous avez traversé beaucoup d'épreuves et quelqu'un qui a de l'expérience dans ce domaine peut vous aider. [Fournir des informations avec des choix]

C : Un thérapeute spécialisé dans le deuil pourrait être utile. Je n'ai vraiment pas envie de parler de ces choses avec mon groupe de conduite en état d'ivresse. La conseillère, peut-être. Elle connaît peut-être une bonne personne avec qui je pourrais travailler. Et vous ?

CPIP : J'ai quelques noms à vous donner et nous pourrions passer quelques coups de fil ensemble. Il faut du courage pour parler de ce genre de choses et pour obtenir de l'aide. [Fournir des informations; Valorisation]

Dans cet exemple, l'agent de probation a déjà établi une relation avec le client, Louis, et n'a pas eu besoin de passer beaucoup de temps avec lui. Il (l'agent de probation) a posé une question ouverte sur son état de santé, au lieu de commencer par le plan de probation. Cela a montré à Louis que l'agent de probation se préoccupait de lui en tant que personne, et pas seulement de son respect des règles. Il a également affirmé que Louis avait travaillé de manière positive sur son plan de probation.

L'agent de probation a ensuite posé une question ciblée pour savoir de quoi Louis souhaitait parler avec lui. L'agent de probation peut toujours revenir sur les sujets qu'il doit aborder, si nécessaire. Par exemple, si Louis avait manqué un test aléatoire de dépistage de drogues, l'agent de probation aurait pu en parler une fois que la conversation aurait porté sur ce dont Louis voulait parler (Stinson et Clark, 2017). Donner le choix aux clients est une façon de respecter leur autonomie, ce qui est important dans les conversations en EM (Hohman, 2021). Louis a laissé entendre qu'il voulait parler de son isolement et de sa dépression en évoquant la perte de sa relation avec sa petite amie, puis il a révélé que son accident de conduite en état d'ébriété était en fait une tentative de suicide. L'agent de probation n'a pas été surpris, car le deuil et la perte, les antécédents familiaux, les traumatismes, la douleur chronique, l'abus d'alcool et la consommation de substances sont souvent liés aux idées et aux tentatives de suicide (Mackenzie et al., 2018 ; Ryan & Oquendo, 2020). De nouvelles recherches indiquent également que les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les récidivistes de la conduite en état d'ébriété, l'événement de conduite en état d'ébriété lui-même étant souvent la méthode utilisée (Edson, Gray, Nelson et LaPlante, 2020).

Louis ayant révélé qu'il avait tenté de se suicider, l'agent de probation lui a demandé s'il pensait à une nouvelle tentative. Louis a répondu que non, " pas vraiment ", ce qui est une dénégation un peu tiède. Il a ajouté qu'il n'avait aucun moyen ou planification d'un geste suicidaire. L'agent de probation l'a confirmé par la suite. Louis a donné quelques raisons de vouloir mourir ou de soutenir la conversation, ce que le CPIP a reconnu, puis il a évoqué ou demandé les raisons pour lesquelles Louis pourrait vouloir vivre. Louis a pu parler des relations et du travail qui pourraient avoir un sens pour lui. Il a commencé à mettre en place son propre plan. Le CPIP a résumé les raisons de vivre et les débuts du plan de Louis. Il a ensuite demandé s'il y avait d'autres prochaines étapes ou d'autres plans. Louis a demandé des idées. L'agent de probation lui a proposé deux choix et Louis a pensé qu'il pourrait vouloir travailler avec quelqu'un sur le thème du deuil et de la perte. Le fait de ne pas présenter Louis comme un dépressif, mais comme une personne qui a vécu une grande perte, était probablement moins stigmatisant et plus attrayant pour Louis. Bien entendu, il n'appartient pas à l'agent de probation de poser un diagnostic sur Louis.

