

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉVOLUTION DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE SYMPTÔMES DE DÉPRESSIFS AU
COURS DE L'ADOLESCENCE ET DE L'ÉMERGENCE DE L'ÂGE ADULTE ET ÉTUDE
DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME DE PRÉVENTION ZENÉTUDES : VIVRE
SAINEMENT LA TRANSITION AU COLLÈGE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
AU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
SIMON LAPIERRE

JANVIER 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette thèse a été possible grâce au soutien indéfectible de plusieurs personnes. Je tiens à remercier chaleureusement ma directrice de thèse Diane Marcotte, pour son soutien, ses conseils et sa confiance durant les six dernières années. Je tiens également à remercier, ma conjointe, ma famille et mes amis, qui par leur amour, leurs encouragements et leur capacité à me changer les idées ont pu m'apporter un soutien moral au travers des périodes plus difficiles. Vous m'avez permis de garder un équilibre au cours de la réalisation de mon parcours doctoral et je vous en remercie sincèrement. Je tiens à remercier spécialement Josianne Chicoine, qui a su me paver la voie et m'aider dans toutes les étapes de ce processus. Je tiens également à remercier Hugues Leduc pour son soutien statistique, sa disponibilité et ses compétences ont été grandement utiles tout au long de mon parcours.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
ABSTRACT	xi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 Dépression	3
1.1.1 Prévalence des symptômes dépressifs.....	3
1.1.2 Étude des symptômes dépressifs au-delà du niveau total de symptômes	4
1.1.3 Évolution du niveau total de symptômes dépressifs entre l’adolescence et de l’émergence de l’âge adulte	8
1.1.4 Étude longitudinale des symptômes individuels de dépression	9
1.2 Les études postsecondaires et la santé mentale	10
1.2.1 Les programmes de prévention au postsecondaire	12
1.2.2 Études d’efficacité des programmes de prévention pour la dépression	12
1.3 Le programme de prévention Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège.....	14
1.3.1 Volet 1 : prévention universelle	15
1.3.2 Volet 2 : prévention ciblée-sélective.....	15
1.3.3 Volet 3 : prévention ciblée-indiquée.....	15
1.3.4 Étude pilote de l’efficacité du programme <i>Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège</i>	16
1.4 Cadre conceptuel	17
1.4.1 Modèle théorique de l’émergence de l’âge adulte	17
1.4.2 Modèle de Christner et Mennuti (2008).....	19
1.5 Synthèse de la problématique	20
1.6 Objectif général de la thèse.....	21
1.6.1 Objectifs spécifiques du premier article.....	22
1.6.2 Objectifs spécifiques du deuxième article	22
1.7 Méthodologie.....	22
1.7.1 Participants article 1	22
1.7.2 Procédure article 1	23
1.7.3 Participants article 2.....	24
1.7.4 Procédure article 2	24

1.7.5 Instruments de mesure	26
1.7.6 Éthique	27
CHAPITRE 2 Premier article : Évolution des catégories de symptômes dépressifs au cours de l'adolescence et de l'émergence de l'âge adulte et étude des différences entre étudiants au postsecondaire et non-étudiants	28
RÉSUMÉ.....	29
2.1 Introduction.....	30
2.1.1 Prévalence des symptômes dépressifs entre l'adolescence et l'émergence de l'âge adulte 30	
2.1.2 La dépression au cours de l'EAA et les différences entre les étudiants et les non-étudiants	30
2.1.3 L'état des connaissances sur l'évolution des symptômes individuels ou selon des catégories	32
2.1.4 Objectifs de l'étude	33
2.2 Méthodologie.....	33
2.2.1 Procédure	33
2.2.2 Participants.....	34
2.2.3 Instruments de mesure	35
2.2.3.1 Mesure des variables sociodémographiques.....	35
2.2.3.2 Mesure des symptômes dépressifs	35
2.3 Analyses statistiques.....	36
2.3.1 Description des analyses	37
2.3.1.1 Évolution du niveau total des symptômes dépressifs entre l'âge de 11 à 19 ans.....	37
2.3.1.2 Évolution de la catégorie des symptômes cognitifs de la dépression (11-19ans).....	38
2.3.1.3 Évolution de la catégorie des symptômes affectifs de la dépression (11-19 ans).....	38
2.3.1.4 Évolution de la catégorie des symptômes somatiques de la dépression (11-19 ans)	39
2.3.1.5 Évolution des trois catégories de symptômes chez les jeunes hommes, selon le statut scolaire, entre 17 et 19 ans	40
2.3.1.6 Évolution des trois catégories de symptômes chez les jeunes femmes, selon le statut scolaire, entre 17 et 19 ans	42
2.4 Discussion.....	46
2.4.1 Évolution des catégories de symptômes dépressifs entre l'âge de 11 et 19 ans	46
2.4.2 Évolution des trois catégories de symptômes dépressifs au cours de la période 11-19 ans 47	
2.4.3 Différences selon le statut scolaire sur l'évolution des symptômes entre 17 et 19 ans ...	48
2.4.4 Implications cliniques	50
2.4.5 Forces, limites et études futures	51
2.4.6 Conclusion	52
2.5 Abstract.....	53

CHAPITRE 3 DEUXIÈME ARTICLE : ÉVALUATION DES EFFETS D’UN PROGRAMME DE PRÉVENTION CIBLÉE-INDIQUÉE SUR LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE SYMPTÔMES DÉPRESSIFS EN DÉBUT DE PARCOURS POSTSECONDAIRE.	60
RÉSUMÉ.....	61
3.1 Problématique.....	62
3.1.1 Étude des symptômes dépressifs.....	63
3.1.2 Symptômes dépressifs chez les étudiants au postsecondaire	64
3.2 Méthodologie.....	67
3.2.1 Procédure	67
3.2.2 Participants.....	68
3.3 Instrument de mesure.....	69
3.3.1 Données sociodémographiques.....	69
3.4 Analyses préliminaires.....	70
3.5 Résultats.....	71
3.5.1 Évolution des symptômes dépressifs totaux selon le groupe	72
3.5.2 Évolution des symptômes cognitifs de la dépression selon le groupe	72
3.5.3 Évolution des symptômes affectifs de la dépression selon le groupe	72
3.5.4 Évolution des symptômes somatiques de la dépression selon le groupe	73
3.6 Discussion.....	74
3.6.1 Les études cliniques sur les catégories de symptômes dépressifs.....	74
3.6.2 Prévention des symptômes dépressifs lors de la transition aux études postsecondaires..	76
3.6.3 Forces, limites et études futures	79
CHAPITRE 4 DISCUSSION GÉNÉRALE.....	89
4.1 Rappel des objectifs et résumé des résultats de la thèse	89
4.1.1 Premier article	89
4.1.2 Deuxième article	90
4.2 Lien entre les deux articles	90
4.3 Étude des catégories de symptômes dépressifs	91
4.4 Émergence de l’âge adulte.....	93
4.5 Prévention	95
CONCLUSION	99
ANNEXE A CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ SELON LE DSM-5 (2013)	101
ANNEXE B LISTE DES 15 COMPOSANTES DU PROGRAMME ZENÉTUDES : VIVRE SAINEMENT LA TRANSITION AU COLLÈGE	105

ANNEXE C CERTIFICATS ÉTHIQUES	107
ANNEXE D FORMULAIRES DE CONSENTEMENT	111
ANNEXE E EXTRAITS DES INSTRUMENTS DE MESURE.....	121
RÉFÉRENCES.....	124

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
Figure 1.1 Modèle multiniveaux de prévention en santé mentale (Marcotte, 2015, tiré de Christner et Mennuti, 2009)	20
Figure 2.1 Évolution des catégories de symptômes dépressifs selon le genre entre l'âge de 11 et 19 ans (N=499).....	41
Figure 2.2 Évolution des symptômes dépressifs totaux selon le genre et le statut scolaire, 17-19 ans (N=380)	44
Figure 2.3 Évolution des symptômes cognitifs de la dépression selon le genre et le statut scolaire, 17-19 ans (N=380)	44
Figure 2.4 Évolution des symptômes affectifs de la dépression selon le genre et le statut scolaire, 17-19 ans (N=380)	45
Figure 2.5 Évolution des symptômes somatiques de la dépression selon le genre et le statut scolaire, 17-19 ans (N=380)	45
Figure 3.1 Évolution des trois catégories de symptômes selon le groupe de participation au programme <i>Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège</i> (N=321).....	74

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
Tableau 1.1 Typologie des symptômes dépressifs selon Beck et al. (2002).....	5
Tableau 2.1 Typologie des symptômes dépressifs (Beck et al., 2002)	33
Tableau 2.2 Mesure de la cohérence interne pour les trois catégories de symptômes au T1 et au T9	36
Tableau 3.1 Typologie des symptômes dépressifs selon Beck et al. (2002).....	70
Tableau 3.2 Moyennes des catégories de symptômes selon le groupe de participation au programme <i>Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège.</i>	71
Tableau 0.1 Liste des 15 composantes du programme <i>Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège.</i>	106

RÉSUMÉ

L'objectif principal de cette thèse doctorale consiste à développer les connaissances sur les symptômes dépressifs au cours de l'adolescence et de l'émergence de l'âge adulte, par le biais de l'étude des catégories de symptômes dépressifs (c.-à-d. cognitifs, affectifs et somatiques) (Beck et al., 2002) dans une perspective longitudinale et ensuite dans le cadre de l'évaluation du programme de prévention *Zenétudes: vivre sainement la transition au collège*. Cette thèse est composée d'une introduction générale, de deux articles scientifiques et d'une discussion générale. Elle s'appuie sur deux échantillons différents, recrutés dans le cadre d'études réalisées par Dre Diane Marcotte, Ph.D entre 2003 et 2021.

Les résultats obtenus dans le cadre du premier article ont permis de mieux comprendre l'évolution des catégories de symptômes dépressifs (c.-à-d. cognitifs, affectifs et somatiques) entre l'âge de 12 et 19 ans, ainsi que les différences selon le genre et le statut scolaire (étudiants au postsecondaire ou non-étudiants). Les résultats ont permis d'observer des différences de genre importantes sur le plan de l'évolution longitudinale. Entre autres, les filles présentent un niveau plus élevé des trois catégories de symptômes dépressifs que les garçons tout au long de la période, et présentent une trajectoire d'évolution similaire, où le plus haut niveau de symptômes est atteint entre l'âge de 15 et 16 ans et suivi d'une diminution subséquente. Pour les garçons, des différences importantes sont observées dans le patron d'évolution des trois catégories de symptômes dépressifs. Les différences selon le genre et le statut scolaire ont permis d'observer que les jeunes femmes présentent un niveau des trois catégories de symptômes dépressifs plus élevé que les jeunes hommes, mais qu'il n'y a pas de différences significatives entre les étudiantes et les non-étudiantes sur le plan de l'évolution des symptômes. Pour les jeunes hommes, les résultats ont permis d'identifier que le groupe des hommes étudiants présentait une augmentation des symptômes entre l'âge de 17 et 19 ans, principalement sur le plan des symptômes cognitifs et affectifs de la dépression, alors que les non-étudiants ne présentaient pas d'augmentation des symptômes pour cette même période. Les résultats témoignent de la pertinence de l'étude des catégories de symptômes dépressifs, de même que la présence de différences importantes selon le genre et le statut scolaire au cours de l'émergence de l'âge adulte.

Le deuxième article visait à évaluer l'efficacité du troisième volet (volet de prévention ciblée-indiquée) du programme de prévention *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* sur les catégories de symptômes dépressifs (Beck et al., 2002). Les résultats ont permis d'observer que le groupe expérimental (qui a participé aux rencontres) présentait une amélioration significativement plus grande sur les trois catégories de symptômes dépressifs que le groupe de comparaison (qui ne participait pas aux rencontres), qui ne présentait pas de diminution significative des catégories de symptômes étudiées. Ces gains étaient également maintenus trois mois suivant la participation au programme. Les résultats obtenus soulignent la pertinence de l'évaluation des catégories de symptômes dépressifs dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité d'un programme de prévention.

En somme, cette thèse doctorale permet de mieux comprendre l'évolution des symptômes dépressifs au cours de l'adolescence et de l'émergence de l'âge adulte, par le biais de l'étude des catégories de symptômes dépressifs. Les résultats obtenus révèlent la présence de différence de

genre, ainsi que selon le statut scolaire au cours de l'émergence de l'âge adulte et confirment que la mise en place d'interventions préventives au cours de cette période peut avoir un effet important dans la prévention des symptômes dépressifs.

Mots clés : Symptômes dépressifs, évolution longitudinale, adolescence, émergence de l'âge adulte, études postsecondaires, différences de genre, prévention

ABSTRACT

The main objective of this doctoral thesis is to develop knowledge about depressive symptoms during adolescence and emerging adulthood, through the study of categories of depressive symptoms (i.e., cognitive, affective, and somatic) (Beck et al., 2002) from a longitudinal perspective, and then in the context of evaluating the *Zenstudies: Making a Healthy Transition to Higher Education* prevention program. This thesis consists of a general introduction, two scientific articles, and a general discussion. It is based on two different samples recruited as part of studies conducted by Diane Marcotte, Ph.D. between 2003 and 2021.

The results obtained in the context of the first article have led to a better understanding of the evolution of categories of depressive symptoms between the ages of 12 and 19, as well as differences by gender and postsecondary education status (post-secondary student or non-student). The results allowed for the observation of significant gender differences in longitudinal evolution. Among other things, girls have higher levels of all three categories of depressive symptoms than boys throughout the period and show a similar trajectory of evolution, where the highest level of symptoms is reached between age 15 and 16 and is followed by a subsequent decrease. For boys, significant differences are observed in the pattern of evolution of the three categories of depressive symptoms. Gender and school status differences have allowed for the observation that young women have a higher level of all three categories of depressive symptoms than young men, but there are no significant differences between female students and non-students in terms of symptom evolution. For young men, the results have shown that the group of male students showed an increase in symptoms between the ages of 17 and 19, mainly in terms of cognitive and affective symptoms of depression, whereas non-students did not show an increase in symptoms during this same period. The results demonstrate the relevance of studying categories of depressive symptoms, as well as the presence of significant differences by gender and school status during emerging adulthood.

The second article aimed to evaluate the effectiveness of the third component (targeted-indicated prevention component) of the *Zenstudies: Making a Healthy Transition to Higher Education* on categories of depressive symptoms (Beck et al., 2002). The results showed that the experimental group (which participated in the meetings) had a significantly greater improvement in all three categories of depressive symptoms than the comparison group (which did not participate in the meetings), which did not show a significant decrease in the studied symptom categories. These gains were also maintained three months following participation in the group. The results obtained highlight the relevance of evaluating categories of depressive symptoms in the assessment of the effectiveness of a prevention program.

In summary, this doctoral thesis allows for a better understanding of the evolution of depressive symptoms during adolescence and emerging adulthood, through the study of categories of depressive symptoms. The results obtained highlight the presence of gender differences, as well as differences according to school status during emerging adulthood, and confirm that the implementation of preventive interventions during this period can have a significant effect in preventing depressive symptoms.

Keywords: Depressive symptoms, longitudinal study, adolescence, Emerging adulthood, postsecondary students, gender differences, prevention

INTRODUCTION

La période entre l'adolescence et l'émergence de l'âge adulte (EAA) est liée à une augmentation des symptômes dépressifs (Shubert et al., 2017). La présence de ces symptômes lors de cette période est associée à des difficultés importantes sur le plan du fonctionnement scolaire et professionnel, des relations interpersonnelles et peut mener à des conséquences négatives à long terme (National Alliance on Mental Illness, 2012). Afin d'agir de manière préventive face à ces difficultés, une meilleure compréhension de l'évolution des symptômes au cours de cette période, de même que le développement d'interventions préventives s'avèrent importants. Des limites peuvent toutefois être nommées face à ce domaine d'étude. D'une part, les études longitudinales et cliniques portant sur les symptômes dépressifs à cette période de la vie portent en majorité sur le niveau total de symptômes dépressifs, sans faire de distinction entre les symptômes vécus (Fried, 2014). Certains auteurs soulèvent toutefois l'importance de s'intéresser aux symptômes dépressifs au-delà du niveau total de symptômes (Costello, 1992, Fried et al., 2015, 2017 ; Stewart et Harkness, 2012). En effet, l'étude des symptômes dépressifs considérés individuellement ou en catégories permet de mieux comprendre l'étiologie de la dépression (Fried et al., 2014) et de proposer des pistes d'intervention spécifiques (O'Driscoll et al., 2022). À cet effet, l'évolution des symptômes dépressifs considérés individuellement ou en catégories au cours de l'adolescence et de l'EAA est un phénomène peu étudié à ce jour (Kouros et Garber, 2014), mais qui pourrait s'avérer une piste intéressante pour mieux comprendre l'augmentation observée des symptômes dépressifs entre l'adolescence et l'EAA. De plus, certaines études soulèvent que la mise en place de programmes de prévention lors de cette période peut avoir un effet positif important quant à la prévention des symptômes dépressifs (Conley et al., 2015, 2017). Toutefois, tout comme pour les études longitudinales, les effets de la participation à un programme de prévention sur les symptômes dépressifs au-delà du niveau total de symptômes sont encore méconnus. À cet effet, l'étude conjointe de l'évolution des symptômes dépressifs et de l'effet d'interventions préventives au cours de l'adolescence et de l'EAA s'avère pertinente.

Pour atteindre ces objectifs, la présente thèse est présentée sous la forme de deux articles scientifiques. Ils sont précédés d'une introduction générale qui présente l'état des connaissances actuelles et sont suivis d'une discussion générale permettant de soulever les contributions des

articles à la littérature dans ce domaine d'étude. Le premier article porte sur l'étude de l'évolution des catégories de symptômes dépressifs (c.-à-d. somatiques, affectifs et cognitifs) entre l'âge de 12 et 19 ans.. Les différences selon le genre et le statut scolaire sont également étudiés pour la période 17 à 19 ans. Tout au long de la thèse, le terme « différence de genre » sera utilisé pour aborder les différences entre les jeunes hommes et les jeunes femmes. Le deuxième article porte sur l'évaluation de l'efficacité du programme québécois de prévention de la dépression et de l'anxiété, *Zenétudes : vivre sainement la transition au collège* (Marcotte et al., 2016, 2021) sur les catégories de symptômes dépressifs dans un échantillon d'étudiants collégiaux québécois. La section suivante de la présente thèse débute par une recension des écrits qui permet de circonscrire la problématique à l'étude, de définir les concepts importants ainsi que les modèles théoriques qui soutiennent le présent projet. Par la suite, les objectifs et hypothèses spécifiques à chacun des articles sont présentés, ainsi que la méthode utilisée pour y répondre.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

1.1 Dépression

Le terme dépression fait généralement référence au trouble dépressif caractérisé (ou trouble dépressif majeur) (Annexe A) qui fait partie des diagnostics présentés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) de l'Association américaine de psychiatrie (2013). Pour établir un diagnostic de trouble dépressif majeur, un individu doit présenter, depuis au moins deux semaines, cinq symptômes parmi les neuf symptômes associés au trouble. Parmi eux, au moins l'un des deux premiers symptômes décrits par le DSM-5, soit l'humeur dépressive ou l'anhédonie (la perte d'intérêt dans les activités habituelles), doit faire partie du portrait clinique pour qu'un trouble dépressif majeur soit reconnu. Les autres symptômes associés au trouble sont les suivants : perte ou gain significatif de poids ou de l'appétit, présence d'une insomnie ou d'une hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, sentiment de fatigue ou de perte d'énergie, sentiment d'être sans valeur ou sentiment excessif de culpabilité, difficulté de concentration et idéations suicidaires. Afin que le diagnostic soit établi, il faut également que les symptômes soient la cause d'une détresse cliniquement significative ou de difficultés importantes dans le fonctionnement de l'individu. Les symptômes vécus ne doivent pas être mieux expliqués par une autre condition médicale ou une utilisation d'une substance.

1.1.1 Prévalence des symptômes dépressifs

Le diagnostic de trouble dépressif majeur est peu fréquent à l'enfance se situant environ à 2,8 % des enfants âgés de moins de 13 ans (Costello, 2006) alors qu'à l'âge de 19 ans, ce serait entre 20 et 25 % des individus qui auraient vécu un trouble dépressif majeur au cours de leur vie (Lewinsohn, 1998). La prévalence annuelle chez les adolescents entre 12 et 17 ans varie selon les études entre 5,6 % (Costello et coll., 2008) et 11,3 % (Mojtabai et coll., 2016). Une prévalence annuelle de 5,5% est observée à cette période au Canada (Wiens et coll., 2017). À l'émergence de l'âge adulte (EAA), ce sont environ 6 % des jeunes adultes qui rapportent avoir vécu un trouble dépressif majeur au cours de la dernière année (Arnett et coll., 2014). Des différences de genre importantes sont observées pour la prévalence de ce trouble. La prévalence entre l'âge de 12 à

14 ans est de 0,6 % chez les garçons et de 4,1 % chez les filles alors qu'entre l'âge de 15 à 19 ans, la prévalence observée est de 4,1 % chez les garçons et de 10,1 % chez les filles.

Une autre étude menée par Rohdes et ses collègues (2013) a porté sur l'incidence et la récurrence de la dépression majeure à l'adolescence et à l'EAA. L'incidence du premier épisode dépressif est plus élevée à l'EAA (24 %) qu'au cours de l'adolescence (19 %). Pour la récurrence, 43 % des adolescents qui ont vécu une dépression majeure en vivent une deuxième au cours de l'EAA. Les auteurs ont également observé que les filles développent plus fréquemment une dépression majeure, mais qu'il n'y avait pas de différences de genre sur le plan de la récurrence du trouble.

Dans un autre ordre d'idées, plusieurs chercheurs ont observé que la présence de symptômes de dépression à un niveau n'atteignant pas le seuil de la dépression majeure était associée à plusieurs difficultés psychosociales (Gonzalez-Tejera et coll., 2005 ; Lewinsohn, 2000 ; Marcotte, 2013 ; Pine, Cohen, Cohen et Brooks, 1999) et au développement d'un trouble dépressif majeur ultérieur (Cujipers et coll., 2004) ainsi qu'à des coûts importants pour la société (Cujipers et coll., 2007). À cet effet, un nombre important d'études se sont intéressées à la présence d'un syndrome dépressif chez les individus (la présence d'un certain nombre de symptômes souvent mesurés par l'atteinte d'un score de coupure sur une mesure autorapportée des symptômes, mais n'atteignant pas le seuil diagnostic) (Castelao et Kröner-Heerwig, 2013 ; Cumsille et coll., 2015) ainsi qu'à l'étude des symptômes individuels de dépression (Bennick et coll., 2014 ; Cole et coll., 2011 ; Petersen, 1993).

1.1.2 Étude des symptômes dépressifs au-delà du niveau total de symptômes

L'APA reconnaît dans le DSM-5 que les symptômes dépressifs témoignent de « changements manifestes dans les affects, les cognitions et les fonctions neurovégétatives » (APA, 2013, p. 202). Une typologie précise des symptômes n'est toutefois pas présentée dans le DSM 5. À cet effet, plusieurs auteurs ont souhaité regrouper les symptômes sous différentes catégories, afin de pouvoir comparer le portrait clinique de différentes populations (Huang et Chen, 2015). Les typologies proposées par les auteurs ont été réalisées sur la base d'un processus essentiellement empirique, notamment sur la base d'analyses factorielles qui permettent de regrouper les items des questionnaires en catégories de symptômes. Les typologies existantes, réalisées à partir des items de l'Inventaire de dépression de Beck, IIe édition (BDI), regroupent les symptômes en deux

(somatiques et cognitifs/affectifs) ou trois (somatiques, cognitifs et affectifs) catégories selon les études (tableau 1.1) (Buckley et coll., 2001 ; Huang et Chen, 2015 ; Manian et coll., 2013). Dans le cadre de la présente thèse, la typologie proposée par Beck et al. (2002) a été retenue. Cette typologie est présentée plus en détail dans la section « Instrument de mesure » du chapitre 1.

Tableau 1.1 Typologie des symptômes dépressifs selon Beck et al. (2002)

Symptômes cognitifs	Symptômes affectifs	Symptômes somatiques
Échecs passés	Tristesse	Pleurs
Sentiment de culpabilité	Pessimisme	Agitation
Sentiments punitifs	Perte de plaisir	Perte d'énergie
Dégoût de soi	Pensées suicidaires	Changements dans le sommeil
Auto-Critique	Perte d'intérêt	Irritabilité
Difficultés à prendre des décisions		Changements de l'appétit
Sentiment d'être sans valeur		Difficultés de concentration
		Fatigue
		Perte d'intérêt pour la sexualité

L'étude des symptômes dépressifs permet de soulever des différences entre les symptômes vécus dans différents contextes et chez différentes populations. Par ailleurs, certains auteurs ont également étudié les symptômes individuels de dépression vécus durant un trouble dépressif majeur. Des différences de genre importantes sont observées (Bennet et coll., 2005), ainsi que des différences selon l'âge des individus (Rice et al., 2019). À l'adolescence, les filles dépressives présentent en moyenne plus de sentiments de culpabilité, d'insatisfaction quant à leur image corporelle, de sentiments d'échec, de problèmes de concentration, de difficultés au travail, de fatigue et d'inquiétudes par rapport à leur santé. De leur côté, les garçons dépressifs obtiennent des niveaux plus élevés d'anhédonie, d'humeur matinale triste et de fatigue (Bennet et coll., 2005).

Il y a aussi peu de concordance entre les symptômes vécus lors de différents épisodes de dépression chez un même individu (Lewinsohn, Joiner et Seeley, 2003 ; Roberts, Lewinsohn et Seeley, 1995), ce qui suggère qu'un trouble dépressif majeur pourrait être vécu différemment selon l'âge des individus. À cet effet, Lewinsohn, Joiner et Seeley (2003) ont réalisé une étude longitudinale qui

avait comme objectif de comparer les symptômes présents lors de quatre épisodes dépressifs vécus entre l'adolescence et l'âge adulte chez un même individu. Ils ont observé qu'il n'y avait pas de différence significative entre les épisodes vécus à l'adolescence et à l'âge adulte. Par contre, les résultats d'une autre étude plus récente suggèrent qu'il y a des différences dans les symptômes vécus à l'adolescence et ceux vécus à l'âge adulte (Rice et col., 2019). Notamment, les symptômes somatiques (changement d'appétit, de poids, perte d'énergie et insomnie) sont plus présents chez les adolescents, alors que les adultes vivent plus de l'anhédonie et des problèmes de concentration.

Certaines études ont porté spécifiquement sur la prévalence des symptômes centraux de la dépression, soit ceux de l'humeur dépressive et de l'anhédonie, au sein d'une population non clinique. Plus spécifiquement, la prévalence de l'anhédonie passe de 25 à 30 % à l'âge de 11 ans à environ 15 % à l'âge de 19 ans. L'humeur dépressive augmente en prévalence, de 25 % à 40 % pour les filles et de 20 à 25 % pour les garçons pour les périodes de 11 à 19 ans (Bennick et coll., 2014). Le symptôme de l'humeur dépressive est ensuite en diminution au cours de l'EAA puisque sa prévalence passe de 36 % entre l'âge de 18-21 ans à 27 % pour l'âge de 26 à 29 ans. La présence d'humeur dépressive à l'adolescence et d'anhédonie a été associée au développement ultérieur du trouble dépressif majeur ainsi qu'à sa chronicité (Bennick et coll., 2014).

D'autres études ont porté sur les autres symptômes dépressifs. Par exemple, Cole et ses collègues (2011) ont étudié les symptômes de dépression les plus représentatifs de la sévérité du trouble chez un échantillon d'adolescents. Premièrement, les difficultés de concentration, le sentiment de culpabilité et les problèmes de sommeil sont caractéristiques d'une dépression légère. Deuxièmement, l'humeur triste, la fatigue ou le manque d'énergie, l'irritabilité et l'anhédonie représentent des niveaux modérés de dépression. Finalement, l'agitation ou le ralentissement psychomoteur, les changements dans le poids et l'appétit et les idéations ou tentatives de suicide sont présents seulement à des niveaux très sévères de dépression. Ces informations s'avèrent pertinentes dans le contexte du dépistage et de la prévention des symptômes dépressifs, en permettant d'identifier les symptômes précurseurs au développement d'une dépression plus sévère (van Lang et al., 2007).

Dans une perspective similaire, van Lang et ses collègues (2007) ont étudié quels symptômes au début et à la fin de l'adolescence permettent de prédire le développement d'une dépression majeure au cours de l'EAA. Les auteurs notent que vers la fin de l'adolescence, l'humeur triste, les changements dans l'appétit, le sentiment de culpabilité et les difficultés de sommeil permettent de différencier de manière prospective les garçons qui vont développer un trouble dépressif majeur au cours de l'EAA. Pour les filles, les difficultés de sommeil au début de l'adolescence sont associées au développement ultérieur du trouble.

Dans une étude similaire, Kouros, Morris et Garber (2016) se sont aussi intéressés à la valeur prédictive des changements sur les symptômes dépressifs au cours de l'adolescence sur la probabilité de développer un trouble dépressif majeur, ainsi que les différences de genre qui y sont associées. Cependant, ces auteurs ont contrôlé statistiquement la présence de l'humeur triste, l'irritabilité et l'anhédonie. Les résultats révèlent que les changements du sommeil, de l'estime de soi et du sentiment de culpabilité sont associés à un plus grand risque de développer un trouble dépressif majeur autant chez les garçons que les filles. Les auteurs ont également observé des différences de genre sur les symptômes prédictifs au développement ultérieur d'une dépression majeure. Pour les garçons, les auteurs ont observé que des changements de l'anhédonie étaient associés à un plus grand risque de développer un trouble dépressif majeur. Ce résultat n'était toutefois pas observé chez les filles.

D'autres études ont porté sur les changements spécifiques sur les symptômes dépressifs. D'une part, des symptômes différents peuvent être vécus en fonction du type d'événements rencontrés, tels qu'une rupture amoureuse ou un échec personnel (Keller, Neale et Kendler (2007). D'autre part, les symptômes de dépression n'ont pas tous les mêmes conséquences sur le fonctionnement de l'individu dans ses différentes sphères de sa vie (Fried et Nesse, 2014). Certaines études cliniques soulèvent également la pertinence de l'étude des symptômes dépressifs dans le contexte clinique (O'Driscoll et al., 2022). Entre autres, certaines études soulèvent que différents types d'intervention sont associés à des effets différents sur les symptômes dépressifs (Fournier et al., 2013).

En somme, les études présentées précédemment permettent d'observer que l'examen des symptômes dépressifs est pertinent tant sur le plan empirique que clinique. Entre autres, ce domaine d'étude permet de soulever la présence de pistes d'intervention et de mieux comprendre l'étiologie des symptômes dépressifs. Peu d'études se sont toutefois intéressées à l'évolution de ces symptômes au cours de l'adolescence et de l'EAA. À cet effet, la prochaine section du présent projet de recherche aborde les études qui observent de manière longitudinale les symptômes dépressifs.

1.1.3 Évolution du niveau total de symptômes dépressifs entre l'adolescence et de l'émergence de l'âge adulte

À ce jour, il est reconnu que les symptômes dépressifs augmentent de manière générale au cours de l'adolescence (Shubert et coll., 2017), ceci malgré que les résultats des études demeurent plus consistants dans les échantillons de filles, que ceux de garçons (Marcotte et Lemieux, 2014). Par ailleurs, plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'évolution de la dépression au cours de l'adolescence et de l'EAA (Castelao et Kröner-Heerwig, 2013 ; Costello et coll., 2008 ; Cumsille et coll., 2015 ; Ferro et coll., 2015).

Les études qui identifient des trajectoires distinctes (Costello et coll., 2008 ; Sabiston et coll., 2013 ; Ferro et coll., 2015) permettent d'observer qu'il y a entre trois et quatre trajectoires différentes de symptômes au cours de l'adolescence. Les trajectoires généralement observées (Shubert et coll., 2017) sont les suivantes : faible niveau de symptômes (45 et 55 % des individus), niveau chronique de symptômes (environ 5 à 15 % des participants), diminution des symptômes (1 à 5%). Une proportion très variable d'individus suit une trajectoire en augmentation, entre 2% (Diamantopolou et coll., 2011 ; Wickrama et Wickrama, 2010) et 25% selon les études (Olinio et coll., 2011 ; Wickrama et coll., 2009). Lorsque réalisées indépendamment selon le genre, les trajectoires se distinguent sur le plan de la sévérité initiale des symptômes ainsi que sur la direction (augmentation pour les filles, diminution pour les garçons) (Dekker et coll., 2007). Les études qui couvrent la période de l'adolescence et celle de l'EAA (Costello et coll., 2008 ; Brière et coll., 2016 ; Ferro et coll., 2015b) obtiennent des trajectoires similaires à celles des études sur la période de l'adolescence.

Un autre type d'étude (Garber et coll., 2002 ; Burstein et coll., 2010 ; Kouros et Garber, 2014 ; Marcotte et Lemieux, 2014) a pour objectif de réaliser la trajectoire moyenne d'évolution des symptômes dépressifs. Ce type d'étude permet de décrire le niveau initial de symptômes et la direction de l'évolution des symptômes au cours de la période d'étude. Ces études permettent d'observer que l'augmentation des symptômes n'est pas linéaire au cours de l'adolescence. Les périodes d'augmentation seraient ponctuées de période de plafonnement ou de diminution (Marcotte et Lemieux., 2014 ; Rawana et Morgan., 2014). À titre d'exemple, Rawana et Morgan ont observé que les symptômes dépressifs diminuent légèrement entre l'âge de 12 et 14 ans, augmentent entre l'âge de 14 à 17 ans, puis diminuent jusqu'à l'âge de 21 ans. Ce patron est potentiellement plus représentatif du parcours des filles, puisque ce ne sont pas toutes les études qui observent une augmentation chez les garçons au cours de l'adolescence (Marcotte et Lemieux., 2014). Globalement, les filles ont un niveau initial de symptômes dépressifs plus élevés ainsi qu'une augmentation plus marquée que les garçons au cours de l'adolescence (Hankin et coll., 2009 ; Marcotte et Lemieux., 2014). Le niveau de symptômes le plus élevé pour les filles et les garçons serait atteint entre l'âge de 15 à 17 ans, suivi d'une tendance à la diminution ou au plafonnement au cours de l'EAA (Shubert et coll., 2017). Les résultats sont toutefois inconsistants en ce qui a trait à la diminution observée au cours de l'EAA (Samela-Aro et coll., 2013).

1.1.4 Étude longitudinale des symptômes individuels de dépression

Tel que mentionné précédemment, l'étude des symptômes de dépression au-delà du niveau total de symptômes permet de mieux comprendre l'étiologie et l'évolution des symptômes dépressifs. Toutefois, peu d'études à ce jour portent sur l'évolution longitudinale des symptômes individuels de la dépression. Certaines études observent toutefois que la prévalence des symptômes individuels est en augmentation au cours de cette période (Bennick et coll., 2014).

Une seule étude à ce jour a porté sur les trajectoires longitudinales des différents symptômes dépressifs. Dans le cadre de leur étude, Kouros et Garber (2014) ont observé à l'aide d'analyses de croissance latente, de quelle façon les différents symptômes de dépression évoluent entre l'âge de 12 à 18 ans ainsi que les différences de genre qui y sont associées. Les auteurs ont noté que les symptômes de dépression augmentent presque tous de manière linéaire à l'adolescence, mais que les symptômes de ralentissement ou d'agitation commencent initialement par décroître, puis

augmentent régulièrement à partir de 15 ans. Pour les différences de genre, les difficultés de sommeil et le sentiment de culpabilité augmentent plus rapidement chez les filles, alors que les difficultés de concentration augmentent de manière linéaire chez les garçons, mais non chez les filles.

Les études de trajectoires actuelles comportent de nombreuses limites. À l'exception de l'étude de Kouros et Garber (2014), aucune étude ne porte sur l'identification des trajectoires de symptômes au-delà de la période de l'adolescence. De plus, aucune étude répertoriée couvrant la période de l'EAA n'identifie les trajectoires des différentes catégories de symptômes dépressifs. La période de l'émergence de l'âge adulte est une période pendant laquelle les symptômes dépressifs demeurent très prévalents et est associée à de grands changements dans le parcours des individus (Arnett, 2015). Elle est également associée à une transition scolaire importante pour une majorité de jeunes adultes émergents (Le Québec en Chiffre, 2019), soit la transition vers les études postsecondaires.

1.2 Les études postsecondaires et la santé mentale

En Amérique du Nord, environ 60 % des étudiants entreprennent des études postsecondaires (Arnett, 2015 ; Wintre et Bowers, 2007). Au Québec, la probabilité d'accéder au collégial en 2016-2017 se situait à 67 %, alors que celle d'accéder à l'université (1^{er} cycle) est de 47,1 % (Le Québec en chiffre, 2019). De plus, en 2015, 69,5 % des étudiants de cinquième secondaire passaient directement vers le collégial (ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport [MELS], 2019). Par contre, seuls 38,5 % des étudiants inscrits dans un programme préuniversitaire et 35,6 % des étudiants inscrits dans un programme technique terminent leur programme dans les temps réguliers. Pour les programmes d'accueil-intégration (tremplin-DEC), seulement 38,4 % des étudiants obtiennent un diplôme cinq ans après leur première inscription aux études postsecondaires (MELS, 2014). De plus, entre 29 et 39 % des étudiants abandonnent ou interrompent leur programme d'études collégiales (MELS, 2014).

