

Implantation et évaluation d'un programme visant les
symptômes dépressifs : Le programme *Blues*

Carole Vezeau

Professeure
Département de psychologie
Cégep régional de Lanaudière à Joliette
carole.vezeau@cegep-lanaudiere.qc.ca
(450) 759-1661 poste 1415

Marie-Claude Rainville

Professeure
Département de psychologie
Cégep régional de Lanaudière à Joliette
marie-claude.rainville@cegep-lanaudiere.qc.ca
(450) 759-1661 poste XXX

Frédéric N. Brière

Professeur
École de psychoéducation
Université de Montréal
frederic.nault-briere@umontreal.ca
(514) 343-6111 poste 28510

Rubrique : Recherche en éducation

Mots-clés : Dépression, programme d'intervention, adaptation au cégep, détresse
psychologique, santé mentale

Carole Vezeau enseigne depuis 1990 au cégep Régional de Lanaudière à Joliette et fait activement de la recherche depuis 1993. Ses principaux champs d'intérêt sont la motivation et la persévérance scolaires aux études supérieures. Ses travaux ont porté sur la transition secondaire - collégial ainsi que sur l'adaptation des étudiants de première génération à leur arrivée au cégep ou à l'université.

Marie-Claude Rainville est psychologue clinicienne depuis 1995 et elle a principalement travaillé avec des adolescents. Depuis 2009, elle est professeur de psychologie au cégep Régional de Lanaudière à Joliette. Elle complète actuellement une recherche doctorale portant sur l'adaptation psychologique des étudiants de première génération au cégep.

Frédéric N. Brière est professeur adjoint à l'École de Psychoéducation de l'Université de Montréal. Formé en psychologie à l'Université McGill, l'Université de Montréal et l'*Oregon Research Institute*, ses travaux portent principalement sur l'étiologie, les conséquences et la prévention de la dépression chez les adolescents.

Dans le cadre d'un projet de recherche portant sur les facteurs associés à la détresse psychologique des étudiants collégiaux (PAREA; PA-2006-006), une enquête menée auprès de 1791 étudiants au Cégep régional de Lanaudière à Joliette a mis en lumière l'importance des symptômes dépressifs chez un grand nombre d'entre eux. Ainsi, 31% des filles et 18% des garçons présentaient un niveau élevé de traits dépressifs. Même s'ils peuvent paraître choquants, ces résultats ne sont pas surprenants car les jeunes cégépiens sont à l'âge où émergent souvent les problèmes de santé mentale (CAPRES, 2018). La transition vers le cégep ne peut évidemment pas être considérée comme la seule cause de l'émergence des problèmes de santé mentale et il faut placer cette transition dans son contexte (Larose, 2017). Il s'agit d'une période où les fonctions adaptatives sont fortement sollicitées pour accomplir de nombreuses tâches propres à cette étape de la vie, comme le développement de relations intimes, le choix d'une orientation professionnelle, le départ de la maison familiale, etc. (Roberge & Deplanche, 2017). S'ils ne sont pas directement en cause, les cégeps ont bien évidemment une responsabilité et un intérêt à s'assurer du bien-être de leurs étudiants. Kessler et ses collègues (2007) rapportent que plus une intervention est précoce, meilleures sont les chances de réduire la sévérité des désordres primaires et surtout d'éviter le développement de pathologies secondaires ou, du moins, d'en diminuer la sévérité. Pour les étudiants de cégep, la disponibilité d'interventions dans leur établissement les rendent plus accessibles, moins coûteuses et constitue un facteur susceptible de contribuer au développement d'un réseau de soutien parmi leurs pairs. En outre, une intervention offerte par un établissement peut contribuer à augmenter chez les étudiants un sentiment d'attachement à l'institution. Ce sentiment aurait un effet protecteur contre les conséquences négatives de la dépression et de l'anxiété (Elmelid et collab., 2015).