Si Louis avait admis qu'il avait encore des pensées suicidaires ou qu'il se préparait à faire une autre tentative, l'agent de probation devrait discuter avec lui des prochaines mesures à prendre pour assurer sa sécurité, notamment une évaluation par un professionnel de santé mentale ou une éventuelle hospitalisation. L'agent de probation ne doit pas s'empressez d'adopter l'un ou l'autre de ces types de plans et doit plutôt demander l'avis de son cadre au sujet des politiques institutionnelles en la matière. Agir rapidement par crainte pour le client peut entraîner une aggravation de la situation (Freedenthal, 2018).

Louis pourrait être considéré comme un client de probation " facile " dans la mesure où il respecte son plan de probation, suit une thérapie pour conduite en état d'ivresse, a un emploi et un logement stable. Il est cependant à risque de suicide, ainsi que de consommation de drogues, en raison des antécédents

familiaux de décès par suicide, de sa propre tentative de suicide antérieure, d'un chagrin et d'une perte importants liés à sa relation avec son partenaire et au décès de sa mère, d'une consommation antérieure de substances et d'antécédents d'hospitalisation pour une blessure physique traumatique (Borrill, Cook, & Beck, 2017 ; Cardarelli et al., 2015 ; Clark et al., 2013 ; Cook & Borrill, 2015 ; Henden, 2017 ; Mackenzie et al., 2017 ; Sirdifield et al., 2021). Louis suit déjà un suivi individuel dans le cadre de son programme de lutte contre la conduite en état d'ivresse, mais il a choisi de ne pas divulguer sa tentative passée et de le faire avec son agent de probation où il doit se sentir en sécurité, c'est-à-dire qu'il doit savoir que sa divulgation sera traitée sans jugement (Frey et al., 2018). Il est important que l'agent de probation s'assure que Louis respecte son plan de consulter un thérapeute et qu'il puisse peut-être même communiquer avec ce thérapeute au sujet de ses préoccupations.

Discussion

Le taux de tentatives de suicide et de décès est plus élevé dans la population pénale que dans la population générale (Yu & Sung, 2015). L'EM a déjà été introduit dans le travail de probation (Stinson & Clark, 2017) et fournit une méthode de communication lorsque les clients ont des pensées suicidaires ou ont tenté de se suicider. L'objectif d'une conversation EM entre un agent de probation et son client est de motiver le client à demander de l'aide, car la plupart des clients éprouvent une ambivalence entre le désir de vivre et le désir de mourir (Britton, 2015). La discussion sur les pensées suicidaires et/ou les tentatives de suicide est intimidante et délicate, mais ces conversations peuvent être extrêmement influentes pour orienter les clients dans une direction positive (Dazzi et al., 2014). Le personnel de probation peut s'inquiéter de la responsabilité (Viglione, 2019) ou croire qu'engager une telle conversation dépasse son champ de pratique. L'utilisation de l'EM par les CPIP peut également être inconfortable, en particulier pour ceux qui sont habitués à des méthodes de communication plus directives (Viglione, Rudes, & Taxman, 2017). Le modèle présenté fournit toutefois un guide pour l'utilisation de l'EM dans ces conversations difficiles. Même s'il ne rend pas toujours ces discussions " plus faciles ", il fournit un cadre pour insuffler de l'espoir ainsi que des options pour accéder à une aide plus professionnelle, ouvrant ainsi une nouvelle voie pour le personnel. Les CPIP doivent également connaître les ressources communautaires en matière de santé mentale. Le regroupement ou l'inclusion de professionnels de la santé mentale dans l'équipe de routine favorise une approche interprofessionnelle plus complète pour répondre aux besoins complexes de l'importante population placée sous surveillance communautaire.