En 2012, la NAMI (National Alliance on Mental Illness) a réalisé un sondage auprès d'un échantillon d'étudiants ayant décroché de l'université. Les chercheurs observent que 64 % des étudiants mentionnent un trouble de santé mentale comme facteur ayant contribué à leur

décrochage; la dépression est l'un des trois troubles les plus fréquemment mentionnés. À cet effet, une augmentation importante de la prévalence des symptômes dépressifs est observée chez les étudiants au postsecondaire. Selon les données de l'American College Health Association (ACHA), 22,1 % des étudiants mentionnaient s'être senti « tellement déprimé qu'il était difficile de fonctionner » au moins une fois dans la dernière année en 2012, contre 51,6 % en 2019. De plus, la prévalence moyenne du syndrome dépressif observée chez cette population aux États-Unis est de 30,6 % (Ibrahim et coll., 2013), alors qu'un taux de 6 % est observé dans la population adulte générale, tous âges confondus (Gonzalez et coll., 2010). Plusieurs facteurs peuvent expliquer la prévalence élevée de symptômes dépressifs auprès des étudiants postsecondaires. Premièrement, une proportion importante d'étudiants quitte le domicile familial pour poursuivre leurs études, ce qui peut être associé à un plus grand sentiment d'isolement (Arnett, 2000). Notamment, Larsen (1990) a observé que les étudiants universitaires passent plus de temps seuls que n'importe quelle autre tranche d'âge, à l'exception des personnes âgées. D'autres facteurs ont également été associés à un niveau plus élevé de symptômes dépressifs chez les étudiants au postsecondaire, dont le genre féminin, l'âge (plus élevé) et le nombre d'années d'études postsecondaires (plus élevé) (Pereria et al., 2019). D'autres facteurs comme la perception de la compétition dans un programme universitaire, ainsi que la pression financière liée aux études ont été associés à un plus haut niveau de symptômes d'anxiété et de dépression (Mowbray et coll., 2006 ; Posselt et Lipson., 2016).

Également, une augmentation marquée des demandes de consultation dans les services en santé mentale chez les étudiants est observée dans les dernières années (ACHA, 2012, 2015, 2016, 2018). L'accès à ces services est toutefois problématique, puisque seulement 35,6 % des étudiants présentant des niveaux cliniques ou sous-cliniques de symptômes consulteraient les services usuels d'intervention (Eisenberg, Hunt, Speer et Zivin, 2011). Compte tenu de la prévalence élevée des symptômes dépressifs chez les étudiants postsecondaires (Ibrahim et coll., 2013), des conséquences importantes sur leur parcours scolaire (NAMI, 2012) et des lacunes des services usuels d'intervention (Eisenberg, Hunt, Speer et Zivin, 2011), plusieurs organismes d'importance, dont l'APA (Conley et coll., 2015) et la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2016) et le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur (2020) ont suggéré la mise en place d'interventions préventives auprès des étudiants du postsecondaire.

1.2.1 Les programmes de prévention au postsecondaire

La prévention est définie comme une intervention mise en place avant qu'un problème ne se produise (Organisation mondiale de la santé (WHO, 2019). Une grande part des interventions préventives qui ciblent la santé mentale s'effectue dans un contexte scolaire (Christner et Mennuti, 2008). À cet égard, Christner et Mennuti (2008) ont proposé un modèle multiniveaux de l'intervention en santé mentale dans le contexte scolaire dans lequel chaque niveau cible les besoins d'une partie de la population visée. Les différents niveaux proposés par ce modèle sont discutés dans la section « Modèles conceptuels » de la présente thèse. Dans le contexte scolaire, la plupart des interventions préventives prennent la forme d'un atelier qui est généralement implanté par un enseignant ou un intervenant du milieu (Merry et coll., 2012). Pour les programmes de type ciblée-indiquée, la plupart ont un volet de psychoéducation qui vise à présenter la thématique abordée par le programme, ainsi que différentes stratégies comportementales et cognitives qui sont par la suite généralement pratiquées dans le cadre du programme (Conley et coll., 2017). À titre d'exemple, Rohdes et ses collègues (2014) ont développé un programme de prévention ciblée-indiquée pour la dépression comportant six séances d'une heure. Ce programme est offert à l'école et chacune des séances utilise la même structure. Une partie de la séance est dédiée à l'identification des pensées automatiques et à la restructuration cognitive et l'autre partie est dédiée aux changements comportementaux, dont l'augmentation des activités plaisantes. La pratique des acquis peut également prendre différentes formes, dont la pratique de jeux de rôles (Mokruet et Acri, 2013).

1.2.2 Études d'efficacité des programmes de prévention pour la dépression

Un nombre limité d'études porte sur l'efficacité des programmes de prévention pour la dépression chez les étudiants postsecondaires (Conley et al., 2017). Quelques interventions préventives ciblée-indiquée qui s'adressent aux étudiants postsecondaires ont démontré une efficacité sur les symptômes dépressifs (Forsyth et al., 2000 ; Gabriel, 2008 ; Rohdes et al., 2014 ; Zamirinejad et al., 2014). Ces programmes sont tous inspirés de l'approche cognitive comportementale, à l'exception de celui de Forsyth et ses collègues qui utilisent une approche de psychothérapie interpersonnelle (2000). Ces programmes démontrent en moyenne une efficacité pour la réduction des symptômes dépressifs ($d = 0,73$). Certains programmes présentent une plus grande diminution des symptômes lorsque comparés à une condition contrôle ou de liste d'attente (Conley et al.,

2017). Cependant, la diffusion de ces programmes demeure souvent limitée, puisque peu de programmes sont manualisés. De plus, aucun programme de prévention recensé ciblant la dépression n'offre des interventions de type multiniveaux, tel que recommandé par Christner et Mennuti (2008).

Selon la certification *Blueprints* pour l'évaluation des programmes de prévention, deux programmes de niveau « prometteur » ou « modèle » pour la dépression ont été évalués auprès d'adultes émergents. Le programme de prévention *Teaching Kids to Cope* (Puksar, 1997) a été évalué auprès d'étudiants universitaires (Hamdan-Mansour, Puksar et Bandak, 2009). Ce programme consiste en 10 séances d'intervention de groupe implanté à l'université. Ce programme a un objectif psychoéducatif et d'entraînement aux habiletés. Les contenus abordés sont les stratégies comportementales d'adaptation, l'entraînement aux habiletés sociales, ainsi qu'une composante cognitive. Le programme a été associé à une diminution des symptômes dépressifs immédiatement et trois mois après l'intervention (Hamdan-Mansour, Puksar et Bandak, 2009). Le programme *Blues*, qui obtient la certification de programme « modèle » a également été implanté auprès d'étudiants universitaires (Rohdes, Stice, Shaw et Gau., 2014). Ce programme comporte six rencontres d'une heure réalisées en groupe mixte de quatre à huit étudiants. Chacune des séances comporte un volet cognitif qui vise à développer les capacités à identifier, observer et restructurer ses pensées ainsi qu'un volet comportemental qui vise l'augmentation de la participation à des activités plaisantes. Dans le cadre de leur étude, Rohdes et al. (2014) ont évalué l'efficacité de ce programme implanté auprès d'étudiants universitaires et ont observé que la participation au programme n'était pas associée à une plus grande amélioration des symptômes dépressifs que les deux conditions de type contrôle (bibliothérapie et brochure portant sur les symptômes dépressifs), immédiatement après l'intervention et six et douze mois suite à l'implantation. Les auteurs ont cependant observé que la participation au programme était associée à une augmentation des connaissances sur le modèle cognitif comportemental. Les auteurs ont toutefois obtenu de bons résultats lorsque le programme est implanté avec des étudiants de l'école secondaire (Rohdes, Stice, Shaw et Brière., 2014). Les auteurs expliquent ces différences de résultats entre ces deux groupes d'étudiants par la plus faible participation des étudiants du collège (26 % ont assisté aux six rencontres), à un niveau initial de symptômes légèrement plus faible dans

leur échantillon d'étudiants collégiaux, et aux attentes plus faibles en ce qui a trait aux bénéfices associés à la participation à l'intervention de groupe.

En somme, les études d'efficacité des programmes de prévention de type ciblée-indiquée pour la dépression comportent plusieurs lacunes importantes. Premièrement, peu d'études d'évaluation portent sur l'efficacité des programmes auprès de populations d'adultes émergents. De plus, bien que plusieurs programmes soient validés auprès d'adolescents, les programmes initialement conçus pour ceux-ci ne semblent pas être aussi efficaces lorsqu'implantés auprès d'adultes émergents (Rohdes et al., 2014). Quelques études ont permis d'observer une efficacité pour une intervention préventive auprès d'adultes émergents pour la réduction des symptômes dépressifs (Conley et al., 2017), mais plusieurs limites doivent être notées. D'une part, un faible nombre de ces programmes sont manualisés, ce qui limite de manière importante la portée de ceux-ci. D'autre part, un nombre limité de programmes ont comparé l'effet de leur intervention à une condition contrôle. Finalement, aucune étude recensée n'a porté sur l'évaluation des effets spécifiques d'un programme de prévention sur les symptômes dépressifs au-delà du niveau total de symptômes. Le programme de prévention québécois *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (Marcotte et al., 2016 ; 2021) a été élaboré pour répondre à certaines des lacunes mentionnées sur les programmes de prévention destinés aux étudiants au postsecondaire.

1.3 Le programme de prévention *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège*

Le programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (Marcotte et al., 2016, 2021) est un programme de prévention de la dépression et de l'anxiété ciblant les étudiants qui débutent leur première année aux études postsecondaires. Il s'agit d'un programme de prévention multiniveaux, basés sur le modèle de la prévention en milieu scolaire de Christner et Menutti (2008). Le programme est manualisé et publié en français et en anglais (Marcotte et al., 2016, 2021). Ce programme comporte trois volets associés au niveau de prévention de Christner et Menutti (2008). Les différents niveaux du programme visent à répondre aux étudiants présentant différents besoins quant aux symptômes anxieux et dépressifs.

1.3.1 Volet 1 : prévention universelle

Ce volet est d'une durée d'une heure trente et est animé en classe par des enseignants formés. Les enseignants animateurs peuvent être issus de tous les programmes offerts (c.-à-d. de programmes préuniversitaires, techniques et de la formation générale) dans l'établissement postsecondaire. Ce volet aborde différentes thématiques, dont la transition à la vie adulte et la transition secondaire-collégial, le choix vocationnel, ainsi que la reconnaissance des symptômes d'anxiété et de dépression. L'apprentissage de l'exposition graduelle et de la résolution de problème sont également abordés. Une procédure de dépistage a cours dans le cadre du volet 1 et permet de référer les étudiants dépistés dans les autres volets du programme. Cette procédure sera décrite plus en détail dans la section méthode du second article de la présente thèse.

1.3.2 Volet 2 : prévention ciblée-sélective

Ce volet consiste en deux ateliers d'une heure trente animés par un enseignant et un professionnel de l'établissement postsecondaire. Un des ateliers porte sur l'anxiété et cible l'identification des distorsions cognitives spécifiques à l'anxiété et initie les étudiants à certaines stratégies de pratique de la pleine conscience. L'atelier sur la dépression porte également sur l'identification des distorsions cognitives liées à la dépression en plus de présenter certaines stratégies liées à l'activation comportementale.

1.3.3 Volet 3 : prévention ciblée-indiquée

Le troisième volet cible les étudiants présentant un certain niveau de symptômes dépressifs et/ou anxieux. Les étudiants sont sélectionnés suite à leur participation au premier volet du programme. Le troisième volet prend la forme de dix rencontres de groupe (6 à 10 étudiants) qui sont animées par deux professionnels en santé mentale de l'établissement postsecondaire. Le contenu de ces rencontres reprend et approfondit les connaissances développées dans le cadre du volet 1 et/ou du volet 2 (pour certains participants). Le volet 3 vise à développer les compétences des étudiants de manière hiérarchisée. Le programme comprend 36 activités qui visent les 15 composantes du programme (Annexe B). Certaines des composantes, dont l'activation comportementale, l'identification des biais cognitifs ou la pleine conscience sont présentes dans plusieurs activités tout au long des 10 rencontres. Dans le cadre de la présente thèse, c'est ce volet du programme qui

sera évalué quant à son efficacité à diminuer les symptômes dépressifs. Des informations plus spécifiques sont présentées dans la section méthodologie sur la mise en œuvre et l'évaluation de l'efficacité de ce volet.

1.3.4 Étude pilote de l'efficacité du programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège*

L'efficacité du troisième volet du programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* a été étudiée dans le cadre d'une étude pilote réalisée par Marcotte, Paré et Lamarre (2018). Les participants au programme devaient présenter un certain de niveau de symptômes anxieux et/ou dépressifs, sur la base de leur score à des questionnaires autoadministrés. Les scores des participants ont été comparés à ceux d'un groupe de comparaison qui était composé d'étudiants ayant été sélectionnés sur la base des symptômes anxieux et/ ou dépressifs vécus, mais ayant refusé la participation au programme. L'échantillon final était composé de 53 participants, dont 26 dans le groupe expérimental et 27 dans le groupe de comparaison. Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude ont permis d'observer que le groupe de comparaison n'a pas vécu d'amélioration significative entre les trois temps de mesure sur les symptômes dépressifs. La participation au programme était associée à une réduction significative des symptômes anxieux et dépressifs qui était plus importante que celle observée pour le groupe de comparaison. Aucune étude n'a toutefois porté jusqu'à présent sur l'évaluation du programme pour les catégories de symptômes dépressifs.

D'autres études sur le programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* ont porté sur les déterminants de l'efficacité du programme. Ces études ont permis d'observer que la composante du programme portant sur les buts personnels (Paré et Marcotte, 2021) était associée à l'efficacité du programme sur les symptômes anxieux et dépressifs. Une autre étude a porté sur la composante de la pratique de la pleine conscience, mais n'a pas permis d'observer la présence d'une relation de modération de cette composante sur la réduction des symptômes anxieux et dépressifs (Lamarre et Marcotte, 2021). Toutefois, l'efficacité spécifique du programme sur les catégories de symptômes dépressifs n'a pas été étudiée dans le cadre de l'évaluation du programme *Zenétudes : vivre sainement la transition au collège*.

1.4 Cadre conceptuel

Pour plusieurs auteurs, l'étude des symptômes dépressifs s'avère importante afin de mieux comprendre les interrelations entre les symptômes pour ainsi mieux comprendre l'étiologie de la dépression et mieux comprendre l'effet des interventions (Fried et al., 2014 ; 2017 ; O'Driscoll et al., 2022). De même, tel que mentionné précédemment, la période l'EAA est associée à des enjeux spécifiques. La compréhension théorique de cette période permet de mieux comprendre les facteurs associés à l'augmentation des symptômes dépressifs lors de cette période. À cet égard, la présente thèse s'appuie sur deux modèles conceptuels, soit le modèle de l'émergence de l'âge adulte (Arnett, 2000 ; 2015), et le modèle de l'intervention multiniveaux en contexte scolaire de Christner et Menutti (2008). Ces modèles permettent de mieux comprendre les enjeux vécus à l'EAA qui pourraient expliquer la présence de symptômes dépressifs chez les jeunes adultes, ainsi que proposer des interventions multi-niveaux chez cette population.

1.4.1 Modèle théorique de l'émergence de l'âge adulte

La période développementale de l'émergence de l'âge adulte (EAA) est une période de transition proposée entre l'adolescence et l'âge adulte, qui représente la période entre 18 et 29 ans (Arnett, 2000 ; 2015). Cette période a été proposée en réaction aux changements importants de société depuis plusieurs décennies. L'âge de 18 à 29 ans serait vécu de manière très différente par les générations actuelles que par les générations précédentes. Les individus entreprennent de plus longues études, se marient plus tard et ont des enfants à un âge beaucoup plus avancé que leurs parents et grands-parents. Cette période est à la fois très différente de l'adolescence et de l'âge adulte. En effet, l'adulte émergent est beaucoup moins sujet au contrôle de ses parents qu'à l'adolescence et jouit d'une plus grande liberté tant sur le plan professionnel, scolaire et relationnel. De plus, les adultes émergents ne s'identifient pas tous comme des adultes puisqu'une partie d'entre eux n'a pas encore réalisé les étapes classiquement associées à la transition soit le mariage et la parentalité.

Cinq dimensions sont caractéristiques de l'EAA selon Arnett (2015) : 1) l'exploration de l'identité 2) l'instabilité 3) la centration sur soi 4) le sentiment d'entre-deux 5) les possibilités. L'exploration de l'identité se fait principalement à travers le monde du travail et celui des relations

amoureuses. Elle favorise la présence d'une certaine instabilité à cette période qui s'observe par de fréquents changements du statut résidentiel (Arnett, 2015), des programmes d'études ainsi que dans les relations amoureuses (Rauer et coll., 2013) et les relations d'amitié (Asendorf et Wipers, 1998 ; Buote et coll., 2007, Lapierre et Poulin, 2020). La centration sur soi est liée au fait que les adultes émergents ont beaucoup moins d'obligations envers les autres qu'à d'autres étapes de la vie. De plus, les adultes émergents passent plus de temps seuls que n'importe quel autre groupe d'âge (Larsen, 1990). Le sentiment d'entre-deux provient essentiellement de l'allègement des restrictions parentales de l'adolescence et du fait que certaines responsabilités associées à l'âge adulte ne sont pas encore présentes. Les principaux critères associés à l'âge adulte sont les suivants : accepter la responsabilité de ses décisions, prendre ses décisions de manière indépendante et être indépendant financièrement. Ces critères sont atteints graduellement au cours de l'EAA, ce qui contribue au sentiment d'entre-deux. La dernière dimension associée à l'EAA est les nombreuses possibilités. Cette dimension reflète la latitude dont bénéficient les adultes émergents pour se définir en tant qu'individus dans plusieurs sphères de leur vie. Pour certains, il s'agit d'une période de grands espoirs et de rêves, mais pour plusieurs cette grande liberté est associée à un stress important. (Arnett, 2015). En somme, la résolution des enjeux associés à l'EAA est présentée comme ayant un impact généralement positif sur le développement de l'individu et favorise la transition vers l'âge adulte (Arnett, 2015). À l'inverse, et c'est ce que Arnett nomme le paradoxe de la santé mentale à l'émergence à l'âge adulte «si libres et si déprimés », la période de l'EAA est associée à une prévalence élevée des symptômes dépressifs (Arnett, 2015).

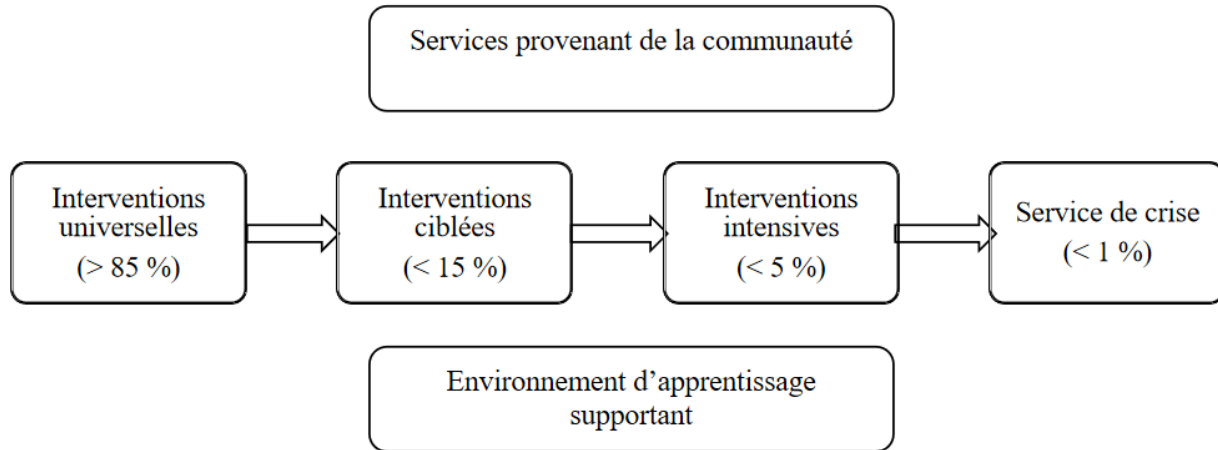
Certains auteurs ont comparé la prévalence des dimensions identifiées par Arnett (2000) sur la base du statut scolaire des individus (étudiant/non-étudiant). À titre d'exemple, le sentiment d'entre-deux est présent chez 60 % des étudiants universitaires (Arnett, 2004), mais serait présent chez seulement 13 % des individus n'étant pas aux études et occupant un emploi à temps plein (Hendry et Kloep., 2007). Ces résultats suggèrent des différences importantes entre les adultes émergents qui poursuivent des études postsecondaires et ceux qui n'en poursuivent pas. Les étudiants pourraient vivre plus intensément les dimensions proposées par Arnett (2015). Certaines, dont principalement l'exploration et l'instabilité, ont été associées à un plus haut niveau de symptômes intériorisés, dont les symptômes dépressifs (Lancôt et Poulin, 2018). La présence de ces

différences entre ces groupes suggère qu'il pourrait y avoir des différences entre les symptômes vécus entre ceux-ci.

1.4.2 Modèle de Christner et Mennuti (2008)

Christner et Mennuti (2008) ont proposé un modèle multiniveau de l'offre de services en santé mentale dans lequel chaque niveau cible les besoins d'une partie de la population visée. Les différents niveaux d'intervention peuvent être mis en place simultanément auprès de la population ciblée. Premièrement, les interventions universelles sont offertes à tous et ont pour objectif de répondre aux besoins d'environ 85 % des individus. Ce niveau d'intervention vise généralement des individus issus de la population générale, et vise à prévenir l'apparition d'un trouble spécifique. Ce niveau d'intervention, dans le contexte scolaire, prend généralement la forme d'ateliers animés en classe par des enseignants ou des intervenants en santé mentale de l'école. Ensuite, les interventions ciblées visent à rejoindre les individus qui présentent des facteurs de risques (prévention ciblée-sélective) pour la problématique visée ou qui présentent un niveau sous-clinique de symptômes (prévention ciblée-indiquée). Le niveau de prévention ciblée vise à répondre aux besoins de moins de 15 % de la population. Ces deux niveaux d'intervention ont pour objectif de développer des facteurs de protection chez ces individus (p. ex. stratégies de gestion du stress) et d'éviter l'aggravation des symptômes vécus (prévention ciblée-indiquée). Ces deux niveaux d'intervention impliquent une procédure de dépistage afin d'identifier les individus présentant des facteurs de risque ou présentant un niveau sous-clinique de symptômes (Christner et al., 2011). Le niveau de prévention ciblée prend généralement la forme d'ateliers de groupe animés par un ou plusieurs professionnel (s) en santé mentale de l'établissement scolaire. Les auteurs ont également conceptualisé deux autres niveaux d'intervention qui sont davantage de l'ordre de l'intervention individuelle auprès d'individus présentant un diagnostic de trouble de santé mentale, soit l'intervention intensive et l'intervention de crise (p. ex. crise suicidaire). Ces deux niveaux viennent répondre respectivement aux besoins de moins de 5 % et de 1 % de la population ciblée.

Figure 1.1 Modèle multiniveaux de prévention en santé mentale (Marcotte, 2015, tiré de Christner et Mennuti, 2009)



1.5 Synthèse de la problématique

Les études mentionnées précédemment permettent de constater que la prévalence des symptômes dépressifs augmente entre l'adolescence et l'EAA (Wiens et coll., 2017 ; Arnett et coll., 2015). Des différences de genre importantes sont également observées. Une augmentation des symptômes dépressifs est observée chez les filles (Shubert et al., 2017), mais les résultats sont inconsistants pour les garçons (Lemieux et Marcotte, 2014). Certaines études se sont intéressées à la trajectoire moyenne d'évolution des symptômes au cours de l'adolescence et de l'EAA (Shubert et coll., 2017). Ces études ont permis d'observer une augmentation des symptômes dans la population générale, dont le niveau plus élevé situé entre l'âge de 15 et 17 ans est suivi d'un plafonnement ou d'une diminution des symptômes au cours de l'EAA (Shubert et coll., 2017). Par contre, plusieurs questions subsistent par rapport à l'évolution des symptômes. D'une part, la tendance observée au cours de l'EAA n'a pas été évaluée sur les catégories de symptômes, alors que des symptômes différents seraient vécus entre l'adolescence et l'EAA (Cole et al., 2011; Rice et al., 2019). D'autre part, la tendance observée pourrait être différente selon le statut scolaire des individus à l'EAA (étudiants / non-étudiants), dû à des différences importantes sur le plan des enjeux vécus par ces deux groupes (Arnett, 2015 ; Hendry et Kloep, 2007).

Malgré les besoins importants en santé mentale chez les étudiants, seulement une faible proportion d'étudiants nécessitant un suivi a accès à des services (Eisenberg, Hunt, Speer et Zivin, 2011 ; National Alliance on Mental Illness, 2012). À cet effet, le développement de programmes de prévention ciblant la dépression chez les étudiants au postsecondaire est proposé par certains auteurs et organismes (APA, 2013 ; Rohdes et coll., 2014). La prévention peut s'effectuer à plusieurs niveaux, dont les deux principaux sont la prévention universelle et la prévention ciblée (Christner et Mennuti., 2009). Certaines interventions ciblées (Conley et coll., 2017) sont associées à une réduction significative des symptômes dépressifs chez les étudiants au postsecondaire (Conley et col., 2015 ; 2017), mais peu de ces interventions sont manualisées et pourraient être diffusées à grande échelle (*Blueprints*, 2019). L'efficacité des programmes de prévention sur les différentes catégories de symptômes dépressifs (c.-à-d. cognitifs, affectifs et somatiques) est encore peu connue. À cet effet, un programme de prévention québécois ; *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (Marcotte et al. (2016, 2021) a été développé et implanté au Québec. Le programme est conçu comme une intervention préventive multiniveaux qui cible les différents besoins des étudiants en matière de santé mentale. Le second article de la présente thèse porte spécifiquement sur l'évaluation de l'efficacité du volet de prévention ciblée-indiquée de ce programme.

1.6 Objectif général de la thèse

L'objectif général de la présente thèse est de développer les connaissances sur les symptômes dépressifs au cours de l'adolescence et de l'émergence de l'âge adulte, par le biais de l'étude des catégories de symptômes dépressifs (i.e cognitifs, affectifs et somatiques) dans une perspective longitudinale et de prévention. Ces trois catégories de symptômes sont étudiées dans une perspective longitudinale, afin d'évaluer la façon dont ceux-ci évoluent entre l'adolescence et l'émergence de l'âge adulte, ainsi que d'évaluer les différences de genre et les différences selon le statut scolaire présente lors de cette période. Ces catégories seront également étudiées dans le contexte de l'évaluation d'un programme de prévention, afin d'évaluer de manière spécifique quels sont les symptômes dépressifs qui présentent une diminution suite à la participation à un programme de prévention. Afin de répondre à ces objectifs, cette thèse est présentée sous la forme de deux articles scientifiques.

1.6.1 Objectifs spécifiques du premier article

Le premier article poursuit deux objectifs, soit de réaliser les trajectoires d'évolution des différentes catégories de symptômes dépressifs (i. e. somatiques, cognitifs et affectifs) au cours de l'adolescence et de l'EAA (11 à 19 ans), et de vérifier les différences sur les catégories de symptômes selon le genre et selon le statut scolaire (étudiant/ non-étudiant) entre l'âge de 17 et 19 ans.

1.6.2 Objectifs spécifiques du deuxième article

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité du troisième volet (prévention ciblée-indiquée) du programme de prévention *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* quant à la réduction des différentes catégories de symptômes dépressifs (c.-à-d. somatiques, cognitifs et affectifs).

1.7 Méthodologie

1.7.1 Participants article 1

Le premier article de la présente thèse cible une cohorte de 499 adolescents (262 garçons et 237 filles) qui ont été suivis annuellement entre 2003 et 2012 de la sixième année de l'école primaire à la première année à l'université. Les participants ont été suivis de l'âge de 11 ans à l'âge de 19 ans. Les participants sont issus de 12 écoles primaires publiques de la Rive Sud de Montréal et de la région de Trois-Rivières. Pour participer à l'étude, les participants devaient avoir un niveau de lecture supérieur à la troisième année du primaire et ne pas présenter un trouble grave d'apprentissage ou une déficience intellectuelle.

Les données utilisées dans le cadre du présent projet de thèse couvrent tous les temps de mesure de l'étude longitudinale. Plus spécifiquement, pour les comparaisons entre les scores des étudiants et des non étudiants, les données des trois derniers temps de mesure ont été utilisées (T7-T9).

L'échantillon au dernier temps comporte 309 participants (160 femmes et 149 hommes). Au cinquième temps de mesure, un taux d'attrition de 7 % était observé, contre 38 % au dernier temps de mesure. Au dernier temps de mesure, 126 participants (41 %) ne poursuivent pas d'études

postsecondaires et 183 participants (59 %) sont étudiants. Pour ceux-ci, 77,6 % habitent encore chez leurs parents, alors que cette proportion est de 74,4 % pour les non-étudiants. Chez les étudiants, 18% présentent un revenu familial de moins de 45 000\$ par année alors que cette proportion est de 35 % pour les non-étudiants. Les étudiants travaillent en moyenne 13 heures par semaine alors que les non-étudiants travaillent en moyenne 31 heures par semaine.

1.7.2 Procédure article 1

Les données utilisées dans le cadre de cette thèse sont issues du projet de recherche intitulé : *Étude longitudinale de la dépression pendant les transitions scolaires : contribution des facteurs personnels, familiaux et scolaires dans les contextes de la transition primaire-secondaire et secondaire-collégial*. Ce projet a été dirigé par Diane Marcotte, PhD et a été subventionné par le Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada entre 2003 et 2012. Ce projet a également reçu l'approbation éthique du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) (Annexe C). Au début de l'étude, une invitation à la participation a été envoyée à tous les élèves de 6^e année des 12 écoles sélectionnées. Un formulaire de consentement a par la suite été envoyé aux parents. La participation à la recherche se faisait sur une base volontaire. Le formulaire de consentement a été rempli par les parents jusqu'à l'âge de 14 ans. Ce formulaire est présenté à l'annexe D. Les participants ont rempli les questionnaires à l'école avec l'approbation éthique de la direction. Les questionnaires ont été remplis annuellement par les participants à l'automne. La période de collecte comprend donc neuf temps de mesure. Pour les trois derniers temps de l'étude (où une partie de l'échantillon fréquentait soit le cégep ou l'université) les participants ont pu être retracés sur une base individuelle à l'aide d'une demande d'accès à l'information auprès du MELS. Les participants ont été rejoints directement et les questionnaires ont été remplis dans un lieu à leur convenance.

Les mesures remplies par les participants sont des questionnaires auto-administrés. La complétion de ces questionnaires nécessitait environ 45 minutes. Les questionnaires utilisés dans le cadre de la présente étude nécessitaient toutefois environ 5 minutes à compléter. Des assistants de recherche étudiant au baccalauréat ou au doctorat en psychologie supervisaient la complétion des questionnaires par les participants. Chaque année de la collecte, les assistants répétaient les

consignes liées à la passation des questionnaires et assuraient les participants de la confidentialité de leurs réponses.

1.7.3 Participants article 2

Les individus qui participent à la présente étude sont des individus à la première année de leurs études au Cégep dans plusieurs cégeps de différentes régions du Québec. La présente étude utilise les données des trois années de l'implantation du programme, soit 2018, 2019 et 2020. Les participants sont âgés de 16 à 29 ans (hommes et femmes). L'échantillon pour cet article est composé de 342 étudiants (273 femmes et 47 hommes et d'une personne ayant identifié son genre comme autre) issus du groupe expérimental et du groupe de comparaison du 3e volet du programme.

Le groupe expérimental est composé de 151 participants et le groupe de comparaison est composé de 191 participants. Les participants ont en moyenne 17,71 ans. Dans le cadre des analyses statistiques, seuls les participants du groupe expérimental ayant participé à cinq rencontres ou plus ont été retenus pour les analyses ($N = 132$). Les critères d'inclusion sont les suivants : atteindre le score de coupure ou un score supérieur sur les questionnaires de dépistage et accepter de participer au programme. Les critères d'exclusion sont les suivants : présence de dépression sévère avec idéation ou planification suicidaire, manifestation de symptômes de troubles de santé mentale nécessitant une référence immédiate en psychiatrie, consommation intensive de drogues sur une base régulière, traitement psychologique en cours selon une approche incompatible avec l'approche cognitive et comportementale.

1.7.4 Procédure article 2

Le deuxième article de la présente thèse utilise un devis de type quasi expérimental. Les données utilisées sont issues de l'étude évaluative du programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* dans les cégeps du Québec 2018-2021, dirigée par Dre Diane Marcotte, PhD. Le présent projet de thèse s'inscrit dans le projet plus large intitulé : *Santé mentale au collégial : outiller les enseignants et les professionnels pour limiter le décrochage des étudiants dépressifs suite à la transition vers les études collégiales*. Ce projet de recherche est issu d'une collaboration entre le

Laboratoire de recherche sur la santé mentale des jeunes en contexte scolaire, la Fédération des Cégeps, de la Fondation familiale Rossy et de la Fondation Bell Cause pour la Cause. Au début de l'étude, les cégeps du Québec ont été sollicités pour participer à l'implantation du programme *Zenétudes : vivre sainement la transition au collège*. Les cégeps participants ont par la suite sélectionné certains de leurs programmes d'étude pour l'implantation et ont mis en œuvre les différents volets du programme. Le consentement des étudiants a été obtenu à chacune des étapes de la participation au programme (volet 1, 2 et 3) (Formulaires présentés à l'annexe C). Les différents volets ont été animés par les professionnels et enseignants des cégeps, en ayant précédemment reçu une formation de trois heures pour le premier volet et une formation de six heures pour les deux autres volets. L'implantation des différents volets était sous l'étroite supervision de l'équipe de recherche.

Plus spécifiquement, les données utilisées dans le cadre du présent projet de recherche sont celles des participants au troisième volet du programme *Zenétudes*. La présente étude porte spécifiquement sur l'étude de l'efficacité du troisième volet, puisque l'objectif de ce volet est d'intervenir auprès d'individus ayant été dépistés sur la base d'un niveau plus sévère de symptômes. Ainsi, ce volet vise principalement la réduction des symptômes chez ces individus, ce qui concorde avec les objectifs de la présente étude. Les deux autres volets abordent des stratégies applicables à tous et visent à répondre aux besoins de participants présentant en moyenne un faible niveau de symptômes.

La sélection des participants pour ce troisième volet se fait dans le cadre du premier volet du programme. Dans le cadre de ce volet, les participants remplissent certains questionnaires, dont une mesure de dépistage portant sur l'anxiété et une autre portant sur la dépression. Ces courtes mesures sont basées sur les critères diagnostics du DSM-5. Les étudiants qui présentent quatre symptômes ou plus d'anxiété ou cinq symptômes ou plus de dépression ont été référés par les intervenants aux deuxièmes et troisièmes volets du programme ou encore au groupe de comparaison du volet 3. La référence de l'étudiant aux différents volets se base sur les besoins de l'étudiant et sur son choix personnel. Le groupe de comparaison est composé d'individus qui refusent de participer au volet 3 du programme *Zenétudes*, mais qui acceptent de remplir les questionnaires. Les étudiants du groupe de comparaison auront à remplir les mêmes questionnaires

aux mêmes temps de mesure (prétest, post-test et relance (3 mois) que les étudiants participant au volet 3 du programme *Zenétudes*.

Les questionnaires du troisième volet du programme requièrent environ 45 minutes à compléter et sont remplis en ligne par les participants. Une compensation financière de 20 \$ était offerte aux participants lors de la première année de la collecte pour la complétion de chacun des trois questionnaires. La compensation financière a par la suite été augmentée à 30\$ pour la deuxième et troisième année de la collecte.

1.7.5 Instruments de mesure

Les variables sociodémographiques (Annexe E) pertinentes ont été mesurées à l'aide d'un questionnaire autorapporté. Ces données dans le cadre du premier article sont le genre, l'âge et le statut scolaire (étudiant/ non-étudiant). Les mesures associées à ces variables sont décrites plus en détail dans la section Méthode des deux articles de la présente thèse.

Les deux articles utilisent la même mesure des symptômes dépressifs. Les symptômes dépressifs ont été mesurés à l'aide de l'Inventaire de dépression de Beck, deuxième édition (IDB-2), version française (Beck, Steer & Brown, 1996; traduite par les Éditions du Centre de psychologie appliquée, 1998) (Annexe E). La typologie des symptômes dépressifs utilisée dans le cadre de la présente thèse est celle de Beck et al. (2002). Cette typologie regroupe les symptômes dépressifs en symptômes cognitifs, affectifs et somatiques de la dépression, sur la base des items de l'IDB-2. Cette typologie est présentée au tableau 1.1. Cette typologie a été sélectionnée sur la base des études empiriques réalisées. L'étude originale de Beck et al. (2002) a permis d'observer la présence d'excellents indices d'adéquation auprès d'un échantillon clinique de 260 participants, et d'un échantillon populationnel de 520 participants. D'autres études ont également permis de confirmer les propriétés psychométriques de cette typologie (Huang et Chen, 2015 ; Vanheule et al., 2008, Quilty et Zang, 2010). Des analyses factorielles confirmatoires ont également été réalisées avec l'échantillon du premier article. Ces analyses sont présentées dans le premier article.

