

PRÉVENTION DE LA DÉPRESSION CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES À RISQUE

CONSULTATION SUR LA FAISABILITÉ DE L'IMPLANTATION D'UN
PROGRAMME DANS LA RÉGION DE QUÉBEC



par Valérie Houle
Stagiaire en psychologie communautaire
Sous la supervision de Monique Comeau

Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Equipe Adaptation familiale et sociale
Juillet 2003

Personne à contacter pour obtenir un exemplaire du rapport

Madame Sylvie Bélanger
Direction de santé publique de Québec
2400, rue d'Estimauville
Beauport, Québec G1E 7G9

Téléphone: 418-666-7000, poste 217
Télécopieur: 418-666-2776
Courrier électronique: sylvie_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Coût du rapport: 15,00 \$ plus TPS
Total: 16,05 \$ incluant les frais postaux
Payable à l'avance par chèque à l'ordre de CHUQ - CHUL

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Canada, 2003
Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec, 2003

ISBN: 2-89496-247-9

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

Citation suggérée :

HOULE, Valérie. *Prévention de la dépression chez les adolescents et les adolescentes à risque : consultation sur la faisabilité de l'implantation d'un programme dans la région de Québec*. Beauport, Direction régionale de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2003, VII, 66p. et ann.

REMERCIEMENTS

Cette démarche a été rendue possible grâce à la collaboration de plus d'une centaine de personnes au cours des huit mois qu'ont duré la consultation et la rédaction de ce rapport.

Les premiers remerciements doivent être dirigés vers les nombreux intervenants de la grande région de Québec pour avoir si généreusement accordé de leur précieux temps. Ce rapport est le reflet de leur réalité, de leurs préoccupations et de leurs besoins.

Il importe également de souligner la collaboration des gestionnaires Famille-Enfance-Jeunesse des CLSC de la région ainsi que des différents responsables contactés dans les commissions scolaires. L'intérêt de tous pour la prévention de la dépression chez les jeunes a facilité le processus de consultation ainsi qu'en témoigne l'accueil réservé aux responsables du projet par les équipes.

Bien sûr, tout ceci est le fruit d'un travail d'équipe avec une superviseure de stage formidable. Monique Comeau a été un mentor qui a su me transmettre la rigueur et la détermination autant que la passion pour la psychologie communautaire. Sa grande disponibilité et son immense dévouement font d'elle une « GS » hors du commun. Merci pour tout.

De sincères remerciements doivent également être adressés à madame Diane Marcotte, qui a accepté de collaborer à la démarche de consultation. Sa participation à une rencontre avec les responsables de la démarche de consultation et l'accès à une partie du matériel de son programme ont permis d'enrichir grandement le contenu de ce rapport.

Tout ceci n'aurait pu être possible si la Direction de santé publique de Québec et, particulièrement, l'équipe Adaptation familiale et sociale ne m'avait accueillie pour la réalisation de mon stage. Ces huit derniers mois ont été un enrichissement incroyable en compagnie de gens qui m'ont permis d'apprendre énormément et qui ont su me supporter dans l'ensemble de mes démarches.

Merci finalement à Céline Girard, qui a organisé les envois postaux, a transcrit les notes manuscrites et a mis en page le rapport.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	I
LISTE DES TABLEAUX.....	V
LISTE DES ANNEXES.....	VI
INTRODUCTION.....	1
MISE À JOUR DES CONNAISSANCES SUR LA DÉPRESSION À L'ADOLESCENCE	2
1. DÉFINITION DE LA DÉPRESSION CHEZ L'ADOLESCENT.....	2
2. FACTEURS DE RISQUE DE LA DÉPRESSION.....	4
2.1 Sexe.....	5
2.2 Âge et trouble mental chez un parent	5
2.3 Événements de vie stressants.....	6
2.4 Rendement scolaire	6
2.5 Relations amoureuses.....	6
2.6 Troubles associés	6
2.7 Premiers symptômes de dépression	6
3. OUTILS D'IDENTIFICATION PRÉCOCE DE LA DÉPRESSION.....	7
3.1 Inventaire de dépression de Beck (1961).....	7
3.2 Grille d'entrevue de Hamilton (1967)	7
3.3 Bellevue Index of Depression (1978).....	8
3.4 Reynolds Adolescent Depression Scale (1986).....	8
3.5 Children Depression Inventory (1992).....	8
4. DÉPISTAGE CHEZ LES JEUNES À RISQUE.....	8
5. PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE LA DÉPRESSION CHEZ LES ADOLESCENTS.....	11
5.1 Programmes de prévention universelle	11
5.2 Programmes de prévention sélective	12
5.3 Programmes de prévention indiquée.....	12
6. TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION CHEZ LES ADOLESCENTS.....	14
MÉTHODOLOGIE UTILISÉE LORS DE LA CONSULTATION.....	16
1. PROCÉDURE D'INVITATION À LA CONSULTATION RÉGIONALE.....	16
2. PARTICIPANTS.....	17
3. DÉROULEMENT DES RENCONTRES.....	19
4. ANALYSE DU CONTENU DES RENCONTRES	19
5. ANALYSE DU CONTENU DES QUESTIONNAIRES	20
PRÉSENTATION DES DONNÉES RECUEILLIES À PARTIR DES RENCONTRES ET DES QUESTIONNAIRES.....	21
CLSC ET COMMISSIONS SCOLAIRES	22
1. Premières impressions.....	24
2. Outils d'identification précoce	25
3. Fonctionnement de l'identification précoce	27
4. Perceptions face à l'identification précoce	30
5. Difficultés liées à l'identification précoce.....	31
6. Moment de la prestation du programme	32
7. Animation du programme.....	33
8. Obstacles à l'implantation.....	35
8.1 Obstacles liés au milieu	35

8.1.1	Absence de collaboration interorganisation.....	35
8.1.2	Problématique de la dépression négligée	36
8.1.3	Risque quant au bris de la confidentialité	36
8.1.4	Peu de temps disponible pour la prévention.....	36
8.1.5	Impacts de la réforme de l'éducation	36
8.1.6	Difficultés liées au transport	37
8.2	Obstacles liés au programme.....	37
8.2.1	Intensité du programme	37
8.2.2	Composition des groupes.....	37
8.2.3	Langue du programme	38
9.	<i>Conditions d'implantation du programme.....</i>	<i>38</i>
9.1	Conditions liées à l'organisation interne	39
9.1.1	Favoriser l'acceptation du programme dans l'école	39
9.1.2	Faire du programme un projet d'organisation prioritaire	39
9.1.3	Prévoir des périodes de sensibilisation et de formation.....	40
9.1.4	Avoir du temps dégagé ou de nouvelles ressources.....	41
9.1.5	Présenter le programme de façon positive	42
9.1.6	Proposer un volet pour les parents.....	42
9.1.7	Offrir le programme à un certain groupe d'âge	43
9.2	Conditions liées aux partenaires.....	43
9.2.1	Collaboration avec les équipes territoriales de pédopsychiatrie.....	43
9.2.2	Collaboration avec les CLSC.....	43
9.2.3	Collaboration avec les commissions scolaires.....	44
9.2.4	Collaboration avec les organismes communautaires	44
9.2.5	Définir les rôles de chaque partenaire.....	44
10.	<i>Effets pressentis du programme.....</i>	<i>45</i>
	ÉQUIPES TERRITORIALES DE PÉDOPSYCHIATRIE.....	47
	CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC.....	49
	RÉGIONAL DES MAISONS DE JEUNES.....	51
	DISCUSSION.....	55
1.	<i>IDENTIFICATION PRÉCOCE</i>	<i>55</i>
2.	<i>MOMENT DE LA PRESTATION DU PROGRAMME</i>	<i>56</i>
3.	<i>ANIMATION DU PROGRAMME</i>	<i>57</i>
4.	<i>OBSTACLES À L'IMPLANTATION.....</i>	<i>58</i>
5.	<i>CONDITIONS DE RÉALISATION DU PROGRAMME.....</i>	<i>60</i>
5.1.	Pénétration dans l'école.....	60
5.2.	Besoin de temps dégagé	61
5.3.	Formation et sensibilisation	61
5.4.	Collaboration.....	62
5.5.	Clientèle	64
6.	<i>EFFETS PRESSENTIS DU PROGRAMME.....</i>	<i>64</i>
	RECOMMANDATION QUANT À L'IMPLANTATION.....	66
	RÉFÉRENCES.....	67
	ANNEXES.....	71
	SEXUALITE (MTS, GROSSESSE, ORIENTATION, PROTECTION...).	111

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I:	Prévalence des différents niveaux de gravité de la dépression chez les adolescents	3
Tableau II:	Répartition des différents facteurs de risque de la dépression à l'adolescence	4
Tableau III:	Répartition des intervenants consultés dans chacun des CLSC	15
Tableau IV:	Répartition des intervenants consultés dans chacune des commissions scolaires.....	15
Tableau V:	Répartition des personnes consultées provenant des organisations partenaires.....	16
Tableau VI:	Répartition totale et taux de réponse des intervenants consultés.....	19
Tableau VII:	Répartition des intervenants selon leur expérience auprès des adolescents .	20
Tableau VIII:	Perceptions des intervenants quant à la répartition de leurs tâches.....	20
Tableau IX:	Degré d'accord des participants quant à la nécessité de la prévention de la dépression chez les jeunes à risque.....	21
Tableau X:	Perceptions des équipes jeunesse des CLSC quant aux différents intervenants outillés pour réaliser l'identification des jeunes.....	24
Tableau XI:	Perceptions du personnel non enseignant quant aux différents intervenants outillés pour réaliser l'identification des jeunes.....	24
Tableau XII:	Perceptions des équipes jeunesse des CLSC quant aux différents intervenants outillés pour réaliser l'animation du programme	29
Tableau XIII:	Perceptions du personnel non enseignant quant aux différents intervenants outillés pour réaliser l'animation du programme	29
Tableau XIV:	Obstacles liés au milieu d'implantation et au programme	30
Tableau XV:	Conditions d'implantation liées à l'organisation interne et aux partenaires	33
Tableau XVI:	Proportions des intervenants ayant participé à différentes formations traitant de la dépression.....	35
Tableau XVII:	Perceptions du degré de connaissance des intervenants sur différents thèmes liés au programme de Diane Marcotte	35
Tableau XVIII:	Degré d'accord des intervenants concernant la réalisation du programme dans un contexte difficile	36
Tableau XIX:	Degré d'accord des intervenants concernant la participation de leur organisation à un programme de prévention de la dépression chez les jeunes.....	39

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Lettre d’invitation à participer à la démarche de consultation
- Annexe 2 : Questionnaires préalables à la rencontre des équipes
- Annexe 3 : Grille de codification des données recueillies auprès des équipes jeunesse des CLSC et du personnel non enseignant des commissions scolaires
- Annexe 4 : Versions du questionnaire distribué aux différentes organisations (CLSC, Milieu scolaire, Équipes territoriales de pédopsychiatrie, Maisons de jeunes)

INTRODUCTION

L'intérêt actuel porté à la prévention de la dépression chez les jeunes dans la région de Québec a pu se concrétiser au cours des dernières mois par la réalisation d'une consultation régionale sur ce thème. L'arrivée d'une stagiaire en psychologie communautaire dans l'équipe Adaptation familiale et sociale de la Direction de santé publique de Québec pour l'année 2002-2003 fut le premier pas de cette démarche. Le Panier de services pour les 12-17 ans, publié en 2001 par la Table des gestionnaires Famille-Enfance-Jeunesse des CLSC de la région de Québec et la Direction de santé publique de Québec, déterminait certaines actions à mettre en place ou à consolider dans la région, notamment dans le domaine de la santé mentale. Une version antérieure du programme de prévention de la dépression « Je prends ma vie en main » y était proposé comme un moyen à privilégier auprès des jeunes présentant des signes ou symptômes. Les services en prévention auprès de ces jeunes étant inexistant dans la région (Gauthier, Morand et Paquette, 2002), il semblait essentiel d'aller vérifier la faisabilité de l'implantation d'un tel programme.

La première section du rapport présente une mise à jour des connaissances dans le domaine de la dépression chez les adolescents. Cette revue de la littérature est apparue essentielle afin de répondre, partiellement du moins, aux nombreuses interrogations formulées au cours de la consultation ainsi qu'à l'intérêt grandissant des intervenants pour cette problématique.

La section suivante présente les considérations méthodologiques de la consultation. Les participants, les méthodes utilisées ainsi que les analyses effectuées y sont présentés.

Les résultats sont ensuite groupés en sous-sections représentant chacune des organisations consultées : 1) les CLSC et les commissions scolaires, 2) les équipes territoriales de pédopsychiatrie, 3) le Centre Jeunesse de Québec et 4) le Régional des Maisons de jeunes de Québec.

La section subséquente est dédiée à la discussion des résultats. Il est principalement question de la rencontre avec la conceptrice du programme « Je prends ma vie en main », Diane Marcotte, psychologue et professeure-chercheure à l'UQAM. Ses propos et différentes références à la littérature apportent un éclairage aux nombreuses interrogations formulées par les intervenants.

Enfin, la dernière section clôt le rapport par une recommandation concernant l'éventuelle implantation du programme « Je prends ma vie en main ».

À la fin des sections « Mise à jour des connaissances sur la dépression à l'adolescence », « Présentation des données recueillies à partir des rencontres et des questionnaires » et « Discussion », un encadré permet de repérer rapidement les éléments saillants à retenir. La lecture de ces encadrés fournira l'essentiel de ce qui se dégage de la consultation.

La problématique de la dépression chez les adolescents n'est officiellement reconnue que depuis une vingtaine d'années. C'est avec la publication du troisième manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 1980) que la reconnaissance des symptômes dépressifs chez les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées se cristallise. De façon globale, les symptômes sont similaires, mais certaines distinctions sont apportées pour chaque groupe d'âge quant aux manifestations dépressives et à leur intensité. Malgré cette reconnaissance par les communautés scientifique et clinique, l'évaluation et l'intervention sur cette problématique auprès des adolescents continuent de susciter de nouvelles questions.

La présente section se veut une brève mise à jour des connaissances dans le domaine de la dépression chez les adolescents. Six principaux éléments seront présentés : la définition de la problématique, les principaux facteurs de risque, les outils d'identification précoce, la question du dépistage des jeunes à risque, les programmes de prévention et, finalement, le traitement de la dépression chez les adolescents.

1. DÉFINITION DE LA DÉPRESSION CHEZ L'ADOLESCENT

Selon plusieurs auteurs, les symptômes de dépression semblent se présenter de façon similaire chez l'adolescent et chez l'adulte (Kendall, 1989 ; Leblanc, 1996 ; Roberts, 1999). La typologie et les différents diagnostics possibles présentés ici sont applicables aux deux clientèles. Certaines distinctions seront apportées lorsque les symptômes se manifestent différemment chez l'adolescent.

Quelques précisions s'imposent avant d'énumérer les différents symptômes dépressifs qui peuvent être identifiés chez l'adolescent. Plusieurs auteurs s'entendent sur l'utilisation d'une typologie qui permet de rendre compte de différents degrés de gravité (Kendall et coll., 1989 ; Marcotte, 2000). Le *symptôme dépressif* correspond à la présence d'une humeur généralement triste. Le jeune présentant un tel symptôme se sent malheureux et misérable. Une attention particulière doit être portée à la vulnérabilité accrue des adolescents. Ceux-ci traversent une période marquée par de grands changements, autant physiques que psychologiques. L'humeur changeante étant généralement reconnue comme une caractéristique particulière de cette clientèle, il importe de pouvoir la différencier d'une tristesse qui s'installe et qui perdure (Leblanc, 1996). Le *syndrome dépressif* correspond à la manifestation chez un individu d'un ensemble de symptômes associés à la dépression. Aucune durée ou intensité n'est considérée ici : la présence concomitante d'un certain nombre de symptômes suffit. Ce niveau de gravité est également reconnu comme étant une dépression sous-clinique ou encore la manifestation de symptômes sous-cliniques. Le syndrome dépressif n'est pas considéré comme un diagnostic, mais il a malgré tout des conséquences importantes sur la qualité de vie des jeunes et sur leur

niveau de détresse (Burns et Hickie, 2002). Le *trouble dépressif*, quant à lui, est un diagnostic fondé sur les critères définis dans la dernière édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR ; American Psychiatric Association, 2000). Ce manuel suggère une série de symptômes et de conditions particulières permettant de conclure à un diagnostic de trouble dépressif. Celui-ci peut se manifester de façon intense, auquel cas il aura une durée moyenne de six à huit mois. Il est alors question d'épisode de dépression majeure. Les symptômes peuvent également se présenter de façon plus chronique et moins intense. Cette dernière description fait référence au diagnostic de dysthymie. Ce trouble a une durée moyenne de trois ans (Habimana et coll., 1999).

La dépression se manifeste de différentes façons selon les symptômes dominants. Ainsi, il existe plusieurs autres troubles apparentés ayant chacun leurs particularités : troubles de l'humeur liés à la présence d'une maladie organique ou d'un problème de santé, symptômes dépressifs induits par la prise de médicaments, troubles affectifs saisonniers ou troubles de l'humeur post-partum (voir Leblanc, 1996, et Ward et coll., 2000, pour une présentation des différents troubles associés à la dépression).

Les statistiques de prévalence présentées au tableau I comportent quelques limites importantes qu'il faut souligner. D'abord, une seule étude, celle de Marcotte (1995), fut réalisée dans un contexte québécois. Il est possible que les autres études ne soient pas représentatives de la réalité des adolescents du Québec. Il faut également mentionner que la population ciblée diffère d'une étude à l'autre. Certains auteurs présentent des statistiques concernant les 12-19 ans, alors que d'autres visent plutôt les 12-14 ans ou les 14-17 ans.

Tableau I. Prévalence des différents niveaux de gravité de la dépression chez les adolescents

	Taux	Auteurs
Symptôme dépressif (humeur dépressive)	20 à 35 % (garçons) 25 à 40 % (filles)	Petersen et coll. (1993)
Syndrome dépressif (symptômes sous-cliniques)	16 %	Marcotte (1995)
Trouble dépressif (dépression majeure)	0,4 à 6,4 %	Habimana et coll. (1999)
	5 %	Richards et Perri (2002)
Trouble dépressif (dysthymie)	1,6 à 8 %	Habimana et coll. (1999)

Richards et Perri (2002) proposent une liste de signes et de symptômes étant les plus susceptibles d'être manifestés par des adolescents dépressifs :

- ? Colère et agressivité, surtout chez les garçons
- ? Faible estime de soi, auto-critique élevée et pessimisme extrême, surtout chez les filles
- ? Anxiété
- ? Pensée confuse et dysfonctionnelle
- ? Humeur irritable
- ? Activités réduites pour cause de maladies ou blessures physiques
- ? Pauvres stratégies de résolution de problèmes interpersonnels et grand stress provoqué par les relations intimes
- ? Comportements antisociaux, surtout chez les garçons
- ? Troubles du sommeil
- ? Perte ou gain de poids

Ces éléments de la liste de Richards et Perri proviennent d'un ensemble d'articles décrivant les symptômes identifiés chez la clientèle adolescente. Les auteurs précisent que le plus récent manuel diagnostique (DSM-IV-TR) accepte, chez les adolescents, le symptôme d'humeur irritable comme substitut à l'humeur dépressive ou triste. Plusieurs auteurs s'entendent d'ailleurs sur le fait que l'irritabilité est beaucoup plus importante dans la dépression juvénile (Leblanc, 1996 ; Roberts, 1999). De plus, il semblerait que l'hyperphagie (ingestion de nourriture disproportionnée) et l'hypersomnie (sommeil excessif) soient également plus fréquentes chez les adolescents dépressifs que chez les adultes (Habimana et coll., 1999).

Le fait de vivre une dépression à l'adolescence semble être un facteur de risque majeur de développement de la dépression à l'âge adulte. Le risque de récurrence s'accroît avec chaque épisode dépressif. Chez la clientèle adulte, un premier épisode dépressif est suivi d'un deuxième dans 50 % des cas, le deuxième suivi d'un troisième dans 70 % des cas et le troisième suivi d'un quatrième dans 90 % des cas (Teboul, 1997). De plus, les symptômes risquent de devenir plus sévères à chaque nouvel épisode (Roberts, 1999). Ce haut risque de récurrence renforce la nécessité d'intervenir tôt dans le développement des troubles dépressifs. Plusieurs études démontrent que jusqu'à 40 % des jeunes ayant été identifiés avec des symptômes dépressifs demeurent symptomatiques dans les années suivantes (Michael et Crowley, 2002). Clarke et ses collègues (1993) ajoutent que l'association entre les manifestations dépressives pendant l'enfance et la dépression à l'âge adulte est très forte. Ce lien entre l'enfance et l'âge adulte serait même plus fort dans le cas de la dépression que dans celui des autres problématiques.