Les CPIP peuvent être particulièrement attentifs à la mise en place et au maintien d'une structure pour leur travail avec les clients, ainsi qu'à l'approche de ces derniers dans l'esprit de l'EM. Cela permet de développer une relation de confiance ainsi qu'un sentiment de prévisibilité et de sécurité pour le client (Clark, 2021). Le maintien d'heures régulières de rendez-vous, d'un lieu de travail, de prestataires référencés et d'un CPIP assigné, dans la mesure du possible, crée également un sentiment de contrôle sur sa vie et un sentiment de connexion (Borrill, Cook, & Beck, 2017). Les rendez-vous manqués sur un lieu de travail, avec un prestataire de santé mentale ou lors d'un rendez-vous avec le CPIP peuvent être le signe d'une détresse émotionnelle et nécessiter un suivi. Le risque est toujours possible même si le client nie avoir des idées de suicide ou s'y préparer, en particulier dans le contexte de facteurs de stress psychosociaux (Nagdimon et al., 2021). Ces facteurs de stress peuvent être traités par une aide au logement, à l'emploi, aux questions financières, etc. (Yu et al., 2014).

La formation interprofessionnelle entre les prestataires de probation et de santé mentale pourrait inclure l'EM pour aider à améliorer les compétences d'engagement des CPIP lorsqu'ils cherchent à développer un changement de comportement avec les probationnaires et les libérés conditionnels. Elle peut aussi fournir simultanément le soutien nécessaire aux agents de probation pour répondre

aux besoins de santé mentale, y compris les idées suicidaires et le risque de tentative de suicide, ce qui maximise la sécurité et la réussite de la réinsertion des probationnaires et des libérés conditionnels (Twitchell, Hohman, & Gaston, 2021). La formation doit également porter sur les attitudes personnelles des professionnels à l'égard des idées et des tentatives de suicide. La stigmatisation et la honte qui entourent le suicide sont répandues dans notre culture et étouffent souvent les voix de ceux qui ont besoin d'en parler (Mayer et al., 2020).

Bibliographie

- Al-Rousan, T., Rubenstein, L., Sieleni, B., Deol, H., & Wallace, R. B. (2017). Inside the nation's largest mental health institution: A prevalence study in a state prison system. *BMC Public Health*, 17, 342–351.
- Bogue, B. (2020). Rapid involuntary client engagement. *Federal Probation*, 84(3), 41–49.
- Bonta, J. L., & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed). Routledge.
- Borrill, J., Cook, L., & Beck, A. (2017). Suicide and supervision: Issues for probation practice. *Probation Journal*, 64 (1), 6–19.
- Britton, P. C. (2015). Motivational interviewing to address suicidal ideation. In H. Arkowitz, W. R. Miller, & S. Rollnick (Eds.). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (2nd Ed.) pp. 193–218. Guilford Press.
- Britton, P. C., Bryan, C. J., & Valenstein, M. (2016). Motivational interviewing for means restriction counseling with patients at risk for suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(11), 51–61.
- Britton, P. C., Conner, K. R., Chapman, B. P., & Maisto, S. A. (2020). Motivational interviewing to address suicidal ideation: A randomized controlled trial in veterans. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 5 (5), 1025–1040.
- Brown, G. K., Steer, R. A., Henriques, G. R., & Beck, A. T. (2005). The internal struggle between the wish to die and the wish to live: A risk factor for suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (10), 1977–1979.
- Cardarelli, R., Balyakina, E., Malone, K., Fulda, K. G., Ellison, M., Siverne, R., & Shabu, T. (2015). Suicide risk and mental health co-morbidities in a probationer population. *Community Mental Health Journal*, 51, 145–152.
- Clark, C. B., Waesche, M. C., Hendricks, P. S., McCullumsmith, C. B., Redmond, N., Katiyar, N., Lawler, R. M., & Cropsey, K. L. (2013). The relationship between prior suicidal behavior and mortality among individuals in community corrections. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(6), 428–433.
- Clark, M. D. (2021). Finding the balance: The case for motivational interviewing to improve probation and parole. *Journal for Advancing Justice*, 85–99.
- Conner, A., Azreal, D., & Miller, M. (2019). Suicide case-fatality rates in the United States, 2007–2014: A nationwide population-based study. *Annals of Internal Medicine*, 171 (2), 885–895.
- Conner, K. R., & Bagge, C. L. (2019). Suicidal behavior: Links between alcohol use disorder and acute use of alcohol. *Alcohol Research*, 40 (1), e1–e4.
- Dazzi, T., Gribble, R., Wesseley, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychology of Medicine*, 44 (16), 3361–3363.
- Edson, T. C., Gray, H. M., Nelson, S. E., & LaPlante, D. A. (2020). Prevalence and correlates of self-harm among a sample of repeat DUI offenders. *Addiction Research & Theory*, 28 (3), 231–239.
- Freedenthal, S. (2018). *Helping the suicidal person: Tips and techniques for professionals*. New York: Routledge.
- Frey, J., & Hall, A. (2021). Conversations about suicide and the MI four processes. In *Motivational interviewing for mental health clinicians* (pp. 277–304). Eau Claire, WI: PESI Publishing.