1.7.6 Éthique

Dans le cadre de la présente thèse, les données du projet « *Étude longitudinale de la dépression pendant les transitions scolaires : contribution des facteurs personnels, familiaux et scolaires dans les contextes de la transition primaire-secondaire et secondaire-collégial* » et du projet « *Santé mentale au collégial : outiller les enseignants et les professionnels pour limiter le décrochage des étudiants dépressifs suite à la transition vers les études collégiales* » sont utilisées. Ces deux projets, ainsi que l'utilisation secondaire des données pour cette thèse doctorale ont été approuvés par le comité d'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains de l'Université du Québec à Montréal. Les formulaires d'approbation éthique sont présentés à l'annexe B.

CHAPITRE 2

Premier article : Évolution des catégories de symptômes dépressifs au cours de l'adolescence et de l'émergence de l'âge adulte et étude des différences entre étudiants au postsecondaire et non-étudiants

Simon Lapierre ¹, Bsc et Diane Marcotte ¹, Ph.D

¹ Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Lapierre, S., & Marcotte, D. (6 octobre 2022). Évolution des catégories de symptômes dépressifs au cours de l'adolescence et de l'émergence de l'âge adulte et étude des différences entre étudiants au postsecondaire et non-étudiants. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*. Advance online publication.

<http://dx.doi.org/10.1037/cbs0000347>

RÉSUMÉ

Les symptômes dépressifs augmentent au cours de l'adolescence et l'émergence de l'âge adulte (EAA; Schubert et al., 2017). L'évolution des symptômes de dépression considérés individuellement ou en catégories lors de cette période est toutefois peu étudiée. Au cours de l'EAA, les différents parcours scolaires des individus ont été peu étudiés en ce qui a trait aux symptômes dépressifs. Les objectifs de la présente étude sont : 1) évaluer les trajectoires d'évolution des différentes catégories de symptômes dépressifs (c.-à-d. cognitifs, affectifs et somatiques) entre l'âge de 11 et 19 ans. 2) évaluer les différences entre étudiants et non-étudiants sur les différentes catégories de symptômes dépressifs entre 17 et 19 ans. À cet effet, 499 étudiants ont complété des mesures annuelles entre l'âge de 11 à 19 ans. Les symptômes ont été mesurés à l'aide de l'Inventaire de dépression de Beck, 2e édition (Beck et al., 1996). La typologie utilisée pour évaluer les catégories de symptômes est celle proposée par Beck et al. (2002). Les symptômes affectifs et somatiques suivent une augmentation significative au cours de la période de 11 à 19 ans. Des différences de genre importantes sont observées sur les trajectoires d'évolution. Pour la période 17–19 ans, des différences importantes sont observées selon le genre et le statut scolaire. Les garçons qui entreprennent des études postsecondaires présentent une augmentation significative des symptômes cognitifs et affectifs de la dépression.

Mots-clés : Dépression, évolution longitudinale, étude des symptômes, postsecondaire, différences de genre

Importance pour le grand public : La présente étude a permis d'observer que les symptômes dépressifs sont vécus différemment selon l'âge des individus, leur genre et leur parcours scolaire entre l'âge de 11 et 19 ans.

2.1 Introduction

2.1.1 Prévalence des symptômes dépressifs entre l'adolescence et l'émergence de l'âge adulte

Le diagnostic du trouble dépressif majeur est peu fréquemment appliqué avant l'adolescence. Sa prévalence se situe aux environs de 2,8% chez les moins de 13 ans (Jane Costello et al., 2006). La prévalence à vie chez les jeunes adultes se situe à environ 28% (ACHA, 2023). Une prévalence de 14 % de la dépression chez un échantillon de plus de 1000 adolescents âgés entre 14 et 18 ans (Paul & Usha, 2021) a été observée. Une augmentation importante est ainsi observée au cours de l'adolescence. La prévalence de ce trouble diffère selon le genre. Entre l'âge de 12 et 14 ans, elle se situe à 0,6 % chez les garçons et à 4,1 % chez les filles alors qu'entre l'âge de 15 et 19 ans, elle est évaluée à 4,1 % chez les garçons et à 10,1 % chez les filles (Wiens et al., 2017).

Quelques études longitudinales permettent d'observer que les symptômes dépressifs augmentent de manière linéaire durant l'adolescence (Schubert et al., 2017). Cette tendance est confirmée chez les filles, mais les résultats sont inconsistants pour les garçons (Marcotte & Lemieux, 2014). Certaines études notent que les périodes d'augmentation sont ponctuées de période de plafonnement ou de diminution (Marcotte & Lemieux, 2014; Rawana & Morgan, 2014). Alors que des niveaux similaires sont rapportés avant l'adolescence, les filles présentent un niveau de symptômes plus élevé que les garçons au cours de cette période (Hankin, 2009; Marcotte & Lemieux, 2014). Le niveau de symptômes le plus élevé pour les jeunes femmes et les jeunes hommes serait atteint entre l'âge de 15 à 17 ans, et serait suivi d'une tendance à la diminution ou au plafonnement au cours de l'EAA (Arnett, 2000; Schubert et al., 2017). Les résultats sont toutefois inconsistants en ce qui a trait à la diminution observée au cours de l'EAA (Salmela-Aro et al., 2008). À cet effet, le rôle du type de parcours postsecondaire ainsi que des symptômes dépressifs considérés individuellement n'ont pas été abordés par aucune étude recensée auprès des adultes émergents.

2.1.2 La dépression au cours de l'EAA et les différences entre les étudiants et les non-étudiants

La période de l'EAA est associée à la période entre l'âge de 18 à 29 ans (Arnett, 2000, 2014). Cette période est proposée comme une période de transition entre l'adolescence et l'âge adulte, où la transition aux études postsecondaires est réalisée pour une majorité d'individus. À cet effet, les

étudiants au postsecondaire sont un groupe à risque de vivre des symptômes dépressifs. Selon les données de la National College Health Association (NCHA), en 2012, 22% des étudiants mentionnaient s'être « senti tellement déprimé qu'il était difficile de fonctionner » au moins une fois au cours de la dernière année, alors qu'en 2018, ce taux avait augmenté à 51,6 %.

Par ailleurs, certaines études, bien que peu nombreuses, ont comparé les prévalences entre les adultes émergents qui poursuivent des études postsecondaires et ceux qui n'en poursuivent pas. À cet effet, Ibrahim et al. (2013) ont observé que la prévalence des symptômes dépressifs est beaucoup plus élevée dans les échantillons d'étudiants que chez la population générale. Cette étude comporte toutefois une limite importante. La prévalence des symptômes chez les étudiants est comparée au niveau de la population générale plutôt qu'à une population de non-étudiants. À cet égard, Vázquez et Blanco (2008) ont observé des prévalences similaires entre les étudiants et les travailleurs, mais ont également constaté une prévalence plus élevée chez les adultes émergents qui ne sont pas aux études et qui n'ont pas d'emploi. De leur côté, Kovess-Masfety et al. (2016) ont observé une prévalence de la dépression majeure de 8,5 % chez les étudiants, de 10 % chez les jeunes adultes travailleurs et de 11,77 % chez ceux qui n'étudient et ne travaillent pas. Ces résultats suggèrent que les différences entre les étudiants et non-étudiants en ce qui a trait à la prévalence des symptômes dépressifs pourraient être surestimées. Pourtant, des différences importantes existent entre ces deux groupes face à différents enjeux développementaux. Notamment, les étudiants sont le sous-groupe de la population qui passe le plus de temps seul mis à part les personnes âgées (Larson, 1990). Ils sont également susceptibles de vivre une pression financière importante (Posselt & Lipson, 2016) ainsi que de la compétition au sein de leur programme scolaire (Mowbray et al., 2006). De plus, certains auteurs ont observé que les étudiants s'identifiaient plus fortement aux enjeux de l'EAA que les non-étudiants (Arnett, 2014; Crocetti et al., 2015; Hendry & Kloep, 2007). Les individus qui s'identifient plus fortement à certains enjeux, dont ceux liés aux multiples transitions de la période, vivraient un plus haut niveau de certains problèmes intériorisés, dont les symptômes dépressifs (Lanctot & Poulin, 2018). Certains facteurs dont le soutien social, le choix vocationnel et les distorsions cognitives sont également associés aux symptômes dépressifs vécus dans le contexte de la transition secondaire-collégiale (Germain & Marcotte, 2019; Meunier-Dubé & Marcotte, 2017).

2.1.3 L'état des connaissances sur l'évolution des symptômes individuels ou selon des catégories

L'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association [APA], 2013) reconnaît que les symptômes dépressifs peuvent être regroupés en différentes catégories sans toutefois proposer une catégorisation spécifique des symptômes. L'APA propose que les symptômes témoignent de « changements manifestes dans les affects, les cognitions et les fonctions neurovégétatives » (APA, 2013, p. 193). Plusieurs auteurs se sont intéressés à vérifier sur une base empirique l'existence de certains regroupements de symptômes (Hall et al., 2013; Huang & Chen, 2015; Manian et al., 2013). Également, certains auteurs, dont Fried & Nesse (2014) proposent que l'étude des symptômes soit une source très importante d'informations quant à l'étiologie de la dépression. En effet, les individus ne développent pas tous les mêmes symptômes dépressifs suite à différents événements et ceux-ci n'ont pas tous le même impact sur le fonctionnement et la détresse des individus (Fried, 2017).

Plusieurs typologies ont été proposées par différents auteurs pour catégoriser les symptômes dépressifs (Huang & Chen, 2015). Ces typologies sont essentiellement réalisées sur la base d'analyses factorielles. Une des typologies ayant fait l'objet d'une validation au plan clinique est celle de Beck et al. (2002) qui regroupe les symptômes dépressifs en trois catégories, soit cognitifs, affectifs et somatiques. Toutefois, aucune étude n'a porté sur l'évolution longitudinale des catégories de symptômes dépressifs. À ce jour, seule l'étude de Kouros et Garber (2014) s'est intéressée à l'évolution des symptômes de la dépression considérés sur une base individuelle. Ces auteurs ont réalisé à l'aide d'analyses de croissance latente les patrons d'évolution longitudinaux des différents symptômes de la dépression entre l'âge de 12 à 18 ans selon le genre. Parmi les conclusions que ces auteurs proposent se retrouve celle que ces symptômes augmenteraient de manière linéaire à l'adolescence. Toutefois, les symptômes de ralentissement ou d'agitation commenceraient initialement par décroître, puis augmenteraient régulièrement à partir de l'âge de 15 ans. Finalement, les auteurs observent des différences de genre importantes. Les difficultés dans le sommeil et le sentiment de culpabilité augmenteraient plus rapidement chez les filles, alors que les difficultés de concentration augmenteraient de manière linéaire chez les garçons, mais non chez les filles. Aucune étude recensée n'a porté sur l'évolution des symptômes de dépression considérés individuellement ou en catégories au cours de l'EAA.

Tableau 2.1 Typologie des symptômes dépressifs (Beck et al., 2002)

Symptômes cognitifs	Symptômes affectifs	Symptômes somatiques
Échecs passés	Tristesse	Pleurs
Sentiment de culpabilité	Pessimisme	Agitation
Sentiments punitifs	Perte de plaisir	Perte d'énergie
Dégoût de soi	Pensées suicidaires	Changements dans le sommeil
Auto-Critique	Perte d'intérêt	Irritabilité
Difficultés à prendre des décisions		Changements de l'appétit
Sentiment d'être sans valeur		Difficultés de concentration
		Fatigue
		Perte d'intérêt pour la sexualité

2.1.4 Objectifs de l'étude

Cette étude poursuit deux objectifs principaux : 1) étudier les trajectoires d'évolution des catégories de symptômes dépressifs (c.-à-d. cognitifs, affectifs et somatiques) entre l'âge de 11 et 19 ans et 2) comparer les différences sur l'évolution des catégories de symptômes et sur le score global de symptômes dépressifs entre les étudiants et les non-étudiants entre l'âge de 17 et 19 ans. Les différences de genre seront également évaluées pour les trajectoires 11-19 ans et les trajectoires 17-19 ans.

2.2 Méthodologie

2.2.1 Procédure

Les données utilisées dans le cadre de cette étude sont issues du projet de recherche intitulé : Étude longitudinale de la dépression pendant les transitions scolaires : contribution des facteurs personnels, familiaux et scolaires dans les contextes de la transition primaire-secondaire et secondaire collégiale. Ce projet a été approuvé par le comité éthique de l'université d'appartenance des auteurs. Un formulaire de consentement a été rempli par les participants chaque année. Jusqu'à l'âge de 14 ans, les parents ont également fourni leur consentement. La période de collecte des données comprend neuf temps de mesure. Les questionnaires ont été remplis par les participants à

leur établissement scolaire pour les six premières années de l'étude et sur une base individuelle par la suite.

Les mesures remplies par les participants sont des questionnaires autoadministrés. La complétion de ces questionnaires nécessitait environ 45 minutes. Toutefois, la complétion du questionnaire utilisé dans le cadre de la présente étude nécessitait environ 5 minutes. La complétion des questionnaires a été supervisée par des assistants de recherche qualifiés.

2.2.2 Participants

Les participants sont issus d'une cohorte de 499 adolescents (262 garçons et 237 filles) suivis annuellement entre l'âge de 11 et 19 ans (les participants avaient en moyenne 11,22 ans au T1) entre 2003 et 2012. Dans le cadre de la présente thèse, les neuf temps de mesure de cette étude sont utilisés. Les participants sont issus de 12 écoles primaires publiques de la Rive Sud de Montréal et de la région de Trois-Rivières. Les participants devaient avoir un niveau de lecture supérieur à la troisième année du primaire et ne pas présenter un trouble grave d'apprentissage ou une déficience intellectuelle. Les informations sur les critères d'exclusion ont été évaluées au niveau de chaque classe. Les classes où des adolescents présentaient des critères d'exclusion n'ont pas été retenues dans l'étude. Ces informations étaient obtenues auprès des directions des écoles. Le terme « garçon » et « fille » sera utilisé dans le présent article pour les analyses qui portent sur l'ensemble de l'étendue d'âge. Cependant, les termes « jeunes hommes » et « jeunes femmes » sont retenus pour les analyses qui portent uniquement sur l'âge de 17 à 19 ans. Au 7^e temps de mesure, où la dichotomie est réalisée entre étudiants et non-étudiants, l'échantillon comporte 104 étudiants et 143 étudiantes, ainsi que 87 non-étudiants et 47 non-étudiantes.

L'échantillon au dernier temps de mesure comporte 309 participants (160 jeunes femmes et 149 jeunes hommes). Du premier au cinquième temps de mesure, un taux d'attrition global de 7 % est observé, alors que 38 % des participants de l'échantillon initial ont mis fin à leur participation entre le premier et le dernier temps de mesure. Certaines causes potentielles de l'attrition des participants identifiés sont liées à la perte d'intérêt pour la participation à l'étude, de même que les difficultés à retracer certains participants suite à des déménagements. Ainsi au temps 9, 126 participants (41 %) ne poursuivent pas d'études postsecondaires et 183 participants (59 %) sont étudiants. Chez ces

derniers, 77,6 % habitent encore chez leurs parents, alors que cette proportion est de 74,4 % pour les non-étudiants. Les étudiants occupent un emploi en moyenne 13 heures par semaine alors que les non-étudiants travaillent en moyenne 31 heures par semaine.

2.2.3 Instruments de mesure

2.2.3.1 Mesure des variables sociodémographiques

Les variables sociodémographiques telles que le genre et l'âge, le revenu familial et le lieu de résidence et le niveau scolaire ont été mesurés à l'aide d'un questionnaire auto-rapporté. Le niveau scolaire à l'âge de 17 ans, soit au moment où un parcours sans interruption menait les participants à leur 1^{ère} année au collège, a été utilisé afin de déterminer le statut scolaire (étudiant/non-étudiant) des participants. L'échantillon est composé de 247 étudiants (56 %) et de 193 non-étudiants (44 %). Les données sur le statut scolaire à l'âge de 17 ans ont été utilisées, car le passage des études secondaires vers les études postsecondaires s'effectue chez la majorité des individus directement après la fin de la cinquième secondaire (ministère de l'Éducation, des loisirs et du sport [MELS], 2016).

2.2.3.2 Mesure des symptômes dépressifs

Les symptômes dépressifs ont été mesurés à l'aide de l'Inventaire de dépression de Beck, deuxième édition (IDB-2), version française (Beck et al., 1996; traduite par les Éditions du Centre de psychologie appliquée, 1998). Ce questionnaire auto-rapporté comprend 21 items qui sont basés sur la conceptualisation de la dépression du DSM-IV. Cet instrument vise à évaluer le degré de sévérité des symptômes dépressifs d'un individu, sans poser de diagnostic. Les énoncés sont présentés de manière graduée, une réponse plus élevée indiquant un niveau plus élevé de sévérité. Le score total des participants est obtenu par l'addition des scores à chacun des items. Chacun des 21 items comprend quatre énoncés, gradués par niveau de sévérité. Le participant indique lequel représente le mieux sa situation. La sélection d'un énoncé ayant une valeur plus élevée indique un niveau plus élevé de sévérité. Le score au questionnaire est réalisé par l'addition du score des participants à chacun des items.

Les propriétés psychométriques de la version anglaise de l’IDB-2 sont excellentes (Beck et al., 1996). Par contre, aucune étude ne porte sur l’évaluation des propriétés psychométriques d’une traduction française de la deuxième édition de l’IDB-2. Les alphas de Cronbach et les coefficients Omega de Macdonald sont présentés dans le Tableau 2.2.

Des analyses factorielles confirmatoires ont également été réalisées afin d’évaluer les indices d’adéquation de la typologie de Beck et al. (2002) au sein de l’échantillon au premier (N= 499) et au dernier temps de mesure (N= 309). Ces analyses ont été réalisées avec le logiciel Mplus, ainsi qu’avec l’estimateur MLR. Les résultats obtenus auprès de l’échantillon à 11 ans permettent d’observer des indices d’adéquation satisfaisants $\chi^2(186) = 298,92, p < .001$, RMSEA = .035 [.03; .04], CFI = .89, SRMR = .05. Les résultats obtenus auprès de l’échantillon à 19 ans permettent d’observer d’excellents indices d’adéquation $\chi^2(186) = 346.17, p < .001$, RMSEA = .05 [.04; .06], CFI = .89, SRMR = .06.

Tableau 2.2 Mesure de la cohérence interne pour les trois catégories de symptômes au T1 et au T9

Coefficient	Symptômes cognitifs	Symptômes	Symptômes
		affectifs	somatiques
Alpha de cronbach T1	.71	.60	.82
Alpha de cronbach T9	.82	.77	.84
Omega de Macdonald T1	.71	.61	.69
Omega de Macdonald T9	.83	.78	.85

2.3 Analyses statistiques

L’analyse des moyennes des types de symptômes selon le genre au premier temps de mesure ne permet pas d’observer des différences significatives selon le genre pour les symptômes cognitifs (M (garçons) = 1,79, ET = 2,51) (M (filles) = 1,77, ET = 2,33), $t(491) = 0,09, p = .93$, affectifs (M (garçons) = 0,82, ET = 1,45), (M (filles) = 0,99, ET = 1,49), $t(491) = -1,27, p = .21$ et somatiques (M (garçons) = 3,28, ET = 3,23) (M (filles) = 3,61, ET = 3,37), $t(483) = -1,12, p = .26$). Des corrélations significatives sont observées entre les catégories de symptômes aux différents temps de mesure. Au premier temps de mesure, une corrélation positive est observée entre les symptômes

cognitifs et affectifs ($r = .63, p < .001$), entre les symptômes cognitifs et somatiques ($r = .60, p < .001$) ainsi qu'entre les symptômes affectifs et somatiques ($r = .58, p < .01$).

2.3.1 Description des analyses

Afin d'étudier l'évolution longitudinale des trois catégories de symptômes dépressifs, des analyses de croissance latente ont été réalisées (Duncan & Duncan, 2004) à l'aide du logiciel Mplus, version 8 (Muthén & Muthen, 2016). L'estimateur utilisé est du type Maximum Likelihood. Quatre trajectoires ont été réalisées, pour chacune des trois catégories de symptômes (cognitifs, affectifs et somatiques) ainsi que pour le niveau total des symptômes. Pour chacune des courbes, l'ordonnée à l'origine (OO), la pente (P) et le terme quadratique (Q) sont présentés. Pour les courbes suivant une tendance quadratique, l'âge moyen où le niveau le plus élevé ou le plus faible des symptômes est rapporté. Des analyses de croissance latente sont également réalisées pour évaluer les différences sur l'évolution comparative des étudiants et des non-étudiants (17-19 ans). Les paramètres des trajectoires sont comparés à l'aide d'un test de Wald (Hertzog et al., 2008). Pour les trajectoires quadratiques qui sont significativement différentes, les intervalles de confiance à 95 % pour les tests de différences entre les paramètres P et Q sont rapportés. Les trajectoires pour les analyses entre 11 et 19 ans, ainsi que celles réalisées entre l'âge de 17 à 19 ans sont réalisées séparément selon le genre. Les paramètres des trajectoires sont par la suite comparés. Pour cette deuxième série d'analyse, les trajectoires réalisées sont linéaires. Le terme quadratique ne sera donc pas rapporté pour celles-ci.

2.3.1.1 Évolution du niveau total des symptômes dépressifs entre l'âge de 11 à 19 ans

La trajectoire du niveau total des symptômes suit une trajectoire d'évolution significative et présente les paramètres suivants : OO ($I = 5,95, ET = 0,27, p < .01$); P ($b = 0,48, ET = .144, p < .001$); Q ($q = -0,05, ET = 0,02, p < .001$). Les symptômes totaux augmentent en moyenne jusqu'à l'âge de 16,02 ans pour ensuite présenter une diminution. Chez les garçons, la trajectoire d'évolution du niveau total de symptôme est non significative et présente les paramètres suivants : OO ($I = 5,45, ET = 0,34, p < .001$); P ($b = -0,1, ET = 0,175, p = .58$); Q ($q = 0,02, ET = 0,02, p = .32$). Chez les filles, l'évolution du niveau total de symptômes suit une trajectoire d'évolution quadratique significative selon les paramètres suivants : OO ($I = 6,42, ET = 0,41, p < .001$); P ($b =$

1,13, ET = 0,23, $p < .001$); Q ($q = -0,13$, ET = 0,03, $p < .001$). Chez les filles, le niveau total des symptômes de la dépression augmente jusqu'à l'âge moyen de 15,53 ans, suivi par une diminution. La comparaison des trajectoires à l'aide d'un test de Wald permet d'observer une différence significative entre celles-ci $\chi^2(2) = 18.80$, $p < .001$. Une différence significative est observée entre les trajectoires chez les garçons et les filles, autant sur le paramètre P (95 % CI [-1,789, -0,762]) que sur le paramètre Q 95 % CI [0,079, 0,203]). En somme, pour le niveau total des symptômes dépressifs, une trajectoire significative d'évolution des symptômes est observée uniquement pour les filles.

2.3.1.2 Évolution de la catégorie des symptômes cognitifs de la dépression (11-19ans)

L'évolution des symptômes cognitifs est présentée dans la Figure 2.1. Les symptômes cognitifs suivent une trajectoire quadratique non-significative d'évolution selon les paramètres suivants : OO ($I = 1,68$, ET = 0,10, $p < .001$); P ($b = 0,07$, ET = 0,06, $p = .20$); Q ($q = -0,001$, ET = 0,007, $p = .15$). Pour les garçons, l'évolution des symptômes cognitifs suit une trajectoire significative selon les paramètres suivants : OO ($I = 1,57$, ET = 0,14, $p < .001$); P ($b = -0,18$, ET = 0,07, $p < .01$); Q ($q = 0,021$, ET = 0,008, $p < .01$). Les symptômes cognitifs pour les garçons diminuent jusqu'à l'âge moyen de 15,54 ans et augmentent par la suite. Pour les filles, une trajectoire quadratique significative d'évolution est observée avec les paramètres suivants : OO ($I = 1,75$, ET = 0,15, $p < .001$); P ($b = 0,36$, ET = 0,09, $p < .001$); Q ($q = -0,045$, ET = 0,01, $p < .001$). Les symptômes cognitifs pour les filles augmentent jusqu'à l'âge moyen de 15,19 ans, suivi d'une diminution. La comparaison des trajectoires à l'aide d'un test de Wald permet d'observer une différence significative entre celles-ci ($\chi^2(2) = 23.985$, $p < .001$). Une différence significative est observée entre les trajectoires chez les garçons et les filles, autant sur le paramètre P (95 % IC [-,749, -0,351]) que le paramètre Q (95 % CI [0,039, 0,088]). En somme, pour les symptômes cognitifs, les trajectoires des deux genres suivent une évolution significative, mais inverse.

2.3.1.3 Évolution de la catégorie des symptômes affectifs de la dépression (11-19 ans)

L'évolution des symptômes affectifs est représentée dans la Figure 2.1. Les symptômes affectifs suivent une trajectoire quadratique significative d'évolution selon les paramètres suivants : OO ($I = 0,89$, ET = 0,06, $p < .001$); P ($b = 0,14$, ET = 0,04, $p < .001$); Q ($q = -0,013$, ET = 0,01, $p < .01$).

Les symptômes affectifs augmentent jusqu'à l'âge moyen de 16,58 ans puis diminuent par la suite. Les trajectoires des symptômes affectifs pour les garçons et les filles sont présentées dans la Figure 2.1. Pour les garçons, l'évolution des symptômes affectifs suit une trajectoire non significative selon les paramètres suivants : OO ($I = 0,79$, $ET = 0,08$, $p < .001$); P ($b = 0,25$, $ET = 0,06$, $p = .60$); Q ($q = 0,03$, $ET = 0,07$, $p = .61$). Pour les filles, une trajectoire quadratique significative d'évolution des symptômes cognitifs est observée selon les paramètres suivants : OO ($I = 0,99$, $ET = 0,09$, $p < .001$); P ($b = 0,25$, $ET = 0,001$, $p < .001$); Q ($q = -0,03$, $ET = 0,07$, $p < .001$). Les symptômes affectifs des filles augmentent jusqu'à l'âge moyen de 15,35 ans suivi par une diminution. La comparaison des trajectoires à l'aide d'un test de Wald permet d'observer une différence significative entre celles-ci ($\chi^2(2) = 13.96$, $p < .001$). Une différence significative est observée entre les trajectoires chez les garçons et les filles, autant que le paramètre P (95%CI [-0,370, -0,110]) que le paramètre Q (95 % CI [0,015, 0,048]). En somme, pour les symptômes affectifs, une trajectoire d'évolution des symptômes est observée uniquement pour les filles.

2.3.1.4 Évolution de la catégorie des symptômes somatiques de la dépression (11-19 ans)

L'évolution des symptômes somatiques est représentée dans la Figure 2.1. Les symptômes somatiques suivent une trajectoire quadratique significative et présentent les paramètres suivants : OO ($I = 3,41$, $ET = 0,14$, $p < .001$); P ($b = 0,28$, $ET = 0,07$, $p < .001$); Q ($q = -0,03$, $ET = 0,001$, $p < .01$). Les symptômes somatiques augmentent jusqu'à l'âge moyen de 16,8 ans pour ensuite présenter une diminution. Pour les garçons, l'évolution des symptômes somatiques suit une trajectoire non significative selon les paramètres suivants : OO ($I = 3,21$, $ET = 0,18$, $p < .01$); P ($b = 0,05$, $ET = 0,09$, $p = .63$); Q ($q = -0,002$, $ET = 0,01$, $p = .86$). Pour les filles, l'évolution des symptômes somatiques suit une trajectoire quadratique significative selon les paramètres suivants : OO ($I = 3,64$, $ET = 0,21$, $p < .001$); P ($b = 0,54$, $ET = 0,11$, $p < .001$); Q ($q = -0,05$, $ET = 0,01$, $p < .01$). Les symptômes augmentent jusqu'à l'âge moyen de 16,59 ans, suivis par une diminution. La comparaison des trajectoires à l'aide d'un test de Wald permet d'observer une différence significative entre celles-ci ($\chi^2(2) = 12.70$, $p < .001$). Une différence significative est observée entre les trajectoires chez les garçons et les filles, autant sur le paramètre P (95 % CI [-0,780, -0,256]) que le paramètre Q (95 % CI [0,016, 0,079]). En somme, pour les symptômes somatiques, une trajectoire significative d'évolution est observée uniquement pour les filles.

2.3.1.5 Évolution des trois catégories de symptômes chez les jeunes hommes, selon le statut scolaire, entre 17 et 19 ans

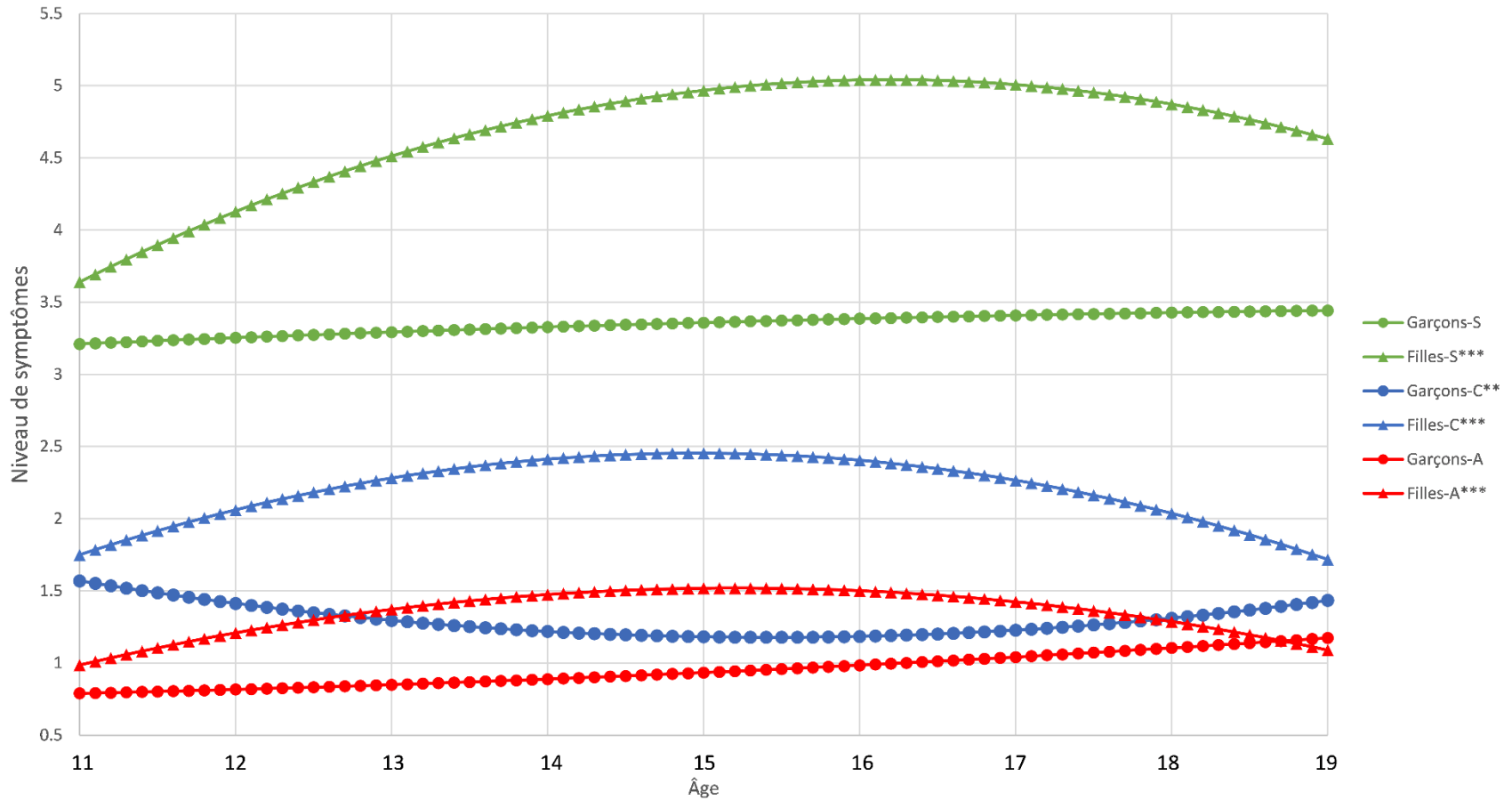
Les trajectoires d'évolution du niveau total de symptômes selon le statut scolaire pour les jeunes hommes sont présentées dans la Figure 2.2. Pour les étudiants, les symptômes totaux suivent une trajectoire d'évolution significative selon les paramètres suivants : OO ($I = 5,12$, $ET = 0,51$, $p < .001$); P ($b = 0,68$, $ET = 0,26$, $p < .01$). Pour les non-étudiants, les symptômes totaux suivent une trajectoire d'évolution non-significative selon les paramètres suivants : OO ($I = 5,94$, $ET = 0,72$, $p < .001$); P ($b = -0,15$, $ET = 0,38$, $p = .69$). La comparaison des trajectoires à l'aide d'un test de Wald permet d'observer une différence non-significative entre celles-ci ($\chi^2(1) = 3,2$, $p = .07$).

Pour les symptômes cognitifs, les trajectoires des étudiants et des non-étudiants sont présentées dans la Figure 2.3. Pour les étudiants, les symptômes cognitifs suivent une trajectoire d'évolution significative selon les paramètres suivants : OO ($I = 1,03$, $ET = 0,17$, $p < .001$); ($b = 0,30$, $ET = 0,11$, $p < .01$). Pour les non-étudiants, les symptômes cognitifs suivent une trajectoire d'évolution non-significative selon les paramètres suivants : OO ($I = 1,52$, $ET = 0,26$, $p < .001$); P ($b = -0,07$, $ET = 0,13$, $p = .59$). La comparaison des trajectoires à l'aide d'un test de Wald permet d'observer une différence significative entre celles-ci ($\chi^2(1) = 4,82$, $p = .03$).

Pour les symptômes affectifs, les trajectoires des étudiants et des non-étudiants sont présentées dans la Figure 2.4. Pour les étudiants, les symptômes affectifs suivent une trajectoire d'évolution significative selon ces paramètres : OO ($I = 0,95$, $ET = 0,14$, $p < .001$); ($b = 0,17$, $ET = 0,08$, $p < .05$). Pour les non-étudiants, les symptômes affectifs suivent une trajectoire d'évolution non-significative selon ces paramètres : OO ($I = 1,10$, $ET = 0,20$, $p < .001$); ($b = -.003$, $ET = .11$, $p = .98$). La comparaison des trajectoires à l'aide d'un test de Wald permet d'observer une différence non-significative entre celles-ci ($\chi^2(1) = 1,62$, $p = .20$).

Pour les symptômes somatiques, l'évolution des symptômes selon le statut scolaire est présentée dans la Figure 2.5. Pour les étudiants, les symptômes somatiques suivent une trajectoire d'évolution non-significative selon ces paramètres : OO ($I = 3,35$, $ET = 0,30$, $p < .001$); ($b = 0,18$, $ET = 0,16$, $p = .25$). Pour les non-étudiants, les symptômes somatiques suivent une trajectoire d'évolution non-significative selon ces paramètres : OO ($I = 3,37$, $ET = 0,35$, $p < .001$); ($b = .004$, $ET = 0,21$, $p =$

Figure 2.1 Évolution des catégories de symptômes dépressifs selon le genre entre l'âge de 11 et 19 ans (N=499)



Nota. S= Symptômes somatiques; C = Symptômes cognitifs; A = Symptômes affectifs. Valeur de la pente et du terme quadratique ** p < .01. *** p < .001.

.85). La comparaison des trajectoires à l'aide d'un test de Wald permet d'observer une différence non-significative entre celles-ci ($\chi^2(1) = 1,73, p = .40$).

En somme, les étudiants présentent une augmentation significative des symptômes cognitifs et affectifs. Les non-étudiants ne présentent pas d'augmentation significative des trois catégories de symptômes dépressifs. Les trajectoires entre les deux groupes sont toutefois significativement différentes uniquement pour les symptômes cognitifs.

2.3.1.6 Évolution des trois catégories de symptômes chez les jeunes femmes, selon le statut scolaire, entre 17 et 19 ans

Les trajectoires d'évolution des symptômes totaux selon le statut scolaire pour les jeunes femmes sont présentées dans la Figure 2.2. Pour les étudiantes, les symptômes totaux suivent une trajectoire d'évolution non-significative selon les paramètres suivants : OO ($I = 7,87, ET = 0,63, p < .001$); P ($b = -0,057, ET = 0,34, p = .87$). Pour les non-étudiantes, les symptômes totaux suivent une trajectoire d'évolution non-significative selon les paramètres suivants : OO ($I = 8,03, ET = 0,85, p < .001$); P ($b = -0,05, ET = 0,41, p = .90$). La comparaison des trajectoires à l'aide d'un test de Wald permet d'observer une différence non-significative entre celles-ci ($\chi^2(1) = 0, p = .99$).