En raison de la nature même des symptômes dépressifs (ex. difficultés de concentration, fatigue, perte d'intérêt, manque d'initiative, ralentissement psychomoteur et faible estime de soi), son impact négatif potentiel sur le fonctionnement scolaire est à considérer. Ainsi, dans notre enquête, il est ressorti que les étudiants présentant le niveau le plus élevé de symptômes dépressifs vivaient une adaptation au collège plus difficile que leurs pairs, s'y sentaient moins à leur place, ressentaient davantage d'anxiété scolaire. Au plan social, ils ressentaient plus d'anxiété et évitaient davantage les situations impliquant des interactions avec les autres.

À la suite de ces résultats, nous avons choisi d'implanter une intervention visant les symptômes dépressifs : le programme Blues. À l'heure actuelle, l'intervention cognitivo-comportementale est l'approche de prévention de la dépression qui a été la plus étudiée. Des essais comparatifs randomisés ont montré l'efficacité de diverses interventions cognitivo-comportementales pour prévenir l'incidence de la dépression majeure, réduire les symptômes dépressifs élevés et améliorer le fonctionnement général (Stice et collab., 2009). Le programme Blues (Rohde et collab., 2013) s'inscrit dans cette lignée. Il s'agit d'une intervention cognitivo-comportementale brève de groupe s'adressant à des jeunes qui ont des symptômes dépressifs élevés mais qui ne satisfont pas les critères psychiatriques d'une dépression majeure. Son objectif principal est de prévenir le développement d'une dépression majeure et réduire les symptômes dépressifs chez les participants. Cette intervention a été spécifiquement sélectionnée car elle est aussi efficace que des programmes plus longs et complexes (Stice et collab., 2009) et a été

conçue pour être facilement implantable dans le contexte de la réalité du milieu collégial (ex. format bref de groupe).

Blues a déjà été testé aux États-Unis avec des jeunes de 13 à 19 ans (Stice et collab., 2008; Rohde et collab., 2014) et a fait l'objet d'une évaluation dans trois écoles secondaires québécoises auprès des jeunes de 14 à 18 ans (Brière et collab., 2019)¹. Les résultats obtenus jusqu'à présent, tant aux plans quantitatif que qualitatif, montrent une réduction des traits dépressifs chez les participants à court et à moyen terme. En outre, les effets sont plus importants chez les participants les plus âgés, ce qui correspond grosso modo à l'âge d'un grand nombre d'étudiants de cégep (18-19 ans) (Stice et collab., 2009).

Le programme Blues vise l'apprentissage et l'application pratique de techniques cognitivo-comportementales liées à deux thèmes: 1) *Changer Mes Pensées* qui consiste en l'identification, le questionnement et la modification des pensées négatives (restructuration cognitive) et 2) *Changer Mes Actions* qui vise l'augmentation de l'engagement dans des activités plaisantes (activation comportementale) et l'amélioration des habiletés de coping comportementales. Dans le cadre de notre projet, le programme a été offert lors de trois sessions consécutives (Automne 2017; Hiver et Automne 2018).

Comme les participants devaient s'inscrire au programme sur une base volontaire, la première étape était de faire connaître le programme aux étudiants et aux membres du personnel. Pour ce faire, des affiches ont été installées dans les aires communes, des dépliants ont été distribués dans différents lieux du collège et nous avons tenu un kiosque informatif le midi pendant une semaine au début de chaque session. Des messages d'information ont aussi circulé sur les différentes plateformes de communication, comme le portail Omnivox, le journal électronique du cégep et les profils Facebook du cégep et de l'Association des étudiants. Un atelier de sensibilisation sur la dépression a été offert au membre du personnel lors d'une activité pédagogique où était aussi expliquée la démarche pour aider un étudiant à s'inscrire aux ateliers.

Comme les ateliers Blues ciblent les étudiants qui présentent déjà des symptômes dépressifs, ceux qui manifestaient un intérêt devaient d'abord compléter un questionnaire (en ligne ou papier) mesurant l'importance de leurs symptômes dépressifs. Tous ceux présentant des symptômes élevés ont été invités à participer à un bref entretien visant à fournir des détails supplémentaires sur le projet et répondre à leurs questions. Ils étaient informés qu'ils seraient assignés de façon aléatoire vers le groupe « ateliers » ou le groupe « documentation ».