- Frey, L. M., Fulginiti, A., Lezine, D., & Cerel, J. (2018). The decision-making process for disclosing suicidal ideation and behavior to family and friends. *Family Relations Interdisciplinary Journal of Applied Family Science*, 67, 414–427.
- Gunter, T. D., Chibnall, J. T., Antoniak, S. K., Philibert, R. A., & Hollenbeck, N. (2011). Predictors of suicidal ideation, suicide attempts, and self-harm without lethal intent in a community corrections sample. *Journal of Criminal Justice Addiction and the Criminal Justice System*, 39, 238–245.
- Hohman, M. (2021). *Motivational interviewing in social work practice* (2nd Ed.). Guilford Press.
- Hom, M. A., Stanley, L. H., Podlogar, M. C., & Joiner, T. E. (2017). “Are you having thoughts of suicide?” Examining experience with disclosing and denying suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, 10, 1382–1392.
- Jobes, D. A. (2016). *Managing suicidal risk, a collaborative approach* (2nd ed.). Guilford Press.
- Kariminia, A., Law, M. G., Butler, T. G., Levy, M. H., Corben, S. P., Kaldor, J. M., & Grant, L. (2007). Suicide risk among recently released prisoners in New South Wales, Australia. *Med J Aust*, 187(7):387–390.
- Mackenzie, J. C., Cartwright, T., & Borrill, J. (2018). Exploring suicidal behaviours by probation clients—a qualitative near-lethal study. *Journal of Public Health (United Kingdom)*, 40(1), 146–153.
- Mayer, L., Rüsck, N., Frey, L. M., Nadorff, M. R., Drapeau, C. W., Sheehan, L., & Oexle, N. (2020). Anticipated suicide stigma, secrecy, and suicidality among suicide attempt survivors. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 50(3), 706–713.
- McCabe, R., Sterno, I., Priebe, S., Barnes, R., & Byng, R. (2017). How do healthcare professionals interview patients to assess suicide risk? *BMC Psychiatry*, 17, 122–132.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2015). Motivational interviewing and the decisional balance: Contrasting responses to client ambivalence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 121–141.
- Misra, S., Jackson, V. W., Chong, J., Choe, K., Tay, C., Wong, J., & Yang, L. H. (2021). Systematic review of cultural aspects of stigma and mental illness among racial and ethnic minority groups in the United States: Implications for interventions. *American Journal of Community Psychology*, early view. doi.org/10.1002/ajcp.12516.
- Nagdimon, J., McGovern, C., & Craw, M. (2021). Addressing concealed suicidality: A flexible and contextual approach to suicide risk assessment in adults. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, doi.org/10.1007/s10879-021-09493-9.
- National Institute of Mental Health (NIMH) (2021). Suicide prevention: Risk factors. www.nimh.nih.gov/health/topics/suicideprevention/index.shtml#part_153178.
- O’Connor, E., Gaynes, B., Burda, B. U., Williams, C., & Whitlock, W. C. (2013). Screening for suicide risk in primary care: A systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. PMID: 23678511. Accessed January 1, 2022 from <https://europepmc.org/article/nbk/nbk137737>
- Oudekerk, B., & Kaeble, D. (2021). Probation and Parole in the United States, 2019. Bureau of Justice Statistics, U.S. Department of Justice. Accessed November 11, 2021 from <https://bjs.ojp.gov/library/publications/probation-and-parole-united-states-2019>
- Philips, J., Padfield, N., & Gelsthorpe, L. (2018). Suicide and community justice. *Health and Justice*, 6, 14–26.
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., . . . Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277.
- Pratt, D., Appleby, L., Piper, M., Webb, R., & Shaw, J. (2010). Suicide in recently released prisoners: A case-control study. *Psychological Medicine*, 40(5), 827–835.
- Ryan, E. P., & Oquendo, M. A. (2020). Suicide risk assessment and prevention: Challenges and opportunities. *Focus*, 18(2), online first.