Pour les symptômes cognitifs, les trajectoires des étudiantes et des non-étudiantes sont présentées dans la Figure 2.3. Pour les étudiantes, les symptômes cognitifs suivent une trajectoire d'évolution non-significative selon les paramètres suivants : OO ($I = 1,83, ET = 0,26, p < .001$); ($b = 0,09, ET = 0,13, p = .51$). Pour les non-étudiantes, les symptômes cognitifs suivent une trajectoire d'évolution non-significative selon les paramètres suivants : ($I = 2,02, ET = 0,30, p < .001$); P ($b = -0,05, ET = 0,18, p = .81$). La comparaison des trajectoires à l'aide d'un test de Wald permet d'observer une différence non-significative entre celles-ci ($\chi^2(1) = 0,34, p = .56$).

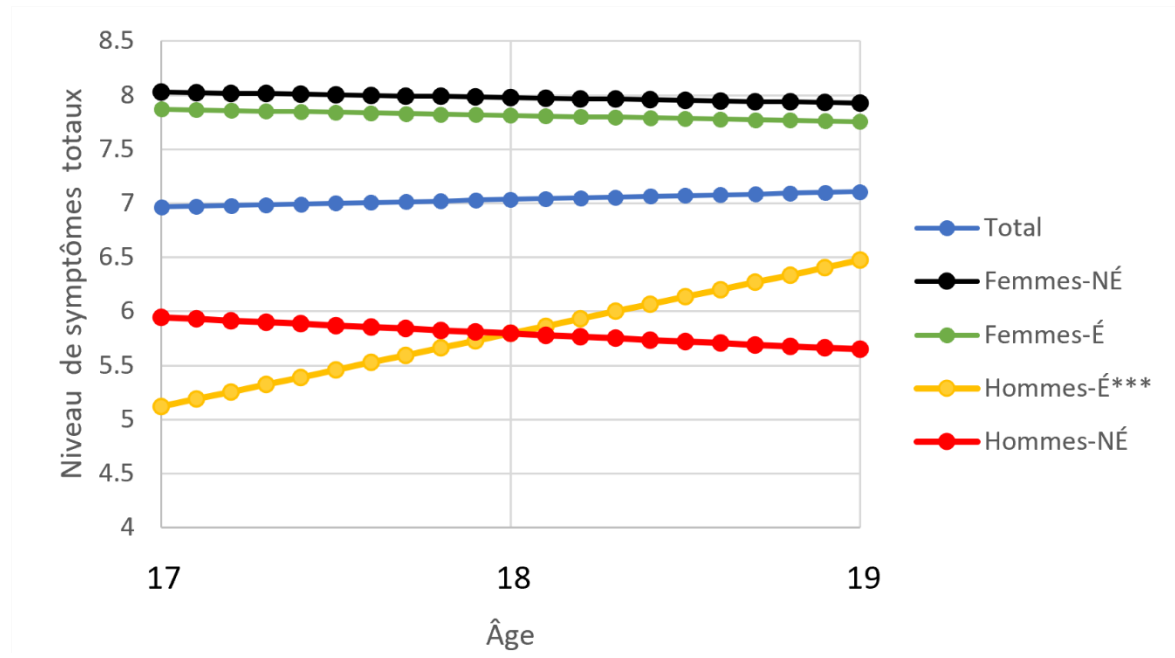
Pour les symptômes affectifs, les trajectoires des étudiantes et des non-étudiantes sont présentées dans la Figure 2.4. Pour les étudiantes, les symptômes affectifs suivent une trajectoire d'évolution non-significative selon les paramètres suivants : OO ($I = 1,27, ET = 0,15, p < .001$); ($b = -0,07, ET = 0,09, p = .48$). Pour les non-étudiantes, les symptômes affectifs suivent une trajectoire d'évolution non-significative selon les paramètres suivants : OO ($I = 1,37, ET = 0,20, p < .001$); (b

= -0.06 , $ET = 0,12$, $p = .59$). La comparaison des trajectoires à l'aide d'un test de Wald permet d'observer une différence non-significative entre celles-ci ($\chi^2(1) = 1.62$, $p = .20$).

Pour les symptômes somatiques chez les jeunes femmes, l'évolution des symptômes selon le statut scolaire est présentée dans la Figure 2.5. Pour les étudiantes, les symptômes somatiques suivent une trajectoire d'évolution non-significative selon les paramètres suivants : ($I = 4,81$, $ET = 0,30$, $p < .001$); $P(b = -0,10$, $ET = 0,17$, $p = .57$). Pour les non-étudiantes, les symptômes somatiques suivent une trajectoire d'évolution non-significative selon les paramètres suivants : $OO(I = 4,40$, $ET = 0,53$, $p < .001$); $P(b = 0,21$, $ET = 0,30$, $p = .47$). La comparaison des trajectoires à l'aide d'un test de Wald permet d'observer une différence non-significative entre celles-ci ($\chi^2(1) = 0,82$, $p = .37$).

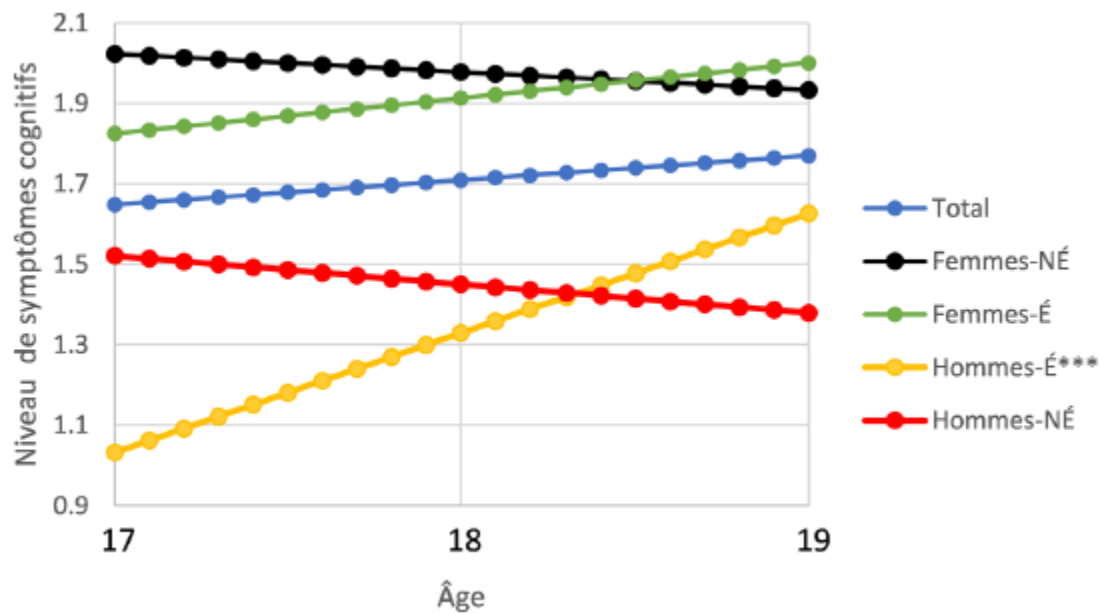
En résumé, les résultats obtenus pour les différences selon le parcours scolaire entre 17 et 19 ans permettent de noter des différences de genre importantes. Notamment, les différences entre étudiants et non-étudiants sont présentes uniquement chez les garçons. Les étudiants sont le seul groupe qui présente une augmentation significative de leurs symptômes, plus précisément de leurs symptômes cognitifs et affectifs. Les étudiantes et non-étudiantes ne présentent pas d'augmentation significative des trois catégories de symptômes dépressifs.

Figure 2.2 Évolution des symptômes dépressifs totaux selon le genre et le statut scolaire, 17-19 ans (N=380)



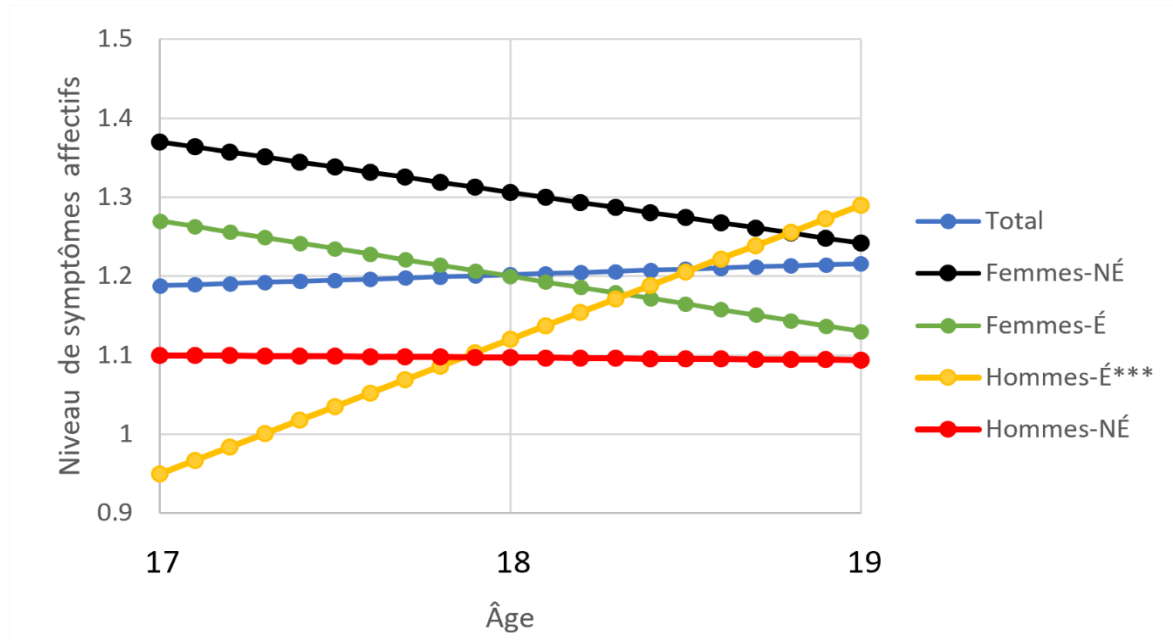
Nota. É = Étudiant/ Étudiante, NÉ = Non-étudiant/ Non-étudiante *** p < .001.

Figure 2.3 Évolution des symptômes cognitifs de la dépression selon le genre et le statut scolaire, 17-19 ans (N=380)



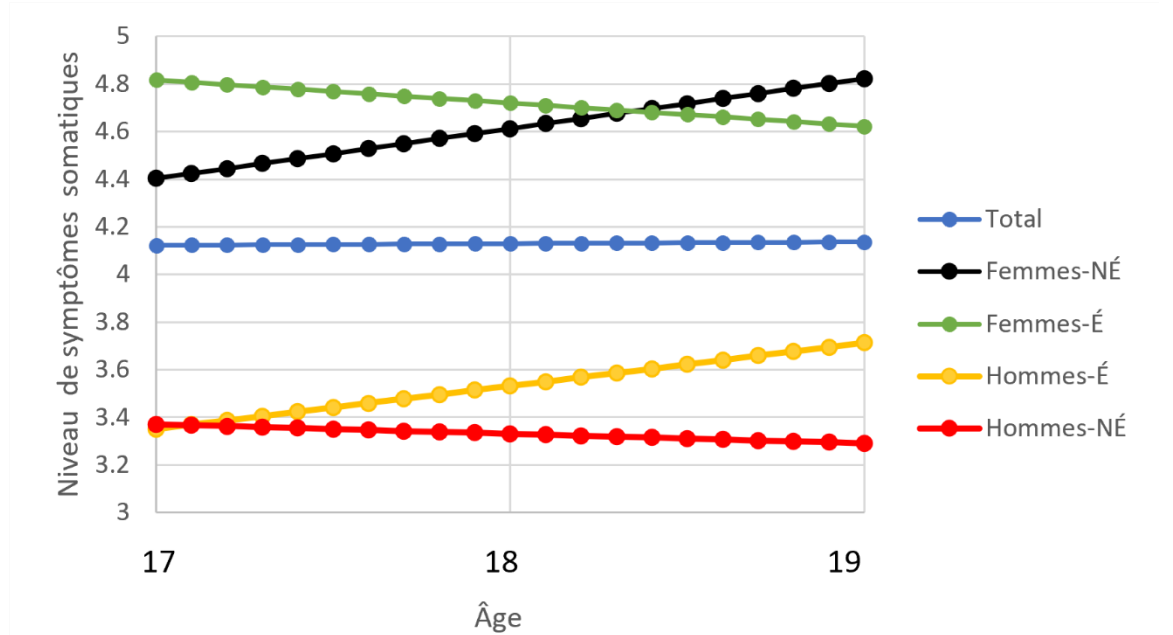
Nota. É = Étudiant/ Étudiante, NÉ = Non-étudiant/ Non-étudiante *** p < .001.

Figure 2.4 Évolution des symptômes affectifs de la dépression selon le genre et le statut scolaire, 17-19 ans (N=380)



Nota. É = Étudiant/ Étudiante, NÉ = Non-étudiant/ Non-étudiante *** p < .001.

Figure 2.5 Évolution des symptômes somatiques de la dépression selon le genre et le statut scolaire, 17-19 ans (N=380)



Nota. É = Étudiant/ Étudiante, NÉ = Non-étudiant/ Non-étudiante *** p < .001.

2.4 Discussion

2.4.1 Évolution des catégories de symptômes dépressifs entre l'âge de 11 et 19 ans

Cette étude a permis de décrire l'évolution des différentes catégories de symptômes dépressifs au cours de l'adolescence et de l'émergence de l'âge adulte. Lorsque l'ensemble de l'échantillon est considéré, une tendance quadratique est observée pour l'évolution du niveau total de symptômes dépressifs au cours de l'adolescence. Ce dernier augmente jusqu'à l'âge de 16 ans, pour ensuite diminuer par la suite. Cette tendance à l'augmentation jusqu'au milieu de l'adolescence est observée dans plusieurs études recensées dans la méta-analyse de Schubert et al. (2017). Ces auteurs ont noté que le plafond des symptômes dépressifs se situe en moyenne entre l'âge de 15 et 17 ans et que ce plafond serait suivi d'une diminution au cours de l'EAA. Ce patron est également confirmé par les résultats de plusieurs études (Adkins et al., 2009; Garber et al., 2002; Ge et al., 2006). Toutefois, d'autres études ont observé un patron d'évolution différent de ces symptômes. C'est le cas de l'étude de Rawana et Morgan (2014), qui rapporte une tendance plus complexe dans laquelle les symptômes diminuent entre l'âge de 12 et 14 ans, pour ensuite augmenter entre l'âge de 14 et 18 ans et diminuer à nouveau entre l'âge de 18 et 21 ans. Par ailleurs, ces auteurs, tout comme Adkins et al. (2009) ont noté des inconsistances lorsque les patrons d'évolution sont étudiés selon le genre. Des différences similaires sont observées par d'autres études, dont Schubert et al. (2017) qui ont observé une augmentation des symptômes plus marquée chez les filles que chez les garçons. Or les résultats de la présente étude permettent d'observer que ces différences entre les genres sont importantes dans l'évolution des symptômes au cours des périodes développementales de l'adolescence et de l'émergence de l'âge adulte, différences qui seront discutées plus en détail dans les pages qui suivent.

Lorsque le niveau initial des symptômes est considéré, soit à l'âge de 11 ans, les résultats obtenus ne révèlent aucune différence entre les garçons et les filles, ces résultats s'orientent dans le même sens que ceux d'études antérieures (Jane Costello et al., 2006) ainsi que ceux d'autres analyses réalisées à partir des données recueillies dans cette étude (Marcotte et al., 2006; Marcotte & Lemieux, 2014), ce qui confirme que les différences de genre sur les symptômes dépressifs vécus émergent au début de l'adolescence. Des différences de genre importantes sont toutefois notées quant à la trajectoire d'évolution des symptômes dépressifs. La trajectoire des filles pour le niveau

total des symptômes dépressifs suit une trajectoire quadratique dans laquelle une augmentation est observée jusqu'à l'âge d'environ 16 ans, suivie d'une diminution. Pour les garçons, le patron d'évolution du niveau total de symptômes s'avère non significatif.

2.4.2 Évolution des trois catégories de symptômes dépressifs au cours de la période 11-19 ans

L'étude des trajectoires selon le genre pour les différentes catégories de symptômes fournit des résultats intéressants quant à l'évolution des symptômes dépressifs au cours de l'adolescence et l'émergence de l'âge adulte. En effet, une tendance à l'opposé est observée entre les garçons et les filles pour les symptômes cognitifs. Chez les garçons, les symptômes de cette catégorie diminuent jusqu'à l'âge d'environ 15 ans et ont tendance à augmenter par la suite. Chez les filles, une évolution inverse est présente, à savoir que les symptômes cognitifs augmentent jusqu'à l'âge de 15 ans, suivis d'une diminution. Ce résultat permet de constater que le fait que certaines études n'aient observé aucune augmentation des symptômes chez les garçons (Marcotte & Lemieux, 2014; Rawana & Morgan, 2014) ne serait probablement pas représentatif de l'ensemble des symptômes. La catégorie des symptômes cognitifs est toutefois l'unique catégorie qui présente une augmentation chez les garçons, bien que l'on observe également une tendance à une augmentation pour la catégorie des symptômes affectifs lors de l'examen des moyennes. Ces résultats permettent de soulever l'hypothèse que les garçons pourraient être plus déprimés au début de l'EAA que pendant l'adolescence. Cette tendance a notamment été observée par Wiens et al. (2017). Les résultats peuvent également être interprétés à la lumière des études qui proposent que les symptômes dépressifs tels qu'évalués par les mesures usuelles puissent être plus représentatifs de la dépression telle que vécue par les femmes que celle vécue par les hommes (Addis & Hoffman, 2017; Cavanagh et al., 2017). En somme, les mesures usuelles accordent une importance particulière aux symptômes affectifs et somatiques. Plus spécifiquement, ces auteurs notent que certains symptômes affectifs, dont les pleurs et certains symptômes somatiques, dont les changements dans le sommeil et l'appétit, seraient associés davantage à la dépression chez les femmes que chez les hommes (Cavanagh et al., 2017).

Chez les filles, une augmentation de toutes les catégories de symptômes est présente, et ceci, selon une tendance quadratique. L'évolution des catégories de symptômes cognitifs et affectifs est similaire, soit une augmentation jusqu'à l'âge de 15 ans, suivi d'une diminution par la suite. La

catégorie des symptômes somatiques suit un patron d'évolution légèrement différent, avec un sommet se situant plus tard, soit vers l'âge de 17 ans. De plus, la diminution subséquente de ces symptômes au cours de l'EAA s'avère moins prononcée que pour les deux autres catégories de symptômes. À cet effet, Fried et al. (2016) ont observé que certains symptômes somatiques (la perte d'énergie, les difficultés de concentration, les changements dans l'appétit et l'insomnie) étaient parmi les symptômes les plus centraux chez des individus dépressifs. La présence de ces symptômes pourrait être associée au développement ultérieur d'autres symptômes, voire d'une dépression majeure. Ainsi, ces résultats suggèrent que les filles pourraient être possiblement plus à risque de développer une dépression majeure vers la fin de l'adolescence, de par cette prévalence plus grande des symptômes somatiques.

Chez les filles, le patron d'évolution des symptômes est similaire entre les trois catégories de symptômes, alors que ceci n'est pas observé chez les garçons. De plus, chez ces derniers, les symptômes tendent à se situer à un niveau plus élevé à la fin de l'adolescence, alors que chez les filles, la tendance semble s'orienter vers une augmentation jusqu'au milieu de l'adolescence, suivi d'une diminution. Chez ces dernières, cette tendance pourrait être expliquée par la présence de certains enjeux propres à leur genre au cours de l'adolescence, dont l'âge des premières menstruations, les difficultés liées à l'image corporelle ainsi que le niveau élevé de distorsions cognitives présentes au début de l'adolescence (Marcotte, 2013). Chez les garçons, certains facteurs peuvent expliquer le niveau plus élevé de symptômes vers la fin de l'adolescence. Notamment, l'augmentation des distorsions cognitives (Marcotte et al., 2006), les difficultés liées à la transition postsecondaire (Conley et al., 2014), ainsi qu'un niveau plus élevé de consommation d'alcool chez ceux-ci à la fin de l'adolescence (Wilsnack et al., 2018).

2.4.3 Différences selon le statut scolaire sur l'évolution des symptômes entre 17 et 19 ans

Un nombre limité d'études se sont intéressées à l'évolution des symptômes dépressifs au cours de l'EAA (Salmela-Aro et al., 2008). De plus, un nombre encore plus limité d'études comparent la situation des étudiants et des non-étudiants au cours de cette période. À cet effet, Arnett (2014) a proposé le terme *Forgotten Half* pour parler de la réalité des non-étudiants, ces derniers étant peu représentés dans les études empiriques sur cette période de la vie. Dans le cadre de la présente étude, aucune différence n'est observée entre étudiants et non-étudiants lorsque le genre n'est pas

considéré. Ce résultat s'oriente dans le même sens que celui obtenu par Salmela- Aro et al. (2008) qui ont observé que la majorité des adultes émergents présente un niveau moyen de symptômes dépressifs au cours de l'EAA.

L'étude des différences de genre quant à l'évolution des trois catégories de symptômes dépressifs au cours de la période 17-19 ans permet de constater plusieurs différences importantes. Notamment, tel qu'observé par d'autres auteurs (Arnett, 2015; National College Health Association, 2019) les jeunes femmes (étudiantes ou non) présentent un niveau plus élevé que les jeunes hommes de toutes les catégories de symptômes durant la période 17-19 ans. Toutefois, les jeunes femmes ne présentent pas un patron significatif d'évolution du niveau total de symptômes au cours de cette période. Cette tendance est aussi observée pour les différentes catégories de symptômes. Ainsi, les jeunes femmes présentent un niveau de symptômes plus élevé que les jeunes hommes pour toutes les catégories de symptômes, qui se maintient tout au long de la période de 17 à 19 ans, mais qui ne suit pas un patron significatif d'augmentation ou de diminution. Ces résultats permettent de compléter ceux de Schubert et al. (2017) qui ont observé que la période de l'EAA était associée à un plafonnement ou une diminution des symptômes dépressifs. L'examen des différences entre les genres permet d'observer que dans le cas des étudiantes, tout comme des non-étudiantes, un plafonnement des symptômes serait présent. À cet égard, certaines études notent que des facteurs de risque présents chez les jeunes filles à l'adolescence tendent à se résorber au cours de l'EAA. Notamment, l'estime de soi des jeunes femmes tend à s'améliorer entre l'adolescence et l'EAA (Hutteman et al., 2015). L'absence de différence entre les jeunes femmes étudiantes et non-étudiantes pourrait également soulever la possibilité que les enjeux de l'EAA soient vécus similairement entre ces deux groupes (Hendry & Kloep, 2007, 2010). De leur côté, Crocetti et al. (2015) ont observé que les femmes s'identifient plus fortement que les hommes aux enjeux de l'EAA. Les auteurs ont également observé une identification légèrement plus élevée des enjeux de l'EAA chez les étudiants au postsecondaire que chez les travailleurs.

Plusieurs différences peuvent être notées entre les jeunes hommes qui poursuivent des études postsecondaires et ceux qui n'en poursuivent pas. Les jeunes hommes étudiants sont le seul sous-groupe qui présente une augmentation de leurs symptômes entre l'âge de 17 et 19 ans. Ceux-ci présentent une augmentation des symptômes cognitifs et affectifs de la dépression qui les

distinguent de leurs pairs non-étudiants au cours de cette période, bien qu'une différence significative entre les trajectoires soit observée uniquement pour les symptômes cognitifs. Ces résultats peuvent être mieux expliqués dans le contexte de la transition postsecondaire. Notamment, Conley et al. (2014) se sont intéressés aux différences de genre dans l'adaptation aux études postsecondaires. Les auteurs ont observé que les jeunes hommes présentaient un niveau plus élevé de vulnérabilités cognitives et affectives (distorsions cognitives, suppression des pensées, style de coping basé sur l'évitement) au début de la transition postsecondaire. La présence de ces vulnérabilités pourrait expliquer l'augmentation observée pour les symptômes cognitifs et affectifs chez les jeunes hommes étudiants. À cet effet, dans leur étude, Meunier-Dubé et Marcotte (2017) ont observé que les jeunes hommes présentaient un niveau élevé de distorsions cognitives liées à la réussite (p.ex. Si j'échoue en partie, c'est aussi pire que d'échouer complètement) lors de la transition secondaire-collégial. Cette étude soulève la possibilité que les distorsions cognitives soient un facteur important lié aux symptômes dépressifs chez les jeunes hommes dans le contexte de cette transition. De plus, d'autres études ont observé des différences importantes dans la consommation d'alcool des étudiants et des non-étudiants. Les étudiants présenteraient une fréquence plus élevée d'épisodes de consommation excessive en comparaison aux non-étudiants (Slutske, 2005). Ce comportement est également plus présent chez les étudiants que chez les étudiantes et serait associé à un niveau plus élevé de symptômes dépressifs (Balodis et al., 2009).

2.4.4 Implications cliniques

Les résultats obtenus permettent de proposer quelques pistes quant aux interventions potentielles pour prévenir l'émergence des symptômes dépressifs au cours de l'adolescence et de l'EAA. Notamment, les résultats de cette étude soutiennent l'importance d'étudier les symptômes de dépression au-delà du niveau total des symptômes et proposent que toutes les catégories de symptômes dépressifs ne soient pas équivalentes (Fried, 2017). Cela suppose que certaines interventions spécifiques face à différents symptômes pourraient être mises en place à différents moments au cours de l'adolescence et de l'EAA. Notamment, le début de l'adolescence serait une période particulièrement propice aux interventions préventives, principalement chez les filles puisque les symptômes démontrent une augmentation au cours de l'adolescence. Toutefois, chez les garçons, les interventions préventives pourraient potentiellement être plus bénéfiques vers le milieu de l'adolescence et le début de l'âge adulte, puisque le début de l'adolescence est associé à

une diminution des symptômes, principalement pour les symptômes cognitifs. Les résultats soulèvent également l'importance des symptômes cognitifs dans l'expression masculine de la dépression (Cavanagh, 2017).

Les résultats obtenus sur les différences de genre dans l'expression des symptômes soulèvent plusieurs différences importantes dans un contexte de prévention. Notamment, le dépistage des garçons dépressifs pourrait s'avérer plus difficile que pour les filles. Plus spécifiquement, les symptômes cognitifs, tels l'autocritique ou les sentiments de culpabilité, qui semblent être particulièrement associés à la dépression chez les étudiants masculins sont moins visibles et sont sous-représentés dans les questionnaires fréquemment utilisés pour la dépression (Fried et al., 2016).

2.4.5 Forces, limites et études futures

Parmi les forces de cette étude, les résultats proposent quelques constats importants en lien avec le domaine d'étude encore peu exploré dans la littérature que représente l'évolution des trajectoires des catégories de symptômes dépressifs au cours de l'adolescence et de l'émergence à l'âge adulte. Notamment, l'étude des symptômes dépressifs au-delà du niveau total de symptômes est de plus en plus reconnue comme un domaine d'étude pertinent à explorer en ce qui a trait aux symptômes dépressifs (Fried et al., 2016). De plus, l'étude des différences entre étudiants et non-étudiants a permis de soulever des différences importantes entre ces deux sous-groupes, qui sont rarement comparés dans le cadre des études empiriques (Kovess-Masfety et al., 2016). De plus, l'échantillon utilisé comporte une bonne représentativité des filles et des garçons, de même qu'entre étudiants et non-étudiants, ce qui permet d'avoir suffisamment de puissance statistique pour réaliser des comparaisons sur la base de ces variables. L'attrition des participants peut également être soulevée comme une force de la présente étude. Une attrition de 38 % est observée entre le premier et le dernier temps de mesure. L'attrition est limitée compte tenu du nombre élevé de temps de mesure et de la période de collecte qui a duré neuf ans.

La présente étude comporte également certaines limites. Notamment, la dichotomie utilisée pour les parcours scolaires entre étudiants et non-étudiants ne permet pas de considérer l'hétérogénéité des parcours scolaires. L'émergence de l'âge adulte est associée à une grande variété de parcours

scolaires (décrocheurs, raccrocheurs, travailleurs, programmes d'études préuniversitaire ou technique, etc.). Il est possible que des différences sur les symptômes dépressifs existent entre ces différents types de parcours. Une autre limite qui peut être notée est liée au moment de la collecte des données. Ces dernières ont été recueillies il y a une dizaine d'années et par le fait même auprès de participants n'ayant pas vécu la pandémie de COVID-19. Il est possible que la pandémie ait un effet sur l'évolution des catégories de symptômes dépressifs au cours des prochaines années. Une collecte de donnée dans le cadre d'études futures pourrait permettre de valider les effets de la pandémie de COVID-19 sur l'évolution des catégories de symptômes dépressifs. Également, la période d'âge couverte par la présente étude limite l'interprétation des résultats pour la suite de l'émergence adulte.

Plusieurs questions de recherche s'avèreraient intéressantes à considérer par des études futures. Il serait pertinent d'étudier la pluralité des parcours scolaires à l'EAA. L'étude des différences entre étudiants et non-étudiants a permis de soulever des différences importantes entre ces deux groupes, mais ces différences pourraient être mieux comprises en prenant en compte un nombre plus varié de parcours scolaires. La présente étude a également permis d'étudier la typologie de Beck et al. (2002) auprès d'un échantillon d'adolescents/ adultes émergents. Les symptômes affectifs dans la présente étude présentaient un niveau de cohérence interne plus faible que les autres catégories de symptômes. Les données sur la cohérence interne (alpha de Cronbach et oméga de Macdonald étaient également plus élevées au dernier temps de mesure qu'au premier, ce qui soulève la pertinence de répéter dans une étude future l'examen de cette typologie des symptômes chez les adolescents. De même, les analyses factorielles confirmatoires réalisées permettent d'observer la présence d'indices d'adéquation plus faible à 11 ans qu'à 19 ans pour notre échantillon. Ces résultats sont cohérents avec certaines études précédentes qui ont observés des différences dans les symptômes vécus chez les adolescents et les adultes (Rice et al., 2019). Finalement, certaines études pourraient porter sur la période 19-29 ans, et ainsi observer la façon dont les catégories de symptômes évoluent au-delà du début de l'EAA.

2.4.6 Conclusion

Cette étude s'est intéressée à l'évolution des catégories de symptômes de dépression au cours de l'adolescence et de l'émergence de l'âge adulte. Les résultats ont permis d'observer que les

différentes catégories de symptômes (c.-à-d. cognitifs, affectifs et somatiques) suivent des patrons d'évolution différents et que des différences de genre importantes sont présentes sur l'évolution des catégories de symptômes. Dans un deuxième temps, les différences selon le genre et le parcours scolaire ont été étudiées pour les trois catégories de symptômes pour la période 17–19 ans. Les résultats ont permis de constater des différences importantes entre étudiants et non-étudiants sur l'évolution des catégories des symptômes, ainsi que des différences importantes selon le genre des individus. Alors que les filles présentent une augmentation importante des symptômes au cours de l'adolescence, les jeunes hommes étudiants pourraient être un groupe à risque d'une augmentation de certains symptômes de dépression au début de l'âge adulte.

2.5 Abstract

Depression symptoms increase during adolescence and Emerging adulthood (EA; Schubert et al., 2017). However, the evolution of depression symptoms considered individually or as different categories during this period is poorly studied. During the EA, individuals' different academic backgrounds are poorly studied with respect to depressive symptoms. The objectives of this study are as follows: 1) Describe the longitudinal trajectories of three depressive symptoms categories: (i.e., cognitive, affective, and somatic) between the ages of 11 to 19 and 2) evaluate differences between students and nonstudents on the categories of depressive symptoms between the ages of 17 and 19. To this end, 499 students completed annual surveys between the ages of 11 and 19, and symptoms were measured using Beck's Depression Inventory, 2nd edition (Beck et al., 1996). The typology used to assess the types of symptoms is that proposed by Beck et al. (2002). Affective and somatic symptoms increase significantly over the age range of 11 to 19 years. Significant gender differences are observed in the longitudinal trajectories. Significant differences are observed between the age of 17 to 19 years according to gender and educational status. Boys entering postsecondary education show a substantial increase in cognitive and affective symptoms of depression.

Keywords: depression, longitudinal course, symptom study, postsecondary, gender differences

RÉFÉRENCES

- Addis, M. E., & Hoffman, E. (2017). Men's depression and help-seeking through the lenses of gender. In R. F. Levant & Y. J. Wong (Eds.), *The psychology of men and masculinities* (p.171–196). *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/0000023-007>
- Adkins, D. E., Wang, V., Dupre, M. E., Van der Oord, E. J. C. G., & Elder, G. H., Jr. (2009). Structure and stress: Trajectories of depressive symptoms across adolescence and young adulthood. *Social Forces*, 88(1), 31-60. <https://doi.org/10.1353/sof.0.0238>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-V)*
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5>
- Arnett, J. J. (2014). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford: Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199929382.001.0001>
- Arnett, J. J. (Ed.). (2015). *The Oxford handbook of emerging adulthood*. Oxford: Oxford University Press.
- Balodis, I. M., Potenza, M. N., & Olmstead, M. C. (2009). Binge drinking in undergraduates: Relationships with sex, drinking behaviors, impulsivity, and the perceived effects of alcohol. *Behavioural Pharmacology*, 20(5–6), 518-526.
<https://doi.org/10.1097/FBP.0b013e328330c779>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *The Beck Depression Inventory (Second Ed. Manual)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., & van der Does, A. J. W. (2002). *BDI-II-NL handleiding [BDI-II-Dutch Manual]*. Lisse, Norvège: Psychological Corporation
- Cavanagh, A. (2017). *Gender-specific symptomatology in depression: Implications for assessment and treatment*. (Thèse de doctorat) University of Wollongong, Wollongong.