2. *FACTEURS DE RISQUE DE LA DÉPRESSION*

La recherche dans le domaine des facteurs de risque de la dépression chez les jeunes est essentielle. L'identification de ces facteurs permet d'établir des critères de sélection des participants aux interventions préventives (Marcotte, 2000). Plusieurs facteurs de risque ont été définis dans la littérature. Le tableau II en présente une synthèse.

Tableau II. Répartition des différents facteurs de risque de la dépression à l'adolescence

Facteurs de risque		
Sexe	Troubles associés :	Premiers symptômes de
Âge	? Troubles anxieux	dépression :
Trouble mental chez un parent	? Abus de substances	? Humeur dépressive ou irritable
Événements de vie stressants	? Troubles de comportement	? Perte marquée d'intérêt ou de plaisir
Rendement scolaire		? Autres symptômes du DSM
Relations amoureuses		

2.1 *Sexe*

Un des facteurs de risque identifiés chez les adolescents et les adultes est le genre. Les filles sont plus nombreuses que les garçons à manifester des symptômes dépressifs. Environ deux fois plus de femmes que d'hommes ont vécu un épisode de dépression majeure, selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (Statistique Canada, 1999). Cette proportion est semblable pour tous les groupes d'âge entre 12 et 64 ans. Plusieurs hypothèses sont proposées pour expliquer cette situation dont, entre autres, le fait que les changements physiques dus à la puberté coïncident avec le passage à l'école secondaire. Il semble que les demandes associées à ces deux étapes importantes soient perçues plus négativement par les filles.

2.2 *Âge et trouble mental chez un parent*

L'âge moyen à l'apparition du premier épisode de dépression est établi de façon similaire par plusieurs auteurs. Comme le précisent Habimana et ses collègues (1999), la dépression semble plus précoce chez les enfants dont l'un des parents est dépressif. Ces jeunes présentent plus de risques de développer un trouble affectif vers l'âge de 12 ou 13 ans. Toutefois, indépendamment de la pathologie parentale, l'âge moyen au premier épisode de dépression se situe vers 16 ou 17 ans. Si le parent souffre en plus d'un trouble anxieux, il semble que le risque augmente davantage pour le jeune, comparativement à la présence d'un trouble affectif seulement. Ainsi, la présence d'un trouble mental chez un parent peut précipiter le développement de la dépression chez le jeune. Purper-Ouakil et ses collaborateurs (2002) affirment que les meilleurs prédicteurs des troubles affectifs sont, entre autres, le nombre total de troubles mentaux et la durée cumulée des épisodes dépressifs majeurs chez les parents. Une identification des enfants dont les parents sont suivis pour un trouble mental pourrait être une avenue intéressante pour la composition de groupes de prévention de la dépression chez les adolescents (Roberts, 1999).

2.3 *Événements de vie stressants*

Plusieurs événements de vie stressants tels le divorce des parents ou un décès dans l'entourage du jeune peuvent également avoir une influence importante sur le développement du trouble dépressif.

2.4 *Rendement scolaire*

Un autre élément à considérer que peu d'auteurs mentionnent est le rendement scolaire. Selon Marcotte (2000), ce dernier devrait être un des principaux critères de sélection des groupes préventifs de la dépression.

2.5 *Relations amoureuses*

Selon une étude américaine (Joyner et Udry, 2000), les relations amoureuses à l'adolescence seraient un facteur de risque non négligeable dans le développement de la dépression. Les premiers amours provoqueraient chez les jeunes une ambivalence entre les émotions positives (moments avec son ou sa partenaire) et les émotions négatives (comparaisons avec les pairs, conflits avec les parents). Les relations amoureuses auraient un impact important sur la relation des adolescents avec leurs parents. Cet élément serait un médiateur important de l'augmentation des symptômes dépressifs.

2.6 *Troubles associés*

Un autre élément permettant de cibler des jeunes à risque est la présence de troubles associés. Certains troubles ou problèmes de santé mentale se manifestent davantage chez un ensemble d'individus dépressifs comparativement à un groupe non pathologique. Seul un tiers des enfants et des adolescents dépressifs présente un trouble affectif pur, c'est-à-dire sans comorbidité ou trouble associé (Habimana et coll., 1999). Les troubles anxieux, l'abus de substance et les troubles du comportement sont fortement reliés aux troubles affectifs. Environ 30 % des adolescents qui présentent un trouble dépressif reçoivent également un diagnostic de trouble anxieux (Purper-Ouakil et coll., 2002). Selon ces mêmes auteurs, les troubles du comportement auraient tendance à précéder les troubles dépressifs.

2.7 *Premiers symptômes de dépression*

Les jeunes présentant les premiers symptômes de dépression sont fréquemment ciblés par les programmes de prévention. Les symptômes sous-cliniques sont à la fois un facteur de risque important du trouble dépressif et une partie de sa définition (Marcotte, 2000). Les premières manifestations de ces symptômes peuvent déclencher une spirale descendante où, par exemple, l'humeur dépressive entraîne une perte d'intérêt dans les activités quotidiennes, ce qui peut alors provoquer une diminution des activités plaisantes et ainsi de suite. Selon Purper-Ouakil et ses collègues (2002), le trouble dépressif clinique survient environ deux à trois mois après la mise en évidence de la symptomatologie. Les premiers signes et symptômes augmentent donc

la vulnérabilité du jeune aux événements de vie stressants. Dès l'apparition des premiers symptômes, le jeune doit donc être pris en charge rapidement afin d'éviter une détérioration de son état émotif.

3. OUTILS D'IDENTIFICATION PRÉCOCE DE LA DÉPRESSION

Selon la littérature, il existe plusieurs outils diagnostiques de la dépression. Certains peuvent être utilisés autant chez les adultes et les adolescents, alors que d'autres sont construits pour répondre spécifiquement aux besoins de ces derniers. Plusieurs programmes de prévention de la dépression ont recours à de tels outils afin d'identifier les premiers symptômes ou l'évolution de l'intensité des manifestations dépressives. Une brève présentation des instruments fréquemment utilisés auprès des jeunes permettra d'esquisser un portrait des possibilités actuelles d'évaluation de la dépression chez cette clientèle.

3.1 *Inventaire de dépression de Beck (1961)*

L'Inventaire de dépression de Beck (IDB) permet d'obtenir une représentation de l'intensité des symptômes dépressifs présents chez l'adolescent ou chez l'adulte. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré de 21 items. Les scores peuvent varier de 0 à 63, puisque chaque item peut être coté de 0 à 3. Une version francophone de cet outil a été validée auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires au début des années 1980 par Bourque et Beaudette (1982). Quelques nouvelles versions ont été créées au cours des années, dont une version francophone abrégée de 13 items (Collet et Cottraux, 1986), une version permettant de mesurer les faibles niveaux de dépression (Dori et Overholser, 2000) et une adaptation québécoise réalisée par Gauthier, Thériault, Morin et Lawson (1982) établissant des normes selon le genre.

3.2 *Grille d'entrevue de Hamilton (1967)*

La grille d'entrevue de Hamilton fournit une évaluation quantitative de la sévérité de la dépression et permet également d'évaluer les changements chez un individu dans le temps. Elle a été construite à partir d'un échantillon adulte, mais elle est également utilisée auprès des adolescents par certains auteurs (Marcotte, 1993). L'entrevue comporte 21 éléments qui peuvent être cotés de 0 à 2 ou de 0 à 4. Pour être efficace, l'entretien ne doit pas durer moins de 30 minutes afin de laisser à l'individu une durée minimale de deux minutes pour chaque item. Cette grille ne peut être utilisée pour poser un diagnostic (Hamilton, 1967). Plusieurs modifications ont été apportées au cours des années et il existe actuellement des versions de 17, 21 et 24 items (Leblanc, 1996). Une version francophone de l'outil a été réalisée par Marcotte (1990), mais aucun test de validité ne semble avoir été effectué. Aucune version traduite et publiée de l'outil n'a été recensée.

3.3 *Bellevue Index of Depression (1978)*

Le Bellevue Index of Depression (BID) se divise en deux parties : un questionnaire écrit pour les parents ou le tuteur et une entrevue semi-structurée avec l'enfant. Chacun des deux instruments demande de 15 à 30 minutes. Le score obtenu permet de formuler une appréciation de la sévérité de la dépression chez l'enfant de 6 à 12 ans. La grille est composée de 40 items pouvant être cotés de 0 à 3 (Petti, 1978). Aucune version francophone ne semble exister à ce jour.

3.4 *Reynolds Adolescent Depression Scale (1986)*

Cet instrument est basé sur les critères diagnostics du DSM-III. Il est composé de 30 items permettant d'évaluer les symptômes de dépression majeure et de dysthymie. Il peut être administré de façon individuelle ou en groupe en cinq à dix minutes. Ce questionnaire cible principalement les adolescents de 13 à 18 ans. Les items sont évalués sur une échelle en quatre points. Plusieurs études ont démontré la validité et la fidélité de cet instrument (Reynolds et Coats, 1986). L'instrument de Reynolds ne semble pas avoir fait l'objet d'une adaptation francophone.

3.5 *Children Depression Inventory (1992)*

Cet inventaire des symptômes dépressifs est composé de 27 items, avec un score total pouvant varier de 0 à 54 (0 à 2 pour chaque item). Il permet d'apprécier la sévérité du trouble dépressif et d'en évaluer l'évolution dans le temps. Son administration demande environ quinze minutes, ce qui en fait un instrument intéressant dans un contexte scolaire, d'autant plus qu'il ne demande pas beaucoup d'habiletés en lecture. Il s'adresse à des jeunes de 7 à 17 ans. Les traductions en plusieurs langues font du CDI un outil pouvant être utilisé auprès de différentes cultures. Il a cependant été impossible de repérer une version francophone publiée. Il existe également une version abrégée du CDI composée de dix items (Kovacs, 1992).

4. *DÉPISTAGE CHEZ LES JEUNES À RISQUE*

Le thème de l'identification précoce suscite encore beaucoup de débats et ne sera donc pas présenté en profondeur ici. Le dépistage, tel que défini par l'Organisation mondiale de la santé (Wilson et Jungner, 1970), consiste à faire la distinction entre les personnes apparemment en bonne santé, mais possiblement malades, et celles probablement exemptes de cette maladie. Les auteurs précisent que les tests, les examens ou les autres techniques utilisés pour le dépistage n'ont pas comme objectif de poser un diagnostic. Plusieurs formes de dépistage peuvent être réalisées, dont le dépistage de masse et le dépistage sélectif.

Le *dépistage de masse* fait référence à une utilisation de grande envergure des techniques de mesure. Ce ne sont pas des groupes particuliers qui sont ciblés, mais des groupes entiers de population. Cette opération demande des ressources importantes, autant pour l'administration

des tests que pour l'analyse des données recueillies. Dans le cas du *dépistage sélectif*, un groupe particulier présentant plus de risques de développer une pathologie est ciblé.

Plusieurs auteurs voient des avantages importants dans l'utilisation de techniques de dépistage de masse. Le fait d'utiliser, auprès d'un grand groupe, un instrument de mesure simple, rapide et économique permet d'identifier certains individus qui pourraient bénéficier d'une évaluation plus en profondeur au moyen d'outils exigeant plus de ressources (Shenassa, 2002). Le dépistage de masse permet alors de rendre le processus évaluatif plus efficient. Un second avantage est de recueillir l'information nécessaire pour un grand nombre de jeunes et ce, directement auprès d'eux. L'évaluation faite par les jeunes semble être plus sensible aux manifestations des troubles intériorisés que celle provenant des parents. Les jeunes seraient les plus habiles pour reconnaître leur état et en rendre compte. Plusieurs auteurs (Leblanc, 1996 ; Valla et coll., 2000) font état de la tendance des parents à surévaluer les difficultés de leur jeune au détriment de ses forces ou, à l'opposé, à ne pas remarquer la présence de manifestations dépressives chez leur enfant. Cependant, il ne faut pas écarter les informations provenant de l'entourage (milieu scolaire, parents, amis), car elles peuvent représenter une richesse importante pour l'évaluation lorsqu'elles sont considérées de façon complémentaire. Finalement, le dépistage permet d'identifier les individus qui ont le plus besoin d'une intervention à l'intérieur d'une population. Certains individus à l'intérieur d'un groupe ne font pas partie de la clientèle cible d'une intervention. Un programme de prévention du suicide, par exemple, peut être plus bénéfique s'il est offert à quelques individus du groupe, plutôt qu'à l'ensemble. Le fait d'appliquer un programme ou une intervention à tous peut s'avérer inutile et même avoir des effets négatifs pour certains (Shenassa, 2002).

Malgré les avantages énumérés, la notion de dépistage ne fait pourtant pas l'unanimité. D'ailleurs, l'Institut national de santé publique du Québec a publié un avis sur l'utilisation d'un instrument de dépistage systématique des problèmes de santé mentale des enfants fréquentant l'école primaire (Joubert et Morin, 2002). Cet outil, le Dominique Interactif, avait été proposé par l'équipe du Dr. Jean-Pierre Valla comme outil privilégié dans les écoles du Québec. La principale recommandation des auteurs de l'avis était de miser plutôt sur la promotion de la santé mentale des enfants puisque le dépistage de masse réalisé à l'aide du Dominic Interactif présentait des risques trop élevés pour être systématisé à l'ensemble des écoles.

Un des principaux problèmes liés au dépistage de masse, surtout en milieu scolaire, est la stigmatisation des jeunes, particulièrement dans une société où les préjugés face à la maladie mentale sont encore très présents. L'étiquetage par les pairs peut entraîner des effets importants sur l'estime de soi. De plus, un diagnostic hâtif peut devenir lourd à porter pour les parents. Le fait d'annoncer à la famille qu'un jeune présente un ensemble de facteurs de risque et qu'il pourrait potentiellement développer un trouble dépressif peut provoquer un sentiment de culpabilité ou de l'inquiétude. Le dépistage peut également avoir un impact sur la perception qu'a l'individu de lui-même. Cet impact peut être encore plus fort pendant la période de l'adolescence, moment où l'identité se construit principalement à partir des informations et des rétroactions provenant de l'environnement. De plus, les conséquences

peuvent varier selon les groupes sociaux. Ainsi, une identification positive à la suite d'un dépistage pourrait entraîner, chez des individus provenant d'un milieu socioéconomique plus défavorisé, une méfiance ou un refus additionnel face à l'intervention d'un professionnel (Joubert et Morin, 2002).

D'autres arguments en défaveur de l'utilisation d'instruments de dépistage de masse ont été formulés par différents auteurs. Roberts (1999) affirme que, en plus de la stigmatisation par les pairs et du stress indu imposé aux parents, l'école peut avoir à gérer des problèmes d'organisation reliés aux jeunes identifiés comme étant à risque de dépression. Des services doivent alors être mis sur pied, selon une approche individuelle ou de groupe, afin de répondre aux besoins exprimés. Le milieu doit s'assurer d'avoir les services disponibles pour les jeunes identifiés au cours du processus. Du point de vue éthique, il serait tout à fait inconcevable d'identifier des jeunes sans pouvoir offrir des services de façon conséquente.

Afin de s'assurer que la pratique du dépistage de masse se fasse dans de bonnes conditions, l'Organisation mondiale de la santé a formulé dix principes guidant la planification de telles opérations (Wilson et Jungner, 1970). Plusieurs auteurs ont également formulé de tels critères (La Rosa, 1996 ; Muir Gray, 2001), mais ces derniers étant assez semblables, seuls ceux de l'OMS seront présentés ici.

1. Il faut que la maladie dont on recherche les cas constitue une menace grave pour la santé publique.
2. Il faut qu'un traitement d'efficacité démontrée puisse être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été décelée.
3. Il faut disposer de moyens appropriés de diagnostic et de traitement.
4. Il faut que la maladie soit décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.
5. Il faut qu'il existe une épreuve ou un examen de dépistage efficace.
6. Il faut que l'épreuve utilisée soit acceptable pour la population.
7. Il faut bien connaître l'histoire naturelle de la maladie, notamment son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique.
8. Il faut que le choix des sujets qui recevront un traitement soit opéré selon des critères préétablis.
9. Il faut que le coût de la recherche des cas (y compris les frais de diagnostic et de traitement des sujets reconnus malades) ne soit pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.
10. Il faut assurer la continuité d'action dans la recherche des cas et non considérer celle-ci comme une opération exécutée « une fois pour toutes ».

Le dépistage de masse comporte plusieurs avantages ou désavantages selon la littérature consultée. Plusieurs programmes de prévention de la dépression ciblant des jeunes présentant des signes et symptômes ont utilisé une procédure de dépistage de masse particulière. Cette méthode en trois étapes fut élaborée par Reynolds (1986, in Marcotte, 1993). D'abord, l'Inventaire de dépression de Beck est administré aux jeunes pendant les heures de classe. À

partir d'un score de coupure (*cut-off point*), un échantillon de jeunes à risque est invité à remplir l'inventaire une seconde fois. Ceux qui présentent de nouveau le score de coupure sont évalués une troisième fois dans le cadre d'une entrevue clinique, comme celle de Hamilton. Cette méthode permet de diminuer le nombre de faux-positifs, c'est-à-dire les jeunes présentant des symptômes situationnels ou une tristesse normale qui pourraient être identifiés comme étant à risque de dépression si une procédure en une seule étape était utilisée.

5. PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE LA DÉPRESSION CHEZ LES ADOLESCENTS

Trois principaux types de programmes de prévention de la dépression ont été développés au cours des dernières années. D'abord, les programmes de *prévention universelle* s'adressent à la population générale et ne ciblent pas de clientèles particulières selon des facteurs de risque connus. Ces interventions peuvent amener des changements chez tous les jeunes à qui elles sont proposées. Les programmes de *prévention sélective* ciblent davantage les groupes qui présentent un risque élevé de développer un trouble mental. Ainsi, les familles dont un parent est atteint d'un trouble affectif peuvent être une clientèle ciblée pour ce genre de prévention. Finalement, les programmes de *prévention indiquée*, basés sur une approche cognitivo-comportementale, ciblent surtout une clientèle présentant des symptômes sous-cliniques (syndrome dépressif). Il n'y a donc pas encore de diagnostic de prononcé, mais un ensemble de signes prédisposant au développement de la dépression. Ces programmes s'adressent directement aux jeunes, généralement en petits groupes, à l'intérieur du cadre scolaire.

5.1 Programmes de prévention universelle

Peu de programmes ont été développés dans une approche universelle de la prévention des problèmes de santé mentale et d'adaptation chez les jeunes. Une des premières tentatives dans le domaine, réalisée par Clarke et ses collaborateurs (1993), a fourni des résultats plutôt inattendus. Deux interventions de formats différents étaient offertes à différents groupes d'élèves de 9^e et 10^e années : une intervention éducative en trois rencontres et un entraînement aux habiletés en cinq rencontres. Chaque rencontre durait 50 minutes. Les deux interventions ont échoué dans la démonstration d'effets à court terme, mais également lors du suivi après douze semaines. Les auteurs ont expliqué que l'intervention était probablement trop brève pour permettre des changements et une intégration des concepts présentés.

Le « Coping with Challenge in Adolescence », élaboré par Rice et ses collaborateurs (1993), fut également une des premières interventions préventives universelles réalisées en contexte scolaire. Ce programme s'adressait aux jeunes adolescents de 10 à 15 ans. Pour une durée de huit semaines, deux périodes de 40 minutes par semaine étaient mises à l'horaire des cours afin de réunir les élèves en groupes de huit à douze. Chacune des seize rencontres traitait d'une habileté sociale particulière et d'une méthode d'adaptation que les jeunes pouvaient discuter pour ensuite participer à une pratique guidée. Une intervention parallèle était également offerte aux parents. Il semble que ce programme ait produit des effets positifs sur la perception qu'avaient les jeunes de leurs habiletés d'adaptation et sur leur perception de leur contrôle sur

les sources de stress. Des améliorations dans les relations avec les amis et la famille ont également été notées.

Un autre programme de prévention universelle de la dépression fut réalisé par Shochet et ses collaborateurs (2001). Le «Resourceful Adolescent Program» comportait une série de onze rencontres réalisées à l'intérieur du curriculum scolaire. Le contenu de ce programme était fortement influencé par l'approche cognitivo-comportementale utilisée dans la plupart des programmes de prévention de type indiqué jugés efficaces. Les groupes de 9^e année étaient ciblés pour participer aux activités de ce programme. Une série de trois rencontres était prévue avec les parents des jeunes participant au programme. Les résultats de l'expérimentation ont démontré que 75 % des jeunes qui présentaient des symptômes sous-cliniques avant l'intervention étaient considérés en bonne santé mentale dix mois après l'intervention. Aucun de ces jeunes présentant des symptômes sous-cliniques n'avait évolué vers un épisode de dépression majeure.