L'étape suivante était la mesure de prétest où tous les participants étaient rencontrés pour compléter le protocole expérimental et à la fin de cette rencontre, ils étaient informés de la condition à laquelle ils avaient été affectés. Les étudiants qui étaient classés dans le groupe « documentation », soit la condition Contrôle, recevaient un dépliant de sensibilisation sur la dépression (élaboré à partir des informations disponibles

¹ Évaluation pilote du programme BLUES, un programme de prévention ciblée-indiquée de la dépression chez les élèves du secondaire (projet cofinancé par Boscoville 2000 et le FRQSC) (chercheurs : Brière, Rohde, Archambault, Turgeon, & Hauth-Charlier)

sur le site de la Fondation Jeunes en Tête²). Ce dépliant fournit essentiellement de l'information sur la nature des symptômes dépressifs, le dépistage et les options de prise en charge. Les étudiants qui étaient classés dans le groupe « ateliers », soit la condition Expérimentale, recevaient alors les détails sur l'horaire des ateliers. Quelques jours plus tard, l'animatrice des ateliers les contactait par la messagerie interne du cégep pour leur donner les consignes relatives au déroulement des ateliers et ainsi créer un premier contact.

Un devis expérimental – de type essai contrôlé randomisé (ECR) – à 2 groupes (expérimental; contrôle) et 3 mesures répétées (prétest, posttest, suivi 6 mois) a été mis en place pour évaluer les effets de l'intervention. Des données quantitatives et qualitatives provenant des participants et de l'animatrice ont été recueillies. Les sujets ont complété une entrevue semi-dirigée et répondu aux questionnaires de recherche aux deux premiers temps de mesure (pré et post tests) alors que seule l'entrevue a été faite à la rencontre du suivi 6 mois. La durée totale des rencontres pré et post tests était d'environ 60 minutes alors que celle pour le suivi 6 mois était approximativement de 30 minutes.

La participation aux ateliers impliquait six rencontres hebdomadaires, d'une durée d'une heure chacune. Les ateliers étaient offerts à des groupes de 4 à 8 étudiants (6 en moyenne) composés d'étudiants de même sexe. Les ateliers ont tous été animés par la même personne qui est une intervenante du service d'aide aux étudiants du cégep. L'intervenante a reçu la formation complète offerte par l'équipe de soutien de Boscoville qui travaille à la traduction et la mise en place du programme dans les établissements scolaires au Québec. Il y a eu un enregistrement audio pour chacun des ateliers pour vérifier le respect de l'intégrité du programme.

Pour l'entrevue semi-dirigée, nous avons utilisé le SCID-I (*Structural Clinical Interview for DSM Disorder*, First et collab., 2002), qui permet recueillir les composantes diagnostiques de la dépression basées sur le DSM-IV. Les questions correspondent aux neuf critères diagnostics du DSM-IV et les cotes pour chacun varient entre 1 et 3 (1; absence de symptôme, 2; symptôme sous le seuil clinique et 3; symptôme clinique). Le SCID-I est un instrument dont la validité et la fidélité sont bien documentées (Lobbestael, Leurgans, & Arntz; 2011). La version francophone a déjà été utilisée au Québec (Brière et collab., 2019). Les scores varient entre 9 et 27 et offre une mesure continue de l'intensité des symptômes dépressifs. Les entrevues ont été effectuées soit par une assistante de recherche ou par une des chercheuses de l'équipe membre de l'ordre des psychologues du Québec. Dans tous les cas, la personne qui administrait le SCID-I ignorait la condition à laquelle était associé le sujet. Chaque entrevue a été enregistrée afin de permettre les accords inter-juges.

La deuxième partie de la rencontre était composée d'un questionnaire en ligne à compléter sur place. Le tableau 1 présente l'ensemble des variables qui ont été mesurées.

² <http://www.fondationjeunesentete.org/fr/ressources/depression>

Tableau 1. Présentation des variables mesurées aux pré et post tests.