- Cavanagh, A., Wilson, C. J., Kavanagh, D. J., & Caputi, P. (2017). Differences in the expression of symptoms in men versus women with depression: A systematic review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(1), 29–38. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000128>
- Conley, C. S., Kirsch, A. C., Dickson, D. A., & Bryant, F. B. (2014). Negotiating the transition to college: Developmental trajectories and gender differences in psychological functioning, cognitive–affective strategies, and social well-being. *Emerging Adulthood*, 2(3), 195-210. <https://doi.org/10.1177/2167696814521808>
- Crocetti, E., Tagliabue, S., Sugimura, K., Nelson, L. J., Takahashi, A., Niwa, T., Sugiura, Y., & Jinno, M. (2015). Perceptions of emerging adulthood: A study with Italian and Japanese university students and young workers. *Emerging Adulthood*, 3(4), 229-243. <https://doi.org/10.1177/2167696815569848>
- Duncan, T. E., & Duncan, S. C. (2004). An introduction to latent growth curve modeling. *Behavior Therapy*, 35(2), 333–363. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80042-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80042-X)
- Fried, E. I. (2017). The 52 symptoms of major depression: Lack of content overlap among seven common depression scales. *Journal of Affective Disorders*, 208(1), 191-197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.019>
- Fried, E. I., Epskamp, S., Nesse, R. M., Tuerlinckx, F., & Borsboom, D. (2016). What are ‘good’ depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 189(1), 314-320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.005>
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2014). The impact of individual depressive symptoms on impairment of psychosocial functioning. *PLOS ONE*, 9(2), 903-911. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090311>
- Garber, J., Keiley, M. K., & Martin, C. (2002). Developmental trajectories of adolescents’ depressive symptoms: Predictors of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 79-95. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.79>
- Ge, X., Natsuaki, M. N., & Conger, R. D. (2006). Trajectories of depressive symptoms and stressful life events among male and female adolescents in divorced and nondivorced families. *Development and Psychopathology*, 18(1), 253-273. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060147>

- Germain, F., & Marcotte, D. (2019). Associations entre les symptômes dépressifs et anxieux, le soutien social, l'identité vocationnelle et l'adaptation lors de la transition secondaire-collégial. *Revue des sciences de l'éducation*, 45(1), 1-278. <https://doi.org/10.7202/1064606a>
- Hall, B. J., Hood, M. M., Nackers, L. M., Azarbad, L., Ivan, I., & Corsica, J. (2013). Confirmatory factor analysis of the Beck Depression Inventory-II in bariatric surgery candidates. *Psychological Assessment*, 25(1), 294-299. <https://doi.org/10.1037/a0030305>
- Hankin, B. L. (2009). Development of sex differences in depressive and co-occurring anxious symptoms during adolescence: Descriptive trajectories and potential explanations in a multiwave prospective study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(4), 460-472. <https://doi.org/10.1080/15374410902976288>
- Hendry, L. B., & Kloep, M. (2007). Conceptualizing emerging adulthood: Inspecting the emperor's new clothes? *Child Development Perspectives*, 1(2), 74-79. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00017.x>
- Hendry, L. B., & Kloep, M. (2010). How universal is emerging adulthood? An empirical example. *Journal of Youth Studies*, 13(2), 169-179. <https://doi.org/10.1080/13676260903295067>
- Hertzog, C., von Oertzen, T., Ghisletta, P., & Lindenberger, U. (2008). Evaluating the power of latent growth curve models to detect individual differences in change. *Structural Equation Modeling*, 15(4), 541-563. <https://doi.org/10.1080/10705510802338983>
- Huang, C., & Chen, J.-H. (2015). Meta-Analysis of the factor structures of the Beck Depression Inventory-II. *Assessment*, 22(4), 459-472. <https://doi.org/10.1177/1073191114548873>
- Hutteman, R., Nestler, S., Wagner, J., Egloff, B., & Back, M. D. (2015). Wherever I may roam: Processes of self-esteem development from adolescence to emerging adulthood in the context of international student exchange. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108(5), 767-783. <https://doi.org/10.1037/pspp0000015>
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391-400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>

- Costello, J. E., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(12), 1263-1271. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x>
- Kouros, C. D., & Garber, J. (2014). Trajectories of individual depressive symptoms in adolescents: Gender and family relationships as predictors. *Developmental Psychology*, 50(12), 2633-2643. <https://doi.org/10.1037/a0038190>
- Kovess-Masfety, V., Leray, E., Denis, L., Husky, M., Pitrou, I., & Bodeau-Livinec, F. (2016). Mental health of college students and their non-college-attending peers: Results from a large French Cross-Sectional Survey. *BMC Psychology*, 4(20), 9-20. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0124-5>
- Lanctot, J., & Poulin, F. (2018). Emerging adulthood features and adjustment: A person-centered approach. *Emerging Adulthood*, 6(2), 91-103. <https://doi.org/10.1177/2167696817706024>
- Larson, R. W. (1990). The solitary side of life: An examination of the time people spend alone from childhood to old age. *Developmental Review*, 10(2), 155-183. [https://doi.org/10.1016/0273-2297\(90\)90008-R](https://doi.org/10.1016/0273-2297(90)90008-R)
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18(7), 765-794. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00010-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00010-5)
- Manian, N., Schmidt, E., Bornstein, M. H., & Martinez, P. (2013). Factor structure and clinical utility of BDI-II factor scores in postpartum women. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), 259-268. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.039>
- Marcotte, D. (2013). La dépression chez les adolescents : état des connaissances, famille, école et stratégies d'intervention [Depression in adolescents : state of knowledge, family, school and intervention strategies]. Presses de l'Université du Québec. Montréal, Canada. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18pgt5b>
- Marcotte, D., & Lemieux, A. (2014). La trajectoire des symptômes dépressifs de l'enfance à l'adolescence et les cibles d'intervention préventive [The trajectory of depressive symptoms from childhood to adolescence and the targets of preventive intervention]. *Ciencia & Saude Coletiva*, 19(3), 785-796. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.16072013>

- Marcotte, D., Lévesque, N., & Fortin, L. (2006). Variations of cognitive distortions and school performance in depressed and non-depressed high school adolescents: A two-year longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, 30(2), 211-225. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9020-2>
- Meunier-Dubé, A., & Marcotte, D. (2017). Évolution des symptômes dépressifs pendant la transition secondaire-collégial et rôle modérateur des distorsions cognitives. *Revue de psychoéducation*, 46(2), 263–463. <https://doi.org/10.7202/1042256ar>
- Ministère de l'éducation, des loisirs et du sport. (2016). Taux de passage direct des élèves de 5^e secondaire (en formation générale des jeunes, à temps plein) vers le collégial. Récupéré sur https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/administration/librairies/documents/58rench58re/acces_info/Statistiques/Eff_ectif_etudiant_collegial/Taux_passage_2003-2015_ED.PDF
- Mowbray, C. T., Megivern, D., Mandiberg, J. M., Strauss, S., Stein, C. H., Collins, K., Kopels, S., Curlin, C., & Lett, R. (2006). Campus mental health services: Recommendations for change. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 226-237. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.2.226>
- Muthén, L.K. and Muthén, B.O. (1998-2017). *Mplus User's Guide. Eighth Edition*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén
- National College Health Association. (2012). *National College Health Assessment II: Reference group executive summary spring 2012*. Répéré à https://www.acha.org/documents/ncha/ACHA-NCHA_II_ReferenceGroup_ExecutiveSummary_Spring2012.pdf
- National College Health Association. (2019). *National College Health Assessment II: Reference group executive summary spring 2019*. Répéré à https://www.acha.org/documents/ncha/NCHA-II_SPRING_2019_US_REFERENCE_GROUP_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf
- Paul, B., & Usha, V. K. (2021). Prevalence and predictors of depression among adolescents. *Indian Journal of Pediatrics*, 88(5), 441-444. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03491-w>
- Posselt, J. R., & Lipson, S. K. (2016). Competition, anxiety, and depression in the college classroom: Variations by student identity and field of study. *Journal of College Student Development*, 57(8), 973-989. <https://doi.org/10.1353/csd.2016.0094>

- Rawana, J. S., & Morgan, A. S. (2014). Trajectories of depressive symptoms from adolescence to young adulthood: The role of self-esteem and body-related predictors. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(4), 597-611. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9995-4>
- Salmela-Aro, K., Aunola, K., & Nurmi, J. E. (2008). Trajectories of depressive symptoms during emerging adulthood: Antecedents and consequences. *European Journal of Developmental Psychology*, 5(4), 439-465. <https://doi.org/10.1080/17405620600867014>
- Schubert, K. O., Clark, S. R., Van, L. K., Collinson, J. L., & Baune, B. T. (2017). Depressive symptom trajectories in late adolescence and early adulthood: A systematic review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(5), 477-499. <https://doi.org/10.1177/0004867417700274>
- Slutske, W. S. (2005). Alcohol use disorders among U.S. college students and their non-college-attending peers. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 321-327. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.321>
- Vázquez, F. L., & Blanco, V. (2008). Prevalence of DSM-IV major depression among Spanish university students. *Journal of American College Health*, 57(2), 165-172. <https://doi.org/10.3200/JACH.57.2.165-172>
- Wiens, K., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Duffy, A., Pringsheim, T. M., Sajobi, T. T., & Patten, S. B. (2017). Is the prevalence of major depression increasing in the Canadian adolescent population? Assessing trends from 2000 to 2014. *Journal of Affective Disorders*, 210(1), 22-26. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.018>
- Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., Gmel, G., & Kantor, L. W. (2018). Gender differences in binge drinking. *Alcohol Research*, 39(1), 57-76.

CHAPITRE 3
DEUXIÈME ARTICLE : ÉVALUATION
DES EFFETS D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION CIBLÉE-INDIQUÉE SUR LES
DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE SYMPTÔMES DÉPRESSIFS EN DÉBUT DE
PARCOURS
POSTSECONDAIRE.

Simon Lapierre ¹, Bsc et Diane Marcotte ¹, Ph.D

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Article soumis à la Revue des sciences de l'éducation

RÉSUMÉ

Certains programmes de prévention portent sur les symptômes dépressifs chez les étudiants au postsecondaire, mais l'effet sur les catégories de symptômes (c.à-d. cognitifs, affectifs et somatiques) est encore méconnu (Beck et al., 2002). La présente étude porte sur l'évaluation du troisième volet du programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (Marcotte et al., 2016, 2021) sur ces catégories. Les résultats indiquent une plus grande amélioration pour le groupe expérimental que le groupe de comparaison sur les trois catégories de symptômes. Les résultats sont discutés quant aux implications pour la prévention de la dépression au postsecondaire et l'étude des symptômes dépressifs.

Mots-clés : Dépression, prévention, évaluation de programme, étude des symptômes dépressifs

3.1 Problématique

La période entre 18 et 29 ans, correspondant à l'émergence de l'âge adulte (EAA) (Arnett, 2000) est associée à des enjeux particuliers, principalement liés à l'indépendance envers les parents, ainsi que la prise de décisions par rapport à la vie scolaire, professionnelle, amoureuse, etc. (Arnett, 2000, 2014). Un haut niveau de symptômes dépressifs est observé lors de cette période. En effet, les données de Statistique Canada notent une prévalence de 10,7% de la prévalence à vie de la dépression majeure chez les individus âgés de 15 à 24 ans, et de 7,1% au cours de la dernière année (Statistique Canada, 2017).

L'EAA est associée à des choix différents face au parcours postsecondaire. En Amérique du Nord, environ 60 % des étudiants entreprennent des études postsecondaires (Arnett, 2014 ; Wintre et Bowers, 2007). Au Québec, environ 67% des jeunes adultes débutent un parcours collégial, et 47% des individus entreprennent des études universitaires (Le Québec en chiffre, 2019). Les étudiants aux études postsecondaires sont toutefois une sous-population à risque de présenter des enjeux de santé mentale particuliers, dont les symptômes dépressifs (Arnett, 2014). Certaines études de prévalence auprès des étudiants au niveau postsecondaire rapportent une prévalence de symptômes dépressifs de 10 à 20 % selon les échantillons (Kovess-Masfety et coll., 2016 ; Pereira et al., 2019 ; Ramon-Arbues et al., 2020). Certains auteurs soulèvent que la prévalence de la dépression majeure pourrait être plus élevée chez les étudiants que chez les non-étudiants (Ibrahim et coll., 2013). Toutefois, cette tendance n'est pas observée par toutes les études (Blanco et coll., 2008 ; Kovess-Masfety et coll., 2016). En somme, la période de l'EAA est associée à un niveau élevé de symptômes dépressifs, toutefois le rôle de la poursuite d'études postsecondaires demeure peu étudié (marcotte, 2013).

Par ailleurs, la prévalence des symptômes dépressifs auprès des étudiants au postsecondaire est en augmentation au cours des dernières années. Selon les données de l'American College Health Association (ACHA), 22,1 % des étudiants mentionnent s'être sentis « tellement déprimé qu'il était difficile de fonctionner » au moins une fois dans la dernière année en 2012, contre 42,9 % en 2018. Les données du volet canadien de l'ACHA, le National College Health Association (NCHA) (NCHA, 2019) permettent d'observer des différences de genre importantes à cet effet. En 2018, 11,4% des hommes et 21,6% des femmes ont mentionné avoir reçu un diagnostic ou avoir reçu de

l'aide professionnelle pour des symptômes dépressifs au cours de la dernière année. Aucune étude recensée ne rapporte de données sur l'évolution longitudinale de la prévalence des symptômes dépressifs chez les non-étudiants.

Dans le cadre d'un rapport de 2018 sur la santé mentale des étudiants britanniques (Pereira et al., 2019), plusieurs facteurs ont été associés à un niveau plus élevé de difficultés psychologiques chez les étudiants au postsecondaire. Notamment, les auteurs ont observé que le genre féminin, l'âge (plus élevé) et le nombre d'années d'études postsecondaires (plus élevé) étaient associés à la présence de plus grandes difficultés de nature psychologique. D'autres facteurs comme la pression financière et la compétition au sein des programmes postsecondaires sont aussi associés à un plus haut niveau de symptômes dépressifs (Miething et coll., 2016 ; Posselt et Lipson, 2016).

3.1.1 Étude des symptômes dépressifs

La grande majorité des études s'intéressant aux symptômes dépressifs chez les étudiants au postsecondaire évaluent le niveau total de symptômes, sans faire de distinction entre les catégories de symptômes vécus. Par contre, un nombre croissant d'auteurs soulève la pertinence de s'intéresser aux symptômes dépressifs au-delà de leur niveau total (Costello, 1992 ; Fried 2014, 2017 ; Huang et Chen, 2015). À cet égard, l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), reconnaît que les symptômes dépressifs témoignent de changements manifestes des affects, des cognitions et des fonctions neurovégétatives (APA, 2013), sans proposer une typologie formelle des symptômes dépressifs. Certains auteurs proposent cependant des typologies des symptômes dépressifs sur la base de méthodes statistiques (Huang et Chen, 2015). Parmi ces dernières, la typologie de Beck, Steer, Brown et van der Does (2002) (Tableau 3.1) regroupe les symptômes dépressifs en trois catégories de symptômes : cognitifs, affectifs et somatiques. Cette typologie a le mérite d'avoir été validée auprès d'échantillons cliniques et populationnels (Beck, Steer, Brown et van der Does, 2002 ; Huang et coll., 2015). L'étude des symptômes dépressifs considérés individuellement ou en catégories s'avère un domaine d'étude important afin de mieux comprendre l'étiologie de ces symptômes (Bhar et al., 2008 ; Stewart et Harkness, 2012), notamment chez la population des adultes émergents (Fried, 2014). À cet effet, dans une étude réalisée auprès d'étudiants postsecondaires, Fried et al. (2014 ; 2017) ont observé que les symptômes dépressifs n'ont pas tous les mêmes facteurs de risque. Entre autres, les auteurs ont observé que chez des

internes en médecine, différents facteurs de risque (personnels et liés au travail) étaient associés au développement de symptômes dépressifs différents. Cette étude a permis d'observer la présence de d'une augmentation plus importante de certains symptômes somatiques, dont le ralentissement psychomoteur. Certains symptômes affectifs, dont les idéations suicidaires étaient liées à une plus faible augmentation. La présente étude porte spécifiquement sur les catégories de symptômes dépressifs, tandis que d'autres études portent sur les symptômes individuels. L'étude des catégories de symptômes dépressifs permet notamment d'obtenir des informations plus spécifiques sur l'efficacité d'une intervention (Fournier et al., 2012; Stewart et al., 2012). À cet effet, l'étude de Fournier et al. (2013) a permis d'observer que la thérapie TCC était liée principalement à une diminution des symptômes somatiques de la dépression. D'autres études comme celle de Stewart et al. (2012) permettent d'observer que la TCC serait efficace sur les trois catégories de symptômes dépressifs. À cet effet, l'étude des catégories de symptômes dépressifs pourrait être une piste d'étude importante pour mieux comprendre la réalité des étudiants au postsecondaire (Fried et al., 2014).

3.1.2 Symptômes dépressifs chez les étudiants au postsecondaire

Une hausse importante des demandes de services par rapport aux symptômes dépressifs est également observée chez les étudiants au postsecondaire. En effet, la proportion d'étudiants ayant recours à des médicaments de type antidépresseur est passée de 8% en 2007 à 15,3% en 2019 (Morris et coll., 2021). En parallèle, une augmentation importante du nombre de demandes de consultation pour un soutien psychologique est observée au sein des établissements postsecondaires (Dadonna, 2011). Cette hausse des besoins liés aux symptômes dépressifs de la part des étudiants entraîne des difficultés importantes d'accès aux soins chez les étudiants au postsecondaire. À cet effet, Eisenberg et ses collègues (2011) ont observé que seulement 36% des étudiants nécessitant une aide psychologique ont eu accès à des soins en santé mentale.

En réponse à la situation de la santé mentale chez les étudiants au postsecondaire et aux lacunes des services usuels d'intervention, certains organismes dont le gouvernement du Québec, au travers du plan d'action pour la santé mentale au postsecondaire (ministère de l'Enseignement supérieur, 2021) et la commission de la santé mentale du Canada, à l'aide de la norme sur la santé mentale au postsecondaire (Commission de la santé mentale du Canada, 2020) proposent la mise en place

d'interventions préventives auprès des étudiants afin de pallier, entre autres, à l'augmentation des symptômes dépressifs chez cette population et aux limites des services usuels d'intervention.

La plupart des interventions préventives prennent la forme d'un programme de prévention, mis en place par des intervenants de l'établissement postsecondaire (Conley et al., 2017). Les programmes sont conçus selon différents niveaux d'intervention hiérarchisés en fonction de leurs objectifs (Christner et Menutti, 2008). Certains, à visée universelle, ont pour objectif de répondre aux besoins d'une majorité d'individus par rapport à une problématique donnée. Ils offrent des stratégies générales qui peuvent aider tous les individus sans nécessairement qu'ils présentent des difficultés psychologiques. D'autres interventions, de type ciblée ou indiquée, visent à rejoindre un groupe d'individus présentant un niveau sous-clinique de symptômes ou présentant des facteurs de risque importants en lien avec la problématique ciblée par le programme. Ces programmes sont généralement animés par des professionnels en santé mentale et présentent des stratégies spécifiques pour aborder les problématiques ciblées. Des interventions hiérarchisées peuvent également être implantées simultanément auprès d'une même population (Christner et Menutti, 2008), afin de répondre aux besoins d'un plus grand nombre d'individus. On parle alors d'interventions multiniveaux (Christner et Menutti, 2008).

Le programme de prévention québécois, *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (2016, 2021) se situe dans la lignée du modèle de Christner et Menutti (2008). Il s'agit d'un programme de prévention multiniveaux qui vise à réduire les symptômes anxieux et dépressifs chez des étudiants en début de parcours postsecondaire. Le programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (2016, 2021) est divisé en trois volets qui visent à répondre aux différents besoins des étudiants quant aux symptômes anxieux et dépressifs. Le premier volet du programme offre un atelier de prévention universelle qui vise à développer les connaissances des étudiants en lien avec la santé mentale, la transition vers l'âge adulte et les études postsecondaires. Ce volet propose différentes stratégies pour agir sur les symptômes anxieux et dépressifs. Le second volet est composé de deux ateliers, l'un abordant les symptômes anxieux et l'autre les symptômes dépressifs. Ces deux ateliers visent à présenter des stratégies spécifiques pour ces deux problématiques. Cet atelier est accessible à tous les étudiants qui souhaitent y participer, mais vise

particulièrement les étudiants qui présentent un niveau sous-clinique de symptômes anxieux et/ou dépressifs et/ou qui présentent des facteurs de risque liés à ces deux problématiques.

Le troisième volet du programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (2016, 2021) est un programme de prévention de niveau ciblée-indiquée. La présente étude porte spécifiquement sur ce volet du programme. Il comporte dix rencontres animées par deux professionnels en santé mentale de l'institution postsecondaire où le programme est mis en place et s'adresse à des groupes de 6 à 10 étudiants. Le contenu de ces rencontres approfondit les connaissances et habiletés développées dans le premier et second volet (pour ceux qui y ont participé). Le programme comprend entre autres des activités basées sur l'activation comportementale, la restructuration cognitive et la pleine conscience.

Dans le cadre d'une méta-analyse regroupant 79 études, Conley (2017) a observé que la participation à un programme de prévention de niveau indiqué est associée à une amélioration des symptômes dépressifs chez les individus. L'efficacité du troisième volet du programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (2016, 2021) a également été observée dans le cadre d'une étude pilote auprès de 53 participants (Marcotte, Paré et Lamarre, 2018).

Les programmes de prévention sont pour la plupart associés à une réduction significative des symptômes (Conley, 2017). Le programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (2016, 2021) a également été associé à une réduction des symptômes dépressifs (Marcotte, Paré et Lamarre, 2018). Toutefois, peu de programmes de prévention se sont intéressés aux variables pouvant expliquer la réduction des symptômes observés. Ces variables sont nommées « déterminants » par Chen (2015) et sont peu étudiées dans le contexte des programmes de prévention (Jones et al., 2021). Les déterminants de l'efficacité du troisième volet du programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (2016, 2021) ont toutefois été évalués par quelques études. Entre autres, certaines variables, dont la pleine conscience (Lamarre et Marcotte, 2021), les buts personnels (Paré et Marcotte, 2021) ainsi que le choix vocationnel (Paré et Marcotte, sous presse) ont été liées à l'efficacité du programme quant à la réduction des symptômes anxieux et dépressifs. Au-delà des déterminants de l'efficacité, les aspects spécifiques de l'efficacité des programmes d'intervention sur les différentes catégories de symptômes dépressifs n'ont encore été

étudiés par aucune étude recensée. À cet effet, l'examen de l'effet d'une intervention sur les catégories de symptômes dépressifs permet de mieux comprendre l'efficacité de cette intervention (O'Driscoll et al., 2022). Tel que mentionné précédemment, une seule étude recensée s'est intéressée à l'effet d'interventions sur les symptômes dépressifs et a permis d'observer que des interventions différentes étaient associées à une amélioration de symptômes spécifiques (Fournier et al., 2013). Ce type d'examen s'avère pertinent pour le programme de prévention *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (2016, 2021), afin de mieux comprendre l'efficacité observée du programme sur la réduction des symptômes dépressifs de manière spécifique.

L'objectif de la présente étude est d'évaluer l'effet du troisième volet du programme de prévention *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (2016, 2021) sur les trois catégories de symptômes dépressifs (i.e cognitifs, affectifs et somatiques).

3.2 Méthodologie

3.2.1 Procédure

Les données de cette étude sont issues de l'étude évaluative du programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (2016, 2021) qui s'est déroulé dans les Cégeps du Québec de 2018 à 2021. Le présent article s'inscrit dans le projet : *Santé mentale au collégial : outiller les enseignants et les professionnels pour limiter le décrochage des étudiants dépressifs suite à la transition vers les études collégiales*. Celui-ci a été approuvé par le comité éthique de l'université d'appartenance des auteurs. Le recrutement des participants s'est déroulé sur trois années scolaires. Au début de la session, les participants au volet 1 du programme complétaient des mesures, dont un questionnaire sur leurs symptômes dépressifs et anxieux. Les participants qui présentaient un niveau de symptôme indiquant un syndrome dépressif selon un score de coupure basé sur les critères du DSM-5 (APA, 2013) étaient par la suite contactés par les intervenants de l'établissement postsecondaire afin de leur proposer une rencontre. Cette rencontre avait pour objectif de proposer aux étudiants la participation au troisième volet du programme. Les participants qui refusaient la participation au programme étaient invités à participer au groupe de comparaison, qui complétait les questionnaires aux mêmes moments que le groupe expérimental, mais qui ne participait pas aux rencontres du programme. Les critères d'exclusion pour la participation étaient également vérifiés

à ce moment. Ces critères incluait la planification suicidaire, la présence d'un trouble de santé mentale grave nécessitant une assistance psychiatrique immédiate, une consommation intensive de drogues sur une base régulière, ainsi que le fait de poursuivre un traitement de nature psychologique incompatible avec l'approche du programme. Les participants du groupe expérimental et de comparaison recevaient une compensation financière de 20\$ pour les deux premiers questionnaires et un montant de 40\$ pour le dernier questionnaire lors de la dernière année de l'étude. Le montant a été bonifié par rapport à la première année de l'étude, où les participants recevaient un montant de 20\$ pour avoir complété les mesures. Les questionnaires ont été remplis à trois reprises par les participants. Avant le début des rencontres, à la fin des 10 rencontres, ainsi que trois mois après la fin des rencontres.

Les mesures remplies par les participants sont des questionnaires autoadministrés qui ont été remplis en ligne. La durée du questionnaire totale était d'environ 45 minutes lors de chacune des passations, toutefois les mesures utilisées dans le cadre du présent article avaient un temps de complétion d'environ 5 minutes.

3.2.2 Participants

La présente étude est réalisée à partir des données obtenues auprès de 342 étudiants (273 femmes et 47 hommes et d'une personne ayant identifié son genre comme autre) issus du groupe expérimental et du groupe de comparaison du 3^e volet du programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (2016, 2021). Les données utilisées dans le cadre du présent article ont été collectées au cours des trois années de l'étude, soit 2018, 2019 et 2020. Les participants étaient issus de sept établissements postsecondaires de niveau collégial qui étaient situés dans différentes régions administratives du Québec.

Le groupe expérimental est composé de 151 participants (126 femmes, 13 hommes) et le groupe de comparaison est composé de 191 participants (145 femmes, 34 hommes). Les participants ont en moyenne 17,71 ans. Pour les analyses statistiques, seuls les participants du groupe expérimental ayant participé à la moitié des rencontres du programme (5 rencontres ou plus) ont été retenus pour les analyses (N = 132). Les participants sont en grande majorité d'origine culturelle nord-américaine (93%) et sont en grande majorité en première année aux études postsecondaires (91%).

Une minorité des participants n'habite plus le domicile familial (28%), 32% des participants n'occupent pas d'emploi et les participants qui occupent un emploi travaillent en moyenne 13 heures par semaine. Dans le cadre de la dernière année de l'étude, certains groupes du 3^e volet du programme ont eu lieu en format vidéoconférence. Au cours de la dernière année de l'étude, 8 participants du groupe expérimental ont assisté au programme uniquement en présence, 18 en formule hybride et 16 en vidéoconférence uniquement.

3.3 Instrument de mesure

3.3.1 Données sociodémographiques

Les participants ont complété un questionnaire de données sociodémographiques. Les données telles que le genre, l'âge, le lieu de résidence, l'origine culturelle, ainsi que des variables scolaires sont demandées aux participants.

Mesure des symptômes dépressifs

Les différents symptômes dépressifs des participants ont été mesurés à l'aide de l'Inventaire de dépression de Beck, 1^{ie} édition (Beck, Steer et Brown, 1996). Ce questionnaire comporte 21 items et a pour objectif d'évaluer le niveau de sévérité des symptômes dépressifs d'un individu, mais ne permet pas de poser de diagnostic.

La version anglaise du questionnaire présente d'excellentes propriétés psychométriques. Le questionnaire présente une excellente cohérence interne ($\alpha = .92$), une fidélité test-retest de (.73) (Wiebe et Penley, 2005) et présente une validité convergente (r entre 0,55 et 0,75) avec plusieurs autres mesures connexes dont le Hamilton Depression Scale (Williams, 1988) et le Hopkins (Derogatis, 1974). Les propriétés de la version française du questionnaire n'ont pas été rapportées par aucune étude recensée.

Tel que mentionné précédemment, la présente étude s'intéresse aux différentes catégories de symptômes dépressifs (cognitifs, affectifs et somatiques) et s'appuie sur la typologie de Beck et al. (2002). Les auteurs de cette typologie ont observé d'excellentes propriétés psychométriques auprès d'échantillons cliniques et populationnels adultes (Beck et al., 2002). Les propriétés

psychométriques de cette typologie, dans notre échantillon, sont les suivantes: Symptômes cognitifs ($\alpha = .85$), symptômes affectifs ($\alpha = .76$), symptômes somatiques ($\alpha = .84$). Le score de chacune des catégories de symptômes est calculé par l'addition des énoncés choisis par les participants (0 à 3) pour les questions composant cette catégorie de symptômes (Tableau 3.1). Le score obtenu est par la suite divisé par le nombre d'items dans chacune des catégories de symptômes (7 pour les symptômes cognitifs, 5 pour les symptômes affectifs et 9 pour les symptômes somatiques). Ce score moyen permet de comparer directement les catégories de symptômes, puisque ceux-ci sont sur la même échelle allant de 0 à 3.

Tableau 3.1 Typologie des symptômes dépressifs selon Beck et al. (2002)

Symptômes cognitifs	Symptômes affectifs	Symptômes somatiques
Échecs passés	Tristesse	Pleurs
Sentiment de culpabilité	Pessimisme	Agitation
Sentiments punitifs	Perte de plaisir	Perte d'énergie
Dégoût de soi	Pensées suicidaires	Changements dans le sommeil
Auto-Critique	Perte d'intérêt	Irritabilité
Difficultés à prendre des décisions		Changements de l'appétit
Sentiment d'être sans valeur		Difficultés de concentration
		Fatigue
		Perte d'intérêt pour la sexualité

3.4 Analyses préliminaires

Les moyennes des catégories de symptômes dépressifs à chaque temps de mesure pour le groupe expérimental et de comparaison sont rapportées dans le tableau 3.2. La comparaison des moyennes de chacune des catégories de symptômes dépressifs est rapportée dans la section analyses principales, via la comparaison des interceptes des trajectoires entre le groupe expérimental et le groupe de comparaison. Les interceptes des trajectoires correspondent au niveau initial des symptômes, soit lors du T1.

Des corrélations significatives sont observées entre les catégories de symptômes aux différents temps de mesure. Au pré-test, une corrélation positive est observée entre les symptômes cognitifs

et affectifs ($r = .73$, $p < .001$), entre les symptômes cognitifs et somatiques ($r = .66$, $p < .001$), ainsi qu'entre les symptômes affectifs et somatiques ($r = .66$, $p < .001$).

Tableau 3.2 Moyennes des catégories de symptômes selon le groupe de participation au programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège*.

Moyenne (E.T)	T1	T2	T3
	Pré-test	Post-test	Relance
Groupe Expérimental			
Symptômes totaux	22,43 (11,75)	15,35 (11,57)	13,19 (12,80)
Symptômes Cognitifs	1,07 (1,00)	0,68 (0,51)	0,64 (0,72)
Symptômes Affectifs	0,72 (0,51)	0,49 (0,42)	0,45 (0,57)
Symptômes Somatiques	1,09 (0,56)	0,75 (0,43)	0,71 (0,61)
Groupe de Comparaison			
Symptômes totaux	19,84 (11,86)	18,71 (11,00)	15,95 (11,57)
Symptômes Cognitifs	0,88 (0,69)	0,86 (0,75)	0,75 (0,66)
Symptômes Affectifs	0,67 (0,52)	0,70 (0,57)	0,61 (0,53)
Symptômes Somatiques	1,00 (0,56)	1,01 (0,58)	0,88 (0,68)

3.5 Résultats

Afin de comparer l'évolution des catégories de symptômes dépressifs chez le groupe expérimental et le groupe de comparaison, des analyses de croissance latente ont été effectuées (Duncan et Duncan, 2004). Ces données ont été analysées à l'aide du logiciel Mplus, version 8 (Muthen et Muthen, 2016) et l'estimateur de type Maximum Likelihood a été utilisé pour compléter ces analyses. Quatre analyses de croissance latente ont été réalisées, soit une pour le niveau total de symptômes dépressifs et une pour chacune des catégories de symptômes (cognitifs, affectifs et somatiques). Les paramètres de la pente et de l'intercepte de chacune des trajectoires sont rapportées dans la section résultats et représentés visuellement dans la figure 3.1. L'effet du groupe (expérimental ou comparaison) sur chacune des trajectoires est également rapporté. Les résultats de chacune des trajectoires sont par la suite rapportés séparément pour le groupe expérimental et le groupe de comparaison.

3.5.1 Évolution des symptômes dépressifs totaux selon le groupe

Des différences significatives sont observées entre la trajectoire du groupe expérimental et du groupe de comparaison pour le paramètre de la pente ($b = 2,11$, $p < .001$), mais pas pour le paramètre de l'intercepte ($b = -1,873$, $p = 0.17$). Pour le groupe expérimental, l'évolution du niveau total de symptômes suit une trajectoire de diminution significative avec les paramètres suivants : OO ($I = 21,61$, $ET = 1,06$, $p < .001$); P ($b = -3,79$, $ET = 0,53$, $p < .001$). Pour le groupe de comparaison, une trajectoire significative d'évolution du niveau total des symptômes est observée avec les paramètres suivants : OO ($I = 19,65$, $ET = 0,89$, $p < .001$); P ($b = -1,74$, $ET = 0,47$, $p < .001$). En somme, les deux groupes présentent une diminution du niveau total de symptômes. Les individus du groupe expérimental présentent toutefois une diminution significativement plus grande que le groupe de comparaison. Les deux groupes ne présentent pas une différence significative quant au niveau de symptôme dépressif total au premier temps de mesure.

3.5.2 Évolution des symptômes cognitifs de la dépression selon le groupe

L'évolution des symptômes cognitifs pour le groupe expérimental et de comparaison est présentée dans la figure 3.1. Des différences significatives sont observées entre la trajectoire du groupe expérimental et du groupe de comparaison pour le paramètre de la pente ($b = 1,02$, $p < .001$) et pour le paramètre de l'intercepte ($b = -1,31$, $p = 0.02$). Pour le groupe expérimental, l'évolution des symptômes cognitifs suit une trajectoire de diminution significative avec les paramètres suivants : OO ($I = 1,04$, $ET = 0,06$, $p < .001$); P ($b = -0,2$, $ET = 0,04$, $p < .001$). Pour le groupe de comparaison, une trajectoire de diminution non significative est observée selon les paramètres suivants : OO ($I = 0,87$, $ET = 0,03$, $p < .001$); P ($b = -0,05$, $ET = 0,03$, $p = .13$). En somme, le groupe expérimental présente au premier temps de mesure un niveau des symptômes cognitifs plus élevé que celui du groupe de comparaison. De plus, seul le groupe expérimental présente une diminution significative des symptômes cognitifs, qui est significativement plus importante que celle du groupe de comparaison.

3.5.3 Évolution des symptômes affectifs de la dépression selon le groupe

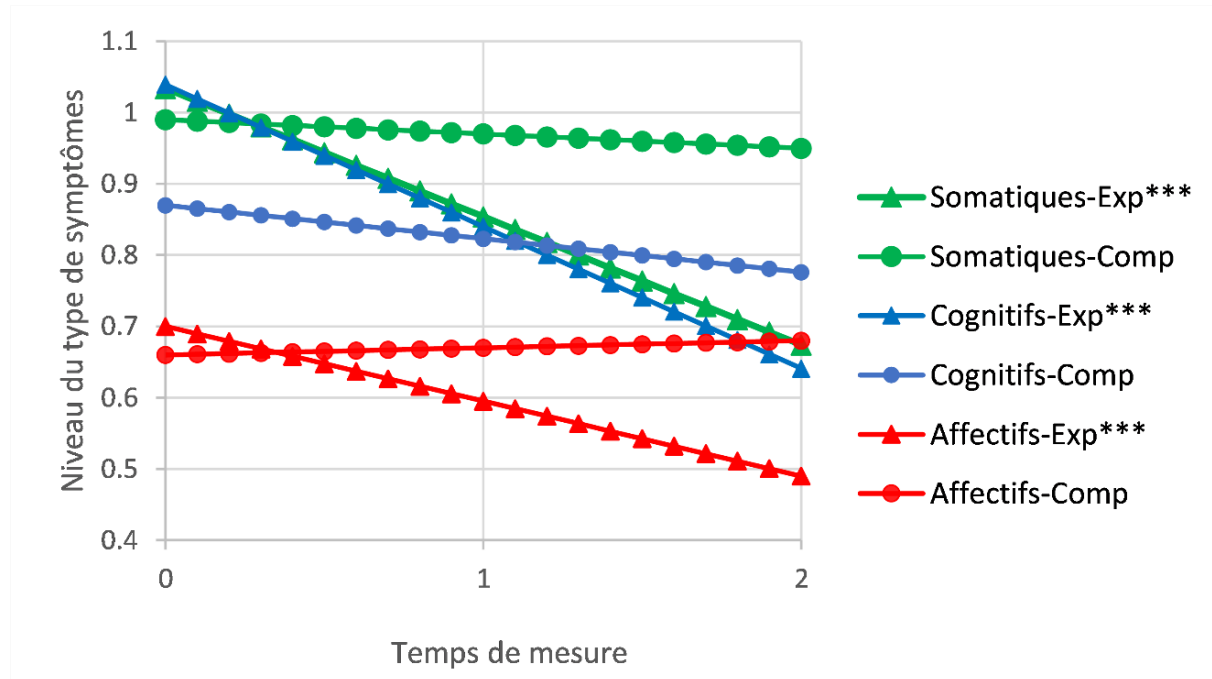
Les trajectoires d'évolution des symptômes affectifs pour le groupe expérimental et de comparaison sont présentées dans la figure 3.1. Des différences significatives sont observées entre

la trajectoire du groupe expérimental et du groupe de comparaison pour le paramètre de la pente ($b = 0,62$ $p < .001$), mais pas pour le paramètre de l'intercepte ($b = -0,21$, $p = 0,48$). Pour le groupe expérimental, l'évolution des symptômes affectifs suit une trajectoire significative de diminution avec les paramètres suivants : OO ($I = 0,70$ $ET = 0,04$, $p < .001$); P ($b = -0,11$, $ET = 0,03$, $p < .001$). Pour le groupe de comparaison, une trajectoire non significative d'évolution des symptômes affectifs est observée selon les paramètres suivants : OO ($I = 0,66$, $ET = 0,04$, $p < .001$); P ($b = 0,01$, $ET = 0,03$, $p = .72$). En somme, les deux groupes ne présentent pas de différences significatives pour les symptômes affectifs au premier temps de mesure. Toutefois, seul le groupe expérimental présente une diminution significative de cette catégorie de symptômes au cours de la période. La trajectoire de diminution observée pour ce groupe est également significativement plus importante que celle du groupe de comparaison.

3.5.4 Évolution des symptômes somatiques de la dépression selon le groupe

L'évolution des symptômes somatiques pour le groupe expérimental et de comparaison est représentée dans la figure 3.1. Des différences significatives sont observées entre la trajectoire du groupe expérimental et du groupe de comparaison pour le paramètre de la pente ($b = 0,62$ $p < .001$), mais pas pour le paramètre de l'intercepte ($b = -0,21$, $p = 0,48$). Pour le groupe expérimental, l'évolution des symptômes somatiques suit une trajectoire de diminution significative selon les paramètres suivants : OO ($I = 1,03$, $ET = 0,05$, $p < .001$); P ($b = -0,18$, $ET = 0,05$, $p < .001$). Pour le groupe de comparaison, l'évolution des symptômes somatique suit une trajectoire de diminution non significative selon les paramètres suivants : OO ($I = 1,00$, $ET = 0,04$, $p < .001$); P ($b = -0,02$, $ET = 0,04$, $p = .56$). En somme, les deux groupes ne présentent pas de différence significative pour les symptômes somatiques au premier temps de mesure. Toutefois, seul le groupe expérimental présente une diminution significative de cette catégorie de symptômes au cours de la période. La trajectoire de diminution observée pour ce groupe est également significativement plus grande que celle du groupe de comparaison.