5.2 Programmes de prévention sélective

Beardslee et son équipe ont réalisé au cours des années 1990 plusieurs expérimentations d'un programme de prévention sélective pour les jeunes à risque de dépression âgés entre 8 et 15 ans. Le programme était offert aux familles dont l'un des parents souffrait d'un trouble affectif. L'intervention consistait en six à dix rencontres avec les parents, d'une part, et avec les enfants, d'autre part. Il y avait également des rencontres avec la famille et des contacts téléphoniques à des intervalles de six à neuf mois après la fin du programme. Les résultats des différentes expérimentations ont fait foi de changements intéressants lors du suivi réalisé six mois après l'intervention et pendant les trois années subséquentes. Les parents éprouvaient moins de culpabilité et démontraient des changements de comportements et d'attitudes en lien avec leur maladie. De plus, les jeunes qui avaient participé au programme présentaient moins de symptômes dépressifs et un meilleur fonctionnement global. Une revue complète des études de Beardslee illustre l'ensemble des résultats et les actions futures de l'équipe de recherche (Gladstone et Beardslee, 2000).

5.3 Programmes de prévention indiquée

La plupart des programmes de prévention de la dépression de type indiqué ont été développés au cours des années 1990. Influencés par leur première expérimentation d'un programme de prévention universelle, Clarke et ses collaborateurs proposaient quelques années plus tard une intervention ciblant les jeunes à risque de développer un trouble dépressif (1995). Le programme consistait en une série de quinze séances de groupe de 45 minutes où les jeunes apprenaient des techniques d'identification et de modification des pensées négatives ou irrationnelles. Les résultats ont démontré, après un suivi de douze mois, que les jeunes qui avaient participé à l'intervention étaient significativement moins nombreux à avoir développé un trouble dépressif.

Un programme semblable, le « Penn Prevention Program » de Gillham et ses collaborateurs (1994), proposait douze rencontres où des jeunes à risque élevé de dépression ou de conflit familial étaient réunis. Ce programme était également fondé sur des principes cognitivo-comportementaux. Des mesures de suivi ont été effectuées à six, douze, dix-huit et vingt-quatre mois. Les résultats ont démontré des différences significatives pour chacun de ces suivis où les adolescents du groupe expérimental étaient moins nombreux à développer un trouble dépressif.

Au cours de la même période, Marcotte et Baron (1993) ont réalisé un programme de douze rencontres réunissant huit à dix jeunes âgés entre 14 et 17 ans après les heures de classe, et ce, deux fois par semaine. Ces jeunes présentaient des symptômes sous-cliniques de dépression. Les mesures effectuées à la fin du programme n'ont pas révélé de différences significatives entre le groupe expérimental et le groupe contrôle. Cependant, les résultats au suivi de huit semaines ont démontré une diminution des symptômes dans le groupe expérimental. Les auteurs ont fait l'hypothèse qu'un certain laps de temps était nécessaire afin de permettre l'intégration des éléments présentés au cours du programme.

Le programme « Je prends ma vie en main », qui était au centre de la consultation régionale, a été développé par Diane Marcotte, professeure au département de psychologie de l'UQÀM et chercheure au Groupe de recherche sur les inadaptations sociales des enfants ainsi qu'au Centre de recherche sur la réussite scolaire. La première version du programme d'intervention était une traduction de l'intervention de Bernard et Joyce (1984, approche émotivo-rationnelle). Les activités visaient davantage à modifier les cognitions. Les versions subséquentes du programme de Marcotte ont incorporé des éléments du « Coping with Depression Course » (Clarke, Lewinsohn et Hops, 1990). Ce programme proposait des interventions de type comportemental : apprentissage d'habiletés permettant d'acquérir plus de contrôle sur sa vie, utilisation des habiletés à l'extérieur du contexte thérapeutique et travail sur la reconnaissance personnelle de l'individu d'améliorer son humeur (attribution interne). Outre ces deux programmes formant un composite des approches cognitive et comportementale, Marcotte formulait une nouvelle version où la composante « habiletés sociales » était moins dominante. Ce choix se justifiait par les résultats de récentes études qui démontraient que les jeunes dépressifs font preuve de moins d'habiletés sociales uniquement pendant la dépression. Cela signifie qu'en l'absence de symptômes dépressifs, ils ne présentent pas de carence sur le plan de ces habiletés (Marcotte, 3 mars 2003, communication personnelle).

Ce programme consiste en une série de seize rencontres au cours desquelles sont enseignées des habiletés spécifiques (sociales, autocontrôle et augmentation du niveau d'activités plaisantes, diminution des distorsions cognitives, techniques de relaxation, habiletés de communication, de négociation et de résolution de problèmes, estime de soi et image corporelle). L'animation est réalisée par deux personnes avec des groupes de six à huit adolescents. Des manuels détaillés pour les animateurs et les participants sont utilisés. Le programme est habituellement offert après l'école. Les rencontres durent une heure et demie à deux heures, deux fois par semaine. Le programme fait présentement l'objet d'une révision dans laquelle des ajouts toucheront les

points suivants : rencontre des parents, information sur la dépression, soutien d'un adulte de l'école, etc.

L'expérimentation de ces programmes et de bien d'autres a permis de définir des recommandations pour l'implantation de programmes de prévention des psychopathologies chez les jeunes, particulièrement dans les milieux à haut risque (Panel on High-Risk Youth, National Research Council, 1993, in Greenberg et coll., 1999). D'abord, les interventions préventives à court terme ne produisent, au mieux, que des effets limités dans le temps. Celles se déroulant sur plusieurs années sont à privilégier puisqu'il est plus probable qu'elles produisent des effets durables. Ensuite, il est plus efficace d'orienter l'intervention sur des facteurs de risque qui auront, à long terme, plus d'impact que l'action orientée vers des comportements problématiques uniquement. Afin d'atteindre cet objectif, les interventions doivent être systémiques : le fait d'intervenir auprès des parents, des enseignants, du milieu et des différentes organisations gravitant autour du jeune accroît les bénéfices potentiels d'un programme. Les interventions préventives doivent donc être constituées d'un ensemble de mesures agissant simultanément sur plusieurs cibles. Finalement, les interventions préventives doivent être intégrées à l'intérieur des systèmes de soins et de traitement existants afin de créer des pratiques et un langage communs dans une même communauté.

6. TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION CHEZ LES ADOLESCENTS

Selon Richards et Perri (2002), les interventions les plus efficaces auprès des adolescents dépressifs sont l'entraînement aux stratégies d'adaptation (*coping skills*) et la thérapie cognitivo-comportementale. La première intervention cible principalement la façon d'évaluer et de changer les modèles de pensées dépressives, l'amélioration des habiletés interpersonnelles, la résolution de problèmes dans des contextes sociaux, la réduction de l'anxiété ainsi que l'augmentation des activités plaisantes et des récompenses. La thérapie cognitivo-comportementale, pour sa part, fonctionne de façon similaire, mais en portant plus d'attention aux pensées irrationnelles et moins aux habiletés interpersonnelles. La présentation et la pratique guidée de techniques de relaxation font également partie des activités proposées dans ce type de programmes.

Plusieurs articles ont alimenté le débat concernant la médication chez les enfants et les adolescents. Malgré les nombreuses objections à un traitement pharmaceutique chez les jeunes, plusieurs adolescents ont été médicamentés au cours des dernières années lorsqu'un diagnostic de dépression était formulé. Une récente comparaison de 38 études portant sur l'efficacité des traitements pour les enfants et les adolescents dépressifs révèle que les interventions psychosociales produiraient des gains cliniquement significatifs variant de modérés à élevés. En contrepartie, les interventions pharmacologiques recensées seraient majoritairement inefficaces dans le traitement de la dépression chez les enfants et les adolescents (Michael et Crowley, 2002). Les auteurs de cette méta-analyse affirment que la réduction des symptômes dépressifs lors d'interventions psychosociales serait durable (en moyenne 36 semaines), et ce, peu importe si les jeunes sont traités sur la base d'un diagnostic ou d'un ensemble de symptômes. Selon Ward (2000), la psychothérapie doit être recommandée comme traitement initial, lors des

premiers épisodes de dépression majeure. Elle représente l'unique modalité de traitement pour les épisodes de sévérité légère à modérée. Dans les cas de dépression sévère ou de dysthymie, la psychothérapie peut être bonifiée d'une pharmacothérapie. Selon cet auteur, la thérapie cognitivo-comportementale est le traitement qui démontre le plus de preuves de son efficacité chez les adolescents.

Il est également recommandé de considérer l'ajout d'une thérapie familiale au traitement offert à l'adolescent (Richards et Perri, 2002). La thérapie familiale permet d'aborder les problèmes de communication et la résolution de problèmes à l'intérieur de la cellule familiale.

ÉLÉMENTS ESSENTIELS À RETENIR

- ? Les symptômes de la dépression se présentent sensiblement de la même façon chez l'adolescent comme chez l'adulte.
- ? L'humeur irritable est reconnue comme un symptôme substitut à celui de l'humeur dépressive ou triste, selon les critères du DSM-IV-TR.
- ? La dépression à l'adolescence accroît de façon substantielle le risque de vivre des épisodes dépressifs à l'âge adulte.
- ? De nombreux facteurs de risque influencent le développement d'un trouble dépressif. Ils permettent de définir des critères de sélection pour les programmes de prévention.
- ? Peu d'outils d'identification de la dépression chez les adolescents existent, mais ceux qui sont connus présentent des qualités psychométriques intéressantes. Il existe également peu de versions francophones validées de ces outils.
- ? L'utilisation de mécanismes d'identification précoce systématique est régie par une série de critères qui guident la planification d'une telle procédure. Il est important que certaines conditions soient réunies avant d'avoir recours à un dépistage de masse.
- ? Différents types de programmes de prévention furent proposés au cours des années. Chaque type de prévention (universelle, sélective et indiquée) s'est amélioré et a transformé, au fil des expérimentations, la façon d'offrir des activités à chacune de leur clientèle cible respective.
- ? L'efficacité de ces programmes de prévention a pu être démontrée de façon partielle. Considérant les limites de certaines recherches, les recommandations formulées par la suite ont influencé la continuité des travaux dans le domaine.
- ? La thérapie cognitivo-comportementale est plus efficace lors des premiers épisodes de

Dans cette section sont décrites les différentes étapes de la consultation régionale sur la prévention de la dépression chez les jeunes à risque qui s'est déroulée en 2002-2003. Nous présenterons d'abord les participants, puis le déroulement des rencontres. Enfin, nous expliquerons l'analyse du contenu des rencontres et des questionnaires.

1. PROCÉDURE D'INVITATION À LA CONSULTATION RÉGIONALE

Lors de la planification du projet, deux organisations avaient d'abord été ciblées pour y participer : les Centres locaux de services communautaires (CLSC) et les commissions scolaires de la région. Cependant, les intervenants jeunesse et les membres du personnel non enseignant rencontrés ont nommé quelques organisations comme étant des acteurs importants dans la prévention de la dépression chez les jeunes à risque. Les équipes territoriales de pédopsychiatrie ont, entre autres, été mentionnées à plusieurs reprises. Il a également été suggéré d'inclure dans la consultation le Centre jeunesse de Québec et les maisons de jeunes.

Le projet a d'abord été rodé avec le réseau des CLSC. Il a été présenté à la Table des gestionnaires Famille-Enfance-Jeunesse des CLSC de la région 03 au mois d'octobre 2002. Un responsable par CLSC a ensuite été contacté afin de conclure une entente sur la planification d'une rencontre avec les intervenants de l'équipe jeunesse. Cette rencontre pouvait s'insérer à l'intérieur d'une réunion statutaire d'équipe ou être mise à l'horaire de façon autonome.

Une enveloppe personnalisée a été envoyée à chaque intervenant afin qu'il puisse se préparer à la rencontre d'équipe. La documentation transmise comprenait : une lettre invitant l'intervenant à participer à la démarche, un résumé du programme de Diane Marcotte, trois exemples de mécanismes d'identification précoce, un questionnaire sur sa pratique professionnelle auprès des jeunes et sur ses opinions sur le projet, ainsi que deux questionnaires de préparation. Ces derniers avaient pour but de susciter, avant la rencontre, une première réflexion sur deux thèmes principaux : l'utilisation de mécanismes d'identification précoce auprès de jeunes à risque de dépression et l'animation d'un programme de prévention chez les jeunes à risque de dépression. Les exemples de mécanismes d'identification précoce proposés sont l'Inventaire de Beck, la grille d'entrevue de Hamilton et le questionnaire d'observation destiné aux enseignants. Ces trois outils avaient été utilisés par Diane Marcotte lors de la première expérimentation du programme de prévention (Marcotte, 1990). Tous les documents transmis aux intervenants sont regroupés dans les annexes I, II et III. Les différentes versions adaptées du questionnaire quantitatif (CLSC, milieu scolaire, équipes territoriales de pédopsychiatrie et maisons de jeunes) y sont disponibles.

Une démarche semblable a été entreprise auprès des commissions scolaires de la région. Le responsable des services éducatifs, ou une autre personne désignée, était contacté afin de déterminer une date pour la tenue d'une rencontre avec le personnel non enseignant des écoles

secondaires de la commission scolaire. Une documentation personnalisée était également envoyée à chaque membre du personnel avant la tenue de la rencontre. Le questionnaire a été quelque peu modifié afin de l'adapter au milieu scolaire. Les autres documents envoyés étaient les mêmes que ceux transmis aux intervenants des équipes jeunesse des CLSC.

Une entente particulière fut prise avec une commission scolaire où il n'était pas possible de planifier à court terme une rencontre avec l'équipe. La consultation s'est donc déroulée par écrit. Chaque membre du personnel non enseignant a reçu une enveloppe contenant, en plus de la documentation mentionnée plus haut, un résumé de la démarche entreprise. Ils étaient invités à participer à la consultation en répondant aux questionnaires inclus dans l'envoi postal et en les retournant à la responsable de la consultation.

2. PARTICIPANTS

Les rencontres se sont déroulées entre le 19 décembre 2002 et le 31 mars 2003. Au total, huit CLSC et six commissions scolaires ont été rencontrés, en milieux francophones et anglophones. Les tableaux III et IV présentent, pour chaque organisation, le nombre de personnes invitées à participer à la démarche, le nombre de personnes présentes lors de la rencontre et le nombre de questionnaires reçus.

Tableau III. Répartition des intervenants consultés dans chacun des CLSC

	Personnes invitées	Personnes rencontrées	Questionnaires reçus
CLSC 1	15	13	11
CLSC 2	8	8	6
CLSC 3	19	14	8
CLSC 4	12	8	8
CLSC 5	15	8	7
CLSC 6	13	6	7
CLSC 7	8	6	5
CLSC 8	15	8	5
Total	105	71	57

Tableau IV. Répartition des intervenants consultés dans chacune des commissions scolaires

	Personnes invitées	Personnes rencontrées	Questionnaires reçus
Commission scolaire 1	8	6	4
Commission scolaire 2	15	11	3
Commission scolaire 3	16	-	4
Commission scolaire 4	6	6	5
Commission scolaire 5	26	8	9
Commission scolaire 6	7	6	6
Total	78	37	31

Les gestionnaires et les responsables des services éducatifs n'étaient pas tous présents lors de la rencontre avec leur équipe respective. Ils avaient été invités à se joindre à la rencontre puisqu'ils pouvaient apporter un regard différent et des opinions intéressantes sur l'implantation éventuelle d'un programme de prévention de la dépression. Le nombre de questionnaires présenté dans les tableaux I et II ne fait aucune distinction hiérarchique ou de titres d'emploi parmi les personnes présentes aux rencontres. De plus, certaines personnes absentes à la rencontre ont tout de même fait parvenir leur questionnaire rempli à la responsable du projet. Donc, les questionnaires reçus ne proviennent pas nécessairement des intervenants rencontrés, quoique la grande majorité d'entre eux aient répondu au questionnaire.

Vingt-quatre autres intervenants provenant de trois organisations différentes ont été rencontrés. Dix-huit questionnaires ont pu être recueillis lors de la consultation auprès de ces organisations. Le tableau V présente le dénombrement pour ces trois organisations.

Tableau V. Répartition des personnes consultées provenant des organisations partenaires suggérées

	Personnes invitées	Personnes rencontrées	Questionnaires reçus
Équipes territoriales de pédopsychiatrie	5	2	2
Centre jeunesse de Québec	1	1	-
Régional des maisons de jeunes de Québec	30	21	13
Total	36	24	15

Les trois équipes de pédopsychiatrie (Charlevoix, Québec-Métropolitain et Portneuf) ont été contactées, à la suite de la recommandation souvent réitérée par les intervenants. Une des équipes n'a jamais pu être rejointe. Quelques membres d'une autre équipe ont pu être rencontrés et ont rempli les questionnaires. L'autre équipe fonctionnait de manière très rapprochée avec le CLSC au point où ses membres ont été inclus dans l'équipe jeunesse du CLSC. Ils ont donc rempli le questionnaire adapté à cette organisation et non pas celui conçu pour les équipes de pédopsychiatrie. Ces questionnaires ont donc été traités avec ceux du CLSC. Quant à la consultation au Centre jeunesse de Québec, les propos d'une seule personne ont pu être recueillis. Cette personne est agente de planification et de programmation à la direction du développement de la pratique professionnelle. La thématique de la dépression et de la santé mentale était déjà une préoccupation importante pour ce milieu. Une rencontre avait déjà eu lieu au sein de l'équipe animée par la personne rencontrée qui a pu informer les responsables de la consultation des commentaires et des impressions qui avaient alors été formulés. Finalement, les animateurs des maisons de jeunes ayant été mentionnés à plusieurs

reprises comme pouvant être des acteurs dans le programme proposé, le Régional des maisons de jeunes de Québec a été contacté. Ce comité réunit les coordonnateurs de 28 des 30 maisons de jeunes de la grande région de Québec.

Les rencontres réalisées à l'intérieur de ces trois organisations (équipes territoriales de pédopsychiatrie, Centre jeunesse de Québec, Régional des maisons de jeunes) seront présentées plus en détail dans la section sur les résultats.

3. DÉROULEMENT DES RENCONTRES

La durée des rencontres variait de une heure à une heure et demie. Elles avaient toujours lieu dans le milieu de travail de l'équipe rencontrée. Après un tour de table et une présentation des responsables de la consultation, un bref résumé de la démarche et du programme de Diane Marcotte était présenté. Par la suite, les participants étaient invités à exprimer leurs opinions et leurs impressions sur le programme proposé. L'animatrice suggérait de considérer les questionnaires préparatoires sur l'utilisation de mécanismes d'identification précoce et sur l'animation d'un programme de prévention de la dépression chez les jeunes comme un plan pour la discussion. Lorsque les participants semblaient avoir fait le tour de la question ou lorsque le temps était écoulé, l'animatrice faisait une synthèse des éléments formulés par les participants et quelques précisions supplémentaires pouvaient alors être ajoutées. Dans quelques rares endroits, cette synthèse n'a pu être effectuée par manque de temps. Il est arrivé à plusieurs reprises que du temps doive être réservé à la fin de la rencontre pour permettre aux intervenants de remplir le questionnaire à remettre aux responsables de la démarche.

Au cours des rencontres, la prise de notes fut assurée par une des responsables de la démarche. Le corpus de données résultant des rencontres était composé d'une série de paragraphes correspondant à chaque tour de parole. Ces notes manuscrites ont ensuite été saisies sur support informatique afin d'en faciliter l'analyse.

4. ANALYSE DU CONTENU DES RENCONTRES

Le contenu des rencontres a été analysé selon la méthode de Huberman et Myles (1991). Une lecture attentive des notes de chaque rencontre a été effectuée. Une grille de codification a ensuite été confectionnée. Il s'agit d'une série d'idées regroupées sous différents thèmes qui correspondent aux propos recueillis au cours des rencontres. Un code approprié selon la grille fut alors inscrit dans la marge des notes informatisées pour chaque idée différente formulée par les participants. Une révision de la grille a été réalisée afin de s'assurer qu'elle correspondait le plus fidèlement possible aux propos des intervenants. Les codes attribués ont également été vérifiés et changés au besoin. Cette méthode est qualifiée d'inductive puisque les catégories de codes ne sont pas imposées avant la collecte de données. Elles proviennent directement des propos recueillis lors des rencontres. Lorsque la codification fut terminée par une des responsables du projet, une vérification des codes fut réalisée par l'autre responsable afin de tenter d'obtenir un consensus sur les énoncés codés. La grille de codification est présentée à l'annexe IV.

5. ANALYSE DU CONTENU DES QUESTIONNAIRES

Comme il a été mentionné plus haut, le questionnaire quantitatif a été adapté à chaque organisation. Cinquante-sept questionnaires ont été complétés par les intervenants jeunesse des CLSC et trente et un par les membres du personnel non enseignant des commissions scolaires. Dix-huit questionnaires provenant des équipes territoriales de pédopsychiatrie et du Régional des maisons de jeunes ont également été reçus. Les données ont été compilées séparément, par organisation. Le logiciel Epi Info 6.04 a été utilisé afin de saisir les réponses et les analyser.