- Schmutte, T., Costa, M., Hammer, P., & Davidson, L. (2021). Comparisons between suicide in persons with serious mental illness, other mental disorders, or no known mental illness: Results from 37 U.S. states, 2003–2017. *Schizophrenia Research*, 228, 74–82.
- Sheafor, B. W., & Horejsi, C. R. (2015). *Techniques and guidelines for social work practice* (10th Ed.). Pearson.
- Sheehan, L., Oexle, N., Armas, S. A., Wan, H. T., Bushman, M., Glover, L., & Lewy, S. A. (2019). Benefits and risks of suicide disclosure. *Social Science & Medicine*, 223, 16–23.
- Singer, J., & Erreger, S. (2016). Let's talk about suicide: #language matters. In *The New Social Worker*. <https://www.socialworker.com/feature-articles/practice/lets-talkabout-suicide-languagematters/>
- Silverman, M. M., Barnaby, L., Mishara, B. L., & Reidenberg, D. J. (2020). Suicide prevention in the Americas. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 41, S30–S52.
- Sirdifield, C., Brooker, C., & Marples, R. (2020). Suicide and probation: A systematic review of the literature. *Forensic Science International: Mind and Law*, 1, e100012.
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Know, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L., & Green, K. L. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*, 75(9), 894–900.
- Stinson, J., & Clark, M. D. (2017). *Motivational interviewing with offenders: Engagement, rehabilitation, and reentry*. New York, NY: Guilford Press.
- Stone, D. M., Jones, C. M., & Mack, K. A. (2021). Changes in suicide rates—United States, 2018–2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(8), 261–268.
- Twitchell, G., Hohman, M., & Gaston, M. (2021). Preparing mental health professionals to work with justice involved clients: interprofessional collaborative practice paves the way.
- Viglione, J. (2019). The Risk-Need-Responsivity model: How do probation officers implement the principles of effective intervention? *Criminal Justice and Behavior*, 46 (5), 655–673.
- Viglione, J., Rudes, D. S., & Taxman, F. S. (2017). Probation officer use of clientcentered communication strategies in adult probation settings. *Journal of Offender Rehabilitation*, 56(1), 38–60
- Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Dependence*, 76(Suppl):S11–9.
- Wilson, N. J. (2017). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Validation for use as a screen for suicide risk in New Zealand prisons and probation settings. *Practice: The New Zealand Corrections Journal*, 5(2), 40–46.
- Yu, S. V., & Sung, H. (2015). Suicidal ideation of probationers: Gender differences. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 36(6), 424–432.
- Yu, S. V., Sung, H., Mellow, J., & Shlosberg, A. (2014). Prevalence and correlates of suicidal ideation among parolees. *Psychiatric Services*, 65(3), 381–386.

Lien vers l'article original : https://www.uscourts.gov/sites/default/files/85_3_6_0.pdf