Figure 3.1 Évolution des trois catégories de symptômes selon le groupe de participation au programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (N=321)



Nota. Exp = Groupe expérimental, Comp = Groupe de comparaison *** p < .001.

3.6 Discussion

La présente étude avait pour objectif d'évaluer l'effet du volet ciblée-indiquée du programme de prévention *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (2016, 2021) sur les trois catégories de symptômes dépressifs (i.e cognitifs, affectifs et somatiques; Beck et al., 2002). Les résultats obtenus ont permis d'observer que la participation au programme était associée à une réduction significative des trois catégories de symptômes dépressifs. Ils permettent également d'observer que l'amélioration observée chez le groupe expérimental est significativement plus importante que celle observée dans le groupe de comparaison, dont les participants n'ont pas participé aux rencontres du programme.

3.6.1 Les études cliniques sur les catégories de symptômes dépressifs

La présente étude évalue l'efficacité d'un programme de prévention sur les différentes catégories de symptômes dépressifs, ce qui n'avait encore jamais été exploré dans les études antérieures.

D'autres études cliniques ont toutefois porté sur l'efficacité d'interventions TCC sur ces catégories (Fournier et al., 2013 ; Stewart et Harkness, 2012). Certaines, tout comme la présente étude, observent une efficacité sur les symptômes cognitifs, affectifs et somatiques (Boshloo et al., 2019; Stewart et Harkness, 2012). Toutefois, d'autres études observent que la TCC ne serait pas efficace sur l'ensemble des symptômes dépressifs. À cet effet, Fournier et al. (2013) ont observé que la TCC était associée principalement à une réduction des symptômes somatiques de la dépression. À cet effet, les auteurs suggèrent que les techniques liées à l'activation comportementale pourraient expliquer les résultats obtenus.

Des études ont également porté sur l'efficacité des interventions TCC sur les symptômes individuels de la dépression (Boshloo et al., 2019; O'Driscoll et al., 2022). À cet égard, plusieurs similitudes peuvent être observées entre la présente étude et celle de O'Driscoll et al. (2022). Ces auteurs ont observé que le suivi en psychothérapie était associé à une réduction de l'ensemble des symptômes (cognitifs, affectifs et somatiques) présents chez les individus, mais que l'ampleur de la diminution était différente d'un symptôme à l'autre. Entre autres, cette étude a permis d'observer que la TCC était associée à une plus grande diminution des symptômes cognitifs de la dépression (dont principalement la tendance à la rumination), mais que les autres symptômes diminuaient également en cours de traitement. La présente étude a permis d'observer des résultats similaires, soit que la tendance à la diminution était observée pour les trois catégories de symptômes, mais que les symptômes se différenciaient légèrement quant au niveau initial, ainsi que sur l'ampleur de la diminution observée dans le cadre de la participation au programme.

L'inconsistance des résultats obtenus entre les études ayant évalué l'efficacité d'intervention TCC sur les catégories de symptômes dépressifs soulève la pertinence de l'examen des variables pouvant influencer cette efficacité. D'une part, il est possible que les différentes techniques de la TCC (p. ex. activation comportementale, restructuration cognitive, pleine conscience) puissent avoir une influence sur des symptômes dépressifs différents, due aux différences conceptuelles importantes entre ces techniques (Dobson, 2013). Toutefois, l'étude de Fournier et al. (2013) ne précise pas le type d'interventions TCC mises en place auprès des participants. D'autre part, l'étude de O'driscoll et al. (2022) et la présente étude portent sur des interventions ayant de multiples composantes (p. ex. activation comportementale, thérapie cognitive, pleine conscience), ce qui ne permet pas de

statuer des effets spécifiques de certains types d'interventions sur les différents symptômes dépressifs.

Une autre variable qui pourrait avoir un impact sur l'évolution des symptômes dépressifs au cours d'une intervention pourrait être le niveau initial de symptôme dépressif (Stewart et Harkness, 2012). À cet égard, l'étude de Fournier et al. (2013) portait sur un échantillon d'individus ayant reçu un diagnostic de dépression majeure, alors que l'étude de O'Driscoll et al. (2022) et la présente étude portait sur des échantillons d'individus ayant un niveau moins sévère de symptômes dépressifs. Le niveau initial de symptômes pourrait donc être une variable modératrice dans l'évolution des symptômes dépressifs (Stewart et Harkness, 2012). Entre autres, la présence d'un niveau élevé de sévérité serait associée à la présence de symptômes plus graves et associés à de plus grandes atteintes au fonctionnement qu'un niveau plus faible de symptômes dépressifs. À cet effet, il est possible que l'efficacité observée du programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (2016, 2021) sur les trois catégories de symptômes dépressifs soit expliquée en partie par la sévérité des symptômes vécus par les participants.

En somme, les résultats de la présente étude présentent des similitudes avec les résultats d'autres études ayant porté sur l'efficacité des interventions TCC sur les catégories de symptômes dépressifs. Ces similitudes soulèvent la possibilité que les mécanismes d'action de la participation à un programme de prévention soient similaires à ceux d'une psychothérapie individuelle. Toutefois, certains facteurs, comme le niveau initial de sévérité des symptômes dépressifs pourraient toutefois distinguer les interventions préventives des interventions ciblant les individus avec un diagnostic de dépression majeure. Ces différences réitèrent l'importance de l'intervention multiniveaux et soulève que les besoins des individus sont différents selon la sévérité de la problématique vécue (Christiner et Mennuti, 2008). Les résultats obtenus ont également des implications pour la prévention auprès des étudiants au postsecondaire.

3.6.2 Prévention des symptômes dépressifs lors de la transition aux études postsecondaires

La présente étude est la première à avoir évalué l'effet d'un programme de prévention de la dépression sur les différentes catégories de symptômes dépressifs. Les résultats obtenus permettent d'observer une efficacité du programme quant à la réduction des trois catégories de symptômes

dépressifs (i.e cognitifs, affectifs et somatiques), ce qui rejoint la méta-analyse de Conley et al. (2017) qui rapporte que la participation à un programme de prévention est associée à une réduction du niveau de symptômes dépressifs total chez une population d'étudiants de niveau postsecondaire.

Certaines études ayant porté sur les trajectoires d'adaptation aux études postsecondaires soulignent l'importance de la mise en place d'interventions préventives auprès de ces étudiants (Conley et al., 2014). Entre autres, la présence d'un niveau élevé de symptômes dépressifs à cette période de la vie est associée à des conséquences importantes sur le fonctionnement, ainsi qu'à un risque accru de décrochage scolaire (Germain et Marcotte, 2019 ; Meunier-Dubé et Marcotte, 2018 ; National Alliance on Mental Illness, 2012). En effet, le début des études postsecondaires est associé à une diminution importante du bien-être psychologique et à une augmentation importante de la détresse psychologique. La détresse psychologique aurait tendance à plafonner à partir de la fin de la première session d'études postsecondaires et se maintiendrait au cours de la deuxième session (Conley et al., (Conley et al., 2014). Les résultats de la présente étude permettent d'observer que la participation à un programme de prévention pourrait avoir un impact positif sur les symptômes vécus en début de parcours postsecondaire et influencer la trajectoire d'évolution des symptômes. Aussi, les résultats obtenus auprès du groupe de comparaison permettent d'observer une tendance similaire à celle décrite par Conley et al. (2014). Pour ce groupe, une légère diminution des symptômes est présente lors de la première session aux études postsecondaires. Toutefois, la réduction des symptômes observée est plus faible dans le groupe de comparaison que dans le groupe expérimental en plus de s'avérer absente lorsque les analyses sont réalisées séparément pour les différentes catégories. Cette absence de diminution significative, principalement pour les symptômes affectifs (Bennik et al. (2014) pourrait être associée à des différences importantes entre le groupe expérimental et le groupe de comparaison quant au risque de développer une dépression majeure future. En effet, Bennik et al. (2014) ont observé que certains symptômes spécifiques de la dépression, soit l'humeur dépressive et l'anhédonie, qui sont considérés comme des symptômes affectifs selon la typologie de Beck et al. (2002) étaient associée à une probabilité plus élevée de développer une dépression majeure dans les années subséquentes. Dans le cadre de la présente étude, le groupe expérimental présente une diminution des symptômes affectifs de la dépression, tandis que le groupe de comparaison ne présente pas de diminution de ces symptômes. En somme, les différences observées entre le groupe expérimental et le groupe de comparaison soulèvent que

la participation au programme est associée à une plus grande réduction des symptômes que l'absence d'intervention et pourrait diminuer le risque subséquent de développer une dépression majeure pour le groupe expérimental. L'étude des caractéristiques spécifiques de ces deux groupes permet également de soulever des pistes de réflexion importante sur la prévention auprès des étudiants de niveau postsecondaire.

Dans le cadre de la présente étude, le groupe de comparaison est composé d'individus présentant un niveau élevé de symptômes anxieux et/ou dépressifs, mais ayant refusé de participer au programme. En somme, l'étude spécifique de ce groupe informe également sur la présence de variables potentielles qui peuvent avoir un effet sur la décision d'accepter ou de refuser la participation à un programme de prévention. Entre autres, certaines différences sur les symptômes dépressifs vécus au premier temps de mesure sont observées entre les deux groupes. Les participants du groupe expérimental présentent un niveau initial plus élevé des symptômes cognitifs que ceux du groupe de comparaison. Ces différences pourraient constituer une piste d'explication quant au choix des participants de participer ou non au programme. En effet, cette catégorie est composée de symptômes liés, entre autres, à la culpabilité, la honte et l'estime de soi (tableau 3.1). La présence d'un niveau plus élevé de cette catégorie de symptômes pourrait avoir favorisé la participation chez les individus du groupe expérimental, entre autres puisque la présence d'une estime de soi plus faible est associée à des conséquences académiques importantes (Arshad et al., 2015). À cet effet, ces auteurs ont observé qu'une plus faible estime de soi était associée à des résultats académiques plus faibles. Ces résultats sont également complémentaires à ceux obtenus par certaines études ayant porté sur les barrières à la participation à des interventions de groupe. À cet effet, malgré que certaines études aient observé qu'un niveau plus élevé de symptômes dépressifs était associé à une augmentation de la probabilité d'aller demander une aide psychologique (Nagai et al., 2015 ; Sontag-Padilla et al., 2016), le niveau de symptômes pourrait également constituer une barrière à l'implication à long terme dans un suivi de groupe, tel qu'observé par d'autres études (Brownlee, Curran & Mun Sang, 2017 ; Jones et al., 2021). Ainsi, l'étude des différences entre le groupe expérimental et le groupe de comparaison suggère que la présence de certains symptômes dépressifs spécifiques pourrait être un facteur dans la décision d'accepter de participer à un programme de prévention de groupe. Ces résultats soulèvent

également la pertinence de s'intéresser aux symptômes dépressifs au-delà du niveau de symptômes total.

En somme, les résultats obtenus soulèvent des implications importantes dans plusieurs domaines. D'une part, les résultats soulèvent la pertinence clinique de s'intéresser aux symptômes dépressifs sous la forme de catégories de symptômes. Ces résultats ont permis de préciser l'efficacité de l'intervention réalisée sur les symptômes cognitifs, affectifs et somatiques et de soulever des pistes de réflexion sur l'intervention à différents niveaux de sévérité des symptômes dépressifs. D'autre part, les résultats obtenus ont des implications importantes pour la prévention auprès des étudiants de niveau postsecondaire. Entre autres, les résultats soulèvent l'efficacité d'un programme de prévention pour les symptômes dépressifs en début de parcours postsecondaire. Finalement, l'étude spécifique du groupe expérimental et du groupe de comparaison fournit des informations importantes sur le processus de dépistage des individus dépressifs, de même que sur les facteurs influençant la prise de décision de participer à un programme de prévention de groupe.

3.6.3 Forces, limites et études futures

Parmi les apports de cette étude, l'évaluation de l'évolution des différentes catégories de symptômes dépressifs dans le cadre d'une intervention préventive est un phénomène peu étudié (Fried, 2014 ; Rungtetchwong et al., 2020), alors qu'il représente une source d'information importante quant à l'étiologie et au traitement des symptômes dépressifs (Costello, 1992). L'étude des catégories de symptômes dépressifs se distingue d'autres études ayant porté sur les symptômes de dépression de manière individuelle. Les résultats obtenus soulèvent toutefois la pertinence de l'étude des catégories de symptômes dépressifs. D'une part, les mesures de cohérence interne témoignent de la validité de la typologie proposée par Beck et al. (2002). D'autre part, les résultats obtenus ont permis d'étudier des patrons spécifiques quant aux différentes catégories de symptômes dépressifs. La présente étude est également la première étude recensée à évaluer l'efficacité d'un programme de prévention sur les catégories de symptômes dépressifs. Les résultats obtenus ont permis d'observer que la participation au programme de prévention était associée à une réduction significative des trois catégories de symptômes dépressifs. Ces résultats permettent de comprendre de manière précise l'efficacité du programme sur ces symptômes. L'utilisation d'un groupe de comparaison est également une force de l'étude. En effet, la présence d'une diminution

plus faible des symptômes dans le groupe de comparaison confirme la pertinence du programme de prévention *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (2016, 2021) quant à la réduction des symptômes dépressifs en début de parcours postsecondaire. Le nombre de participants à cette étude, tant dans le groupe expérimental que de comparaison est également une force importante. De plus, l'utilisation de trois temps de mesure, dont une mesure de relance après trois mois suite à l'implantation est un atout important du devis de recherche, qui permet de confirmer le maintien des gains dans le temps pour le groupe expérimental.

Certaines limites se doivent d'être mentionnées. Entre autres, l'étude d'un seul contexte d'étude, soit le contexte des collèges au Québec, constitue une limite à la généralisation des résultats dans d'autres types d'établissements postsecondaires. Également le fait de ne pas avoir pu comparer les différences entre jeunes hommes et jeunes femmes est une limite de la présente étude. D'une part, la troisième année de la collecte de donnée a eu lieu durant la pandémie de COVID-19. La pandémie a impliqué certains changements au devis de recherche, dont la réalisation de certaines rencontres en ligne pour certains établissements postsecondaires. Les résultats obtenus soulèvent plusieurs pistes d'études futures. Entre autres, l'ajout de temps de mesures de relance supplémentaires permettrait d'observer si les gains présentés par les participants se maintiennent tout au long de leur parcours postsecondaire. En effet, certaines études mentionnées plus haut, dont celle de Conley et al. (2014) ont permis d'observer que les difficultés présentes en début de parcours postsecondaire avaient tendance à se maintenir au-delà de la première session d'études. Certaines études s'intéressant aux symptômes dépressifs évaluent également les symptômes dépressifs sur une base individuelle. Des études futures portant sur l'évaluation de programmes de prévention pourraient s'intéresser à l'effet de la participation au programme sur le plan des symptômes individuels, afin de préciser davantage les résultats obtenus quant aux catégories de symptômes. En effet, les différences observées dans l'amélioration des différentes catégories de symptômes pourraient indiquer des différences sur l'évolution des symptômes individuels dans le cadre de la participation au programme. Finalement, des études supplémentaires pourraient être réalisées afin de mieux comprendre les facteurs qui exercent une influence sur la décision de participer ou non à un programme de prévention de groupe et de mieux comprendre et documenter le processus de dépistage. Des études supplémentaires sur le programme *Zenétudes : Vivre*

sainement la transition au collège (2016, 2021) pourrait évaluer les variables associées à l'engagement et l'implication auprès des participants.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2022). Neurodevelopmental disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arshad, M., Zaidi, S. M. I. H., & Mahmood, K. (2015). Self-esteem and academic performance among university students. *Journal of Education and Practice*, 6(1), 156-162. ISSN 2222-288X
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *The Beck Depression Inventory (Second Ed. Manual)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., & van der Does, A. J. W. (2002). *BDI-II-NL handleiding [BDI-II-Dutch Manual]*. Lisse, Norvège: Psychological Corporation
- Bennik, E. C., Nederhof, E., Ormel, J., & Oldehinkel, A. J. (2014). Anhedonia and depressed mood in adolescence: Course, stability, and reciprocal relation in the TRAILS study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(7), 579-586. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0481-z>
- Bhar, S. S., Gelfand, L. A., Schmid, S. P., Gallop, R., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, D., Shelton, R. C., & Beck, A. T. (2008). Sequence of improvement in depressive symptoms across cognitive therapy and pharmacotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 110(1-2), 161-166.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.12.227>
- Blanco, V., & Vázquez, F. L. (2008). Prevalence of DSM-IV major depression among Spanish university students. *Journal of American College Health*, 57(2), 165-172.
<https://doi.org/10.3200/JACH.57.2.165-172>
- Bos, F. M., Fried, E. I., Hollon, S. D., Bringmann, L. F., Dimidjian, S., DeRubeis, R. J., & Bockting, C. L. H. (2018). Cross-sectional networks of depressive symptoms before and after antidepressant medication treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(6), 617-627.
<https://doi.org/10.1007/s00127-018-1506-1>

- Boschloo, L., Bekhuis, E., Weitz, E. S., Reijnders, M., DeRubeis, R. J., Dimidjian, S., Dunner, D. L., Dunlop, B. W., Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Kennedy, S. H., Miranda, J., Mohr, D. C., Simons, A. D., Parker, G., Petrak, F., Herpetz, S., Quilty, L. C., ... Cuijpers, P. (2019). The symptom-specific efficacy of antidepressant medication vs. cognitive behavioral therapy in the treatment of depression: Results from an individual patient data meta-analysis. *World Psychiatry, 18*(2), 183-219. <https://doi.org/10.1002/wps.20630>
- Brownlee, N., Curran, D., & Tsang, S. M. (2017). Client engagement with a manualized group therapy program. *Journal of Groups in Addiction & Recovery, 12*(1), 45-61. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2016.1272073>
- Chen, H. T. (2014). *Practical program evaluation: Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective*. Washington, DC: Sage Publications.
- Christner, R. W., & Mennuti, R. B. (2008). *School-based mental health: A practitioner's guide to comparative practices*. New York, NY: Routledge.
- Cole, D. A., Cai, L., Martin, N. C., Findling, R. L., Youngstrom, E. A., Garber, J., Curry, J. F., Hyde, J. S., Essex, M. J., Compas, B. E., Goodyer, I. M., Rohde, P., Stark, K. D., Slattery, M. J., & Forehand, R. (2011). Structure and measurement of depression in youths: Applying item response theory to clinical data. *Psychological Assessment, 23*(4), 819-833. <https://doi.org/10.1037/a0023518>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2020). *La norme pour les étudiants au postsecondaire*. Repéré à <https://commissionsantementale.ca/la-norme-pour-les-etudiants-du-postsecondaire/>
- Conley, C. S., Kirsch, A. C., Dickson, D. A., & Bryant, F. B. (2014). Negotiating the transition to college: Developmental trajectories and gender differences in psychological functioning, cognitive-affective strategies, and social well-being. *Emerging Adulthood, 2*(3), 195-210. <https://doi.org/10.1177/2167696814521808>
- Conley, C. S., Durlak, J. A., & Kirsch, A. C. (2015). A meta-analysis of universal mental health prevention programs for higher education students. *Prevention Science, 16*(4), 487-507. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0543-1>

- Conley, C. S., Shapiro, J. B., Kirsch, A. C., & Durlak, J. A. (2017). A meta-analysis of indicated mental health prevention programs for at-risk higher education students. *Journal of Counseling Psychology, 64*(2), 121-14. <https://doi.org/10.1037/cou0000190>
- Costello, C. G. (1992). Research on symptoms versus research on syndromes: Arguments in favour of allocating more research time to the study of symptoms. *The British Journal of Psychiatry, 160*(3), 304-30. <https://doi.org/10.1192/bjp.160.3.304>
- Daddona, M. F. (2011). Peer educators responding to students with mental health issues. *New Directions for Student Services, 20*(133), 29-3. <https://doi.org/10.1002/ss.382>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science, 19*(1), 1. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Dobson, K. S. (2013). The science of CBT: Toward a metacognitive model of change? *Behavior Therapy, 44*(2), 224-322. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.003>
- Duncan, T. E., & Duncan, S. C. (2004). An introduction to latent growth curve modeling. *Behavior Therapy, 35*(2), 333-336. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.003>
- Eisenberg, D., Hunt, J., Speer, N., & Zivin, K. (2011). Mental health service utilization among college students in the United States. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 199*(5), 301-330. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182175123>
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Gallop, R., Shelton, R. C., & Amsterdam, J. D. (2013). Differential change in specific depressive symptoms during antidepressant medication or cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy, 51*(7), 392-439. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.03.010>
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2014). The impact of individual depressive symptoms on impairment of psychosocial functioning. *PLOS ONE, 9*(2), 903-911. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090311>
- Fried, E. I. (2017). The 52 symptoms of major depression: Lack of content overlap among seven common depression scales. *Journal of Affective Disorders, 208*(1), 191-219. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.019>

- Germain, F., & Marcotte, D. (2019). Associations entre les symptômes dépressifs et anxieux, le soutien social, l'identité vocationnelle et l'adaptation lors de la transition secondaire-collégial. *Revue des sciences de l'éducation*, 45(1), 1–27. <https://doi.org/10.7202/1064606a>
- Huang, C., & Chen, J.-H. (2015). Meta-analysis of the factor structures of the Beck Depression Inventory—II. *Assessment*, 22(4), 459-547. <https://doi.org/10.1177/1073191114548873>
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of adolescent health*, 46(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.008>
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of psychiatric research*, 47(3), 391-400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Institut de la statistique du Québec. (2019). *Le Québec chiffre en main*. Repéré à <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/le-quebec-chiffres-en-main-edition-2019.pdf>
- Jones, R. A., Mueller, J., Sharp, S. J., Vincent, A., Duschinsky, R., Griffin, S. J., & Ahern, A. L. (2021). The impact of participant mental health on attendance and engagement in a trial of behavioural weight management programmes: secondary analysis of the WRAP randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(146), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01216-6>
- Kovess-Masfety, V., Leray, E., Denis, L., Husky, M., Pitrou, I., & Bodeau-Livinec, F. J. (2016). Mental health of college students and their non-college-attending peers: Results from a larrenchnch cross-sectional survey. *BMC Psychology*, 4(1), 1429-1439. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0173-6>
- Lamarre, C., & Marcotte, D. (2021). Le rôle médiateur de la pleine conscience dans l'effet d'un programme de prévention ciblée-indiquée sur l'anxiété et le perfectionnisme des étudiants collégiaux. *Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*, 55(1), 96-120. <https://doi.org/10.47634/cjcp.v55i1.70726>
- Marcotte, D. (2013). *La dépression chez les adolescents : état des connaissances, famille, école et stratégies d'intervention*. Montréal, Canada : Presses de l'Université du Québec

- Marcotte, D., Lapierre, S., Lamarre, C., & Paré, M. L. (2020). Le programme Zenétudes: pour diminuer le risque d'émergence de la dépression et de l'anxiété lors du passage à l'âge adulte. *Perspectives Psy*, 59(2), 126- ?? . <https://doi.org/10.1051/ppspsy/2020006>
- Meunier-Dubé, A., & Marcotte, D. (2017). Évolution des symptômes dépressifs pendant la transition secondaire-collégial et rôle modérateur des distorsions cognitives. *Revue de psychoéducation*, 46(2), 263-346. <https://doi.org/10.7202/1042256ar>
- Marcotte, D., Paré, M.-L., Lamarre, C. & Viel, C. (2021). *Zenstudies: Making a Healthy Transition to Higher Education (6 volumes)*. Ottawa, Canada: Presses de l'Université d'Ottawa.
- Marcotte, D. A., Paré, M.-L., & Lamarre, C. (2018). A pilot study of a preventive program for depressive and anxious symptoms during the postsecondary transition. *Journal of American College Health*, 68(1),32-39. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1512054>
- Marcotte, D., Viel, C., Paré, M.L., & Lamarre, C. (2016). *Zenétudes 3: vivre sainement la transition au collège. Programme de prévention ciblée-indiquée. Manuel de l'animateur*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Ministère de l'enseignement supérieur (2021). *Plan d'action sur la santé mentale étudiante en enseignement supérieur 2021-2026*. Repéré à <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/education/publications-adm/enseignement-superieur/PASME-bilan-premiere-annee.pdf?1656601740>
- Morris, M. R., Hoeflich, C. C., Nutley, S., Ellingrod, V. L., Riba, M. B., & Striley, C. W. (2021). Use of psychiatric medication by college students: A decade of data. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 41(4), 350-358. <https://doi.org/10.1002/phar.2513>
- Muthén, L. K. & Muthén, B. O. (1998–2021). *Mplus user's guide (8th Ed.)*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- National Alliance for Mental Health. (2017). *Major depression statistics*. Repéré à <https://swww.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>

- Nagai, S. (2015). Predictors of help-seeking behavior: Distinction between help-seeking intentions and help-seeking behavior. *Japanese Psychological Research*, 57(4), 313-332. <https://doi.org/10.1111/jpr.12091>
- National Alliance on Mental Illness. (2012). *College Students Speak. A Survey Report on Mental Health*. Répéré à : https://www.nami.org/Support-Education/Publications-Reports/Survey-Reports/College-Students-Speak_A-Survey-Report-on-Mental-H
- National College Health Association. (2019). *American College Health Association-National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Spring 2019*. Repéré à <https://doi.org/10.31234/osf.io/4pjw>
- O'Driscoll, C., Epskamp, S., Fried, E. I., Saunders, R., Cardoso, A., Stott, J., Wheatley, J., Cirkovic, M., Naqvi, S. A., Buckman, J. E. J., & Pilling, S. (2022). Transdiagnostic symptom dynamics during psychotherapy. *Nature Scientific Reports*, 12(1), 1088-1108. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14901-8>
- Paré, M. L., & Marcotte, D. (2021). Personal goals as moderators of a cognitive-behavioral intervention for depressive symptoms in college students. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 40(2), 1-2. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2021-020>
- Paré, M. L., & Marcotte, D. (sous presse). Symptômes dépressifs et réussite scolaire au collégial : les buts personnels jouent-ils un rôle? *Canadian Journal of Counseling and Psychotherapy*.
- Pereira, S., Rway, K., Bottell, J., Walker, L., & Ozikti, C. (2019). *University Student Mental Health Survey 2018. A large scale study into the prevalence of student mental illness within UK universities*. Répéré à : https://sads.ssl.webflow.com/561110743bc7e45e78292140/5c7d4b5d314d163fecdc3706_Mental%20Health%20Report%202018.pdf
- Posselt, J. R., & Lipson, S. K. (2016). Competition, anxiety, and depression in the college classroom: Variations by student identity and field of study. *Journal of College Student Development*, 57(8), 973-998. <https://doi.org/10.1353/csd.2016.0094>
- Ramón-Arbués, E., Gea-Caballero, V., Granada-López, J. M., Juárez-Vela, R., Pellicer-García, B., & Antón-Solanas, I. (2020). The prevalence of depression, anxiety and stress and their associated factors in college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 685-700. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197001>

- Rungpetchwong, T., Likhitsathian, S., Jaranai, S., & Srisurapanont, M. (2017). Distress related to individual depressive symptoms: A cross-sectional study in Thai patients with major depression. *East Asian Archives of Psychiatry*, 27(3), 115-120. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2021-020>
- Sontag-Padilla, L., Woodbridge, M. W., Mendelsohn, J. D'Amico, E. J., Osilla, K. C., Jaycox, L. H., Eberhart, N.K., Burna, A. & Stein, B. D. (2016). Factors affecting mental health service utilization among California public college and university students. *Psychiatric Services*, 67(8), 890-899. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500307>
- Statistique Canada. (2017). *Dépression et idéations suicidaires chez les Canadiens de 15 à 24 ans*. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017001/article/14697-fra.htm>
- Stewart, J. G., & Harkness, K. L. (2012). Symptom specificity in the acute treatment of Major Depressive Disorder: A re-analysis of the treatment of depression collaborative research program. *Journal of Affective Disorders*, 137(1-3), 87-95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.015>
- Weitz, E. S., Hollon, S. D., Twisk, J., Van Straten, A., Huibers, M. J., David, D., ... & Cuijpers, P. (2015). Baseline depression severity as moderator of depression outcomes between cognitive behavioral therapy vs pharmacotherapy: an individual patient data meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 72(11), 1102-1109. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1516>
- Wiebe, J. S., & Penley, J. (2005). A psychometric comparison of the Beck Depression Inventory-II in English and Spanish. *Psychological Assessment*, 17(4), 481-485. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.4.481>
- Williams, J. (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry*, 45(8), 742-747. <https://doi:10.1001/archpsyc.1988.01800320058007>
- Wintre, M. G., & Bowers, C. D. (2007). Predictors of persistence to graduation: Extending a model and data on the transition to university model. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 39(3), 220-234. <https://doi.org/10.1037/cjbs2007017>

CHAPITRE 4

DISCUSSION GÉNÉRALE

L'objectif principal de cette thèse doctorale consiste à développer les connaissances sur les symptômes dépressifs au cours de l'adolescence et de l'émergence de l'âge adulte, par le biais de l'étude des catégories de symptômes dépressifs (c.-à-d. cognitifs, affectifs et somatiques) dans une perspective longitudinale et dans le cadre de l'évaluation du programme de prévention *Zenétudes: vivre sainement la transition au collège* (Marcotte et al., 2016 ; 2021). Les objectifs spécifiques, ainsi qu'un résumé des résultats obtenus pour les deux articles seront présentés. Par la suite, les liens entre ces deux articles, les apports de la thèse, les limites et pistes d'études futures soulevées par les résultats obtenus seront présentées.

4.1 Rappel des objectifs et résumé des résultats de la thèse

4.1.1 Premier article

Le premier article présente une étude longitudinale visant à évaluer l'évolution des catégories de symptômes dépressifs (c.-à-d. cognitifs, affectifs et somatiques) entre l'âge de 12 et 19 ans, ainsi qu'à évaluer les différences dans l'évolution selon le genre et le parcours scolaire. Les résultats obtenus permettent d'observer une augmentation des trois catégories de symptômes dépressifs selon une tendance quadratique chez les femmes entre l'âge de 12 et 19 ans, où le niveau le plus élevé des symptômes serait atteint entre l'âge de 15 et 16 ans. Pour les hommes, seuls les symptômes cognitifs présentent une augmentation significative au cours de la période d'étude. Pour les différences selon le statut scolaire entre 17 et 19 ans, seul le groupe des hommes étudiants présente une augmentation de leurs symptômes, soit spécifiquement de leurs symptômes cognitifs et affectifs. Les femmes étudiantes et non-étudiantes ne présentent pas une augmentation significative des trois catégories de symptômes dépressifs, mais maintiennent un niveau de symptômes plus élevé que les hommes.

4.1.2 Deuxième article

Le second article vise à évaluer l'efficacité du programme de prévention de la dépression et de l'anxiété *Zenétudes : vivre sainement la transition au collège* sur les trois catégories de symptômes dépressifs (cognitifs, affectifs et somatiques). Cette étude compare l'amélioration sur les catégories de symptômes dépressifs entre le groupe expérimental (qui a participé aux rencontres du programme) et le groupe de comparaison (qui a complété les mesures, mais qui n'a pas participé aux rencontres de celui-ci). Cette étude permet d'observer que le groupe expérimental présente une diminution des trois types de symptômes dépressifs suite à la participation au programme, et que les gains observés se maintiennent trois mois suivant la fin de leur participation. Le groupe de comparaison ne présente pas de diminution significative des trois catégories de symptômes dépressifs. Ainsi, les résultats obtenus confirment la pertinence du programme *Zenétudes : vivre sainement la transition au collège* pour la réduction des symptômes dépressifs et appuient la pertinence de l'étude des catégories de symptômes dépressifs dans le contexte de l'évaluation de programmes de prévention.

4.2 Lien entre les deux articles

Les deux articles constituant cette thèse ont pour objectif commun de permettre une meilleure compréhension des symptômes dépressifs au cours de l'adolescence et de l'EAA, par le biais de l'étude des catégories de symptômes dépressifs. Les deux articles permettent de manière spécifique de mieux comprendre les symptômes dépressifs vécus au cours de l'EAA. De façon complémentaire, l'article 1 porte sur l'étude longitudinale des catégories de symptômes dépressifs et a permis d'identifier la présence de différences sur la base du statut scolaire et du genre dans l'évolution des symptômes. De plus, l'article 2 a permis d'évaluer de manière spécifique l'efficacité d'une intervention préventive mise en place lors de la période de la transition aux études postsecondaires. Les résultats de la thèse confirment la présence d'associations étroites entre les catégories de symptômes dépressifs, mais révèlent la présence de différences importantes selon le genre et le statut scolaire, appuyant l'importance de s'intéresser à ces variables dans le cadre de l'évaluation longitudinale des symptômes dépressifs, de même que dans le contexte de l'évaluation de programmes. Les principaux thèmes et résultats de la thèse seront discutés dans les sections subséquentes.

4.3 Étude des catégories de symptômes dépressifs

Les deux études qui constituent cette thèse font ressortir la présence d'une étroite association entre les catégories de symptômes dépressifs lors de l'EAA, ceci tant dans l'évolution longitudinale de ces derniers que dans l'évaluation de l'efficacité d'un programme de prévention, lorsque la variable du genre n'est pas prise en compte dans les analyses. De plus, le premier article a permis d'observer des différences importantes sur les symptômes vécus selon le genre et le statut scolaire.

Lorsque l'ensemble de l'échantillon est analysé et que le genre n'est pas pris en compte, les résultats obtenus soulèvent que les trois catégories de symptômes dépressifs présentent un patron d'évolution quadratique longitudinal. Ces analyses permettent d'observer que le niveau le plus élevé de symptômes se situe vers l'âge de 16 ans, suivi d'une diminution au cours de l'EAA. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus dans l'étude de Shubert et al. (2017) en ce qui concerne l'évolution du niveau total de symptômes dépressifs. À cet effet, Kouros et Garber (2014) avaient précédemment obtenu des résultats similaires quant à l'évolution des symptômes dépressifs individuels au cours de l'adolescence. En somme, les résultats obtenus permettent d'identifier la présence de similitudes dans les patrons d'évolution des catégories de symptômes lorsque l'ensemble de l'échantillon est étudié sans différencier les genres.

En parallèle, sur le plan clinique, les résultats du deuxième article sont comparables à ceux obtenus par certains auteurs s'étant intéressés aux catégories de symptômes dépressifs. Entre autres, Stewart et Harnkess (2012) ont observé que la participation à une intervention de type cognitive-comportementale était associée à une réduction des trois catégories de symptômes dépressifs. À cet effet, Fournier et al. (2013) ont toutefois observé que les interventions cognitives comportementales étaient principalement associées à une réduction significative des symptômes somatiques de la dépression. D'autres études, dont O'Driscoll et al. (2022) ont observé un patron similaire à celui observé dans le deuxième article, où la participation à une intervention était associée à une diminution de l'ensemble des symptômes vécus, mais où l'ampleur de la diminution observée, de même que le niveau initial des symptômes était différent d'un individu à l'autre. En somme, plusieurs études soulignent la présence de patron d'évolution similaire entre les catégories de symptômes dépressifs, à la fois dans un échantillon clinique (O'Driscoll et al., 2022), et populationnel (Kouros et Garber, 2014). Toutefois, certaines études soulèvent que des différences

importantes dans le patron d'évolution des symptômes sont observées lorsque d'autres variables sont ajoutées au modèle, dont le genre (Kouros et Garber, 2014).

À cet effet, des différences importantes sont observées entre la première étude et la deuxième quant aux résultats obtenus. D'une part, la première étude a permis d'identifier la présence de différences importantes entre les trois catégories de symptômes dépressifs sur le plan de l'évolution longitudinale. D'autre part, la deuxième étude a permis d'observer des similitudes entre les trois catégories de symptômes sur l'amélioration suite à la participation à un programme de prévention. Au-delà des objectifs différents, le premier article portait sur les différences de genre, ainsi que les différences sur la base du statut scolaire, tandis que le deuxième article n'abordait pas ces différences, en raison du faible nombre d'homme ayant participé au programme. Les motifs pour lesquels les différences de genre n'ont pu être étudiées dans le second article seront discutés dans la section subséquente portant sur la prévention.

Les résultats obtenus dans le cadre du premier article témoignent de la pertinence de l'examen des catégories de symptômes dépressifs pour identifier des différences entre des groupes d'individus sur le plan des symptômes vécus. D'autres études ayant porté sur les symptômes dépressifs ont permis d'observer que les symptômes dépressifs vécus étaient différents selon différentes variables, dont le genre (Bennett et al., 2015), l'âge (Rice et al., 2019), le type d'événement stressant vécu (Fried et al., 2014) ainsi que la sévérité des symptômes vécus (Cole et al., 2011). En somme, ces études concluent qu'une des forces de l'étude des catégories de symptômes dépressifs est d'identifier la présence de différences entre les symptômes vécus entre des groupes d'individus ayant des caractéristiques différentes. L'étude des catégories de symptômes dépressifs pourrait, entre autres, permettre d'identifier des pistes d'interventions spécifiques tels que selon le genre et le statut scolaire.