PRÉSENTATION DES DONNÉES RECUEILLIES À PARTIR DES RENCONTRES ET DES QUESTIONNAIRES

Les pages qui suivent présentent les résultats de la consultation réalisée auprès de différentes organisations de la région de Québec : les CLSC, les commissions scolaires, les équipes territoriales de pédopsychiatrie, le Centre Jeunesse de Québec et le Régional des maisons de jeunes de Québec. Tous ces milieux possèdent une réalité, un fonctionnement et une clientèle qui leur sont propres. La présentation des résultats sera donc effectuée en plusieurs sections.

D'abord, les données quantitatives et qualitatives recueillies dans les CLSC et les commissions scolaires de la région 03 seront exposées de façon parallèle. Cela est justifié par le fait que ces deux milieux travaillent souvent auprès de la même clientèle. De plus, dans plusieurs territoires, il existe déjà un partenariat important entre ces deux instances. Les trois autres organisations seront ensuite présentées séparément afin de rendre compte de leurs particularités.

CLSC ET COMMISSIONS SCOLAIRES

Le tableau VI présente, pour les CLSC et les commissions scolaires de la région, les totaux des personnes invitées, des personnes réellement rencontrées et des questionnaires reçus. Le premier taux de réponse correspond au nombre de personnes rencontrées dans le cadre de la consultation par rapport au nombre total de personnes invitées dans ce milieu. Le second taux correspond aux questionnaires reçus par rapport au nombre total de personnes invitées.

Tableau VI. Répartition totale et taux de réponse des intervenants consultés

	Personnes invitées	Personnes rencontrées	Questionnaires reçus	Taux de réponse (rencontrées/invitées)	Taux de réponse (questionnaires/invitées)
CLSC	105	71	57	68 %	54 %
Commissions scolaires	78	37	31	47 %	40 %

Ces taux de réponse ne permettent pas d'affirmer que les données qui sont exposées sont représentatives de l'ensemble des intervenants jeunesse et du personnel non enseignant de la région de Québec. Il est possible cependant de dire qu'une majorité d'entre eux a été consultée et que les résultats représentent possiblement une forte tendance dans les opinions et les perceptions à l'égard de la prévention de la dépression chez les jeunes à risque. Les résultats exposés dans la présente section proviennent des entretiens de groupe et des questionnaires remplis. Il importe donc de mentionner que les données qualitatives sont toujours issues des rencontres, alors que les données quantitatives proviennent des questionnaires. Cependant, aucune comparaison ne peut être effectuée entre les milieux (CLSC et commission scolaire) ou entre les catégories puisque aucun test statistique n'a été réalisé afin d'établir si la différence est significative ou non. Les données sont fournies à titre indicatif seulement et ne peuvent être généralisées à l'ensemble des intervenants et membres du personnel non enseignant travaillant auprès des adolescents.

Les personnes ayant répondu au questionnaire, majoritairement des participants aux rencontres de consultation, occupaient différents emplois. L'ordre de présentation qui suit correspond à celui utilisé dans le questionnaire et ne représente aucunement un ordre de grandeur. Les participants provenant des CLSC étaient des éducateurs spécialisés, des travailleurs sociaux, des agents de relation humaine, des psychologues, des infirmières, des médecins, des organisateurs communautaires, des intervenants en toxicomanie et des coordonnateurs. Ceux provenant des commissions scolaires étaient des animateurs à la vie spirituelle et à l'engagement communautaire, des conseillers pédagogiques, des psychoéducateurs, des psychologues, des techniciens en éducation spécialisée, des travailleurs sociaux et des administrateurs. Leurs proportions ne seront pas présentées afin de conserver un certain anonymat puisque, pour quelques titres d'emploi, uniquement un ou deux représentants ont répondu au questionnaire.

La majorité des personnes rencontrées avait entre onze et vingt années d'expérience avec les adolescents. Cependant, les intervenants provenant des CLSC étaient plus nombreux en proportion à avoir moins de cinq années d'expérience auprès de cette clientèle. Le tableau VII donne les proportions pour chacune des strates.

Tableau VII. Répartition des intervenants selon leur expérience auprès des adolescents

	CLSC	CS
Moins de 5 ans	29 %	19 %
Entre 5 et 10 ans	16 %	16 %
Entre 11 et 20 ans	32 %	36 %
Plus de 20 ans	23 %	29 %
Total	100 %	100 %

Entre 66 et 71 % des intervenants et des membres du personnel non enseignant questionnés consacraient quatre jours et plus de leur semaine à la clientèle adolescente. La proportion est assez semblable dans les deux milieux. Les taux de personnes travaillant un seul jour par semaine avec les adolescents étaient respectivement de 9 % et 3 % pour les CLSC et les commissions scolaires.

Chaque personne était interrogée sur la répartition de ses tâches (prévention, traitement, réadaptation, administration) au cours de la semaine, et ce, sans distinction de problématiques. Ainsi, une moyenne de la perception du travail réalisé en prévention pour chacun des CLSC et chacune des commissions scolaires a pu être établie. Les intervenants provenant des CLSC perçoivent, en moyenne, que 25 % de leurs tâches hebdomadaires se rapportent à une intervention préventive. Cette proportion varie entre 14 et 43 % selon le territoire. Dans le milieu scolaire, la moyenne est de 20 %. Elle varie entre 9 et 37 % selon la commission scolaire. Le tableau VIII présente, par organisation, les moyennes pour chacune des catégories proposées. Les totaux ne correspondent pas à 100 % parce que les proportions étaient calculées par les participants. Il est donc possible que les données inscrites par une personne ne totalisent pas 100 %. De plus, les questionnaires distribués au personnel non enseignant des commissions scolaires possédaient une catégorie supplémentaire, « autres », représentant 9 % des tâches hebdomadaires.

Tableau VIII. Perceptions des intervenants quant à la répartition de leurs tâches

	CLSC	CS
Prévention	25 %	20 %
Traitement	46 %	37 %
Réadaptation	8 %	15 %
Tâches administratives	18 %	18 %
Total	97 %	90 %

1. PREMIÈRES IMPRESSIONS

Pour les intervenants et les membres du personnel non enseignant rencontrés, la prévention de la dépression est certainement une avenue d'intervention importante. La grande majorité des équipes rencontrées ont mentionné, d'une part, leur enthousiasme à l'égard de la prévention de la dépression chez les adolescents et, d'autre part, leur intérêt pour le programme « Je prends ma vie en main » de Diane Marcotte.

D'abord, la problématique de la dépression chez les jeunes semble être une préoccupation majeure des personnes rencontrées. La prévention dans ce domaine fut qualifiée de hautement pertinente et de nécessaire. Les besoins sont présents chez les jeunes et il semble qu'il y ait trop peu d'interventions préventives dans ce domaine. Plusieurs ont mentionné à quel point il était important d'investir du temps dans l'apprentissage d'habiletés sociales et de communication. L'intervention préventive de type universelle en santé mentale constitue, pour certains, la seule solution possible afin de réduire l'émergence de psychopathologies au cours de l'enfance et de l'adolescence. Selon un des intervenants consultés, ce type d'intervention doit être considéré comme une priorité et parfois même davantage que l'apprentissage des matières académiques.

Au cours de la majorité des rencontres réalisées, la prévention des troubles de l'humeur semblait être une avenue d'intervention privilégiée. Le programme de Diane Marcotte se révélait alors comme une opportunité de faire de la prévention à long terme et d'outiller les jeunes face à leur avenir. Certaines personnes connaissaient déjà le travail de l'auteure du programme et confirmaient l'importance de la problématique autant que la pertinence de recourir à une telle intervention. L'intérêt portait également sur la qualité du matériel inclus dans le programme. Quelques intervenants du milieu scolaire ont même ouvertement affirmé leur volonté de s'engager dans un tel programme. Ces intervenants travaillaient, pour la plupart, dans un contexte scolaire particulier avec des classes à effectif réduit ou avec des jeunes en difficulté (groupe d'élèves avec des troubles d'apprentissage ou troubles du comportement). D'ailleurs, comme le démontre le tableau IX, les données provenant des questionnaires appuient les opinions formulées au cours des rencontres. Les répondants étaient unanimement « plutôt d'accord » ou « tout à fait en accord » avec l'énoncé « J'estime que la prévention de la dépression chez les jeunes à risque est nécessaire », et ce, dans les deux milieux.

Tableau IX. Degré d'accord des participants quant à la nécessité de la prévention de la dépression chez les jeunes à risque

	CLSC	CS
Tout à fait en désaccord	0 %	0 %
Plutôt en désaccord	0 %	0 %
Plutôt en accord	28 %	13 %
Tout à fait en accord	72 %	87 %

Cependant, après avoir formulé un intérêt marqué pour la problématique, presque inévitablement les participants exposaient une embûche ou une interrogation sur la faisabilité de l'implantation du programme. Les premières craintes concernaient, entre autres, le réalisme, le recrutement, la motivation des jeunes, la gestion du programme et l'adaptation à la réalité du milieu scolaire. Ces éléments seront détaillés dans la section présentant les obstacles et les conditions de l'implantation.

Un autre élément soulevé par quelques équipes de CLSC et une commission scolaire concerne le manque d'information sur le contenu du programme et la difficulté de formuler une opinion juste et éclairée sur la faisabilité de son implantation. Une des équipes jeunesse en CLSC a semblé plus désespérée que les autres devant la demande d'exprimer leurs opinions et commentaires sur ce programme. Certaines questions concernant la gestion concrète du programme et sa pertinence ont été formulées à plusieurs reprises par cette équipe.

Plusieurs intervenants et membres du personnel non enseignant ont tout de même tenu à souligner l'importance de cette problématique. Selon eux, les signes et symptômes de la dépression seraient assez fréquents chez les adolescents. Les jeunes auraient de la difficulté à apprécier ce qui les entoure. De plus en plus de jeunes seraient rencontrés par les intervenants pour des problèmes de santé mentale. Certains ont affirmé que la dépression était même une problématique rencontrée presque quotidiennement dans leur milieu. La proportion de l'emploi du temps occupé par cette problématique serait de 20 % pour les membres du personnel non enseignant et de 16 % pour les intervenants jeunesse. La perception de la fréquence de la dépression chez les adolescents concorde avec cette occupation du temps. Dans les deux organisations, le milieu scolaire et les CLSC, la dépression est perçue comme étant plutôt fréquente, et ce, par près de 85 % des personnes interrogées. D'ailleurs, pour plusieurs équipes, le nombre de diagnostics posés et celui des jeunes sous médication dont ils sont témoins confirment l'importance de cette problématique et la nécessité d'intervenir adéquatement.

2. OUTILS D'IDENTIFICATION PRÉCOCE

Dans le processus de consultation, trois mécanismes d'identification précoce ont été proposés. Chacun d'eux a suscité des réactions, mais quelques suggestions d'outils ont également émergé de la discussion avec les participants.

L'Inventaire de dépression de Beck (IDB) était connu de la majorité des gens rencontrés. Plusieurs l'avaient déjà utilisé. Pour certains, c'est un outil concret très apprécié. Quelques mises en garde ont été émises concernant le fait que cet instrument pourrait mal distinguer les jeunes présentant des symptômes. Puisqu'il s'agit d'un questionnaire auto-administré, les jeunes peuvent nier l'existence des symptômes ou, au contraire, avoir l'impression qu'ils les ont tous. De façon générale, l>IDB semblait tout de même apprécié et sa valeur reconnue par l'ensemble des participants.

La grille d'entrevue de Hamilton a suscité moins de commentaires que les autres instruments. Quelques milieux se sont prononcés sur l'outil en affirmant que l'aspect psychosocial n'était

pas assez présent. La grille semblait proposer une analyse davantage médicale. Très peu de participants la connaissaient, alors il était plutôt difficile pour plusieurs de se faire une opinion. Certains intervenants ont mentionné que cette grille permettrait de résoudre les difficultés engendrées par l'Inventaire de dépression de Beck en ce qui concerne l'objectivité des répondants et la précision du diagnostic.

Le troisième instrument proposé, le questionnaire d'observation destiné aux enseignants, a suscité des commentaires assez mitigés. Plusieurs participants ont fait état de leur crainte d'un refus éventuel des enseignants à collaborer à une telle démarche. Le peu de temps disponible et le grand nombre d'enseignants par élèves semblent compliquer l'utilisation de cet outil. Pour certaines classes, le recours au professeur titulaire pourrait aider dans le processus d'identification. Pour plusieurs autres participants, la grille d'observation avait l'avantage d'offrir un regard extérieur, provenant de quelqu'un qui connaît bien les jeunes, ce qui complète bien l'évaluation clinique. Ce questionnaire doit cependant être utilisé pour un jeune déjà ciblé, bien connu par un professeur. Somme toute, les avis sont plutôt partagés sur le recours à un tel questionnaire.

Lorsqu'il était demandé d'ordonner les mécanismes d'identification précoce selon leur préférence, les participants provenant des CLSC ont désigné l'Inventaire de dépression de Beck (IDB) comme premier choix, alors que pour le milieu scolaire, l>IDB et la grille d'entrevue de Hamilton étaient retenus comme premier choix par un nombre égal de personnes. Les résultats ne semblent pas indiquer de tendances fortes dans le choix d'un mécanisme d'identification précoce. Le degré de connaissance des instruments et les préférences bien personnelles de chaque intervenant expliquent possiblement l'impossibilité actuelle d'établir un ordre de préférence sans équivoque.

Il a été mentionné par quelques personnes que les outils suggérés étaient bien connus, mais qu'ils ne les utilisaient pas avec les jeunes. Selon eux, le recours à un questionnaire écrit ne semblait pas fréquent auprès de la clientèle adolescente. Cependant, pour d'autres personnes rencontrées, le Beck, la grille de Hamilton et le questionnaire pour les enseignants constituaient un bon panorama des possibilités actuelles en évaluation. La complémentarité des instruments fut mentionnée quelques fois et reconnue comme étant importante dans l'évaluation des jeunes.

Au cours des rencontres d'équipe, quelques moyens ont été suggérés comme mécanisme d'identification précoce. D'abord, deux activités de sensibilisation offertes dans les écoles ont été nommées comme étant un moyen intéressant de repérer des jeunes en difficulté. La tournée « Solidaires pour la vie » de la Fondation québécoise des maladies mentales est certainement la suggestion qui était partagée par le plus grand nombre de participants à la consultation. Une grande majorité des équipes rencontrées ont affirmé que la prestation de cette activité dans leur école avait provoqué une hausse des consultations dans les semaines suivantes. Quelques jeunes se sentant alors concernés allaient vérifier leur état de santé auprès d'un professionnel présent dans l'école. Les effets de cette rencontre de sensibilisation semblaient être très appréciés par les intervenants puisque cela leur permettait de rencontrer des jeunes qu'ils n'auraient

possiblement jamais vus autrement. Une seconde activité fut proposée par un milieu. Il s'agit de celle offerte par la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM), qui s'intitule «Les préjugés... j'en connais pas». La sensibilisation aux maladies mentales semblait être une façon intéressante et appréciée d'identifier les jeunes à risque.

Le recours à un questionnaire rempli par les parents fut également suggéré à quelques reprises au cours de la consultation. Cependant, les avis sont plutôt partagés concernant un tel outil. Certains affirment que les parents sont parmi les premiers à percevoir les signes et les symptômes de dépression chez leur enfant et qu'ils peuvent enrichir l'évaluation réalisée par le professionnel. Cette information ne doit pas, par contre, être recueillie de n'importe quelle façon. Quelques intervenants ont ajouté que le questionnaire devrait être rempli lors d'une rencontre avec les parents afin d'éviter de perdre le contrôle en l'envoyant à la maison.

Il a été mentionné à quelques reprises que seuls les critères du DSM-IV étaient utilisés afin de poser un diagnostic. Le SAD PERSON fut alors suggéré par un des milieux rencontrés comme un outil intéressant. Il s'agit d'un abrégé de la grille de Hamilton qui réunit les principaux critères du DSM-IV. Le questionnaire de Zung (1965) fut également proposé comme un outil rapide et facile à remplir par les jeunes. Finalement, le rôle des pairs dans l'identification des jeunes présentant des signes et symptômes fut mentionné comme étant également une source d'information intéressante par une des équipes.

3. FONCTIONNEMENT DE L'IDENTIFICATION PRÉCOCE

La responsabilité de la réalisation de l'identification précoce des jeunes à risque de dépression a suscité plusieurs interrogations dans la plupart des milieux. La façon d'intégrer cette étape du programme aux activités régulières semblait plutôt abstraite. Plusieurs personnes rencontrées ont affirmé que les enseignants étaient probablement les plus aptes à identifier les jeunes en difficulté puisqu'ils les connaissaient bien et qu'ils passaient avec eux plus de temps que les intervenants de l'école ou du CLSC. Cet avis était partagé par quelques équipes d'intervenants jeunesse des CLSC. Une équipe du milieu scolaire a cependant ajouté que les références provenant des enseignants concernaient habituellement des jeunes plus dérangeants et que ceux présentant des symptômes dépressifs passaient plutôt inaperçus. Le personnel non enseignant de quelques commissions scolaires rencontrées ne voyait aucun inconvénient à réaliser l'identification précoce des jeunes pour un tel programme de prévention de la dépression. Certaines équipes de CLSC ont également appuyé cette idée. Les tableaux X et XI présentent, pour chaque organisation, les différents titres d'emploi nommés pouvant participer à l'identification des jeunes. Plusieurs choix pouvaient être faits par le même participant, ce qui explique que les pourcentages ne soient pas cumulatifs. Chaque pourcentage représente la proportion d'intervenants de cette organisation qui affirment que tel ou tel titre d'emploi est outillé pour réaliser l'identification précoce des jeunes à risque de dépression. Il importe d'ajouter que la question précisait «dans votre équipe». Cette formulation peut avoir biaisé les réponses fournies par les participants. Ainsi, une équipe où il n'y avait pas de psychologue ne pouvait pas effectuer ce choix. Puisque très peu de psychologues travaillent dans les CLSC de la région de Québec, il est possible de supposer que les résultats représentent davantage une

réponse hypothétique : si un psychologue était présent dans mon CLSC, je crois qu'il serait outillé pour identifier les jeunes à risque de dépression.

Tableau X. Perceptions des équipes jeunesse des CLSC quant aux différents intervenants outillés pour réaliser l'identification des jeunes

CLSC	Identification des jeunes
Éducateur-trice spécialisé-e	68 %
A.R.H. / T.S.	90 %
Psychologue	75 %
Infirmier-ière	84 %
Médecin	86 %
Organisateur-trice communautaire	16 %
Nutritionniste / Technicien-ne nutrition	16 %
Hygiéniste dentaire	9 %
Orthophoniste	11 %
Autre	5 %

Tableau XI. Perceptions du personnel non enseignant quant aux différents intervenants outillés pour réaliser l'identification des jeunes

Commissions scolaires	Identification des jeunes
Animateur-trice vie spirituelle et engagement communautaire	42 %
Conseiller-ère d'orientation	32 %
Conseiller-ère pédagogique	0 %
Orthopédagogue	23 %
Orthophoniste	3 %
Psychoéducateur-trice	55 %
Psychologue	100 %
Technicien-ne en éducation spécialisée	42 %
Travailleur-se sociale	72 %
Autre	13 %

Les intervenants en toxicomanie et les surveillants-éducateurs ont également été désignés pour participer à cette étape du programme. Une personne interrogée par questionnaire a répondu

que tous les intervenants qui travaillaient avec les adolescents pouvaient être mis à contribution dans l'identification des jeunes à risque de dépression.

Une fois ces jeunes identifiés, quelques participants à la consultation ont discuté de l'importance des entretiens individuels avec eux. Il en était d'abord question comme d'une nécessité *avant la participation à un groupe* de prévention. La rencontre individuelle deviendrait alors une préparation au groupe et une façon de mieux évaluer et connaître le jeune. Il serait alors possible d'utiliser les questionnaires proposés dans le cadre d'une entrevue structurée. D'autres personnes ont affirmé que les rencontres individuelles devaient être *complémentaires au programme en groupe*. L'intervenant deviendrait alors un motivateur. De plus, les notions présentées lors des rencontres de groupe pourraient être reprises avec l'intervenant. Enfin, certains étaient plus catégoriques en affirmant que l'entretien individuel devrait être un *substitut au groupe*, en ce sens qu'il serait plus approprié pour les jeunes. Selon eux, les jeunes apprécient les rencontres individuelles ponctuelles, alors que les rencontres de groupe leur paraissent plus intimidantes.