Variables	Instruments	Nb d'énoncés	Alpha	Exemple d'énoncés
Symptômes dépressifs	CES-D (Fuhrer & Rouillon, 1989)	20	.91	Je sentais que tout ce que je faisais me demandait un effort
Symptômes anxieux	SCAS (Spence, Barrett & Turner, 2003)	12	,84	Je m'inquiète à l'idée que quelque chose de grave ne m'arrive
Compétences sociales	ESSJA; Michaud, Bégin, & McDuff, 2006	16	.93	Je me sens capable de susciter l'intérêt et l'attention des autres lors de discussions
Popularité	ESSJA; Michaud, Bégin, & McDuff, 2006	16	,84	Je trouve difficile de me faire des amis (inversé)
Soutien social	(PSS-F; Procidano & Heller, 1983	6	,91	Je peux compter sur mes ami(e)s quand j'en ai besoin
Pensées négatives	<i>Automatic Thoughts Questionnaire</i> ; Hollon & Kendall, 1980	12	,92	Je ne réussis jamais rien
Gestion du stress (coping)	<i>Adolescent Coping Scale</i> (Labelle, Breton et collab., 2015)	8	,84	Quand une situation stressante ne s'améliore pas, j'essaie de penser à de nouvelles façons
Connaissances	Stice et collab. (2008)	12	---	Tes humeurs sont principalement causées par tes pensées et tes actions » (VRAI)

Finalement, pour mesurer l'appréciation du programme et de la qualité de l'animation, les participants aux ateliers ont complété un court questionnaire évaluant 1) leur intérêt envers les ateliers Blues (5 questions) et 2) la qualité de l'animation et des interactions entre l'animatrice et les membres du groupe (8 questions).

Résultats

Taux de participation et appréciation des ateliers

La participation aux ateliers a été excellente : le taux de présence aux ateliers a été de 85%. La possibilité de faire une reprise pendant la semaine en cas d'absence à un atelier a fait grimper le taux de participation à 95%.

Dans l'ensemble, les participants ont jugé très favorablement le programme; sauf pour la question relative au fait de compléter l'ensemble des exercices durant la semaine, les scores de satisfaction sur le contenu des ateliers sont très élevés (voir tableau 2).

Tableau 2. Évaluation des ateliers et de l'animation par les participants aux trois sessions (max=5)

<i>Programme</i>	<i>Moyenne</i>
J'ai trouvé le programme intéressant	4,28
J'ai eu envie de m'impliquer dans le programme	3,80
J'ai trouvé le programme motivant	3,80
J'ai complété l'ensemble des exercices à faire	3,28
J'ai participé activement aux différentes séances	4,24
Total	3,88
<i>Animation</i>	
L'intervenante est compétente et maîtrise bien le matériel	4,76
L'intervenante est respectueuse avec l'ensemble des participants	5,00
Le matériel est présenté de façon dynamique	4,80
L'intervenante est chaleureuse et enthousiaste	5,00
Je sens que l'intervenante est à l'écoute des participants	4,92
L'intervenante favorise la participation de l'ensemble du groupe	4,60
Les différents concepts et exercices sont clairement expliqués	4,88
L'intervenante s'assure de bien répondre aux questions	5,00
Total	4,87

La comparaison des changements sur toutes les variables entre le prétest et le posttest montre un impact lié la participation aux ateliers (voir tableau 3). Ainsi, l'analyse des scores de la mesure des symptômes dépressifs indique qu'ils sont semblables aux pré et post tests pour les étudiants du groupe contrôle alors que ceux des étudiants ayant participé aux ateliers diminuent significativement. L'analyse des symptômes anxieux montre des résultats semblables : alors que les scores des étudiants du groupe contrôle ne changent pas entre les deux temps de mesure ceux des étudiants ayant participé aux ateliers diminuent significativement.