L'étude des catégories de symptômes dépressifs permet également de préciser certaines incohérences obtenues par des études précédentes ayant porté sur le niveau total de symptômes dépressifs. Entre autres, certaines études ayant porté sur les différences de genre sur l'évolution des symptômes dépressifs observaient la présence d'un patron d'augmentation clair chez les filles, mais des résultats inconsistants pour les garçons (Marcotte et Lemieux, 2014 ; Rawana et Morgan,

2014). Une piste d'explication de ce résultat pourrait être la présence de différences importantes sur l'évolution des trois catégories de symptômes dépressifs chez les garçons. À cet effet, les résultats obtenus soulèvent également la possibilité que les trois catégories de symptômes dépressifs soient plus fortement associées chez les filles que chez les garçons.

4.4 Émergence de l'âge adulte

Tel que stipulé par Arnett (2000, 2015), l'EAA est une période de transition entre l'adolescence et l'âge adulte, où l'individu fait face à des enjeux spécifiques par rapport à ses relations, ainsi que dans la définition de son identité. Un des choix dont l'influence s'avère majeure sur la vie de l'individu est la poursuite (ou non) d'études postsecondaires. Au Québec, environ 67% des jeunes entreprennent un parcours collégial et 47% entreprennent des études postsecondaires (Le Québec en chiffre, 2019). À cet égard, Arnett (2014) décrit les jeunes adultes qui n'entreprennent pas d'études postsecondaires comme le *Forgotten Half*, puisque ces individus font rarement l'objet d'études empiriques.

Certains auteurs soulèvent que des distinctions importantes existeraient entre les adultes émergents qui entreprennent des études postsecondaires et ceux qui n'en poursuivent pas. Entre autres, Hendry et Kloep (2007, 2010) suggèrent que les adultes émergents qui ne poursuivent pas d'études postsecondaires pourraient s'identifier moins fortement aux enjeux de l'EAA, ce qui pourrait les amener à vivre un niveau moins élevé de symptômes dépressifs que les étudiants (Lanctôt et Poulin, 2017). À ce sujet, certaines études ont toutefois observé des prévalences similaires de symptômes dépressifs chez les adultes émergents qui entreprennent des études postsecondaires et ceux qui n'en entreprennent pas (Blanco et al., 2008 ; Kovess-Masfety et al., 2016).

À cet effet, les résultats obtenus dans le cadre du premier article indiquent qu'entre l'âge de 17 à 19 ans, les jeunes femmes étudiantes et non-étudiantes présentent un niveau de symptômes dépressifs élevé, sans tendance significative à l'augmentation ou à la diminution au cours de cette période. Par ailleurs, certaines différences sont observées sur le patron d'évolution des catégories de symptômes entre les jeunes femmes étudiantes et non-étudiantes, sans toutefois de nouveau atteindre le seuil de signification sur le plan statistique. Les étudiantes et non-étudiantes maintiennent toutefois un niveau de symptômes plus élevé que les jeunes hommes durant cette

période. Cette tendance où les symptômes dépressifs chez les jeunes femmes augmentent au cours de l'adolescence et tendent à plafonner au courant de l'EAA a également été observée par d'autres études (Shubert et al., 2017). Ce résultat témoigne que la période de l'EAA pourrait s'avérer une période positive pour les jeunes femmes en comparaison à l'adolescence. Entre autres, une augmentation de l'estime de soi est observée chez les jeunes femmes au cours de cette période (Erol et Orth, 2011). D'autres études soulèvent également que cette période serait associée à des changements importants sur le plan de la personnalité, soit une augmentation du trait d'agréabilité, d'extraversion, de conscience et une diminution du névrotisme (Chung et al., 2014). L'absence de différences significatives sur le plan de l'évolution des symptômes dépressifs entre étudiantes et non-étudiantes soulève la possibilité que ces deux groupes aient des similitudes sur le plan des enjeux vécus lors de cette période. Toutefois, il demeure que la présence d'un niveau élevé de symptômes dépressifs chez celles-ci souligne l'importance de la mise en place d'interventions préventives chez elles lors de l'EAA. Aucune étude recensée n'avait toutefois examiné les différences entre étudiantes et non-étudiantes sur les symptômes dépressifs vécus.

Pour les jeunes hommes, des différences importantes sont observées entre étudiants et non-étudiants. En effet, seuls les étudiants présentent une augmentation significative de leurs symptômes entre 17 et 19 ans. Plus spécifiquement, l'augmentation observée chez ce groupe serait principalement attribuable à une augmentation des symptômes cognitifs et affectifs de la dépression. Les résultats obtenus soulèvent que les hommes étudiants pourraient être un groupe à risque de vivre une augmentation des symptômes dépressifs au cours de leur parcours postsecondaire.

Certains facteurs pourraient permettre d'expliquer l'augmentation des symptômes observés chez ce groupe. L'étude de Conley et al. (2014), portant sur les trajectoires d'adaptation au postsecondaire a permis d'observer que la transition était associée à des vulnérabilités cognitives et affectives importantes chez les jeunes hommes (suppression des pensées, style de coping basé sur l'évitement). La présence de ces vulnérabilités, de même qu'un niveau élevé de distorsions cognitives liées à la réussite (p. ex. Si j'échoue en partie, c'est aussi pire que d'échouer complètement) (Meunier-Dubé et Marcotte, 2017) pourraient contribuer à l'augmentation observée des symptômes cognitifs et affectifs de la dépression chez les jeunes hommes lors de la transition

au postsecondaire. Un autre facteur explicatif identifié pourrait être la consommation d'alcool. En effet, les épisodes de *binge drinking* seraient plus fréquents chez les étudiants que les étudiantes (Slutske, 2005) et seraient associés à un niveau plus élevé de symptômes dépressifs (Balodis et al., 2009). À cet effet, les résultats obtenus auprès des jeunes hommes suggèrent que ceux-ci pourraient être un groupe à risque lors de la transition aux études postsecondaires, et que la participation à un programme de prévention pourrait s'avérer importante pour ce groupe, tout autant que pour les étudiantes.

4.5 Prévention

Les résultats obtenus dans les deux études confirment que les étudiants au postsecondaire sont un groupe à risque de vivre des symptômes dépressifs (ACHA, 2019). Le premier article a permis de relever la présence de différences entre étudiants et non-étudiants, ainsi que des différences de genre sur l'évolution des symptômes pour les étudiants au postsecondaire entre l'âge de 17 et 19 ans. Le deuxième article a permis de confirmer la pertinence de la mise en place d'une intervention préventive pour la réduction des symptômes dépressifs en début de parcours postsecondaire. À cet effet, ces résultats s'ajoutent à ceux obtenus par d'autres études qui confirment l'efficacité de programmes de prévention de type ciblée-indiquée pour la réduction des symptômes dépressifs, dont la méta-analyse de Conley et al. (2017).

Les résultats sont également similaires à ceux obtenus dans d'autres études qui se sont intéressées à l'évaluation du programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (Marcotte, Paré et Lamarre, 2018 ; Paré et Marcotte, 2020 ; Lamarre et Marcotte, 2021). Ces résultats réitèrent la pertinence du troisième volet de ce programme pour la réduction des symptômes dépressifs, ainsi que de l'approche multiniveaux dans la prévention des symptômes dépressifs (Christner et Mennuti, 2008). Cette seconde étude a également permis d'évaluer l'efficacité du programme sur les trois catégories de symptômes dépressifs (c.-à-d. cognitifs, affectifs et somatiques), ce qui n'avait été réalisé par aucune étude portant sur l'évaluation d'un programme de prévention à ce jour. Les résultats obtenus ont permis d'observer que le programme était efficace dans la réduction des trois catégories de symptômes dépressifs, et que le passage du temps (c.-à-d. groupe de comparaison) n'était pas associé à une réduction significative des symptômes lorsque les catégories de symptômes sont étudiées.

L'étude des différences de genre a fait l'objet de la première étude, ce qui n'a pas été possible dans la deuxième étude. Dans le premier article, l'étude de ces différences a permis d'observer que les catégories de symptômes évoluaient différemment entre les hommes et les femmes. Tel que mentionné précédemment, ces résultats suggèrent que les différences entre les catégories de symptômes pourraient être plus prononcées chez les hommes que chez les femmes. À la lumière des résultats obtenus dans le cadre du premier article, l'étude des différences de genre aurait pu s'avérer pertinente dans le cadre du second article et permettre de révéler des différences importantes en regard des effets de l'intervention préventive sur les trois catégories de symptômes selon le genre. Les différences de genre n'ont pu être étudiées en raison du nombre limité de jeunes hommes recrutés pour la participation au programme. Cet élément constitue une limite de la présente étude, puisque les résultats du premier article identifient les hommes étudiants comme constituant un groupe à risque de vivre une augmentation de leurs symptômes dépressifs au début de leur parcours postsecondaire, et qu'ils pourraient donc fortement bénéficier du programme de prévention.

Les différences de genre sur les comportements de recherche d'aide constituent un sujet d'étude dans plusieurs domaines, dont la médecine (Galdas, Cheater et Marshall, 2005), la prévention du suicide (Struszczyk, Galdas et Tiffin, 2019), et la dépression (Seidler et al., 2016) et suggèrent, entre autres, que les hommes consultent moins fréquemment que les femmes pour des problèmes de santé mentale et physique et attendent plus longtemps avant de consulter. Certains facteurs ont été identifiés comme pouvant expliquer en partie la plus faible participation des hommes aux soins de santé mentale. Entre autres, l'identification aux stéréotypes masculins est un facteur réduisant la probabilité de demander de l'aide en présence de symptômes dépressifs (Möller-Leimkühler, 2002 ; Seidler et al., 2016). Entre autres, cette identification aux stéréotypes masculins aurait un impact dans l'expression des symptômes dépressifs, en inhibant l'expression des symptômes affectifs de la dépression, et en présentant une augmentation des comportements d'irritabilité, de colère et de consommation (Cavanagh et al., 2017). De plus, Seidler et al. (2016) notent que l'identification à ces stéréotypes aurait un impact sur la recherche d'aide, en amenant les hommes à consulter plus tardivement que les femmes, principalement en lien avec la perception de stigma entourant la santé mentale. L'identification à ces stéréotypes aurait également un impact sur le

déroulement des suivis en santé mentale, de même que sur la construction de l'alliance thérapeutique et l'adhérence au traitement (Seidler et al., 2016).

À cet égard, le dépistage s'avère une stratégie importante permettant de faciliter l'accès aux soins en santé mentale, qui est au cœur du programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* (Seidler et al., 2016). Le dépistage peut prendre différentes formes, mais implique généralement la passation de questionnaires auprès de l'ensemble d'une population d'un milieu (p. ex. établissement postsecondaire) (Chrisner et Mennuti, 2008). Cette procédure permet de manière générale un meilleur accès aux soins de santé mentale, mais demeure peu fréquemment réalisée dans les établissements postsecondaires (Burns et Rapee, 2022). Ces auteurs rapportent qu'environ seulement 15% des écoles secondaires réalisent des procédures de dépistage en lien avec la santé mentale, et que seuls 7% les réalisent sur une base régulière. English et Campbell (2019), soulèvent qu'aucune donnée n'est disponible sur la prévalence des procédures de dépistage auprès des établissements postsecondaires. À cet effet, le programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* est novateur quant à l'utilisation d'une procédure de dépistage dans le cadre du programme. Cette procédure permet d'identifier les individus présentant des symptômes lors de leur participation au premier volet du programme, et de les référer par la suite aux autres volets du programme. Toutefois, malgré cette procédure, on constate qu'un faible nombre de jeunes hommes acceptent de participer au troisième volet du programme. Ainsi, il semble qu'une mesure de dépistage est utile pour identifier les jeunes hommes à risque de développer des symptômes dépressifs, mais que celle-ci ne s'avère pas suffisante pour amener ces derniers à participer en grand nombre à un programme de prévention de groupe de type ciblée-indiquée.

À cet effet, certains auteurs soulèvent des pistes de solution afin de faciliter l'accès aux soins de santé mentale chez les hommes. Entre autres, les campagnes de sensibilisation à la santé mentale des hommes, dont le programme « *Real Men, Real Depression* » aux États-Unis, ont été associées à une augmentation des attitudes positives chez les hommes en lien avec leurs symptômes dépressifs vécus (Rochlen, Whilde & Hoyer, 2005). Cette initiative majeure réalisée par le National Institute of Mental Health a pris la forme de publicités à la télévision et à la radio, où des hommes racontaient leur vécu par rapport aux symptômes dépressifs. Des lignes d'écoute, un site web et des brochures ont également été distribués sur l'ensemble du territoire des États-Unis. Ces résultats

soulèvent l'importance de la sensibilisation et de la normalisation des symptômes dépressifs chez les hommes dans l'espace public, de même que dans le cadre d'interventions préventives.

CONCLUSION

La présente thèse s'intéresse aux symptômes dépressifs au cours de l'adolescence et de l'émergence de l'âge adulte, par le biais de l'étude des catégories de symptômes dépressifs (c.-à-d. cognitifs, affectifs et somatiques). Les deux articles ont permis de mieux comprendre l'évolution longitudinale de ces symptômes, de même que leur diminution dans le cadre de la participation à un programme de prévention, soit le programme *Zenétudes: vivre sainement la transition au collège*. Les résultats ont permis de confirmer que la période de la transition au postsecondaire était une période de vulnérabilité pour les symptômes dépressifs, et que les jeunes hommes seraient à risque de vivre une augmentation de ces symptômes lors de cette transition, particulièrement les étudiants au postsecondaire. Cette vulnérabilité chez ceux-ci serait manifestée principalement par la présence d'une augmentation des symptômes cognitifs et affectifs de la dépression entre l'âge de 17 et 19 ans. Les résultats obtenus ont permis d'observer que les femmes (étudiantes et non-étudiantes) présentent un niveau de symptômes plus élevé que les hommes, mais qui demeure stable au cours de la période entre 17 et 19 ans. L'étude de l'efficacité du programme de prévention *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège* a permis d'observer que le programme était efficace sur les trois catégories de symptômes dépressifs évalués, mais les différences de genre n'ont pu être évaluées en raison du faible nombre de jeunes hommes ayant participé au programme. Cette observation soulève la présence d'enjeux par rapport à l'accès aux soins en santé mentale des jeunes hommes, qui, malgré qu'ils demeurent moins déprimés que les jeunes femmes, ont été identifiés comme vulnérables aux symptômes dépressifs lors de la période 17-19 ans. Des études futures pourront porter sur l'évaluation de symptômes dépressifs individuels plutôt que des catégories de symptômes, ce qui pourrait permettre une meilleure compréhension des patrons d'évolution des symptômes. De plus, d'autres études pourront s'intéresser plus spécifiquement aux

enjeux relatifs à la prévention en santé mentale auprès des jeunes hommes, et proposer des pistes spécifiques afin de favoriser leur participation aux soins en santé mentale. Du côté des jeunes femmes, des études futures pourront viser à mieux comprendre les facteurs associés à la stabilisation des symptômes au cours de l'EAA, ainsi que d'investiguer la présence de différents profils dans l'évolution des symptômes. D'autres études pourront également investiguer plus amplement les différences entre étudiantes et non-étudiantes au cours de cette période.

ANNEXE A
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ SELON LE
DSM-5 (2013)

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon le *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (DSM-5) de l'Association Américaine de Psychiatrie (2013)

A. Au moins 5 des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent : au moins un de ces symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

Remarque : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement attribuables à une autre condition médicale.

1. Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée, presque tous les jours, comme signalée par la personne (p. ex., se sent triste, vide, désespérée) ou observée par les autres (p. ex., pleure). (**Remarque :** Chez les enfants et les adolescents, peut être une humeur irritable.)

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3. Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids (p. ex., changement de poids excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (**Remarque :** Chez les enfants, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.)

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (observable par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inapproprié (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours

(signalée par la personne ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

Remarque : Les critères A à C représentent un épisode de dépression majeure.

Remarque : Les réponses à une perte significative (par exemple, deuil, ruine financière, pertes d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou invalidité) peuvent inclure les sentiments de tristesse intense, la rumination sur la perte, l'insomnie, le manque d'appétit et la perte de poids listés dans le Critère A, ce qui peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes peuvent être compréhensibles ou jugés appropriés en rapport avec la perte, la présence d'un épisode dépressif majeur, en plus de la réponse normale à une perte importante, devrait également être examinée avec soin. Cette décision requiert inévitablement l'exercice du jugement clinique basé sur l'histoire de l'individu et les normes culturelles pour l'expression de la détresse dans le contexte de la perte.

D. L'apparition de l'épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou d'épisode hypomaniaque.

Remarque : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes similaires à la manie ou l'hypomanie sont induits par une substance ou sont imputables aux effets physiologiques d'une autre condition médicale.

ANNEXE B

**LISTE DES 15 COMPOSANTES DU PROGRAMME ZENÉTUDES : VIVRE
SAINEMENT LA TRANSITION AU COLLÈGE**

Tableau 0.1 Liste des 15 composantes du programme *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège*.

1	Présentation du rationnel de l'intervention	8	Gestion de l'anxiété
2	Identification des stress liés à la transition secondaire-collégial et des enjeux de ce passage	9	Relations amoureuses
3	Sentiment d'appartenance au collège	10	Relations avec les parents
4	Développement des connaissances sur la dépression et l'anxiété	11	Pratique de la pleine conscience
5	Restructuration cognitive	12	Habiletés sociales, de communication, de résolution de problèmes et de gestion de conflits
6	Activation comportementale et augmentations des activités plaisantes	13	Stratégie d'étude
7	Réflexion sur le choix professionnel	14	Saines habitudes de vie
		15	Prévention de la rechute

ANNEXE C
CERTIFICATS ÉTHIQUES

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Évolution des différents types de symptômes de dépression au cours de l'adolescence et de l'émergence de l'âge adulte et étude de l'efficacité du programme de prévention Zenétudes

Nom de l'étudiant : Simon Lapierre

Programme d'études : Doctorat en psychologie

Direction(s) de recherche : Diane Marcotte

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2024-02-24**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPÉ FSH

**PROJET DE RECHERCHE ÉTUDIANT IMPLIQUANT DES ÊTRES HUMAINS
NÉCESSITANT UNE APPROBATION ÉTHIQUE**

En vertu de la [Politique no 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM](#), le SCAE, après consultation avec la directrice, le directeur de recherche, doit informer par écrit, en utilisant le formulaire conçu à cette fin, la présidente, le président du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) concerné de tout projet de recherche étudiant qui nécessite une approbation au plan de l'éthique et qui ne s'insère pas directement dans un projet de recherche en cours d'une professeure, d'un professeur. (7.1.12)

Veillez joindre ce document dûment complété à votre demande d'approbation éthique dans Nagano

À compléter par l'étudiant(e) :

Nom de l'étudiant(e) : Simon Lapierre Courriel (UQAM) : lapierre.simon.3@courrier.uqam.ca

Code permanent : LAPS08079604 Programme d'études : Doctorat psychologie (Psy.d/Ph.D)

Titre du projet de recherche : Etude longitudinale de la dépression pendant les transitions scolaires : contribution des facteurs personnels, familiaux et scolaires dans les contextes de la transition primaire-secondaire et secondaire-collégial.

Nom de la directrice, du directeur de recherche : Diane Marcotte

Courriel : marcotte.diane@uqam.ca

Nom de la codirectrice, du codirecteur (s'il y a lieu) : _____

Courriel : _____

À compléter par le SCAE ou son instance déléguée :

Ce projet de recherche a été reçu et approuvé par le SCAE ou son instance déléguée.

Ce projet de recherche nécessite une approbation éthique par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) de l'UQAM. (Veuillez vous référer à la page 2 pour déterminer si le projet nécessite une approbation éthique.)

Nom de la présidente, du président du SCAE ou de son instance déléguée : _____

APPROVED

By Ghassan El-Baalbaki at 1:01 pm, Jan 30, 2023

Signature : _____



NB : Si le projet s'insère directement dans celui d'une professeure, d'un professeur, approuvé par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH), l'étudiante, l'étudiant n'a pas besoin de faire évaluer son projet par le CERPE. Elle, il doit cependant s'assurer que son nom apparait sur le certificat de la professeure, du professeur.



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

No. de certificat : 2019-2083

Date : 2022-03-03

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a examiné le rapport annuel pour le projet mentionné ci-dessous et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (janvier 2020) de l'UQAM.

Protocole de recherche

Chercheur principal : Diane Marcotte

Unité de rattachement : Département de psychologie

Titre du protocole de recherche : Zenétudes: Vivre sainement la transition au collège: Étude évaluation du programme dans les cégeps du Québec

Source de financement (le cas échéant) : Fondation Rossy

Date d'approbation initiale du projet : 2018-05-07

Équipe de recherche

Auxiliaires de recherche: Josianne Chicoine

Étudiants réalisant un projet de thèse : Simon Lapierre; Stéphanie Hamaoui

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiqués rapidement au comité.

Tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité. Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide jusqu'au **2022-06-01**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat.

Louis-Philippe Auger
Coordonnateur du CIEREH

ANNEXE D
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

Formulaires de consentement lié au projet : Étude longitudinale de la dépression pendant les transitions scolaires : contribution des facteurs personnels, familiaux et scolaires dans les contextes de la transition primaire-secondaire et secondaire-collégial.

Formulaire pour les participants :



Département de psychologie

Bonjour,

Nous venons te rencontrer aujourd'hui pour te demander de participer à une recherche réalisée par des chercheurs de l'Université du Québec à Montréal. Cette étude vise à connaître le vécu (ex. : les sentiments de tristesse ou de colère, les pensées) des jeunes pendant qu'ils vivent le passage de l'école primaire à l'école secondaire. Cette étude débutera cette année et se poursuivra jusqu'en 2006. Elle te permettra de faire connaître ton opinion sur différents sujets tels que tes façons de penser et les sentiments que tu vis face à l'école, à ta famille et à tes amis. Nous viendrons te rencontrer chaque année pour remplir des questionnaires.

Nous te demandons aujourd'hui de remplir ces questionnaires. **Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est ton opinion qui est importante.** Ta participation est tout à fait volontaire. Aussi, tu peux décider de mettre fin à ta participation à cette étude en tout temps. Tes réponses aux questionnaires seront traitées de façon confidentielle et anonyme, chaque élève ne sera identifié que par un code numérique. S'il s'avérait que tu ressentais une détresse majeure, nous communiquerons avec tes parents après en avoir discuté avec toi. À la fin de l'année, nous recueillerons des informations dans les dossiers scolaires ; soit tes notes en français, en anglais et en mathématiques ainsi que tes absences et incidents disciplinaires.

Dans le cadre de cette recherche, nous invitons un certain nombre de garçons et de filles, à partir de leurs réponses aux questionnaires, à participer à une entrevue afin de mieux connaître les sentiments qu'ils vivent et de savoir s'ils adoptent certains comportements. Par exemple, nous te demanderons s'il t'arrive de te sentir triste et si tu as déjà participé à une bagarre. Toutes les questions de l'entrevue ne sont répondues que par un « oui » ou un « non ». L'entrevue dure environ 30 à 45 minutes. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est ton opinion qui est importante.

Afin de signifier ton consentement à participer à cette étude, nous te demandons de signer la présente lettre. Parce que tu es âgé de moins de 16 ans, tu dois aussi avoir obtenu le consentement de tes parents pour participer à cette étude. Si tu désires obtenir davantage d'informations, nous serons heureux de répondre à tes questions. Tu peux nous joindre aux numéros de téléphone fournis au bas de cette lettre.

Nom : _____

Groupe : _____

Date de naissance : _____

École : _____

J'accepte de participer à cette étude et j'autorise la consultation de mon rendement scolaire en français, en anglais et en mathématiques ainsi que mon taux d'absences et d'incidents disciplinaires, à la fin de l'année scolaire. Il est entendu que je conserve un exemplaire signé de ce document, le second étant retourné aux chercheurs.

Signature: _____

No. Tél. : _____

Date: _____

Merci de ta collaboration,

Diane Marcotte, Ph.D.
Département de psychologie
Tel. : (514) 987-3000, poste 2619

Geneviève Charlebois, B.A.
Marianne Bélanger, B.A.
Nadia Lévesque, M.A.
Assistants de recherche
Tel. : (514) 987-3000, poste 2246

Formulaire de consentement pour les parents des participants :



Département de psychologie

Madame, Monsieur,

Nous offrons à votre adolescent-e de participer à une étude réalisée par une équipe de chercheurs de l'Université du Québec à Montréal. Cette étude vise à connaître le vécu (ex. : les sentiments de tristesse ou de colère, les pensées) des jeunes pendant la transition du primaire au secondaire. Cette étude débutera cette année et se poursuivra jusqu'en 2006. Elle leur permettra de faire connaître leur opinion sur différents sujets tels que leurs façons de penser et leurs sentiments face à l'école, à la famille et aux amis. Nous viendrons les rencontrer chaque année pour remplir des questionnaires.

Nous demanderons aux adolescent-e de remplir des questionnaires dans le cadre d'un cours régulier. Leur participation est tout à fait volontaire. Aussi, ils peuvent décider de mettre fin à leur participation à cette étude en tout temps. Leurs réponses aux questionnaires seront traitées de façon confidentielle et anonyme, chaque élève ne sera identifié que par un code numérique. S'il s'avérait que votre fils ou votre fille présentait des signes de détresse majeure, nous communiquerons avec vous, ceci après en avoir discuté avec lui ou elle. À la fin de l'année, nous recueillerons des informations dans les dossiers scolaires ; soit les notes en français, en anglais et en mathématiques ainsi que les absences et incidents disciplinaires.

Dans le cadre de cette recherche, nous invitons un certain nombre de garçons et de filles, à partir de leurs réponses aux questionnaires, à participer à une entrevue afin de mieux connaître les sentiments qu'ils vivent et de savoir s'ils adoptent certains comportements. Par exemple, nous leur demanderons s'il leur arrive de se sentir triste et s'ils ont déjà participé à une bagarre. Toutes les

questions de l'entrevue ne sont répondues que par un « oui » ou un « non ». L'entrevue dure environ 30 à 45 minutes. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est leur opinion qui est importante.

Puisque les élèves sont âgés de moins de 16 ans, nous leur demandons le consentement de leurs parents ou tuteur légal pour participer à cette étude. Afin de signifier votre consentement à ce que votre adolescent-e participe à cette étude, nous vous demandons de signer l'un des deux exemplaires de ce document et de la faire parvenir par votre adolescent-e à l'enseignant responsable. Si vous désirez obtenir davantage d'informations sur cette étude, nous serons heureux de répondre à vos questions. Vous pouvez nous rejoindre aux numéros de téléphone fournis ci-dessous.

Cette étude a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche de l'UQÀM. Toute question sur le projet, plainte ou critique peut être adressée à la chercheuse principale. Dans l'éventualité où vous estimez que la plainte ne peut lui être adressée, il vous est possible de faire valoir votre situation auprès du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQÀM (secrétariat : service de la recherche et de la création, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succursale Centre-ville, Montréal, QC, H3C 3P8 - tél : 987-3000 poste 7753).

Diane Marcotte, Ph.D.
Département de psychologie
Tel. : (514) 987-3000, poste 2619

Geneviève Charlebois, B.A.
Marianne Bélanger, B.A.
Nadia Lévesque, M.A.
Assistantes de recherche
Tel. : (514) 987-3000, poste 2246

Nom de l'élève : _____

Date de naissance : _____

École :

J'**autorise** la participation de mon fils ou ma fille à cette étude ainsi que la consultation de son rendement scolaire en français, en anglais et en mathématiques, de son taux d'absences et d'incidents disciplinaires, à la fin de l'année scolaire :

Signature des parents

Date

Je **refuse** la participation de mon fils ou ma fille à cette étude :

Signature des parents

Date

Formulaires de consentement du troisième volet du projet *Zenétudes, Vivre sainement la transition au collège*



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche : Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège : Étude évaluative du programme dans les cégeps du Québec.

Chercheur responsable : Diane, Marcotte, Ph.D., Université du Québec à Montréal

Membres de l'équipe : Josianne, Chicoine, candidate au doctorat, Université du Québec à Montréal; Simon Lapierre, candidat au doctorat, Université du Québec à Montréal; Geneviève, Reed, coordonnatrice, RIIPSO - Fédération des cégeps.

Organisme de financement : La Fondation Familiale Rossy

Préambule

Tu es invité(e) à participer à un projet de recherche.

Avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire, il est important de prendre le temps de lire et de bien comprendre les renseignements ci-dessous. S'il y a des mots ou des sections que tu ne comprends pas ou qui ne semblent pas clairs, n'hésites pas à nous à poser des questions ou à communiquer avec le responsable du projet ou le coordonnateur de recherche.

Objectifs du projet

Ce projet vise à évaluer le programme de prévention *Zenétudes : Vivre sainement la transition au collège*. Dans le but de prévenir le décrochage scolaire et de diminuer le risque d'émergence de symptômes d'anxiété ou de dépression, ce programme offre trois volets.

Nature de la participation

Tu participes aujourd'hui au troisième volet du programme de 10 rencontres, qui consiste à t'aider à identifier les symptômes et à t'initier à des stratégies de prévention. Nous te demandons de compléter trois séries de questionnaires en ligne portant sur des facteurs associés à la santé mentale durant la transition secondaire-collégiale.

Avantages

Ces rencontres te permettront d'échanger sur ton vécu comme nouvel arrivant au collège. En participant au projet, tu développeras des connaissances en lien avec la transition secondaire-collégiale et en lien avec les ressources disponibles au cégep. De plus, ta participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension de la vision qu'ont les participants de la transition secondaire-collégiale et de la santé mentale.

Risques et inconvénients

Il n'y a pas de risque d'inconfort important associé à ta participation à cette étude. S'il s'avérait que certaines questions pourraient susciter des émotions désagréables, tu demeures libre de ne pas répondre à une question que tu estimes embarrassante sans avoir à te justifier. Une ressource d'aide appropriée pourra t'être proposée si tu souhaites discuter de ta situation.

Approbation du CIEREH : (ajouter la date du certificat)

Consentement volet 3 - 2018

Compensation

Pour ce 3^e volet du programme, un montant de \$15 te sera offert comme dédommagement pour compléter des questionnaires en ligne.

Confidentialité

Une participation anonyme ne peut pas être garantie pour ce 3^e volet du programme puisqu'il implique la présence d'un intervenant et d'autres participants. Toutefois, tes réponses aux questionnaires papier et en ligne seront traitées de façon confidentielle et anonyme pour ce 3^e volet du programme, chaque étudiant ne sera identifié que par un code numérique. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux questionnaires. Les questionnaires ainsi que ton formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé au laboratoire du chercheur responsable pour la durée totale du projet. Les formulaires de consentement seront détruits 5 ans après les dernières publications. Les questionnaires en ligne sont soumis par l'intermédiaire de la plateforme LimeSurvey dont le serveur est hébergé à l'UQAM.

Participation volontaire et droit de retrait

Ta participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que tu acceptes de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs tu es libre de mettre fin à ta participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas, comme les caractéristiques liées à la non-complétion représentent des données cruciales pour le projet, tes données seront conservées. Ton accord à participer implique également que tu acceptes que l'équipe de recherche puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, mémoires, thèses, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de t'identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de ta part.

Recherches ultérieures

Les données de recherche seront rendues anonymes et conservées pendant 5 ans après les dernières publications.

Responsabilité

En acceptant de participer à ce projet, tu ne renonces à aucun de tes droits ni ne libères les chercheurs, le(s) commanditaire(s) ou l'institution impliquée (ou les institutions impliquées) de leurs obligations civiles et professionnelles.

Personnes-ressources :

Pour des questions additionnelles sur le projet, sur ta participation et sur tes droits en tant que participant de recherche, ou pour te retirer du projet, tu peux communiquer avec :

Diane Marcotte, professeure, UQAM, tél. : 514-987-3000, poste 2619; courriel :
Marcotte.diane@uqam.ca

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIEREH) a approuvé le projet de recherche auquel tu participeras. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres

Approbation du CIEREH : 7 Mai 2018

humains ou pour formuler une plainte, tu peux contacter la coordonnatrice du Comité au numéro (514) 987-3000 poste 7753 ou par courriel à CIEREH@UQAM.CA

Pour toute question concernant tes droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si tu as des plaintes à formuler, tu peux communiquer avec le bureau de l'ombudsman de l'UQAM (Courriel: ombudsman@uqam.ca; Téléphone: (514) 987-3151.

Remerciements : Ta collaboration est importante à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à t'en remercier. Si tu souhaites obtenir un résumé écrit des principaux résultats de cette recherche, nous t'invitons à aller sur le site www.labomarcotte.ca.

Consentement du participant : Par la présente, je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le chercheur a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Je m'engage à respecter la confidentialité des propos partagés par les autres personnes lors de chaque rencontre. Je consens volontairement à participer à ce projet de recherche.

Signature du participant : _____ Date : _____

Nom (lettres moulées) : _____

Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone : _____

Déclaration du chercheur principal (ou de son délégué) :

Je, soussigné, déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques du projet et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur responsable du projet
ou de son, sa délégué(e) : _____ Date : _____

Diane Marcotte, professeure, UQAM, tél. : 514-987-3000, poste 2619; courriel : Marcotte.diane@uqam.ca

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis au participant

Approbation du CIEREH : (ajoutez la date du certificat)

ANNEXE E
EXTRAITS DES INSTRUMENTS DE MESURE

Considérant que ces questionnaires sont protégés par des droits d'auteurs, seule la première page est présentée, et ce, à titre illustratif.

Questionnaire du Volet 1

Données démographiques

1. Âge: _____
2. Sexe:
- Féminin
- Masculin
3. Origine culturelle :
- Nord-américaine Africaine
- Sud-américaine Asiatique
- Européenne Autre : _____
4. Niveau scolaire actuel: _____
5. Milieu de vie actuel:
- Je vis avec mes deux parents
- Je vis avec ma mère seulement
- Je vis avec mon père seulement
- Je vis dans une famille reconstituée
- Je vis seul(e)
- Je vis avec mon chum/ma blonde
- Je vis en colocation
- Je vis en garde partagée avec mes deux parents
6. Pendant la semaine, lorsque je vais à l'école, je demeure :
- Dans ma famille
- Autre : _____
7. Scolarité des parents : quel est le plus haut niveau de scolarité terminé par :
- | | Primaire | Secondaire | Cégep | Université | Ne sais pas |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ta mère? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ton père? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mes sentiments

Consignes :

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lis attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis entoure le chiffre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont tu t'es senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, encercle chacun d'eux. Assures-toi d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer ton choix.

1. 0 Je ne me sens pas triste.
1 Je me sens très souvent triste.
2 Je suis tout le temps triste.
3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.
2. 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
3. 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
4. 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
5. 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
2 Je me sens coupable la plupart du temps.
3 Je me sens tout le temps coupable.
6. 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
1 Je sens que je pourrais être puni(e).
2 Je m'attends à être puni(e).
3 J'ai le sentiment d'être puni(e).
7. 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
1 J'ai perdu confiance en moi.
2 Je suis déçu(e) par moi-même.
3 Je ne m'aime pas du tout.

CRSH-FQRSC-0306-AUT03

RÉFÉRENCES

- Abel, H. S. (2005). The evaluation of a stress management program for graduate students (Doctoral dissertation, unpublished). ProQuest Dissertations and Theses Global. (3160629)
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Donovan, P., Rose, D. T., & Ranieri, D. J. (1999). Cognitive vulnerability to depression: Theory and evidence. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 3-20. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199901\)55:1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199901)55:1)
- Addis, M. E., & Hoffman, E. (2017). Men's depression and help-seeking through the lenses of gender. In R. F. Levant & Y. J. Wong (Eds.), *The psychology of men and masculinities* (p.171–196). *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/0000023-007>
- Adkins, D. E., Wang, V., Dupre, M. E., Van der Oord, E. J. C. G., & Elder, G. H., Jr. (2009). Structure and stress: Trajectories of depressive symptoms across adolescence and young adulthood. *Social Forces*, 88(1), 31-60. <https://doi.org/10.1353/sof.0.0238>
- American College Health Association. (2012). *National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Spring 2012*. Répéré à : https://www.acha.org/documents/ncha/ACHA-NCHA-II_ReferenceGroup_ExecutiveSummary_Spring2012.pdf
- American College Health Association. (2015). *National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Spring 2015*. Répéré à : https://www.acha.org/documents/ncha/NCHA-II_WEB_SPRING_2015_REFERENCE_GROUP_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf
- American College Health Association. (2016). *National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Spring 2016*. Répéré à : <https://www.acha.org/documents/ncha/NCHA-II%20SPRING%202016%20CANADIAN%20REFERENCE%20GROUP%20EXECUTIVE%20SUMMARY.pdf>
- American College Health Association. (2018). *National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Spring 2018*. Répéré à : https://www.acha.org/documents/ncha/NCHA-II_Spring_2018_Reference_Group_Executive_Summary.pdf

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2014). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford: Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199929382.001.0001>
- Arnett, J. J. (Ed.). (2015). *The Oxford handbook of emerging adulthood*. Oxford: Oxford University Press.
- Arnett, J. J., & Tanner, J. L. (2016). The emergence of emerging adulthood: The new life stage between adolescence and young adulthood. Dans Arnett, J.J. & Tanner, J.L. *Routledge Handbook of Youth and Young Adulthood* (p. 50–56). Routledge
<https://doi.org/10.4324/9781315741366-5>
- Arshad, M., Zaidi, S. M. I. H., & Mahmood, K. (2015). Self-esteem and academic performance among university students. *Journal of Education and Practice*, 6(1), 156-162. ISSN 2222-288X
- Asendorpf, J. B., & Wilpers, S. (1998). Personality effects on social relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1531-1544. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1531>
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C., & WHO WMH-ICS Collaborators. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623-638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>
- Balodis, I. M., Potenza, M. N., & Olmstead, M. C. (2009). Binge drinking in undergraduates: Relationships with sex, drinking behaviors, impulsivity, and the perceived effects of alcohol.