Au cours de la consultation, l'expression « mécanisme d'identification précoce » rimait, pour plusieurs, avec dépistage de masse. Il a été fréquemment mentionné que le repérage des jeunes ne devait pas se faire à l'aide d'un dépistage de masse. Plusieurs personnes rencontrées étaient perplexes devant la systématisation de cette étape du programme. L'exigence du temps nécessaire à l'administration et à la correction des questionnaires constituait une limite importante pour certains. De plus, une telle façon de procéder comprend des risques importants d'identifier un nombre considérable de « faux positifs ». Les fluctuations normales de l'humeur quotidienne peuvent influencer grandement le nombre de ces faux diagnostics. Malgré l'opposition marquée au dépistage de masse, quelques-uns y ont apporté des nuances en affirmant que si ce type de repérage est rejeté, seuls les jeunes qui font la démarche d'aller rencontrer les intervenants seront aidés. Une variante du dépistage de masse fut proposée par une équipe qui effectuait déjà un repérage systématique des jeunes à risque. Dans ce milieu, une passation dans les cours est réalisée, de façon à atteindre tous les jeunes, mais la réponse au questionnaire est volontaire. Il reste que, malgré ces quelques milieux favorables à l'identification précoce de type dépistage de masse, la majorité des personnes rencontrées s'y opposait ou formulait des réserves importantes face à son utilisation en milieu scolaire.

L'alternative au dépistage de masse est alors devenue l'identification des jeunes parmi la clientèle actuelle des intervenants des CLSC et de la commission scolaire. Presque l'ensemble des milieux ont affirmé qu'il était possible d'utiliser cette méthode afin de trouver des participants à un éventuel groupe de prévention de la dépression. Quelques-uns en avaient même déjà repérés et étaient prêts à démarrer le programme. Cependant, une équipe a formulé quelques réserves concernant la volonté et la motivation de ces jeunes à s'engager dans un tel groupe à court terme lorsque l'objet du groupe ne correspond pas directement au motif de la consultation. De plus, une autre équipe a affirmé qu'il y avait dans leur milieu des jeunes qui pourraient potentiellement participer au groupe, mais probablement pas suffisamment au même moment pour démarrer un groupe complet.

Quelques intervenants ont suggéré d'autres alternatives au repérage de masse et à l'identification à l'intérieur de la clientèle actuelle. Ainsi, un programme comme celui proposé pourrait être offert à des jeunes présentant déjà une problématique particulière, ce qui les rend à risque de développer un trouble dépressif. Les jeunes décrocheurs, ceux en période de stress ou de bouleversements intenses, les jeunes sous la protection de la jeunesse ou ceux ayant un parent souffrant d'un problème de santé mentale sont parmi les clientèles à risque nommées au cours de la consultation. Il a également été mentionné que le fait de cibler une clientèle particulière serait moins décourageant pour les intervenants par rapport à la mise en place d'un tel programme. Cela permettrait de mieux cibler l'action et de centrer les énergies aux endroits les plus profitables.

4. *PERCEPTIONS FACE À L'IDENTIFICATION PRÉCOCE*

Un des principaux avantages perçus de l'utilisation de mécanismes d'identification précoce est la prévention du suicide. Plusieurs participants aux rencontres de consultation ont affirmé que ce processus permettrait de fournir une aide plus adéquate et plus rapide afin de prévenir une aggravation des symptômes, une récurrence ou des comportements suicidaires. L'identification permet également d'offrir de l'aide aux jeunes trop timides ou à ceux qui s'isolent à cause de leur dépression. L'élève est donc le premier à profiter d'une telle identification, ainsi que son entourage. D'ailleurs, les parents peuvent ressentir un certain réconfort de savoir que leur jeune peut recevoir une aide appropriée avant que la situation ne s'aggrave. Il peut également en émerger une certaine conscientisation des personnes significatives pour le jeune. La majorité des bénéfices constatés à l'identification l'ont été par les membres du personnel non enseignant des commissions scolaires.

En contrepartie, plusieurs désavantages ou perceptions plus négatives de l'identification ont été énoncés par les équipes rencontrées. Deux principales craintes se sont présentées de façon récurrente au cours de la consultation : le risque de stigmatisation et l'inquiétude devant le nombre de jeunes potentiellement identifiés sans pouvoir offrir de services par la suite. D'abord, l'impact d'une identification positive pour le jeune, mais également pour son entourage, a provoqué plusieurs interrogations. Le jugement des pairs pourrait avoir un impact important sur l'estime de soi d'un jeune, ce qui pourrait diminuer grandement sa volonté de s'engager dans un processus d'aide. Certaines personnes ont précisé que la taille de la population d'une école pouvait réduire ou augmenter ce risque de stigmatisation. Ainsi, l'identification d'un jeune provenant d'une grande polyvalente présenterait un moindre risque, contrairement aux petites écoles secondaires où les jeunes sont davantage connus les uns des autres.

Plusieurs équipes ont également mentionné leur crainte devant le nombre de cas qui pourraient être repérés si l'identification devenait systématique. Les intervenants doivent être disponibles afin d'offrir du soutien à ces jeunes identifiés comme étant à risque de développer un trouble dépressif. Le milieu doit également être en mesure d'assurer un suivi auprès des jeunes identifiés qui ne participent pas au programme pour cause de refus, de conflit d'horaire ou pour toute autre raison. De plus, il faut que les intervenants puissent offrir une disponibilité

pour des consultations individuelles lorsqu'il n'y a pas d'ouverture de groupe à court terme. Plusieurs personnes ont mentionné l'évident conflit éthique dans le fait de réaliser une identification précoce et de ne pouvoir intervenir par la suite par manque de ressources.

5. *DIFFICULTÉS LIÉES À L'IDENTIFICATION PRÉCOCE*

Plusieurs équipes consultées s'entendent pour dire qu'une difficulté majeure de l'identification précoce chez les adolescents concerne la présence de comorbidités avec la dépression. Certains intervenants l'ont mentionné, la dépression est rarement présente seule, ce qui complique même l'évaluation et le diagnostic lors d'entrevues cliniques. Une grande proportion des milieux ont mentionné l'importance de vérifier la présence de consommation abusive d'alcool ou de drogues lors de l'évaluation des adolescents à risque de dépression. Quelques intervenants s'interrogent sur la relation entre la dépression et la consommation en affirmant que l'une ou l'autre peut être la cause de la seconde. D'autres éléments doivent également être considérés dans l'identification, dont l'agressivité, le fait de vivre dans un milieu dysfonctionnel ou avec un parent souffrant d'un trouble mental. La présence de troubles associés ou de situations particulières peut donc venir embrouiller le processus d'identification.

Une autre difficulté importante soulevée par les intervenants concerne la confusion qui existe entre les manifestations dépressives et les fluctuations normales de l'humeur à l'adolescence. Selon les personnes consultées, cette difficulté à distinguer les deux états se retrouve parfois chez les parents et parfois chez les intervenants. La famille peut avoir tendance à dramatiser les émotions tristes et passagères de leur enfant ou encore à considérer des symptômes dépressifs comme une crise d'adolescence normale. Certains intervenants se sont interrogés sur l'aspect transitoire de ces manifestations et sur la façon de les différencier des symptômes du trouble dépressif. Certains ont évoqué l'impact majeur que pouvaient avoir les relations amoureuses à l'adolescence sur l'humeur quotidienne. Cependant, la résilience et la capacité des adolescents à se remettre rapidement sur pied furent mentionnées à quelques reprises comme une difficulté additionnelle à l'identification précoce. Ainsi, plusieurs milieux ont fait mention de la possibilité d'un état dépressif situationnel. Un jeune se présentant à un intervenant de l'école en grande détresse peut se sentir beaucoup mieux quelques heures plus tard. L'aide appropriée pour lui est alors le simple fait de parler plutôt que de participer à un groupe structuré. Il importe de savoir différencier ces manifestations afin d'offrir le soutien requis.

Quelques difficultés ont également été mentionnées concernant les critères utilisés pour faire l'identification. Certains intervenants s'interrogeaient sur l'utilisation de critères d'identification différents selon une approche préventive ou curative du programme. Les outils proposés suscitaient certaines questions quant aux scores de coupure à utiliser afin de repérer des jeunes à risque de développer un trouble dépressif. Il semblait être important d'avoir des indications claires afin de distinguer les jeunes selon la gravité de leurs symptômes et de pouvoir les référer vers l'intervention la plus adéquate. Pour un des milieux défavorisés rencontrés, les outils proposés n'étaient d'aucune utilité puisque les jeunes de ce milieu cumulent un amalgame de facteurs de risque. Selon les critères proposés pour identifier les jeunes, la très grande majorité de leur clientèle serait ciblée pour participer à ce programme.

6. *MOMENT DE LA PRESTATION DU PROGRAMME*

Trois principales plages de l'horaire scolaire régulier ont fait l'objet de discussions concernant le moment de la prestation du programme. Chacune présentait des avantages et des inconvénients pour les participants à la consultation. La faisabilité d'implanter un programme pendant les cours, durant la période du dîner ou à l'extérieur des heures de classe varie énormément d'une école à l'autre. L'expérience de chaque établissement dans l'implantation de programmes de prévention semble être un élément important dans l'ouverture de l'école en ce qui a trait au moment de la prestation d'un nouveau programme.

D'abord, concernant l'implantation du programme pendant les heures de classe, les opinions sont très partagées. Le risque de stigmatisation est nommé par certains comme étant un obstacle important. Le fait que le jeune doive s'absenter de ses cours pour participer à un groupe thérapeutique pourrait devenir un sujet de moqueries de la part des pairs. Certains ont également fait mention de la réticence des enseignants à soustraire des étudiants à leurs cours. D'ailleurs, une personne rencontrée relatait une expérience semblable qui avait effectivement été mal acceptée dans l'école. De plus, pour quelques milieux, il semble devenu impossible de réaliser de telles activités pendant le temps de classe. L'organisation du groupe avec des jeunes provenant de plusieurs classes avec des horaires différents peut également devenir un obstacle à la prestation du programme pendant les cours. Pour d'autres milieux, la possibilité et la nécessité d'implanter le programme pendant les heures de classe ne font aucun doute. Plusieurs ont fait état d'expériences fructueuses variant de six à vingt rencontres avec des groupes de jeunes identifiés. L'animation, à ce moment de la journée, serait plus facile pour certains intervenants, tout en facilitant l'assiduité et la persévérance des jeunes qui y participent. L'ouverture des écoles semble montrer une grande variabilité selon les territoires.

Le même scénario se reproduit lorsqu'il est question d'implanter le programme pendant la période du dîner. Pour certaines écoles, cela semble inscrit dans les mœurs alors que pour d'autres, cela demeure impossible. Certains disposent d'une plus longue période, pouvant aller jusqu'à 90 minutes, ce qui facilite l'organisation d'activités à ce moment de la journée. Quelques expériences sont d'ailleurs relatées par des intervenants provenant de deux CLSC. Cependant, l'importance pour les jeunes d'être avec leurs amis et les nombreuses réunions des intervenants représentent des obstacles importants, principalement pour les milieux scolaires. La possibilité d'avoir recours à cette période de la journée semble donc être variable également selon les écoles.

Les embûches et les interrogations quant à la prestation du programme à l'extérieur des heures de classe sont également nombreuses. D'abord, quelques intervenants ont mentionné la difficulté de maintenir la motivation et la persévérance des jeunes après les heures régulières d'école. De plus, le risque de stigmatisation représente encore un obstacle puisque les jeunes inscrits au groupe devront rester plus longtemps à l'école, ce qui pourrait occasionner une certaine mise à l'écart par les pairs. Pour plusieurs de ces jeunes, les difficultés scolaires sont déjà importantes, ce qui a amené un intervenant à craindre l'impact de la participation à un groupe deux soirs par semaine. Il s'agit alors d'une demande supplémentaire pour ces jeunes

déjà en difficulté. Un argument mentionné à plusieurs reprises par les équipes rencontrées est le problème du transport. Ce problème touche surtout les territoires en périphérie. Il en sera davantage question dans la section sur les obstacles liés à l'implantation. Certains milieux ont suggéré de réaliser des activités la fin de semaine. Un CLSC offre déjà des activités à ce moment et les jeunes apprécient et participent en grand nombre. Lorsque cette possibilité était discutée avec d'autres équipes, la reconnaissance du temps de travail et le recrutement des intervenants intéressés par cette plage horaire semblaient être problématiques. Quelques milieux ont tout de même mentionné que la prestation du programme après les heures de classe était possible et que des ententes pouvaient exister avec les parents ou des membres du personnel de l'école afin de surmonter certaines embûches mentionnées.

7. ANIMATION DU PROGRAMME

Quelques titres d'emploi ont été nommés au cours de la consultation afin de réaliser cette tâche. Le psychologue est certainement la personne la plus reconnue pour réaliser l'animation d'un tel groupe. Quelques craintes concernant le double rôle du psychologue en individuel et avec le groupe ont tout de même été soulignées. Ainsi, il pourrait devenir délicat d'intervenir auprès du même jeune dans ces deux contextes à la fois. Les techniciens en éducation spécialisée, les psychoéducateurs et les conseillers d'orientation ont également été suggérés pour animer le programme. En CLSC, ce sont principalement des intervenants psychosociaux qui sont nommés. Dans une équipe jeunesse de CLSC, un bref débat s'est engagé sur l'animation par le personnel médical (infirmières, médecin, etc.) ou par les intervenants psychosociaux (travailleurs sociaux, psychologues, éducateurs). Il fut conclu que la formation de ces derniers leur permettait d'animer ce genre de programme. D'ailleurs, les résultats provenant des questionnaires vont dans le même sens. Les tableaux XII et XIII présentent les proportions dans lesquelles les intervenants énumérés sont perçus comme étant outillés pour réaliser l'animation d'un programme de prévention de la dépression. La mise en garde réalisée plus tôt s'applique également à ces deux tableaux. La question posée concernait les membres « de votre équipe ». Il est donc possible que les résultats ne représentent pas la totalité des opinions des gens consultés, mais plutôt la réalité des ressources disponibles.

Tableau XII. Perceptions des équipes jeunesse des CLSC quant aux différents intervenants outillés pour réaliser l'animation du programme

CLSC	Animation du groupe
Éducateur-trice spécialisé-e	47 %
A.R.H. / T.S.	90 %
Psychologue	73 %
Infirmier-ière	57 %
Médecin	36 %
Organisateur-trice communautaire	7 %
Nutritionniste / Technicien-ne nutrition	0 %
Hygiéniste dentaire	0 %
Orthophoniste	0 %
Autre	2 %

Tableau XIII. Perceptions du personnel non enseignant quant aux différents intervenants outillés pour réaliser l'animation du programme

Commissions scolaires	Animation du groupe
Animateur-trice vie spirituelle et engagement communautaire	40 %
Conseiller-ère d'orientation	12 %
Conseiller-ère pédagogique	0 %
Orthopédagogue	3 %
Orthophoniste	0 %
Psychoéducateur-trice	53 %
Psychologue	100 %
Technicien-ne en éducation spécialisée	27 %
Travailleur-se social-e	67 %
Autre	7 %

Le constat le plus clair concernant l'animation du programme est qu'elle doit se faire de façon conjointe par un intervenant du CLSC et un membre du personnel non enseignant de l'école. Cette coanimation est souhaitable et même nécessaire pour la majorité des milieux rencontrés, autant pour les équipes de CLSC que pour le personnel non enseignant. D'ailleurs, lorsque les participants étaient interrogés sur la coanimation du programme, la réponse était unanime, sauf pour une commission scolaire. Les intervenants étaient presque tous d'accord sur la nécessité des deux animateurs. Cela semblait essentiel pour eux. Cette façon de fonctionner permettrait d'aider un jeune rapidement si une crise se produisait au cours d'une rencontre. Une seule commission scolaire était d'avis que l'animation devait se faire en solo. La

disponibilité des ressources humaines semblait être l'argument favorisant ce type d'animation. Les résultats quantitatifs présentent sensiblement le même profil. Les répondants ont choisi majoritairement l'animation réalisée par deux personnes comme méthode d'animation privilégiée, devant « deux animateurs à tour de rôle » et « un animateur seul ».

Quelques éléments particuliers à considérer dans la sélection des animateurs ont été mentionnés par deux CLSC. D'abord, pour un de ces CLSC, l'animation par quelqu'un provenant de l'extérieur du réseau de la santé ou du réseau scolaire semblait être un critère important. Ce type d'animateur permettrait de garder un niveau de confidentialité important et d'éviter de confondre le rôle d'animateur et celui de thérapeute. Il faudrait alors porter une attention particulière au suivi avec les jeunes participant au programme. Le second CLSC proposait que l'animation soit réalisée par un homme et une femme. Ainsi, les deux modèles seraient présents. Les participants pourraient alors s'identifier à un ou l'autre des animateurs.

8. OBSTACLES À L'IMPLANTATION

Plusieurs obstacles ont été relevés au cours de la consultation. Ils se présentent en deux catégories principales : les obstacles liés au milieu et ceux liés au programme. Le tableau XIV présente un bref aperçu des éléments exposés dans la présente section.

Tableau XIV. Obstacles liés au milieu d'implantation et au programme

Milieu	Programme
Absence de collaboration interorganisation	Intensité du programme
Problématique de la dépression négligée	Composition des groupes
Risque quant au bris de la confidentialité	Langue du programme
Peu de temps disponible à la prévention	
Impacts de la réforme de l'éducation	
Difficultés liées au transport	

8.1 Obstacles liés au milieu

8.1.1 Absence de collaboration interorganisation

Les liens entre les différents partenaires, particulièrement les CLSC et les commissions scolaires, deviennent parfois un obstacle à l'implantation de programmes de prévention comme celui proposé. Quelques équipes ont mentionné la difficulté d'effectuer un suivi et de conserver une continuité dans l'intervention entre le milieu scolaire et le CLSC, et ce, dans un sens ou dans l'autre. Pour un territoire, ce sont les nombreux changements de personnel scolaire qui causent le plus de difficultés. Pour un autre, c'est la difficulté de pouvoir discuter avec les intervenants du CLSC puisqu'ils sont peu présents à l'école. Il y a également, dans un

territoire différent, la crainte du nombre de références qui seront faites par le personnel scolaire vers le CLSC, comme cela s'est déjà produit dans un autre projet. Une des commissions scolaires semblait présenter davantage de difficultés dans les liens avec le CLSC. Cette équipe scolaire signalait recevoir peu d'offres de collaboration aux programmes mis en place par le CLSC. Il était difficilement envisageable pour cette équipe de travailler en concertation.

8.1.2 Problématique de la dépression négligée

Une autre condition actuelle rendant difficile l'implantation du programme est le peu de priorité mis sur la problématique de la dépression, comparativement aux troubles du comportement. Les jeunes présentant des symptômes de dépression dérangent peu dans les salles de cours et sont parfois oubliés. Ils ne reçoivent alors aucune intervention, ce qui a été déploré par quelques intervenants. Ces jeunes ne font pas partie des priorités puisqu'ils ne nuisent pas au bon fonctionnement de la classe.

8.1.3 Risque quant au bris de la confidentialité

L'aspect de la confidentialité fut également souligné par quelques équipes. Il a d'abord été abordé sous l'angle des intervenants. Une personne rencontrée s'interrogeait sur le partage de l'information à l'intérieur d'une école et sur la façon dont ce serait géré entre les animateurs et les professionnels gravitant autour du jeune. La confidentialité semblait également représenter une certaine difficulté dans les petites communautés où les gens se connaissent beaucoup. Peu de gens veulent alors partager leurs expériences personnelles à l'intérieur d'un groupe. Il a été mentionné, dans un seul territoire, que les parents remplissaient rarement les feuilles de consentement. Il semblait être très difficile d'accepter de discuter de ce genre de sujet pour certains milieux.

8.1.4 Peu de temps disponible pour la prévention

Dix des quinze équipes rencontrées s'entendent pour dire qu'il y a très peu de place pour la prévention dans l'ensemble des interventions offertes aux jeunes. Pour certains milieux, l'intervention curative occupe la totalité des disponibilités des intervenants dans les écoles. De plus, selon une équipe, la mode des groupes d'entraide est passée. Les interventions individuelles sont devenues la norme. Une activité ponctuelle de prévention peut avoir lieu dans l'année, mais il n'y a pas de temps pour un programme comprenant de multiples rencontres. Plusieurs ont mentionné à quel point leur action se situait la plupart du temps au niveau de l'urgence. Le manque de ressources corrèle très fortement avec cette difficulté. Il en sera question dans la section sur les conditions de succès de l'implantation.

8.1.5 Impacts de la réforme de l'éducation

Cet élément fut abordé exclusivement par les commissions scolaires. Il s'agissait alors plutôt d'interrogations quant à l'implantation de programmes de prévention dans les années à venir,

puisque l'impact réel de la réforme n'était pas encore connu. Le rôle des psychologues scolaires, d'une part, et le type d'interventions qui sera privilégié, d'autre part, suscitaient plusieurs questions. Les opinions semblaient, malgré tout, plutôt optimistes quant à la souplesse et à l'ouverture que permettra cette réforme dans les écoles secondaires.