Tableau 3. Scores moyens et écarts types () des variables mesurées aux pré et post tests selon la condition expérimentale

	Contrôle		Expérimental		EFFETS		
	Pré	Post	Pré	Post	Temps	Groupe	TempXGr
Symptômes dépressifs (max=60)	30,83 (8,02)	30,19 (14,40)	29.83 (12,26)	22.33 (12,08)	F(1,55)=6,45 p < .05	F(1,55)=2,42 n.s.	F(1,55)=4,40 p < .05
Symptômes anxieux (max=4)	2,75 (0,49)	2,71 (0,46)	2,58 (0,53)	2,37 (0,58)	F(1,55)=8,91 p < .005	F(1,55)=3,38 n.s.	F(1,55)=3,92 p =.052
Compétence sociale (max=7)	3,84 (1,12)	3,49 (1,37)	3,74 (1,40)	4,30 (1,57)	F(1,55)=0,59 n.s.	F(1,55)=0,97 n.s.	F(1,55)=10,56 p < .005
Popularité (max=5)	3,07 (0,65)	3,06 (0,58)	2,83 (0,72)	3,15 (0,80)	F(1,55)=7,18 p < .05	F(1,55)=0,19 n.s.	F(1,55)=7,88 p < .01
Soutien social (max=4)	3,34 (0,61)	3,22 (0,97)	2,57 (0,86)	3,00 (0,79)	F(1,55)=2,85 n.s.	F(1,55)=6,18 p < .05	F(1,55)=8,80 p < .005
Pensées négatives (max=5)	2,74 (0,83)	2,86 (0,98)	2,97 (0,98)	2,32 (0,89)	F(1,55)=7,82 p < .001	F(1,55)=0,40 n.s.	F(1,55)=16,53 p < .001
oping (max=5)	3,18 (0,66)	3,30 (0,77)	2,98 (0,67)	3,50 (0,71)	F(1,55)=8,98 p < .005	F(1,55)=0,00 n.s.	F(1,55)=3,76 p =.058
Connaissances (max=12)	8,10 (1,61)	7,71 (1,55)	8,72 (1,23)	9,94 (1,34)	F(1,55)=4,12 p < .05	F(1,55)=19,51 p < .001	F(1,55)=14,98 p < .001

Les résultats obtenus sur les mesures d'adaptation sociale indiquent un effet significatif d'interaction pour les trois variables. Dans tous les cas l'augmentation des scores entre les deux temps de mesure n'est significative que pour les sujets ayant bénéficié des ateliers.

Dans le cas des pensées négatives, alors que la fréquence de celle des étudiants du groupe contrôle augmente légèrement entre le pré et le post test, celle des étudiants ayant participé aux ateliers diminue significativement. Ces derniers rapportent aussi une augmentation significative de leurs habiletés de gestion du stress (coping), une telle différence n'étant pas observée chez les étudiants du groupe contrôle.

Finalement, tel qu'attendu, les connaissances des techniques cognitivo-comportementales des étudiants ayant participé aux ateliers augmentent significativement entre le pré et le post tests mais pas celles des étudiants du groupe contrôle.

Pour mesurer l'effet du programme Blues sur les composantes diagnostiques de la dépression (entrevue SCID-I), nous avons procédé une analyse de variance à mesures répétées (X3) avec la condition expérimentale (X2) comme facteur (voir figure 1).