Behavioural Pharmacology, 20(5–6), 518-526.
<https://doi.org/10.1097/FBP.0b013e328330c779>

- Beck, A. T. (2002). Cognitive models of depression. Dans R. L. Leahy & E. T. Dowd (Eds.), *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application* (p. 29-61). Springer Publishing Company.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *The Beck Depression Inventory (Second Ed. Manual)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., & van der Does, A. J. W. (2002). *BDI-II-NL handleiding [BDI-II-Dutch Manual]*. Lisse, Norvège: Psychological Corporation
- Bennett, D. S., Ambrosini, P. J., Kudes, D., Metz, C., & Rabinovich, H. (2005). Gender differences in adolescent depression: Do symptoms differ for boys and girls? *Journal of Affective Disorders*, 89(1), 35-44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.020>
- Bennik, E. C., Nederhof, E., Ormel, J., & Oldehinkel, A. J. (2014). Anhedonia and depressed mood in adolescence: Course, stability, and reciprocal relation in the TRAILS study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(7), 579-586. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0559-0>
- Bernhardsdottir, J., Vilhjalmsón, R., & Champion, J. D. (2013). Evaluation of a brief cognitive behavioral group therapy for psychological distress among female Icelandic University students. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(7), 497-504.
<https://doi.org/10.3109/01612840.2013.773473>
- Bertha, E. A., Balázs, J. (2013). Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(10), 589-603. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0427-1>
- Bhar, S. S., Gelfand, L. A., Schmid, S. P., Gallop, R., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, D., Shelton, R. C., & Beck, A. T. (2008). Sequence of improvement in depressive symptoms across cognitive therapy and pharmacotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 110(1-2), 161-166. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.12.227>

- Blanco, V., & Vázquez, F. L. (2008). Prevalence of DSM-IV major depression among Spanish university students. *Journal of American College Health*, 57(2), 165-172. <https://doi.org/10.3200/JACH.57.2.165-172>
- Blueprints for Healthy Youth Development. (n.d.). List of Programs. Répéré à <https://www.blueprintsprograms.org/program-search/>
- Bos, F. M., Fried, E. I., Hollon, S. D., Bringmann, L. F., Dimidjian, S., DeRubeis, R. J., & Bockting, C. L. H. (2018). Cross-sectional networks of depressive symptoms before and after antidepressant medication treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(6), 617-627. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1506-1>
- Boschloo, L., Bekhuis, E., Weitz, E. S., Reijnders, M., DeRubeis, R. J., Dimidjian, S., Dunner, D. L., Dunlop, B. W., Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Kennedy, S. H., Miranda, J., Mohr, D. C., Simons, A. D., Parker, G., Petrak, F., Herpetz, S., Quilty, L. C., ... Cuijpers, P. (2019). The symptom-specific efficacy of antidepressant medication vs. cognitive behavioral therapy in the treatment of depression: Results from an individual patient data meta-analysis. *World Psychiatry*, 18(2), 183-219. <https://doi.org/10.1002/wps.20630>
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Psychometric study of the Beck Depression Inventory used on a sample of French-speaking university students. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 14(3), 211-218. <https://doi.org/10.1037/h0080904>
- Brière, F. N., Rohde, P., Stice, E., Morizot, J. J. D., & anxiety. (2016). Group-based symptom trajectories in indicated prevention of adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(5), 444-451. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1080865>
- Brownlee, N., Curran, D., & Tsang, S. M. (2017). Client engagement with a manualized group therapy program. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(1), 45-61. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2016.1272073>
- Buckley, T. C., Parker, J. D., & Heggie, J. (2001). A psychometric evaluation of the BDI-II in treatment-seeking substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(3), 197-204. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(00\)00172-5](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(00)00172-5)
- Buote, V. M., Pancer, S. M., Pratt, M. W., Adams, G., Birnie-Lefcovitch, S., Polivy, J., & Wintre, M. G. (2007). The importance of friends: Friendship and adjustment among 1st-year university

students. *Journal of Adolescent Research*, 22(6), 665–689.
<https://doi.org/10.1177/0743558407306346>

Burns JR, Rapee, RM Barriers to Universal Mental Health Screening in Schools: The Perspective of School Psychologists. *Journal of Applied School Psychology*. 2022; 38(3): 223-240.
<https://doi.org/10.1080/15377903.2021.1941470>

Burstein, M., Ginsburg, G. S., Petras, H., et al. (2010). Parent psychopathology and youth internalizing symptoms in an urban community: A latent growth model analysis. *Child Psychiatry & Human Development*, 41, 61-87. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0155-5>

Byrne, B. M. (2013). *Structural equation modeling with Mplus: Basic concepts, applications, and programming*. New York, NY: Routledge.

Byrne, B. M., & Baron, P. (1994). Measuring adolescent depression: Tests of equivalent factorial structure for English and French versions of the Beck Depression Inventory. *Applied Psychology: An International Review*, 43(1), 33-47. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1994.tb00881.x>

Castelao, C. F., & Kröner-Herwig, B. (2013). Different trajectories of depressive symptoms in children and adolescents: Predictors and differences in girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1169-1182. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9936-8>

Cavanagh, A. (2017). *Gender-specific symptomatology in depression: Implications for assessment and treatment*. (Thèse de doctorat) University of Wollongong, Wollongong.

Cavanagh, A., Wilson, C. J., Kavanagh, D. J., & Caputi, P. (2017). Differences in the expression of symptoms in men versus women with depression: A systematic review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(1), 29-38. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000128>

Center for Disease Control and Prevention. (2010). *Current depression among adults - United States, 2006 and 2008*. Repéré à: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5938a2.htm>

Chaiton, M., Contreras, G., Brunet, J., Sabiston, C. M., O’Loughlin, E., Low, N. C., . . . O’Loughlin, J. (2013). Heterogeneity of depressive symptom trajectories through adolescence: Predicting outcomes in young adulthood. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(2), 96-105. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0318-5>

- Chen, H. T. (2014). *Practical program evaluation: Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective*. Washington, DC: Sage Publications.
- Christner, R. W., & Mennuti, R. B. (2008). *School-based mental health: A practitioner's guide to comparative practices*. New York, NY: Routledge.
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(3), 312-321. <https://doi.org/10.1097/00004583-199503000-00011>
- Cole, D. A., Cai, L., Martin, N. C., Findling, R. L., Youngstrom, E. A., Garber, J., . . . Compas, B. E. (2011). Structure and measurement of depression in youths: Applying item response theory to clinical data. *Psychological Assessment*, 23(4), 819-833. <https://doi.org/10.1037/a0023849>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2016). *Advancing the Mental Health Strategy for Canada: A Framework for Action (2017-2022)*, Ottawa, ON: Mental Health Commission of Canada.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2020). *La norme pour les étudiants au postsecondaire*. Repéré à : <https://commissionsantementale.ca/la-norme-pour-les-etudiants-du-postsecondaire/>
- Conley, C. S., Durlak, J. A., & Kirsch, A. C. (2015). A meta-analysis of universal mental health prevention programs for higher education students. *Prevention Science*, 16(4), 487-507. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0543-1>
- Conley, C. S., Kirsch, A. C., Dickson, D. A., & Bryant, F. B. (2014). Negotiating the transition to college: Developmental trajectories and gender differences in psychological functioning, cognitive-affective strategies, and social well-being. *Emerging Adulthood*, 2(3), 195-210. <https://doi.org/10.1177/2167696814521808>
- Conley, C. S., Shapiro, J. B., Kirsch, A. C., & Durlak, J. A. (2017). A meta-analysis of indicated mental health prevention programs for at-risk higher education students. *Journal of Counseling Psychology*, 64(2), 121-14. <https://doi.org/10.1037/cou0000190>

- Costello, C. G. (1992). Research on symptoms versus research on syndromes: Arguments in favour of allocating more research time to the study of symptoms. *The British Journal of Psychiatry*, 160(3), 304-30. <https://doi.org/10.1192/bjp.160.3.304>
- Costello, D. M., Swendsen, J., Rose, J. S., & Dierker, L. C. (2008). Risk and protective factors associated with trajectories of depressed mood from adolescence to early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 173-183. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.173>
- Costello, J. E., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(12), 1263-1271. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x>
- Crocetti, E., Tagliabue, S., Sugimura, K., Nelson, L. J., Takahashi, A., Niwa, T., Sugiura, Y., & Jinno, M. (2015). Perceptions of emerging adulthood: A study with Italian and Japanese university students and young workers. *Emerging Adulthood*, 3(4), 229-243. <https://doi.org/10.1177/2167696815569848>
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2004). Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: A systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(5), 325-331. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00301.x>
- Cuijpers, P., Smit, F., Oostenbrink, J., De Graaf, R., Ten Have, M., & Beekman, A. (2007). Economic costs of minor depression: A population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(3), 229-236. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00930.x>
- Cumsille, P., Martínez, M. L., Rodríguez, V., & Darling, N. (2015). Parental and individual predictors of trajectories of depressive symptoms in Chilean adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(3), 208-216. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.05.002>
- Daddona, M. F. (2011). Peer educators responding to students with mental health issues. *New Directions for Student Services*, 2011(133), 29-39. <https://doi.org/10.1002/ss.382>
- Dekker, M. C., Ferdinand, R. F., Van Lang, N. D., Bongers, I. L., Van Der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2007). Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: gender differences and adult outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 657-666. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01738.x>

- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. J. B. s. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science, 19*(1), 1-15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Diamantopoulou, S., Verhulst, F. C., & Van Der Ende, J. (2011). Gender differences in the development and adult outcome of co-occurring depression and delinquency in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(3), 644–655. <https://doi.org/10.1037/a0022890>
- Dobson, K. S. (2013). The science of CBT: Toward a metacognitive model of change? *Behavior Therapy, 44*(2), 224-322. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.003>
- Dogan, S. J. (2009). *Codeveloping trajectories of antisocial behavior, alcohol use, depression, and anxiety during adolescence* (Thèse de doctorat). University of California. Davis, CA. Repéré à : <https://www.proquest.com/openview/488fbaed955c7d9e54b2259835039551/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Duncan, T. E., & Duncan, S. C. (2004). An introduction to latent growth curve modeling. *Behavior Therapy, 35*(2), 333-336. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.003>
- Duncan, T. E., Duncan, S. C., & Strycker, L. A. (2013). *An introduction to latent variable growth curve modeling: Concepts, issues, and application*. Mahwah, NJ: Routledge.
- Eisenberg, D., Hunt, J., Speer, N., & Zivin, K. (2011). Mental health service utilization among college students in the United States. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 199*(5), 301-330. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182175123>
- English, I., & Campbell, D. G. (2019). Prevalence and characteristics of universal depression screening in US college health centers. *Families, Systems, & Health, 37*(2), 131-140.
- Ferro, M. A., Gorter, J. W., & Boyle, M. H. (2015). Trajectories of depressive symptoms in Canadian emerging adults. *American Journal of Public Health, 105*(11), 2322–2327. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302754>
- Forsyth, K. M. (2000). *The design and implementation of a depression prevention program* (Thèse de doctorat). Université du Rhode Island, Kingston, RI. Repéré à : <https://www.proquest.com/openview/eea215930a9c61661a5c9ddc6f048c97/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Gallop, R., Shelton, R. C., & Amsterdam, J. D. (2013). Differential change in specific depressive symptoms during antidepressant medication or cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 51(7), 392-439.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.03.010>
- Fried, E. I. (2017). The 52 symptoms of major depression: Lack of content overlap among seven common depression scales. *Journal of Affective Disorders*, 208(1), 191-197.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.019>
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2014). The impact of individual depressive symptoms on impairment of psychosocial functioning. *PLOS ONE*, 9(2), 903-911.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090311>
- Fried, E. I., Epskamp, S., Nesse, R. M., Tuerlinckx, F., & Borsboom, D. (2016). What are 'good' depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 189(1), 314-320.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.005>
- Gabriel, A. (2008). *A cognitive restructuring workshop for college students* (Thèse de doctorat). University of Alabama, Tuscalooma, Alabama. Repéré à :
<https://www.proquest.com/openview/f5d6106dfe90670386a8d8df91c4fb2b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Galdas, P. M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of advanced nursing*, 49(6), 616-623. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03331>
- Garber, J., Keiley, M. K., & Martin, C. (2002). Developmental trajectories of adolescents' depressive symptoms: Predictors of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 79-95.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.79>
- Ge, X., Natsuaki, M. N., & Conger, R. D. (2006). Trajectories of depressive symptoms and stressful life events among male and female adolescents in divorced and nondivorced families. *Development and Psychopathology*, 18(1), 253-273.
<https://doi.org/10.1017/S0954579406060147>

- Germain, F., & Marcotte, D. (2019). Associations entre les symptômes dépressifs et anxieux, le soutien social, l'identité vocationnelle et l'adaptation lors de la transition secondaire-collégial. *Revue des sciences de l'éducation*, 45(1), 1-27. <https://doi.org/10.7202/1064606a>
- Gillham, J., Jaycox, L., Reivich, K., Seligman, M., & Silver, T. (1990). *The Penn Optimism Program*. Unpublished manual, University of Pennsylvania.
- Gonzalez O., Berry J., McKnighty-Eliy I., Strine T., Edwards V., Lu H., et al. (2010). Current depression among adults in the United States, 2006 and 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(38), 1229-1235.
- González-Tejera, G., Canino, G., Ramírez, R., Chávez, L., Shrout, P., Bird, H., . . . Bauermeister, J. (2005). Examining minor and major depression in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 888-899.
- Hall, B. J., Hood, M. M., Nackers, L. M., Azarbad, L., Ivan, I., & Corsica, J. (2013). Confirmatory factor analysis of the Beck Depression Inventory-II in bariatric surgery candidates. *Psychological Assessment*, 25(1), 294-299. <https://doi.org/10.1037/a0030305>
- Hamdan-Mansour, A. M., Puskar, K., & Bandak, A. G. (2009). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depressive symptomatology, stress, and coping strategies among Jordanian university students. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(3), 188-196. <https://doi.org/10.1080/01612840802686593>
- Hankin, B. L. (2009). Development of sex differences in depressive and co-occurring anxious symptoms during adolescence: Descriptive trajectories and potential explanations in a multiwave prospective study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(4), 460-472. <https://doi.org/10.1080/15374410903007781>
- Hendry, L. B., & Kloep, M. (2007). Conceptualizing emerging adulthood: Inspecting the emperor's new clothes? *Child Development Perspectives*, 1(2), 74-79. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00017.x>
- Hendry, L. B., & Kloep, M. (2010). How universal is emerging adulthood? An empirical example. *Journal of Youth Studies*, 13(2), 169-179. <https://doi.org/10.1080/13676260903295067>

- Hertzog, C., von Oertzen, T., Ghisletta, P., & Lindenberger, U. (2008). Evaluating the power of latent growth curve models to detect individual differences in change. *Structural Equation Modeling, 15*(4), 541-563. <https://doi.org/10.1080/10705510802338983>
- Huang, C., & Chen, J.-H. (2015). Meta-Analysis of the factor structures of the Beck Depression Inventory-II. *Assessment, 22*(4), 459-472. <https://doi.org/10.1177/1073191114548873>
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of adolescent health, 46*(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.008>
- Hutteman, R., Nestler, S., Wagner, J., Egloff, B., & Back, M. D. (2015). Wherever I may roam: Processes of self-esteem development from adolescence to emerging adulthood in the context of international student exchange. *Journal of Personality and Social Psychology, 108*(5), 767-783. <https://doi.org/10.1037/pspp0000015>
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of psychiatric research, 47*(3), 391-400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Institut de la statistique du Québec. (2019). *Le Québec chiffre en main*. Repéré à : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/le-quebec-chiffres-en-main-edition-2019.pdf>
- Jones, R. A., Mueller, J., Sharp, S. J., Vincent, A., Duschinsky, R., Griffin, S. J., & Ahern, A. L. (2021). The impact of participant mental health on attendance and engagement in a trial of behavioural weight management programmes: secondary analysis of the WRAP randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 18*(146), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01216-6>
- Keller, M. C., Neale, M. C., & Kendler, K. (2007). Association of different adverse life events with distinct patterns of depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry, 164*(10), 1521-1529. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06091564>
- Khawaja, N. G., & Duncanson, K. (2008). Using the university student depression inventory to investigate the effect of demographic variables on students' depression. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools, 18*(2), 195-209. <https://doi.org/10.1017/jgc.2019.6>

- Kouros, C. D., & Garber, J. (2014). Trajectories of individual depressive symptoms in adolescents: Gender and family relationships as predictors. *Developmental Psychology, 50*(12), 2633-2643. <https://doi.org/10.1037/a0038190>
- Kouros, C. D., Morris, M. C., & Garber, J. (2016). Within-person changes in individual symptoms of depression predict subsequent depressive episodes in adolescents: A prospective study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*(3), 483-494. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0053-3>
- Kovess-Masfety, V., Leray, E., Denis, L., Husky, M., Pitrou, I., & Bodeau-Livinec, F. (2016). Mental health of college students and their non-college-attending peers: Results from a large French Cross-Sectional Survey. *BMC Psychology, 4*(20), 9-20. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0124-5>
- Lamarre, C., & Marcotte, D. (2021). Le rôle médiateur de la pleine conscience dans l'effet d'un programme de prévention ciblée-indiquée sur l'anxiété et le perfectionnisme des étudiants collégiaux. *Revue canadienne de counseling et de psychothérapie, 55*(1), 96-120. <https://doi.org/10.47634/cjcp.v55i1.70726>
- Lanctot, J., & Poulin, F. (2018). Emerging adulthood features and adjustment: A person-centered approach. *Emerging Adulthood, 6*(2), 91-103. <https://doi.org/10.1177/2167696817706024>
- Larson, R. W. (1990). The solitary side of life: An examination of the time people spend alone from childhood to old age. *Developmental Review, 10*(2), 155-183. [https://doi.org/10.1016/0273-2297\(90\)90008-R](https://doi.org/10.1016/0273-2297(90)90008-R)
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review, 18*(7), 765-794. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00010-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00010-5)
- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., & Zeiss, A. (2000). Clinical implications of "subthreshold" depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(2), 345-351. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.109.2.345>
- Lewinsohn, P.M., Steinmetz, J., Antonuccio, D., & Teri, L. (1984). Group Therapy for Depression: The Coping with Depression Course. *International Journal of Mental Health, 13*(4), 8-33. <https://doi.org/10.1080/00207411.1984.11448974>

Manian, N., Schmidt, E., Bornstein, M. H., & Martinez, P. (2013). Factor structure and clinical utility of BDI-II factor scores in postpartum women. *Journal of Affective Disorders, 149*(1-3), 259-268. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.039>

Marcotte, D. (2013). *La dépression chez les adolescents : état des connaissances, famille, école et stratégies d'intervention*. Montréal, Canada : Presses de l'Université du Québec

Marcotte, D. (2013). La dépression chez les adolescents : état des connaissances, famille, école et stratégies d'intervention [Depression in adolescents : state of knowledge, family, school and intervention strategies]. Presses de l'Université du Québec. Montréal, Canada. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18pqt5b>

Marcotte, D. A., Paré, M.-L., & Lamarre, C. (2018). A pilot study of a preventive program for depressive and anxious symptoms during the postsecondary transition. *Journal of American College Health, 68*(1),32-39. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1512054>

Marcotte, D., & Lemieux, A. (2014). La trajectoire des symptômes dépressifs de l'enfance à l'adolescence et les cibles d'intervention préventive [The trajectory of depressive symptoms from childhood to adolescence and the targets of preventive intervention]. *Ciencia & Saude Coletiva, 19*(3), 785-796. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.16072013>

Marcotte, D., Lapierre, S., Lamarre, C., & Paré, M. L. (2020). Le programme Zenétudes: pour diminuer le risque d'émergence de la dépression et de l'anxiété lors du passage à l'âge adulte, *Perspectives Psy, 59*(2), 121-126.

Marcotte, D., Lévesque, N., & Fortin, L. (2006). Variations of cognitive distortions and school performance in depressed and non-depressed high school adolescents: A two-year longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research, 30*(2), 211-225. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9020-2>

Marcotte, D., Paré, M.-L., Lamarre, C. & Viel, C. (2021). *Zenstudies: Making a Healthy Transition to Higher Education (6 volumes)*. Ottawa, Canada: Presses de l'Université d'Ottawa.

Marcotte, D., Viel, C., Paré, M.L., & Lamarre, C. (2016). *Zenétudes 3: vivre sainement la transition au collège. Programme de prévention ciblée-indiquée. Manuel de l'animateur*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

- Marcotte, D., Viel, C., Paré, M.-L., et al. (2016). *Zenétudes 3: vivre sainement la transition au collège – Manuel de l'animateur: Programme de prévention ciblée indiquée*. Presses de l'Université du Québec.
- Merry, S. N., Hetrick, S. E., Cox, G. R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J. J., & McDowell, H. (2012). Cochrane Review: Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 7(5), 1409-1685. <https://doi.org/10.1002/ebch.1839>
- Meunier-Dubé, A., & Marcotte, D. (2017). Évolution des symptômes dépressifs pendant la transition secondaire-collégial et rôle modérateur des distorsions cognitives. *Revue de psychoéducation*, 46(2), 263-346. <https://doi.org/10.7202/1042256ar>
- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur. (2019). *Prévisions Collégiales 2019*. Repéré à : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/statistiques_info_decisionnelle/Previsions-collegiales-2019.pdf
- Ministère de l'Éducation et Enseignement Supérieur. (2014). *Taux cumulatifs d'obtention d'une sanction des études collégiales enregistrés par les nouveaux inscrits au collégial, à l'enseignement ordinaire, à un programme menant au DEC (incluant les sessions d'accueil ou de transition), aux trimestres d'automne de 1993 à 2011, selon le nombre d'années écoulées depuis l'entrée au collégial, par type de formation, ensemble du réseau collégial*. Repéré à : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/administration/librairies/documents/Ministere/accés_info/Statistiques/Sanction_etudes_collegiales/Dip_typfor_ensV2014.pdf
- Ministère de l'éducation, des loisirs et du sport. (2016). *Taux de passage direct des élèves de 5^e secondaire (en formation générale des jeunes, à temps plein) vers le collégial*. Repéré à : https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/administration/librairies/documents/137rench137re/acces_info/Statistiques/Effectif_etudiant_collegial/Taux_passage_2003-2015_ED.PDF
- Ministère de l'enseignement supérieur (2021). *Plan d'action sur la santé mentale étudiante en enseignement supérieur 2021-2026*. Repéré à : <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/education/publications-adm/enseignement-superieur/PASME-bilan-premiere-annee.pdf?1656601740>
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2014). *Indicateurs de l'éducation: Édition 2013*. Repéré à :

http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/statistiques_info_decisionnel/Indicateurs_educ_2013_webP.pdf

- Mojtabai, R., Olfson, M., & Han, B. (2016). National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*, *138*(6), 1878-2016.
<https://doi.org/10.1542/peds.2016-1878>
- Mokruue, K., & Acri, M. (2013). Feasibility and effectiveness of a brief cognitive behavioral skills group on an ethnically diverse campus. *Journal of College Student Psychotherapy*, *27*, 254-269. <https://doi:10.1080/87568225.2013.766114>
- Möller-Leimkühler AM. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord*, *71*(1-3):1-9.
[https://doi:10.1016/s0165-0327\(01\)00379-2](https://doi:10.1016/s0165-0327(01)00379-2).
- Morris, M. R., Hoeflich, C. C., Nutley, S., Ellingrod, V. L., Riba, M. B., & Striley, C. W. (2021). Use of psychiatric medication by college students: A decade of data. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, *41*(4), 350-358.
<https://doi.org/10.1002/phar.2513>
- Mounsey, R., Vandehey, M., & Diekhoff, G. (2013). Working and non-working university students: Anxiety, depression, and grade point average. *College Student Journal*, *47*(2), 379-389.
- Mowbray, C. T., Megivern, D., Mandiberg, J. M., Strauss, S., Stein, C. H., Collins, K., Kopels, S., Curlin, C., & Lett, R. (2006). Campus mental health services: Recommendations for change. *American Journal of Orthopsychiatry*, *76*(2), 226-237. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.2.226>
- Muthén, L. K. & Muthén, B. O. (1998–2021). *Mplus user's guide* (8th Ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nagai, S. (2015). Predictors of help-seeking behavior: Distinction between help-seeking intentions and help-seeking behavior. *Japanese Psychological Research*, *57*(4), 313-322.
<https://doi.org/10.1111/jpr.12091>
- National Alliance for Mental Health. (2017). *Major depression statistics*. Repéré à :
<https://swww.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>

National Alliance on Mental Illness. (2012). *College Students Speak. A Survey Report on Mental Health*. Repéré à : https://www.nami.org/Support-Education/Publications-Reports/Survey-Reports/College-Students-Speak_A-Survey-Report-on-Mental-H

National College Health Association. (2012). *National College Health Assessment II: Reference group executive summary spring 2012*. Repéré à : <https://www.acha.org/documents/ncha/ACHA-NCHA II ReferenceGroup ExecutiveSummary Spring2012.pdf>

National College Health Association. (2019). *American College Health Association-National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Spring 2019*. Repéré à : <https://doi.org/10.31234/osf.io/4pjjw>

O'Driscoll, C., Epskamp, S., Fried, E. I., Saunders, R., Cardoso, A., Stott, J., Wheatley, J., Cirkovic, M., Naqvi, S.A., Buckman, J.E.J. & Pilling, S. (2022). Transdiagnostic symptom dynamics during psychotherapy. *Nature Scientific Reports*, 12(1), 1-12. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14901-8>

Olino, T. M., Lopez-Duran, N. L., Kovacs, M., George, C. J., Gentzler, A. L., & Shaw, D. S. (2011). Developmental trajectories of positive and negative affect in children at high and low familial risk for depressive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(7), 792-799. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02331.x>

Ouellette, V., & Marcotte, D. (2009). Distorsions cognitives et symptômes précurseurs de la concomitance dépression/troubles de comportement chez les adolescents. *Revue Québécoise de Psychologie*, 30(1), 57-80.

Paré, M. L., & Marcotte, D. (2021). Personal goals as moderators of a cognitive-behavioral intervention for depressive symptoms in college students. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 40(2), 1-2. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2021-020>

Paré, M. L., & Marcotte, D. (2021). Personal goals as moderators of a cognitive-behavioral intervention for depressive symptoms in college students. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 40(2), 1-22. <https://doi:10.7870/cjcmh-2021-009>

Paré, M. L., & Marcotte, D. (sous presse). Symptômes dépressifs et réussite scolaire au collégial : les buts personnels jouent-ils un rôle? *Canadian Journal of Counseling and Psychotherapy*.

- Paul, B., & Usha, V. K. (2021). Prevalence and predictors of depression among adolescents. *Indian Journal of Pediatrics*, 88(5), 441-444. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03491-w>
- Pereira, S., Rway, K., Bottell, J., Walker, L., & Ozikti, C. (2019). *University Student Mental Health Survey 2018. A large scale study into the prevalence of student mental illness within UK universities*. Repéré à : https://sads.ssl.webflow.com/561110743bc7e45e78292140/5c7d4b5d314d163fecdc3706_Mental%20Health%20Report%202018.pdf
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48(2), 155-168. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.2.155>
- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P., & Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: Moodiness or mood disorder? *American Journal of Psychiatry*, 156(1), 133-135. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.1.133>
- Posselt, J. R., & Lipson, S. K. (2016). Competition, anxiety, and depression in the college classroom: Variations by student identity and field of study. *Journal of College Student Development*, 57(8), 973-998. <https://doi.org/10.1353/csd.2016.0094>
- Puskar, K. R., Lamb, J., & Tusaie-Mumford, K. (1997). Teaching kids to cope: A preventive mental health nursing strategy for adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 10(3), 18-28. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.1997.tb00373.x>
- Quilty, L. C., Zhang, K. A., & Bagby, R. M. (2010). The latent symptom structure of the Beck Depression Inventory-II in outpatients with major depression. *Psychological Assessment*, 22(3), 585-603. <https://doi.org/10.1037/a0019698>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Ramón-Arbués, E., Gea-Caballero, V., Granada-López, J. M., Juárez-Vela, R., Pellicer-García, B., & Antón-Solanas, I. (2020). The prevalence of depression, anxiety and stress and their associated factors in college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19),685 -700. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197001>

- Rauer, A. J., Pettit, G. S., Lansford, J. E., Bates, J. E., & Dodge, K. A. (2013). Romantic relationship patterns in young adulthood and their developmental antecedents. *Developmental Psychology*, 49(11), 2159–2171. <https://doi.org/10.1037/a0031845>
- Rawana, J. S., & Morgan, A. S. (2014). Trajectories of depressive symptoms from adolescence to young adulthood: The role of self-esteem and body-related predictors. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(4), 597-611. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9995-4>
- Rice, F., Riglin, L., Lomax, T., Souter, E., Potter, R., Smith, D., . . . Thapar, A. (2019). Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of Affective Disorders*, 243(10), 175-181. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.068>
- Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Symptoms of DSM-III-R major depression in adolescence: evidence from an epidemiological survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(12), 1608-1617.
- Robins, C. J., & Luten, (1991). Sociotropy and autonomy: Differential patterns of clinical presentation in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), 74-77. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.1.74>
- 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(1), 41-53. <https://doi.org/10.1177/2167702612457599>
- Rohde, P., Stice, E., Shaw, H., & Brière, F. N. (2014). Indicated cognitive behavioral group depression prevention compared to bibliotherapy and brochure control: Acute effects of an effectiveness trial with adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(1), 65-74. <https://doi.org/10.1037/a0035182>
- Rohde, P., Stice, E., Shaw, H., & Gau, J. M. (2014). Cognitive-behavioral group depression prevention compared to bibliotherapy and brochure control: Nonsignificant effects in pilot effectiveness trial with college students. *Behaviour research and therapy*, 55, 48-53. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.009>
- Rungpetchwong, T., Likhitsathian, S., Jaranai, S., & Srisurapanont, M. (2017). Distress related to individual depressive symptoms: A cross-sectional study in Thai patients with major

depression. *East Asian Archives of Psychiatry*, 27(3), 115-120. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2021-020>

Sabiston, C. M., O'Loughlin, E., Brunet, J., Chaiton, M., Low, N. C., Barnett, T., & O'Loughlin, J. (2013). Linking depression symptom trajectories in adolescence to physical activity and team sports participation in young adults. *Preventive Medicine*, 56(2), 95-98. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.11.016>

Salmela-Aro, K., Aunola, K., & Nurmi, J. E. (2008). Trajectories of depressive symptoms during emerging adulthood: Antecedents and consequences. *European Journal of Developmental Psychology*, 5(4), 439-465. <https://doi.org/10.1080/17405620600867014>

Scher, C. D., Ingram, R. E., & Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 487-510. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.01.005>

Schubert, K. O., Clark, S. R., Van, L. K., Collinson, J. L., & Baune, B. T. (2017). Depressive symptom trajectories in late adolescence and early adulthood: A systematic review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(5), 477-499. <https://doi.org/10.1177/0004867417700274>

Seidler ZE, Dawes AJ, Rice SM, Oliffe JL, Dhillon HM. The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 12 (49)106-118. <https://doi:10.1016/j.cpr.2016.09.002>

Slutske, W. S. (2005). Alcohol use disorders among U.S. college students and their non-college-attending peers. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 321-327. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.321>

Sontag-Padilla, L., Woodbridge, M. W., Mendelsohn, J. D'Amico, E. J., Osilla, K. C., Jaycox, L. H., Eberhart, N.K., Burna, A. & Stein, B. D. (2016). Factors affecting mental health service utilization among California public college and university students. *Psychiatric Services*, 67(8), 890-899. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500307>

Statistique Canada. (2017). *Dépression et idéations suicidaires chez les Canadiens de 15 à 24 ans*. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017001/article/14697-fra.htm>

- Statistique Canada. (2019). Taux de chômage, taux d'activité et taux d'emploi selon le genre d'étudiants durant les mois d'études, données annuelles. Repéré à :
<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=1410008101>
- Stewart, J. G., & Harkness, K. L. (2012). Symptom specificity in the acute treatment of Major Depressive Disorder: A re-analysis of the treatment of depression collaborative research program. *Journal of Affective Disorders*, 137(1-3), 87-95.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.015>
- Struszczyk S, Galdas PM, Tiffin PA. Men and suicide prevention: a scoping review. *J Ment Health*. 2019 (1):80-88. <https://doi:10.1080/09638237.2017.1370638>
- Tanner, J. L. (2011) Emerging adulthood. In F. Columbus (Ed.), Dans: *Encyclopedia of adolescence* (p. 818–825). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1695-2_122
- Van Lang, N. D., Ferdinand, R. F., & Verhulst, F. C. (2007). Predictors of future depression in early and late adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 97(1–3), 137-144.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.019>
- Vanheule, S., Desmet, M., Groenvynck, H., Rosseel, Y., & Fontaine, J. (2008). The factor structure of the Beck Depression Inventory–II: An evaluation. *Assessment*, 15(2), 177-187.
<https://doi.org/10.1177/1073191107311261>
- Vázquez, F. L., & Blanco, V. (2008). Prevalence of DSM-IV major depression among Spanish university students. *Journal of American College Health*, 57(2), 165-172.
<https://doi.org/10.3200/JACH.57.2.165-172>
- Vézina, J., Landreville, P., Bourque, P., & Blanchard, L. (1991). Questionnaire de Dépression de Beck : Étude psychométrique auprès d'une population âgée francophone. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 10(1), 29-39.
<https://doi.org/10.1017/S0714980800007196>
- Weitz, E. S., Hollon, S. D., Twisk, J., Van Straten, A., Huibers, M. J., David, D., ... & Cuijpers, P. (2015). Baseline depression severity as moderator of depression outcomes between cognitive behavioral therapy vs pharmacotherapy: an individual patient data meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 72(11), 1102-1109. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1516>

- Wickrama, K. A., Noh, S., & Elder, G. H. (2009). An investigation of family SES-based inequalities in depressive symptoms from early adolescence to emerging adulthood. *Advances in Life Course Research, 14*(4), 147-161. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2009.09.003>
- Wickrama, T., & Wickrama, K. (2010). Heterogeneity in adolescent depressive symptom trajectories: Implications for young adults' risky lifestyle. *Journal of Adolescent Health, 47*(4), 407-413. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.02.003>
- Wiebe, J. S., & Penley, J. (2005). A psychometric comparison of the Beck Depression Inventory-II in English and Spanish. *Psychological Assessment, 17*(4), 481-485. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.4.481>
- Wiens, K., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Duffy, A., Pringsheim, T. M., Sajobi, T. T., & Patten, S. B. (2017). Is the prevalence of major depression increasing in the Canadian adolescent population? Assessing trends from 2000 to 2014. *Journal of Affective Disorders, 210*(1), 22-26. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.018>
- Williams, J. (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry, 45*(8), 742-747. <https://doi:10.1001/archpsyc.1988.01800320058007>
- Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., Gmel, G., & Kantor, L. W. (2018). Gender differences in binge drinking. *Alcohol Research, 39*(1), 57-76.
- Wintre, M. G., & Bowers, C. D. (2007). Predictors of persistence to graduation: Extending a model and data on the transition to university model. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 39*(3), 220-234. <https://doi.org/10.1037/cjbs2007017>
- Woltman, H., Feldstain, A., MacKay, J. C., & Rocchi, M. (2012). An introduction to hierarchical linear modeling. *Tutorials in quantitative methods for psychology, 8*(1), 52-69. <https://doi.org/10.20982/tqmp.08.1.p052>
- World Health Organization. (2019). Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity. Repéré à <http://www.emro.who.int/fr/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>

Zamirinejad, S., Hojjat, S. K., Golzari, M., Borjali, A., & Akaberi, A. (2014). Effectiveness of resilience training versus cognitive therapy on reduction of depression in female Iranian college students. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(6), 480-488. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.875771>

Zimmerman, M., Ellison, W., Young, D., Chelminski, I., & Dalrymple, K. J. C. p. (2015). How many different ways do patients meet the diagnostic criteria for major depressive disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.08.026>