8.1.6 Difficultés liées au transport

Comme il a été abordé dans la section traitant du moment de la prestation du programme, le transport constitue un obstacle majeur à la réalisation d'activités après les heures de classe pour plusieurs milieux. Particulièrement pour les territoires plus éloignés ainsi que pour la communauté anglophone, l'organisation du transport devient une embûche réelle. Même certains territoires desservis par le réseau de transport en commun considèrent cet élément comme un problème. La collaboration des parents fut suggérée par certains comme étant une solution partielle. Comme il sera présenté dans les conditions de succès de l'implantation, cette collaboration est fortement souhaitée par plusieurs milieux, mais de nombreux doutes quant à la faisabilité de celle-ci sont également formulés.

8.2 *Obstacles liés au programme*

8.2.1 Intensité du programme

Les opinions sur l'intensité du programme « Je prends ma vie en main » furent exprimées de façon unanime par toutes les équipes d'intervenants en CLSC et par cinq équipes sur six provenant des commissions scolaires. Deux caractéristiques du programme étaient ciblées : les deux rencontres hebdomadaires et le nombre total de rencontres. La faisabilité de la tenue de deux rencontres par semaine semblait quasi nulle pour plusieurs intervenants rencontrés, et ce, peu importe le moment de la prestation du programme. Que ce soit pendant les heures de cours, au dîner ou après les classes, le temps nécessaire à la planification et à l'organisation de ces deux rencontres par semaine est jugé trop élevé. L'exigence de temps fut évoquée autant pour les professionnels que pour les jeunes. Plusieurs participants ont également mis en doute le réalisme du nombre total de rencontres du programme. Les réactions étaient sans équivoque sur cette question. Il était clair pour la très grande majorité que la réalisation de seize rencontres était irréaliste et impossible dans le contexte scolaire actuel. Ainsi, le peu d'heures de présence à l'école par semaine de certains intervenants ne permet pas d'investir du temps dans un programme de cette ampleur. Malgré tout, quelques-uns reconnaissaient que cette intensité était identifiée comme un gage de succès dans la littérature scientifique. Pourtant, ils ont clairement exprimé que la réalité de leurs milieux comportait des exigences difficiles à concilier avec les recherches scientifiques.

8.2.2 Composition des groupes

Plusieurs participants à la consultation ont exprimé des doutes quant à la faisabilité et aux risques associés à la composition des groupes de jeunes présentant des symptômes dépressifs. D'abord, certains ont affirmé que les préjugés encore vivants concernant les problèmes de

santé mentale pourraient nuire à la participation des jeunes. Ceux-ci ne veulent pas être vus en présence d'un intervenant de l'école. Les jeunes craignent le jugement de leurs pairs et ceci aurait un impact important sur leur motivation à s'engager dans un groupe thérapeutique.

De nombreux commentaires furent émis concernant la motivation des jeunes à participer aux groupes. Leur réticence semble un obstacle majeur à la réalisation d'activités dans les écoles secondaires. Quelques intervenants ont même constaté des taux de participation presque nuls à certaines activités parascolaires habituellement très en demande. Il serait de plus en plus difficile de former des groupes avec les adolescents. Les intervenants doivent faire des rappels pour les rendez-vous à plusieurs reprises, et malgré cela une baisse d'intérêt pour les rencontres a été maintes fois remarquée par le personnel. Un intervenant a affirmé que, la plupart du temps, les jeunes les plus motivés à participer sont ceux qui en ont le moins besoin. Somme toute, la plupart des expériences de programmes de prévention en groupe signalées par les participants à la consultation semblent avoir démontré un taux d'attrition assez élevé. Considérant le nombre de jeunes suggéré pour former un groupe dans le programme, cette difficulté peut mettre la survie du groupe sérieusement en danger.

Une autre difficulté liée à la composition des groupes concerne le nombre de jeunes nécessaire pour créer un groupe. Pour quelques milieux, il semblait difficile d'atteindre la suggestion de six à huit jeunes par groupe. Certaines petites écoles présentent un problème évident de masse critique où il est impossible d'espérer regrouper assez de jeunes au même moment. Dans un autre territoire, les intervenants rencontrés semblaient au contraire plutôt surpris du petit nombre requis pour démarrer un groupe. Selon eux, il serait difficile d'installer une dynamique intéressante sans offrir le programme à un nombre plus important de jeunes. Tout comme d'autres obstacles mentionnés, il semble que la façon d'envisager une embûche à l'implantation soit colorée par les caractéristiques distinctives de chaque milieu.

Enfin, quelques intervenants se sont interrogés sur l'intérêt des garçons à participer à un tel programme. Selon eux, les groupes de soutien de type thérapeutique semblent davantage répondre aux besoins des filles en proposant des activités de discussion, d'introspection et de reconnaissance de ses émotions. Les garçons auraient tendance à extérioriser leur sentiment dépressif dans l'action. Certains d'entre eux peuvent ne pas se sentir concernés par ce genre de programme.

8.2.3 Langue du programme

Pour le milieu anglophone, la langue du programme représentait un obstacle important à l'implantation dans les écoles de la commission scolaire. Une adaptation ou l'utilisation du programme original serait plus appropriée.

9. *CONDITIONS D'IMPLANTATION DU PROGRAMME*

Plusieurs éléments importants à considérer dans l'implantation du programme ont été formulés au cours de la consultation. Encore une fois, les conditions proposées se présentent

selon deux catégories : l'organisation interne du milieu et les liens avec les partenaires. Le tableau XV présente une synthèse de ces deux catégories.

Tableau XV. Conditions d'implantation liées à l'organisation interne et aux partenaires

Organisation interne	Partenaires
Favoriser l'acceptation du programme dans l'école	Collaboration avec les équipes territoriales de pédopsychiatrie
Faire du programme un projet d'organisation prioritaire	Collaboration avec les CLSC
Prévoir des périodes de sensibilisation et de formation	Collaboration avec les commissions scolaires
Avoir du temps dégagé ou de nouvelles ressources	Collaboration avec les organismes communautaires
Présenter le programme de façon positive	Définir les rôles de chaque partenaire
Proposer un volet pour les parents	
Offrir le programme à un certain groupe d'âge	

9.1 Conditions liées à l'organisation interne

9.1.1 Favoriser l'acceptation du programme dans l'école

Quelques milieux ont discuté de la façon d'aborder l'école et d'y faire accepter un tel programme. D'abord, il semble que le conseil d'établissement soit une instance à consulter ou du moins à informer de la démarche d'implantation. Comme il sera dit plus loin, les parents doivent participer à l'organisation afin de faire du programme un réel projet de milieu. D'ailleurs, un autre élément pouvant faciliter l'implantation serait d'intégrer le programme dans le plan de réussite de l'école. Une commission scolaire en particulier, où un responsable des services complémentaires était présent à la rencontre, a souligné l'importance d'inclure un programme comme celui-ci dans le plan de réussite et d'en faire un outil favorisant le succès scolaire. Dans la même logique, il a également été suggéré que la participation au programme puisse être ajoutée au plan d'intervention de certains élèves. De la même façon que les jeunes présentant un trouble dyslexique peuvent participer à des programmes spéciaux, les adolescents présentant des signes et symptômes de dépression pourraient bénéficier d'une aide plus spécifique à leurs besoins.

9.1.2 Faire du programme un projet d'organisation prioritaire

Il semble clair pour plusieurs équipes rencontrées qu'un tel programme ne peut survivre dans un milieu sans un appui et une volonté des directions d'école et des gestionnaires de CLSC de faire de la problématique de la dépression une priorité. Quelques exemples de programmes qui

fonctionnent bien furent rapportés par les participants. La volonté de l'école et la présence d'un projet unificateur impliquant plusieurs acteurs semblent être des gages de succès. Des conditions d'implantation claires sont essentielles lorsqu'un nouveau projet est introduit dans une école. Sans celles-ci, les programmes sont mis en place un an ou deux et les jeunes ainsi que les intervenants se blasent d'investir dans des entreprises qui ne durent pas. La stabilité est très importante. La problématique de la dépression semble être déjà une priorité pour plusieurs intervenants. Cependant, certains ont mentionné qu'il ne revenait pas à eux de prendre la décision d'implanter un programme comme celui proposé. Cela doit devenir une priorité d'intervention pour les organisation scolaires afin de mettre en place les conditions de succès nécessaires à l'implantation.

9.1.3 Prévoir des périodes de sensibilisation et de formation

Plusieurs recommandations quant à la sensibilisation du milieu scolaire et à la formation du personnel ont été formulées. D'abord, une majorité de milieux ont mentionné à quel point il serait important de sensibiliser le personnel enseignant aux signes et symptômes de dépression chez les adolescents. Comme il a été mentionné plus tôt, les enseignants peuvent être une source d'information très riche dans l'identification des jeunes à risque de dépression. Ils doivent être alertes face aux manifestations du trouble dépressif chez leurs élèves. Il importe qu'ils soient également conscients aux diverses problématiques concomitantes à la dépression et aux façons d'intervenir auprès de ces jeunes.

Un autre élément mentionné à plusieurs reprises est la formation des intervenants du milieu scolaire et des CLSC. Quelques caractéristiques du programme ont suscité des interrogations et des souhaits de formation continue sur, entre autres, l'approche cognitivo-comportementale, les mécanismes d'identification précoce et les manifestations de la dépression chez les jeunes. Un milieu a particulièrement insisté sur le fait que la formation sur l'identification précoce devrait être donnée à tous les intervenants, même à ceux qui ne participeraient pas directement au programme. Ainsi, il s'agirait d'un projet d'organisation où tous les intervenants sont capables de reconnaître un jeune présentant un trouble dépressif ou ses symptômes. Pourtant, lorsque les intervenants sont questionnés sur les formations qu'ils ont suivies, plusieurs d'entre eux en ont reçu sur la dépression de façon générale et sur la dépression chez les adolescents plus spécifiquement. Lorsqu'ils sont interrogés sur leur degré de connaissance, les manifestations de la dépression viennent au tout premier rang des éléments assez et très bien connus. Comme les participants l'ont mentionné au cours de la consultation, les connaissances sur la thérapie cognitivo-comportementale semblent moins élevées, au même titre que l'intervention de groupe et la connaissance des services spécialisés en dépression. Les tableaux XVI et XVII présentent les proportions, pour chaque organisation, des intervenants ayant participé à des formations et leur degré de connaissance sur une série de thèmes.

Tableau XVI. Proportions des intervenants ayant participé à différentes formations traitant de la dépression

Formation (oui)	CLSC	CS
Dépression	58 %	71 %
Dépression chez les adolescents	51 %	61 %
Prévention de la dépression	23 %	19 %
Prévention de la dépression chez les adolescents	28 %	32 %
Traitement de la dépression	42 %	45 %

Tableau XVII. Perceptions du degré de connaissance des intervenants sur différents thèmes liés au programme de Diane Marcotte

Degré de connaissance (assez bien + très bien)	CLSC	CS
Manifestations de la dépression	79 %	90 %
Mécanismes d'identification précoce	49 %	59 %
Traitement de la dépression	51 %	68 %
Thérapie cognitivo-comportementale	23 %	48 %
Intervention de groupe	32 %	20 %
Services spécialisés en dépression	28 %	40 %

9.1.4 Avoir du temps dégagé ou de nouvelles ressources

Toutes les commissions scolaires et la grande majorité des CLSC ont affirmé que le manque de temps actuel constitue le plus grand obstacle à l'implantation d'un tel programme. Il est impératif selon eux d'avoir de nouveaux budgets afin de dégager du personnel en place ou alors d'ajouter de nouvelles ressources dédiées au programme. En plus du temps de formation, d'animation et d'identification des jeunes, quelques heures par semaine doivent être consacrées à l'appropriation du contenu du programme et à l'organisation logistique des rencontres. Certains milieux ont calculé qu'il prendrait jusqu'à deux jours par semaine pour pouvoir offrir le programme « Je prends ma vie en main ». Cette condition d'implantation était essentielle au succès du programme.

Les intervenants furent interrogés sur l'énoncé suivant : « Je suis perplexe face à l'idée que mon CLSC (ou ma commission scolaire) s'engage dans un programme de prévention de la dépression chez les jeunes à risque alors que les intervenants-es manquent déjà de temps pour prendre en charge ceux qui vivent des problématiques identifiées. » Les intervenants jeunesse des CLSC sont plutôt mitigés sur cette question, alors que le personnel non enseignant est plus nombreux à affirmer être plutôt ou tout à fait en accord avec l'énoncé. Le tableau XVIII présente les résultats à cette question.

Tableau XVIII. Degré d'accord des intervenants concernant la réalisation du programme dans un contexte difficile

Perplexe	CLSC	CS
Tout à fait en désaccord	9 %	16 %
Plutôt en désaccord	32 %	10 %
Plutôt en accord	38 %	52 %
Tout à fait en accord	21 %	22 %

9.1.5 Présenter le programme de façon positive

Quelques milieux ont souligné l'importance de certains éléments pour attirer les jeunes et les motiver à participer au groupe. Un des éléments qui semble faire consensus chez plusieurs personnes rencontrées est l'importance d'avoir un titre accrocheur et de proposer des activités positives plutôt que de traiter de difficultés et de problèmes. Le titre du programme « Je prends ma vie en main » fut très apprécié par quelques participants. Il met l'accent sur la possibilité de changer et de s'en sortir plutôt que sur la dépression directement.

Le développement de liens de confiance avec certains jeunes pourrait également être une motivation à participer au groupe. Autant les intervenants que les enseignants peuvent devenir des contacts privilégiés pour orienter un jeune vers les ressources d'aide appropriées pour lui.

Enfin, le fait de fournir une collation aux jeunes après l'école semble être reconnu par plusieurs intervenants comme étant un incitatif majeur à mettre en place. Le paiement du transport en commun fut également mentionné par un milieu.

9.1.6 Proposer un volet pour les parents

Deux conditions d'implantation d'un programme de prévention de la dépression touchent les parents : nécessité d'avoir des ressources pour eux et importance de leur collaboration. Certains intervenants ont amené l'idée qu'une sensibilisation aux manifestations de la dépression devait être proposée. Une ou deux rencontres pourraient leur permettre de faire un tour d'horizon intéressant pour les parents. Ceux-ci pourraient alors offrir un soutien plus efficace à la maison et améliorer certaines pratiques parentales, par exemple. Ils pourraient alors devenir des informateurs clés quant à l'état du jeune auprès des professionnels de l'école. De cette première condition émerge une seconde qui veut que le programme soit implanté avec la collaboration des parents. Plusieurs intervenants sont d'avis que la famille peut fournir une aide très précieuse, entre autres au niveau du transport si le programme est offert après les heures de classe. Il fut également mentionné que les jeunes avaient besoin de soutien au quotidien, d'où l'intérêt d'impliquer les parents. Cependant, plusieurs personnes ont souligné la difficulté d'impliquer les parents dans de telles entreprises. Les jeunes présentant des symptômes de dépression peuvent provenir de familles aux prises avec des problèmes de santé mentale, ce qui augmente la difficulté de les rejoindre. L'élément à retenir des

recommandations faites par les intervenants concernant les parents est l'importance de les informer des démarches entreprises afin de favoriser un certain suivi à la maison.

9.1.7 Offrir le programme à un certain groupe d'âge

Quelques milieux ont mentionné que le programme serait plus approprié pour les plus vieux. Une certaine maturité serait requise afin de profiter au maximum des apprentissages réalisés dans les activités. Selon une équipe, il pourrait être intéressant d'offrir « Je prends ma vie en main » au niveau collégial. Pour ce qui est de l'école secondaire, trois équipes s'entendent pour affirmer que les plus jeunes ne devraient pas être regroupés avec les plus vieux. Les préoccupations semblent être très différentes entre les jeunes de 14 ans et ceux de 17 ans.

9.2 *Conditions liées aux partenaires*

9.2.1 Collaboration avec les équipes territoriales de pédopsychiatrie

Quelques intervenants se sont interrogés sur la place des équipes territoriales de pédopsychiatrie dans une telle démarche. Plusieurs questions furent énoncées concernant le rôle de ces équipes dans l'implantation d'un programme de prévention de la dépression chez les adolescents. Puisque le deuxième mandat de ces équipes serait la dépression, il importe selon les intervenants de définir de quelle façon les références seront effectuées. Une équipe de CLSC a même proposé que les membres des équipes territoriales participent à l'animation des activités du programme. Cela pourrait avoir un effet bénéfique sur la qualité de la relation entre les deux organisations. Des liens plus forts pourraient s'établir, ce qui serait un atout pour les références à venir. Comme il sera présenté dans la section sur la définition des rôles des différents acteurs, il importe de définir une continuité dans l'offre de services. Il semble clair, pour plusieurs CLSC et commissions scolaires, que les équipes territoriales de pédopsychiatrie doivent être incluses dans un tel processus.

9.2.2 Collaboration avec les CLSC

Toutes les commissions scolaires consultées ont mentionné la pertinence de travailler sur un tel programme avec les équipes jeunesse des CLSC. La collaboration entre les organisations devra cependant être planifiée. Les directions d'école et les gestionnaires de CLSC devront s'entendre sur les objectifs à atteindre et sur le partage des tâches. Comme pour les équipes territoriales de pédopsychiatrie, les mécanismes et les procédures de référence devront être établis de façon à assurer un suivi et une continuité dans les services offerts aux jeunes. Dans un des milieux rencontrés, les intervenants se voient peu malgré le fait qu'ils travaillent dans la même école. Cette façon de procéder pourrait possiblement resserrer les liens entre les deux organisations.

9.2.3 Collaboration avec les commissions scolaires

Une majorité des équipes de CLSC ont également souligné l'importance de travailler en collaboration avec le milieu scolaire. Ce partenariat doit exister à toutes les étapes selon eux, mais particulièrement au moment de l'identification précoce. Quelques mises en garde ont cependant été formulées quant à l'accueil qui pourrait être réservé à un nouveau programme de prévention dans le milieu scolaire plus global (direction, enseignants...). Une personne a mentionné qu'il était possible que les milieux se mobilisent peu si la demande venait du réseau de la santé et des services sociaux. Une prise de position par la direction régionale du ministère de l'Éducation du Québec et une diffusion du programme à l'intérieur du réseau de l'éducation seraient sûrement mieux acceptées. Pour certains territoires, la collaboration entre le CLSC et la commission scolaire était déjà bien établie et les liens étaient solides entre les intervenants des deux organisations. De telles conditions facilitent certainement l'implantation d'un programme où les acteurs des deux réseaux seraient sollicités.

D'ailleurs, les résultats des questionnaires vont dans le même sens. À la question sur la responsabilité de la prévention de la dépression chez les adolescents, les intervenants des CLSC et des commissions scolaires répondent qu'ils se sentent responsables dans des proportions semblables.

9.2.4 Collaboration avec les organismes communautaires

Il a été suggéré à quelques reprises d'inclure dans le processus de réflexion autour de l'implantation du programme « Je prends ma vie en main » certains organismes communautaires de la région. Les maisons de jeunes (MDJ) ont été nommées par plusieurs équipes jeunesse de CLSC. Il s'agissait plutôt d'interrogations sur la possibilité de travailler avec elles, principalement pour l'animation des activités. Il a été possible de rencontrer les coordonnateurs des MDJ de la grande région de Québec lors d'une réunion du Régional des MDJ, ce qui a permis de répondre à plusieurs des questions formulées par les intervenants de CLSC. Il a également été suggéré par un intervenant que le programme puisse être offert dans les locaux des MDJ, de façon à se rapprocher de la clientèle. Quelques organismes de prévention du suicide furent également nommés comme pouvant être des partenaires potentiels dans l'implantation d'un tel programme.

9.2.5 Définir les rôles de chaque partenaire

De nombreuses questions ont émergé au cours de la consultation concernant les rôles de chaque organisation (CLSC, commission scolaire, équipe territoriale de pédopsychiatrie...). Les frontières entre le travail de chacune d'entre elles ne semblent pas toujours limpides. Quelques intervenants de CLSC se sont demandé si le mandat de l'école et du personnel non enseignant était de démystifier les préjugés, de réaliser des interventions préventives ou de faire l'identification et l'évaluation des élèves. La ligne entre les responsabilités du CLSC et celles des équipes en pédopsychiatrie ne semble pas clairement tracée non plus. Plusieurs équipes ont exprimé le besoin de dresser une trajectoire de services entre les différents partenaires, ce qui

permettrait d'éviter les dédoublements et de dresser un filet de sécurité autour des jeunes en assurant une continuité. Les rôles de chacun serait alors mieux compris. Une des craintes exprimées à quelques reprises concernait les jeunes qui présentent un trouble dépressif majeur lors de l'identification précoce. Le milieu doit pouvoir répondre à ces besoins et diriger ces jeunes vers les ressources appropriées. Certains territoires semblaient avoir déjà mis en place une trajectoire afin d'offrir des services de façon plus efficace.