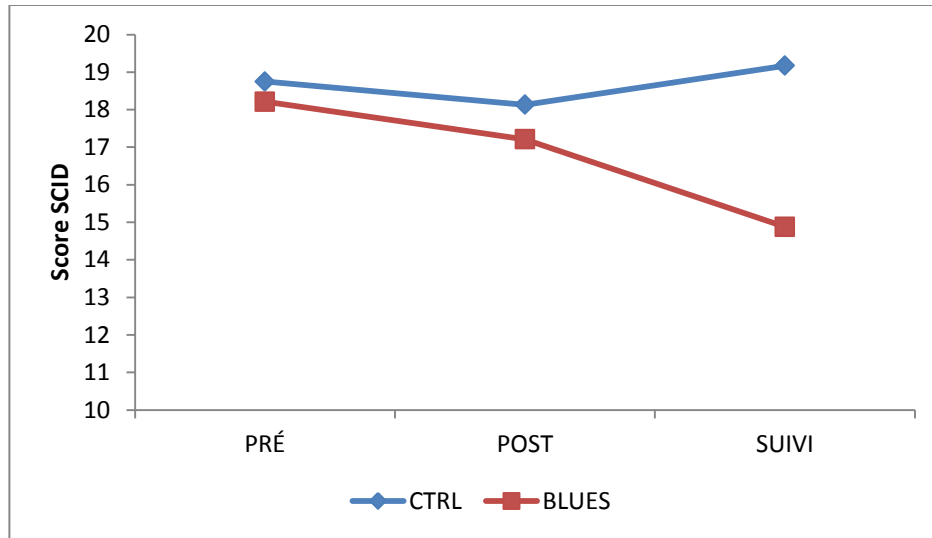


Figure 1. Composantes diagnostiques de la dépression (max=27) aux trois temps de mesure selon la condition expérimentale

Il n'y a aucune différence du temps de mesure mais apparaissent un effet significatif de la condition expérimentale ainsi qu'un effet d'interaction entre le temps et la condition expérimentale. Les analyses indiquent que la diminution des traits dépressifs à travers les trois temps de mesure n'est significative que pour les sujets qui ont participé aux ateliers. En outre, la seule différence significative entre les groupes se situe au moment du suivi 6 mois alors que les scores des sujets du groupe expérimental sont significativement plus bas que ceux du groupe contrôle.

Conclusions

L'importance des symptômes dépressifs dans la détresse psychologique des étudiants a orienté notre recherche d'un programme d'intervention spécifique à cette problématique. Il s'agit d'une étape délicate où plusieurs facteurs doivent être considérés si on souhaite assurer la pérennité d'une intervention. Dans un premier temps, un travail exploratoire a été fait pour rechercher un programme pouvant bien répondre aux besoins des étudiants et étant réaliste dans le contexte d'un établissement collégial. En plus de traiter des symptômes dépressifs, le programme devait répondre à divers critères. Son contenu devait viser spécifiquement la dépression et présenter une bonne validité de contenu. Les programmes plus généraux sur la santé mentale ont dès lors été exclus. En considérant la réalité du cégep, avec des sessions comprenant 15 semaines et des horaires atypiques, le programme devait nécessiter peu de rencontres et présenter une certaine souplesse dans son application, tout en étant tout de même bien structuré. Un de nos objectifs étant que le programme puisse continuer d'exister après la fin de notre projet de recherche, il devait pouvoir être mis en place à faibles coûts et être simple et accessible facilement, sans nécessiter une longue formation pour les animateurs. Tous ces critères considérés, nos recherches nous ont amenées à choisir le programme Blues, un programme de prévention ciblée-indiquée de la dépression pour les adolescents.

Offert lors de trois sessions consécutives, la participation à Blues a été excellente. Le contenu des ateliers ainsi que de l'animation ont été jugés très positivement par les participants. Tous les résultats obtenus sont positifs. Comme nous l'espérions, les participants rapportent une diminution significative de leurs symptômes dépressifs et de leurs symptômes anxieux. Toutes les dimensions liées à l'adaptation sociale s'améliorent. Les participants cultivent moins de pensées négatives envers eux-mêmes et connaissent mieux les stratégies pour affronter le stress (stratégies de coping). Le programme contenait plusieurs informations à propos de la dépression et l'amélioration du degré de connaissance des techniques cognitivo-comportementales des participants confirme qu'ils ont bénéficié de ces apprentissages. Ce qui est encore plus significatif, c'est que les symptômes dépressifs continuent de diminuer dans les six mois suivant l'intervention, suggérant que les effets positifs sont durables.