10. EFFETS PRESENTIS DU PROGRAMME

Certains effets positifs et négatifs du programme « Je prends ma vie en main » ont été envisagés par les participants à la consultation. Selon les informations disponibles sur le programme au moment des rencontres, les intervenants ont énuméré quelques résultats probables d'une telle intervention auprès de la clientèle adolescente. D'abord, l'avantage le plus évident était la possibilité pour les jeunes de s'entraider, ce qui peut être bénéfique pour chaque membre du groupe. Il est important pour les adolescents d'échanger sur ce qu'ils vivent et de pouvoir partager leurs pistes de solutions. Pour quelques intervenants, le groupe semblait être une alternative intéressante aux rencontres individuelles. De plus, le fait de travailler sur la problématique de la dépression permettrait de traiter plusieurs thèmes comme l'orientation sexuelle, la séparation des parents, la gestion du stress et les diverses difficultés de la vie. L'aspect curatif du programme semblait également être une avenue intéressante pour le traitement de jeunes qui présentent déjà un trouble dépressif. La médication ne doit plus être vue comme le seul traitement disponible selon un des intervenants rencontrés. Le fait d'animer un tel programme permettrait d'assurer plus facilement un suivi pour les jeunes qui présentent des symptômes dépressifs. Plusieurs autres effets bénéfiques ont été relevés par les différentes équipes, comme le ralentissement de l'aggravation des symptômes et la réduction des tentatives de suicide.

Malgré les nombreux effets positifs pressentis, quelques mises en garde face à des effets potentiellement négatifs du programme ont été soulignées, et ce, exclusivement par les membres du personnel non enseignant. Il importe d'abord, selon eux, de s'interroger sur l'impact que peut avoir le fait de regrouper ensemble plusieurs jeunes dépressifs. Cette crainte fait référence à l'influence négative qu'ils pourraient avoir les uns sur les autres, mais également au risque de stigmatisation à l'intérieur de l'école. Enfin, un programme comme celui de Diane Marcotte pourrait devenir une surcharge importante dans le milieu scolaire. D'une part, les jeunes sont souvent sollicités pour participer à des programmes de prévention et celui-ci ne ferait qu'ajouter une autre intervention auprès de cette clientèle. D'autre part, une surcharge importante des intervenants pourrait survenir, alors que ceux-ci ont déjà des horaires surchargés. L'implantation et la prestation du programme finiraient par reposer sur les épaules de quelques personnes, plutôt que d'être une réalisation de l'équipe d'intervenants de l'école.

L'éclosion réelle de ces effets, qu'ils soient positifs ou négatifs, reste hypothétique. Les perceptions sont grandement influencées par les caractéristiques propres à chaque territoire, mais également par les différents obstacles exposés plus haut. Il s'agissait de fournir une estimation de l'impact envisagé d'un tel programme dans les milieux rencontrés.

Les participants à la consultation furent interrogés sur leur degré d'accord avec l'énoncé suivant : « Mon organisation doit participer à un programme de prévention de la dépression chez les adolescentes et les adolescents ». Malgré les nombreux obstacles et contraintes énoncés quant à l'implantation d'un tel programme, la presque totalité des répondants affirment qu'ils sont « plutôt en accord » et « tout à fait en accord ». Le tableau XIX présente la synthèse des réponses à cette question.

Tableau XIX. Degré d'accord des intervenants concernant la participation de leur organisation à un programme de prévention de la dépression chez les jeunes

	CLSC	CS
Tout à fait en désaccord	0 %	0 %
Plutôt en désaccord	3 %	0 %
Plutôt en accord	53 %	52 %
Tout à fait en accord	44 %	48 %

ÉQUIPES TERRITORIALES DE PÉDOPSYCHIATRIE

L'organisation des rencontres avec les trois équipes territoriales de pédopsychiatrie s'est butée à quelques difficultés, comme il a été mentionné dans la section sur la méthodologie. Une seule équipe a pu être rencontrée. Nous présentons ici les principaux éléments qui ont été discutés avec cette équipe. Quelques questionnaires ont également été remplis par une des trois équipes qui avait été invitées à la rencontre du CLSC de leur territoire. Ceux-ci s'ajoutent à ceux remplis par l'équipe rencontrée. Certaines données seront extraites de ces questionnaires afin de compléter cette section.

Pour les personnes rencontrées, la moyenne hebdomadaire de temps consacré à des activités de prévention oscille autour de 10 %. Davantage de temps est dédié au traitement, à la réadaptation et à l'évaluation. La proportion de l'emploi du temps occupée par la problématique de la dépression représente environ 10 %, alors qu'elle était respectivement de 16 % et 20 % pour les CLSC et les commissions scolaires. D'ailleurs, il a été mentionné à plusieurs reprises au cours de la consultation que la cible d'intervention actuelle était l'hyperactivité et le déficit d'attention. L'équipe territoriale rencontrée a tout de même affirmé que les intervenants de l'équipe recevaient parfois des cas de troubles anxieux, de troubles alimentaires, de troubles obsessionnels-compulsifs, de stress post-traumatique, d'autisme et de schizophrénie. La dépression n'était pas une problématique traitée de façon fréquente par cette équipe.

Concernant l'identification des jeunes qui pourraient bénéficier d'un tel programme de prévention, les opinions de l'équipe rencontrée semblent correspondre à celles des autres organisations consultées. Ainsi, le risque de stigmatisation fait également partie de leurs préoccupations quant à l'utilisation systématique d'un outil d'identification. L'esprit critique et le discernement de l'intervenant demeurent nécessaires afin de compléter les données objectives de type quantitatif fournies par un questionnaire. Les outils proposés au cours de la consultation ne semblaient pas faire davantage l'unanimité auprès des membres des équipes territoriales. Cependant, plusieurs d'entre eux ont mentionné l'importance de consulter la famille immédiate dans ce processus d'identification.

L'équipe rencontrée semblait perplexe quant à la responsabilité de l'animation des activités du programme. Il était difficile pour les quelques membres présents de dire si l'animation devait être réalisée par eux ou par les partenaires. Il pourrait être très intéressant selon eux que cela puisse se faire en partenariat. Cependant, les jeunes fréquentant les services de l'équipe territoriale ne sont pas assez nombreux pour démarrer un groupe. Le partenariat devient alors encore plus attrayant.

Une crainte face à l'implantation d'un tel projet mentionnée par l'équipe concerne l'augmentation des références provenant des services de première ligne. Des démarches ont déjà été entreprises sur ce territoire afin de clarifier la procédure de référence et les responsabilités de chacun. Les intervenants de cette équipe ont affirmé à quel point il avait été important de dialoguer avec les partenaires. Il semblait bien établi que la demande de

consultation devait d'abord être faite par un omnipraticien afin que soit réalisé un bilan de santé et qu'il y ait confirmation ou non des causes physiques de la dépression soupçonnée chez le jeune. Il semble donc exister une trajectoire de services définie pour chaque équipe territoriale afin de faciliter le suivi et l'offre de services.

La formation est également un élément important pour l'équipe rencontrée. Les membres de cette équipe ont déjà reçu de la formation dans les milieux scolaires et communautaires sur différentes thématiques, dont l'hyperactivité et les troubles alimentaires. Ces formations s'adressaient aux intervenants directement ou aux élèves sous la forme d'activités de sensibilisation. Ils ont également manifesté un intérêt à participer à la formation sur le programme de Diane Marcotte, si celle-ci était offerte dans la région.

Pour les membres des équipes ayant répondu aux questionnaires, la prévention de la dépression chez les jeunes à risque semble être une avenue d'intervention absolument nécessaire. Le manque de temps déjà flagrant pour effectuer les tâches régulières devient cependant un obstacle important à leur implication dans un tel programme. Le fait que les équipes territoriales doivent y participer ne fait de toute façon pas l'unanimité chez les personnes questionnées. Certains affirment qu'ils sont tout à fait d'accord à ce que leur équipe s'implique, alors que d'autres sont plutôt en désaccord.

CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC

Il n'a pas été possible de rencontrer l'équipe d'intervenants auprès des adolescents du Centre jeunesse de Québec (CJQ). Comme il a été mentionné dans la section sur la méthodologie, une porte-parole de la direction au développement de la pratique professionnelle a partagé avec les responsables du projet les commentaires émis par l'équipe. Il a d'abord été question du contexte actuel qui favorise un intérêt du CJQ pour la prévention de la dépression ainsi que de la clientèle qui fréquente l'organisation. Les perceptions des intervenants sur les outils et l'identification précoce ont ensuite été discutées. Il a également été question du recours à la formule du groupe au CJQ, de l'intensité du programme « Je prends ma vie en main » et de la collaboration avec les différents partenaires.

La problématique du suicide fait partie des préoccupations des intervenants du CJQ depuis plusieurs années. Plusieurs formations furent mises sur pied et un protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire fut élaboré. Il reste encore beaucoup à faire sur le plan du dépistage des problèmes de santé mentale. La prévention de la dépression s'inscrit en continuité avec l'ensemble des actions réalisées sur la problématique du suicide. Plusieurs jeunes du CJQ présentent déjà un diagnostic de dépression. Certains jeunes ont déjà réalisé des tentatives de suicide et plusieurs sont issus de familles désorganisées. Ils présentent donc un ensemble assez complexe de facteurs de risque. Selon la porte-parole, deux clientèles doivent être distinguées : les jeunes à l'interne et ceux à l'externe. Ces derniers seraient la clientèle idéale pour un programme comme celui proposé. Ces jeunes vivent dans des foyers de groupe ou en famille d'accueil. Ils reçoivent généralement moins de services que les jeunes à l'interne. De plus, ils fréquentent l'école, mais ne sont pas suivis par les intervenants du CLSC. Le CJQ avait identifié ce groupe comme étant une clientèle prioritaire.

Il existe actuellement un questionnaire d'identification précoce qui s'intitule « Grille d'investigation de la problématique suicidaire ». Ce questionnaire est spécifique à la région 03 et est utilisé de façon systématique avec les jeunes de 12 à 17 ans du CJQ. Les outils proposés (Inventaire de dépression de Beck et Grille d'entrevue de Hamilton) ont grandement intéressé la personne rencontrée puisqu'elle et son équipe travaillent à documenter les mécanismes d'identification précoce dans ce domaine. La notion de dépistage ou d'identification est acquise et reconnue depuis longtemps au CJQ. L'utilisation d'outils de façon systématique ou même ponctuelle se bute à beaucoup moins de barrières dans cette organisation qu'en milieu scolaire. D'ailleurs, le psychologue de l'équipe multidisciplinaire de deuxième niveau, qui assure le relais entre les intervenants du premier niveau et les ressources spécialisées du troisième niveau, aura un rôle de soutien auprès des intervenants concernant les activités de dépistage.

L'utilisation du groupe comme outil de travail avec les jeunes est très bien acceptée au CJQ. Les thérapies de groupe sont même de plus en plus offertes aux jeunes. La clientèle à l'interne est habituée de recevoir des services de cette façon. Au Centre de services externes, une personne a été identifiée comme pouvant être potentiellement intéressée à implanter le programme de Diane Marcotte auprès de cette clientèle. Cette personne est formée à

l'approche cognitivo-comportementale. Il faudrait alors trouver une seconde personne pour animer et planifier le programme.

L'intensité du programme semblait être un obstacle important pour le CJQ aussi. Les programmes de groupe implantés comprennent habituellement de huit à dix rencontres d'une durée d'une heure environ. Des doutes quant à la motivation des jeunes à participer à un si grand nombre de séances furent formulés par l'équipe d'intervenants du CJQ.

L'organisation actuelle du CJQ favorise le travail en collaboration et cette façon de travailler semble vouloir se concrétiser davantage pour les années à venir. D'abord, les liens avec l'équipe territoriale de pédopsychiatrie sont bien établis. La collaboration avec les médecins reste essentielle selon la personne rencontrée, d'où l'importance de les inclure dans l'éventuelle implantation d'un programme de prévention de la dépression. Un autre élément facilitant l'implantation d'un tel programme est l'organisation en trois niveaux du CJQ : 1) les intervenants auprès des jeunes, 2) l'équipe multidisciplinaire assurant, entre autres, du soutien et de la surveillance, et 3) les ressources spécialisées, particulièrement en pédopsychiatrie. La continuité et la complémentarité de chacun des niveaux permettraient d'assurer un suivi pour les jeunes identifiés participant au groupe. Le CJQ a exprimé une volonté claire de travailler avec tous les systèmes qui entourent le jeune, dont l'école et la famille. Cette façon d'organiser les services offerts aux jeunes faciliterait la généralisation des acquis chez ces derniers.

Dans l'ensemble, l'équipe du CJQ est très intéressée par la problématique de la dépression chez les jeunes. Le contexte actuel de développement de nouvelles pratiques semble favoriser l'implantation d'un tel programme. Les caractéristiques de la clientèle commanderaient cependant une utilisation du programme selon une approche curative. La personne rencontrée affirmait que des démarches pourraient être entreprises à court terme par son équipe directement auprès de la chercheuse et conceptrice du programme « Je prends ma vie en main ».

RÉGIONAL DES MAISONS DE JEUNES

La consultation auprès des coordonnateurs de maisons de jeunes (MDJ) fut centrée sur la faisabilité de l'animation d'un tel programme à l'intérieur de leur organisation. Comme il a été dit plus haut, il a été possible de rencontrer 21 personnes et de recueillir 13 questionnaires complétés. Nous présenterons d'abord les résultats de ces questionnaires. Nous résumerons ensuite les opinions et les réactions émises lors de la rencontre de consultation.

La majorité des coordonnateurs, soit 85 %, avaient entre deux et dix ans d'expérience auprès des adolescents. Deux personnes possédaient plus de onze ans d'expérience. Pour 58 % des participants, le nombre de jeunes fréquentant la MDJ en moyenne par semaine variait entre 20 et 50. Il a également été possible de déterminer que le nombre d'animateurs moyen dans les MDJ oscillait entre deux et dix. La moyenne se situait autour de quatre animateurs par équipe. Il importe de spécifier que l'échantillon des treize questionnaires n'est peut-être pas représentatif de l'ensemble des MDJ de la région de Québec. Aucune vérification statistique n'a été réalisée. Ces données sont présentées à titre indicatif seulement.

La proportion hebdomadaire moyenne d'activités offertes dans un but préventif correspond à 60 % de l'ensemble des activités. Cette proportion varie entre 30 et 100 % selon les milieux. La totalité des coordonnateurs ont affirmé avoir abordé les thèmes suivants à l'intérieur d'activités de prévention dans la dernière année : la santé mentale, la consommation d'alcool et de drogues, ainsi que les relations interpersonnelles. Pour chacun de ces thèmes, des sujets plus spécifiques étaient suggérés dans le questionnaire (disponible en annexe).

Lors de la rencontre, les coordonnateurs présents ont clairement affirmé, d'une part, les raisons pour lesquelles un programme comme celui proposé ne pouvait être implanté en MDJ et, d'autre part, les besoins perçus par les animateurs de ces organismes. D'abord, le premier argument voulant qu'un tel programme ne soit pas viable concerne la mission même des MDJ. Ces milieux doivent pouvoir offrir des activités sur une base universelle à tous les jeunes. Il semble inconcevable pour une majorité des coordonnateurs de dédier deux animateurs à la prestation de ce programme et de privilégier certains jeunes pour y participer. Quelques coordonnateurs ont affirmé qu'il était cependant possible d'utiliser les locaux des MDJ afin d'implanter un tel programme, mais que l'animation et la gestion des activités devaient être effectuées par des intervenants externes à leur organisation.

De plus, comme l'a mentionné une personne présente à la rencontre, le risque de stigmatisation est assez important si le programme est inclus dans la programmation régulière. Certains ont ajouté que les employés des MDJ n'étaient pas des intervenants, mais plutôt des animateurs et qu'ils ne possédaient pas nécessairement l'expertise pour intervenir auprès d'une clientèle présentant des symptômes dépressifs. Il a cependant été question à plusieurs reprises de la possibilité pour les animateurs de référer les jeunes aux partenaires de la communauté. Quelques-uns ont mentionné avoir déjà référé au CLSC un jeune en détresse. Ils ont mentionné à quel point il était important pour eux de développer des liens de confiance avec

certaines intervenants du réseau des CLSC ou des écoles. De cette façon, les animateurs des MDJ peuvent devenir un relais pour les jeunes vers des ressources plus spécialisées.

Des besoins clairs de formation ont été exprimés au cours de la rencontre de consultation. Plusieurs coordonnateurs ont énoncé le besoin pour eux, ainsi que pour leurs animateurs, d'être formés à mieux reconnaître les manifestations de la dépression. Cette formation leur permettrait possiblement de réaliser des références plus efficaces et des offres de services aux jeunes plus adéquates. La majorité des personnes présentes semblait s'entendre sur le fait que le rôle des MDJ était de proposer des activités de sensibilisation aux jeunes sur des sujets comme la lutte aux préjugés face aux maladies mentales. Du soutien et de la formation sur la façon d'aborder cette thématique avec les jeunes seraient également très appréciés par le personnel des MDJ.

ÉLÉMENTS ESSENTIELS À RETENIR

CLSC et commissions scolaires

- ? L'intérêt des intervenants pour la prévention de la dépression chez les jeunes et pour le programme « Je prends ma vie en main » est manifeste. Cependant, de nombreux obstacles et contraintes à l'implantation du programme furent énoncés.
- ? Ces obstacles font principalement référence aux conditions non favorables des milieux où, entre autres, le peu de temps accordé, d'une part, à la problématique de la dépression et, d'autre part, à la prévention de façon générale ne permet pas l'implantation d'un tel programme.
- ? La réalisation concrète de l'identification précoce des jeunes à risque de dépression pose plusieurs problèmes aux milieux rencontrés. L'organisation logistique de l'identification, l'offre de services aux jeunes identifiés, la présence de comorbidités et le risque de stigmatisation sont quelques-uns des obstacles relevés par les intervenants.
- ? L'intensité du programme fut reconnue par la très grande majorité des intervenants comme un obstacle majeur. Les conditions actuelles d'intervention dans les écoles ne permettent pas de réunir une dizaine de jeunes pour seize rencontres, et ce, deux fois par semaine.
- ? Aucun des moments suggérés de la prestation du programme (heures de classe, période du dîner, en dehors des heures de classe) ne fait consensus auprès des intervenants. Chaque école, selon son expérience d'implantation de programmes, semble plus ou moins réceptive à l'idée d'implanter un programme dans l'une ou l'autre de ces plages horaires.
- ? Les psychologues et les travailleurs sociaux sont désignés comme les intervenants les mieux outillés pour animer un programme comme celui de Diane Marcotte.
- ? Une condition d'implantation essentielle liée à l'organisation interne concerne le besoin de temps dégagé pour les intervenants en place ou l'ajout de ressources dédiées à la réalisation du programme. Cette condition est conséquente avec le manque de temps pour réaliser des interventions préventives tel que l'ont dénoncé plusieurs intervenants.
- ? La collaboration avec les différents partenaires du milieu est mentionnée par la majorité des équipes rencontrées comme étant une condition à rechercher à toutes les étapes du programme.
- ? Les milieux consultés croient que le programme « Je prends ma vie en main » puisse avoir des effets intéressants sur les plans de l'entraide et de la réduction de la gravité des troubles dépressifs chez les jeunes. Certaines mises en garde contre la surcharge qu'un tel programme pourrait occasionner dans le milieu scolaire ont été formulées.

Équipes territoriales de pédopsychiatrie

- ? La dépression n'est pas la cible actuelle d'intervention des équipes de pédopsychiatrie et ne semble pas être une problématique rencontrée fréquemment par ces intervenants.
- ? Les perceptions quant à l'utilisation de mécanismes d'identification précoce sont sensiblement les mêmes que celles des intervenants des réseaux de la santé et de l'éducation. Le risque de stigmatisation fait également partie des craintes importantes.
- ? La collaboration est une condition essentielle à l'implantation d'un tel programme, et ce, autant sur les plans de l'animation et de la formation que sur celui d'une offre de services efficace.

Centre jeunesse de Québec

- ? La problématique du suicide a dirigé les efforts d'intervention depuis quelques années et maintenant les problématiques de santé mentale, notamment la dépression, font partie des préoccupations des intervenants.
- ? L'identification précoce et le dépistage systématique font partie des mœurs du CJQ.
- ? L'intervention de groupe est également une pratique utilisée régulièrement comme méthode d'intervention auprès des jeunes.
- ? Le contexte actuel du Centre jeunesse de Québec favorise l'implantation d'un programme comme celui de Diane Marcotte.
- ? L'intensité du programme représente tout de même un obstacle pour les intervenants du CJQ, qui doutent de la motivation des jeunes à participer à l'ensemble des rencontres.