Une limite de notre étude est bien sûr le fait qu'elle n'a été conduite que dans un seul cégep. Notre portrait de la détresse psychologique des étudiants est teinté par le fait que le Cégep régional de Lanaudière est un cégep de région, qui dessert une population particulièrement vulnérable. En effet, la prévalence des problèmes mentaux, tant chez les hommes que chez les femmes, est plus élevée dans la région de Lanaudière que dans le reste du Québec (Guillemette, 2016). Par contre, plusieurs études ont montré que cette réalité s'applique dans plusieurs régions du Québec et donc dans un grand nombre d'établissements (Fédération des cégeps, 2015; Gosselin & Ducharme, 2015; Paré & Marcotte, 2014).

Blues fait maintenant partie de l'offre des services aux étudiants du cégep. Ainsi, pour la session suivant la fin du projet, l'intervenante a pu continuer d'offrir des ateliers à 35 participants, soit quatre groupes de filles et un groupe de garçons.

Références

- Brière, F.N., Reigner, A. Yale-Soulière, G. & Turgeon, L. (2019). Effectiveness Trial of Brief Indicated Cognitive-Behavioral Group Depression Prevention in French-Canadian Secondary Schools. *School mental Health*, 1-13.
- Brière, F. N., Rohde, P., Stice, E., & Morizot, J. (2016). Group-based symptom trajectories in indicated prevention of adolescent depression. *Depression and Anxiety*, 33, 444-451.
- CAPRES (2018). Santé mentale des étudiants collégiaux et universitaires Accessible sur le site web du CAPRES <http://www.capres.ca/dossiers/sante-mentale-etudiants-collegiaux-universitaires/>
- Elmelid, A., Sticklely, A., Lindblad, F., Schwab-Stone, M., Heinrich, C.C. & Ruchkin, V. (2015). Depressive symptoms, anxiety and academic motivation in youth: Do schools and families make a difference? *Journal of Adolescence*, 45, 174-182.
- Fédération des cégeps (2015). Mémoire de la Fédération des cégeps déposé dans le cadre de la consultation sur le renouvellement de la Politique québécoise de la jeunesse. Octobre 2015.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, research version, patient edition. (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.

- Fuhrer, R., & Rouillon, F. (1989). La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *European Psychiatry*, 4, 163-166.
- Gosselin, M.A. & Ducharme, R. (2017). Détresse et anxiété chez les étudiants du collégial et recours aux services d'aide socioaffectifs. *Service social*, 63, 92–104.
- Guillemette, A. (2016). *Surveillance des troubles mentaux dans Lanaudière. Prévalence et utilisation des services de santé mentale en 2013-2014*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., ... Üstün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 168-176.
- Labelle, R., Breton, J. J., et al., (2015). Psychometric Properties of Three Measures of Protective Factors for Depression and Suicidal Behaviour Among Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60, 16-26.
- Larose, S. (2017). Adjustment Trajectories During the College Transition: Types, Personal and Family Antecedents, and Academic Outcomes. *Research in Higher Education*, 27.
- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychological Psychotherapy*, 18, 75-79.
- Michaud, J., Bégin, P., & McDuff, P. (2006). Construction et évaluation d'un questionnaire sur l'estime de soi sociale destiné aux jeunes adultes. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 56, 109-122
- Paré, M.L. & Marcotte, D. (2014). La consultation de services psychologiques chez les jeunes adultes : enjeux et pistes de solution. *Psychologie Québec*, 31, 29-31.
- Procidano, M. E. & Heller, K (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.
- Roberge, M.C. & Deplanche, F. (2017). Synthèse des connaissances sur les champs d'action pertinents en promotion de la santé mentale chez les jeunes adultes. Institut National de Santé publique. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2283>
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., Seeley, J. R., & Gau, J. M. (2013). Key characteristics of major depressive disorder occurring in childhood, adolescence, emerging adulthood, and adulthood. *Clinical Psychological Science*, 1, 41–53.
- Spence, S. H., Barrett, P. M. & Turner, C. M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Anxiety Disorders*, 17, 605-625.
- Stice, E., Rohde, P., Seeley, J. R., & Gau, J. M. (2008). Brief cognitive behavioral depression prevention program for high-risk adolescents outperforms two alternative interventions: A randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 595–606.

Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 486-503.