Régional des maisons de jeunes

- ? La problématique de la dépression chez les jeunes est reconnue par les coordonnateurs des maisons de jeunes.
- ? Les animateurs de cette organisation ne se sentent cependant pas outillés pour animer un programme comme celui proposé et ne croient pas que cette responsabilité doive leur revenir.
- ? La mission des maisons de jeunes n'est pas orientée vers l'aide apportée à une clientèle à risque, mais plutôt vers l'organisation d'activités pour l'ensemble des jeunes fréquentant l'établissement.
- ? Les coordonnateurs et les animateurs ont exprimé des besoins de formation importants concernant la reconnaissance des manifestations dépressives chez les jeunes.

DISCUSSION

La consultation régionale a réuni, pour quelques mois, un peu plus de 130 personnes provenant de cinq organisations autour d'une même thématique, celle de la prévention de la dépression chez les adolescents à risque.

La présentation des résultats a permis d'exposer, dans un premier temps, à quel point les intervenants des différents milieux étaient intéressés par le programme « Je prends ma vie en main » de Diane Marcotte et, dans un deuxième temps, les nombreuses interrogations sur ce programme et sur les conditions de sa réalisation. Certaines questions revenaient systématiquement à chaque rencontre d'équipe, sans que les responsables de la consultation puissent donner davantage de réponses aux intervenants. Une rencontre a alors été organisée avec la chercheure et auteure du programme et de nouveaux éclairages furent ainsi apportés sur les conditions d'implantation et les caractéristiques du programme. Cette section présentera principalement les informations recueillies lors de cette rencontre, mais également des éléments tirés de la littérature scientifique qui permettront de mieux comprendre la dynamique d'implantation d'un nouveau programme de prévention.

1. IDENTIFICATION PRÉCOCE

Plusieurs craintes furent exprimées au cours de la consultation concernant l'identification des jeunes à risque et la réalisation concrète de cette étape du programme. Les raisons justifiant le recours à un dépistage de masse semblaient difficiles à reconnaître pour la majorité, d'autant plus que l'information disponible sur le programme était très restreinte au moment de la consultation. La procédure utilisée au cours des expérimentations réalisées par Diane Marcotte était celle de Reynolds. Il s'agit d'une procédure en trois étapes qui a été brièvement présentée dans la section sur la mise à jour des connaissances. L'administration de l'Inventaire de Beck se faisait donc dans les classes du deuxième cycle du secondaire (3^e à 5^e) et ne nécessitait qu'une période de dix à quinze minutes. Une explication standardisée du questionnaire et de la façon de le remplir était donnée à la classe par un assistant de recherche ou par un intervenant du milieu. Les élèves étaient informés qu'ils n'étaient pas obligés de remplir le questionnaire. Les jeunes qui présentaient un score de coupure préétabli étaient contactés afin de remplir une seconde fois le questionnaire. À ceux qui présentaient encore les symptômes d'un trouble dépressif, un entretien individuel était proposé. Ils étaient ensuite informés qu'ils allaient possiblement recevoir un appel pour les inviter à participer au groupe. Encore une fois, ils étaient libres d'accepter ou de refuser. En utilisant cette procédure, la conceptrice du programme affirme que, sur deux niveaux scolaires comprenant chacun cinq classes, un groupe de dix jeunes peut être identifié pour participer au programme. Puisque les scores varient beaucoup chez les adolescents, cette procédure permet de diminuer le risque d'identification de faux positifs.

Plusieurs éléments doivent être considérés dans cette procédure en trois étapes. D'abord, lors de l'expérimentation de Diane Marcotte, seuls les niveaux scolaires du deuxième cycle (3^e à 5^e)

ont été visés. Selon elle, théoriquement, le programme pourrait également être offert aux secondaires I et II, mais il n'a jamais été testé avec cette clientèle. Comme il a été mentionné, les manifestations dépressives sont très changeantes à cette période de la vie, particulièrement au début de l'adolescence. Le risque de rechute est pourtant plus grand à cet âge, d'où l'intérêt d'offrir le programme aux plus jeunes.

Un autre élément important à considérer est la confidentialité et le consentement des parents. Dans le cadre de l'expérimentation, le consentement des parents était nécessaire avant d'administrer les questionnaires. La confidentialité concernant le dossier médical est cependant obligatoire à partir de l'âge de 14 ans. Un document d'information était tout de même envoyé aux parents, ce qui était fort apprécié par ces derniers.

Il a été mentionné à plusieurs reprises au cours de la consultation que l'idée du dépistage de masse était difficile à accepter et qu'il serait plus recevable de former un groupe à partir de la clientèle actuelle des intervenants. D'après Diane Marcotte, un choix d'organisation s'impose avant de pouvoir répondre à cette question. Le milieu doit d'abord décider si le programme sera implanté dans un but préventif ou curatif. En offrant le programme aux jeunes déjà suivis par les intervenants, le groupe prend alors une tangente davantage curative, puisque la gravité des symptômes sera plus élevée. Le fait d'utiliser des critères plus rigoureux et applicables à l'ensemble des jeunes permettrait de former un groupe plus homogène. D'ailleurs, lors de l'expérimentation, les jeunes présentant des symptômes suicidaires ont été exclus du programme et référés aux services d'aide ou à des cliniques externes. De plus, certains garçons qui présentaient un trouble du comportement étaient également exclus du groupe après quelques rencontres. La conceptrice suggère que ces composantes soient vérifiées au moment du dépistage afin d'offrir à ces jeunes les services dont ils ont vraiment besoin.

Une attention particulière doit être portée aux critères de sélection utilisés lors de la procédure d'identification. Selon le choix d'une approche préventive ou curative, les critères utilisés seront différents. Ainsi, le seul critère pourrait être d'avoir vécu la séparation de ses parents au cours des deux dernières années. Il serait alors question d'un programme de prévention sélective, où les jeunes sont identifiés à partir d'un facteur de risque fortement associé au développement de la dépression. Le rendement scolaire peut également devenir un critère de sélection à privilégier (Marcotte, 2000). Son lien étroit avec la dépression en fait un critère de premier choix, d'autant plus que les programmes de prévention sont souvent implantés en milieu scolaire.

2. *MOMENT DE LA PRESTATION DU PROGRAMME*

Les résultats des différentes rencontres avec les équipes d'intervenants démontrent que chaque période disponible pour la prestation d'un programme comporte des avantages et des contraintes. Aucune période ne semblait faire consensus. Chaque école présentait des caractéristiques facilitant le recours à l'une ou l'autre des périodes suggérées, soit pendant les heures de classe, sur la période du dîner ou après les heures de classe.

Le programme «Je prends ma vie en main » fut planifié pour être donné après les heures de classe et il a été expérimenté de cette façon. La plus grande disponibilité des locaux donnait un avantage supplémentaire à ce moment. L'heure du dîner peut également être envisageable, mais le temps risque d'être un peu court, selon la conceptrice. Les périodes de dîner varient énormément d'une école à l'autre, comme il a été dit dans la section sur les résultats. Concernant la prestation du programme pendant les heures de classe, il semble, selon Diane Marcotte, que cette possibilité soit plutôt difficile à réaliser puisque le programme ne constitue pas une mesure préventive universelle.

Plusieurs intervenants ont suggéré comme condition d'implantation pouvant faciliter l'engagement des jeunes qu'une collation soit offerte aux participants au programme après les heures de classe. Ce système a d'ailleurs été mis en place lors de l'expérimentation du programme de Diane Marcotte. Cette mesure permettait aux jeunes d'être plus attentifs puisque la rencontre se déroulait vers l'heure du repas du soir. De plus, la collation devenait un incitatif à se présenter à la rencontre. Comme il sera précisé plus loin, les renforcements sont un élément essentiel du programme et une attention particulière doit leur être accordée.

Une des contraintes de la prestation du programme après les heures de classe mentionnée à plusieurs reprises concerne le transport des élèves. Il semble que ce soit une des principales difficultés signalées par les évaluations d'implantation des programmes offerts après l'école (Scott-Little et coll., 2002). Selon les auteurs de cette étude, l'aspect du transport peut avoir une influence énorme sur le taux d'attrition. Certains jeunes voulant participer à des programmes offerts après les classes ne pourraient le faire puisqu'ils n'auraient pas de moyens de transport. Cet aspect logistique doit donc être considéré dès le début de la planification de l'implantation du programme. Selon Diane Marcotte, un budget particulier doit être prévu afin de pouvoir payer les billets d'autobus, le déplacement en taxi ou l'organisation d'un service de covoiturage.

3. *ANIMATION DU PROGRAMME*

Plusieurs discussions tenues au cours de la consultation concernaient le choix d'intervenants outillés pour animer un programme de prévention de la dépression chez les adolescents à risque. Questionnée sur les qualifications des animateurs lors de l'expérimentation, la conceptrice du programme a affirmé que certains préalables étaient nécessaires pour animer « Je prends ma vie en main ». Ils sont au nombre de trois :

1. Posséder une expérience d'intervention en santé mentale.
2. Posséder une expérience d'intervention de groupe.
3. Connaître l'approche cognitivo-comportementale.

Au moment de l'expérimentation du programme à Trois-Rivières au début des années 2000, les animatrices étaient des étudiantes à la maîtrise en psychologie, familières avec l'approche cognitivo-comportementale. Elles ne détenaient pas de nombreuses années d'expérience d'intervention, mais elles possédaient des habiletés d'animation de groupe, une expérience

d'intervention significative acquise dans le cadre de leurs stages et la conviction du bien-fondé du programme. Il est impératif, selon Diane Marcotte, de comprendre le rationnel du programme et des activités qui y sont proposées, afin de pouvoir offrir l'intervention de façon cohérente.

Il ne semble pas y avoir de titres d'emploi précis qui soient privilégiés pour animer le programme. Malgré le fait que les psychologues scolaires aient été suggérés lors de la rencontre avec la conceptrice et que les animatrices lors de l'expérimentation étaient des étudiantes en psychologie, il ne semble pas inconcevable que l'animation puisse être réalisée par des intervenants provenant d'un autre domaine. Les préalables suggérés demeurent cependant essentiels dans le choix des animateurs.

Un élément important à considérer lors de la définition des rôles des différents acteurs de ce programme concerne le danger du double rôle de l'animateur. Richards et Perri (2002) affirment que, dans les cas où l'intervenant est à la fois le thérapeute familial et le thérapeute de l'adolescent à l'intérieur de rencontres individuelles, il peut devenir délicat de gérer les différents rôles relatifs à chaque contexte d'intervention. Ces auteurs conseillent que des thérapeutes différents réalisent chacune des interventions qui sont offertes au jeune. Cependant, il n'a pas été possible de trouver de telles recommandations concernant le double rôle possible dans l'animation d'un groupe et la tenue d'entretiens individuels. La conceptrice du programme « Je prends ma vie en main », se basant sur les écrits de Stark, recommande tout de même de jumeler une thérapie individuelle à l'intervention de groupe. Cet entretien individuel devrait se tenir sur une base hebdomadaire. Si cette tâche revient au même intervenant qui anime les rencontres de groupe, les entretiens individuels peuvent avoir lieu une fois toutes les deux semaines. Cette façon de procéder et de jumeler deux types d'intervention permettrait de développer une cohérence dans le groupe, ainsi qu'un sentiment d'appartenance chez les participants.

4. OBSTACLES À L'IMPLANTATION

Il a été question lors de l'entretien avec Diane Marcotte de trois des principaux obstacles à l'implantation exposés par les intervenants consultés : la motivation des jeunes, l'intensité du programme et le risque de stigmatisation. D'abord, concernant le taux d'abandon des jeunes du programme lors de l'expérimentation, la conceptrice affirme que le problème de l'attrition est soulevé par tous les programmes, et ce, particulièrement pour les programmes avec une composante parentale. Le fait que certains individus quittent le groupe pour quelque raison que ce soit est tout à fait normal. Lors de l'expérimentation de « Je prends ma vie en main », le taux de participation n'est jamais descendu sous la barre des 60 %. Il est vrai, selon la conceptrice, que la cohésion est difficile à obtenir dans un groupe de jeunes présentant des symptômes de dépression. Sachant cela, il importe de trouver des moyens de surmonter cet obstacle et de motiver les jeunes. Trois principales mesures sont proposées par Diane Marcotte :

1. un contrat signé par les jeunes ;
2. un renforcement à chaque rencontre ;
3. le jumelage d'une thérapie individuelle à la participation au groupe.

La première mesure proposée consiste en un contrat que les jeunes signent et par lequel ils s'engagent à assister à toutes les rencontres du programme. Il s'agit en fait d'un engagement moral qui est reconnu pour avoir des effets bénéfiques sur la participation et la motivation lors d'interventions individuelles ou de groupe. Ensuite, l'utilisation de renforçateurs est une caractéristique très importante du programme qui ne doit pas être prise à la légère selon la conceptrice. Lors de l'expérimentation, chaque jeune recevait un objet dont la valeur ne dépassait jamais cinq dollars : des billets pour la location de films, des coupons-rabais pour le cinéma, des certificats-cadeaux dans les magasins de musique ou des cartes d'appel téléphonique. Les responsables n'ont jamais donné de l'argent comptant aux jeunes. Ces renforçateurs occupaient, d'une part, une fonction motivationnelle, et d'autre part, fournissaient des occasions aux jeunes d'augmenter la fréquence des activités plaisantes dans leur vie. Enfin, la dernière stratégie, exposée plus haut, consiste à jumeler deux formes d'intervention, individuelle et de groupe, afin d'augmenter la cohésion et le sentiment d'appartenance des participants.

La crainte des intervenants quant à la perte de motivation des jeunes au cours du programme et quant à leur engagement dans le programme fut manifeste tout au long de la consultation. Il semble pourtant qu'il existe des moyens d'encourager les jeunes à entreprendre ou à poursuivre un tel processus. Malgré toutes ces interrogations concernant la participation des jeunes, Klein et ses collaborateurs (1987) ont relevé que dans un contexte de libre choix, ce sont les élèves qui présentaient le plus de symptômes de dépression qui participaient au programme offert. Les adolescents sont facilement rebutés par une approche trop autoritaire. Ils doivent avoir une certaine liberté d'action ou un certain contrôle sur l'intervention qui leur est proposée. Le simple fait de pouvoir donner leur opinion sur l'organisation des rencontres, de proposer des modifications quant à l'horaire ou à la disposition du local peut avoir un impact majeur sur leur intérêt et leur motivation à faire partie du groupe.

Un deuxième obstacle mentionné de façon quasi unanime par les milieux rencontrés concerne l'intensité du programme, et particulièrement le nombre total de périodes d'activités. La possibilité d'offrir une version abrégée du programme est plutôt inconcevable selon la conceptrice. Les améliorations prévues du programme semblaient même aller plutôt dans le sens inverse. Les constats d'efficacité diffusés dans la littérature prônent plutôt une intervention à plus long terme, ce qui peut aller jusqu'à un ou deux ans pour certains programmes ciblant les troubles du comportement. Ainsi, l'intervention préventive dont il est question va possiblement regrouper vingt rencontres plutôt que seize afin de maximiser l'impact du programme chez les jeunes. Selon la conceptrice, il faut faire un choix en prévention : plutôt que de réaliser plusieurs activités touchant à de nombreux thèmes, il importe de donner la priorité à certaines problématiques et de les traiter davantage en profondeur. De cette façon, l'intervention a plus de chances d'être efficace et de produire des changements chez la clientèle.

Malgré tout, il est concevable, selon Diane Marcotte, que les milieux ressentent le besoin d'améliorer, de modifier ou de transformer le programme. Cela ne devrait cependant être possible qu'après quelques années d'implantation du programme tel que prévu. L'intervention proposée a fait l'objet d'évaluations et de nombreuses améliorations afin d'offrir des activités efficaces qui répondent le plus possible aux besoins des jeunes. Il importe donc de vérifier d'abord la faisabilité du projet pour ensuite pouvoir l'adapter aux exigences et aux ressources du milieu.

Le dernier obstacle porté à l'attention de Diane Marcotte concerne le risque de stigmatisation des jeunes participant au programme. Selon elle, quelques éléments font en sorte que la participation à ce programme n'accentue pas la stigmatisation vécue par ces jeunes. D'abord, le programme est présenté comme un cours et les activités sont également organisées de cette façon. Il ne s'agit pas d'un groupe de soutien où il y a un partage d'expériences et d'anecdotes personnelles. Les jeunes ne participent donc pas à une thérapie, mais bien à une rencontre éducative où des habiletés diverses sont enseignées. Les participants sont tout de même informés qu'il s'agit d'un programme de prévention de la dépression. Lors de l'expérimentation du programme, les rencontres avaient lieu parfois dans les locaux de l'université. Les jeunes appréciaient beaucoup ces locaux. Le fait de fréquenter l'université était une récompense pour eux puisqu'ils se trouvaient dans un monde d'adultes et s'imaginaient qu'ils allaient vraiment suivre un cours « parmi les grands ».

Un autre élément pouvant réduire le risque de stigmatisation est le moment de la prestation du programme. Le fait que les activités soient organisées le soir, après les heures de classe, rend l'étiquetage par les pairs beaucoup moins probable. Selon la conceptrice, les tabous face aux problèmes de santé mentale sont parfois encore présents chez les intervenants, ce qui peut alors les porter à envisager qu'une telle stigmatisation puisse s'installer. Ce risque de stigmatisation existe bel et bien, mais il ne serait pas aussi élevé que ce que certains milieux affirment.

5. CONDITIONS DE RÉALISATION DU PROGRAMME

5.1. *Pénétration dans l'école*

Au cours de la consultation, les intervenants ont formulé plusieurs conditions nécessaires à la réalisation du programme « Je prends ma vie en main » ainsi qu'au succès de son implantation. D'abord, il importe de considérer la façon dont le programme peut être intégré aux activités courantes de l'école. Plusieurs recommandations ont été formulées par les intervenants quant au conseil d'établissement, à l'appui de la direction d'école ainsi qu'à la nécessité d'intégrer le programme dans le plan de réussite de l'école. Lors de l'expérimentation, le programme était d'abord présenté aux directions d'école. Un élément favorable à l'acceptation du projet consistait à avoir un contact privilégié dans l'école, c'est-à-dire un intervenant du milieu qui affirmait son intérêt pour le programme. Le conseil d'établissement devait ensuite approuver le projet. Il y avait finalement une présentation faite aux enseignants et au personnel non enseignant afin de les informer du fonctionnement et de l'organisation du programme dans leur école.

Le rôle du conseil d'établissement dans la pénétration d'un tel programme de prévention semble être majeur. Il est d'ailleurs désigné comme étant le premier acteur dans l'élaboration du plan de réussite de l'école. Dans le cadre de la nouvelle réforme de l'éducation, chaque école devra établir un diagnostic des apprentissages et du cheminement scolaire de ses élèves, fixer des objectifs mesurables et préciser les moyens particuliers à mettre en place afin d'atteindre ces objectifs (Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, n.d.). L'étude de Marcotte et de ses collaborateurs, dont la fin est prévue en 2004, tend à démontrer que la dépression serait le premier prédicteur de l'abandon scolaire chez les adolescents. Le lien est encore plus fort que celui entre les troubles du comportement et l'abandon scolaire. Comme il a été mentionné par certaines personnes lors de la consultation, la problématique de la dépression chez les jeunes doit être reconnue comme un déterminant du succès scolaire. Ainsi, un programme comme celui de Diane Marcotte devient un moyen à privilégier afin de réduire les troubles dépressifs et d'augmenter les chances de réussite de ces jeunes. Selon la conceptrice, il faudrait cibler quelques écoles intéressées à implanter le programme et à l'intégrer dans leur plan de réussite.

5.2. Besoin de temps dégagé

Les intervenants l'ont mentionné à plusieurs reprises, l'implantation d'un tel programme ne peut se faire sans les conditions de succès. La question du dégagement des ressources en place ou de l'embauche de nouvelles ressources fut inévitable tout au long de la consultation. La conceptrice a confirmé la nécessité de prévoir au moins deux heures de préparation pour chacune des rencontres, en plus des deux heures nécessaires à l'animation des activités. La charge actuelle des intervenants ne semble pas permettre l'ajout d'une telle tâche à leur horaire. La conceptrice rejoint les intervenants dans leurs préoccupations face à l'implantation en affirmant que des conditions positives sont nécessaires. Une des conditions essentielles est l'allocation d'un budget afin de pouvoir réaliser toutes les étapes du programme. Trois principaux éléments sont à prévoir : 1) le temps alloué à la sélection des jeunes et à l'animation, 2) le matériel, les collations, les renforçateurs et les manuels, 3) la formation de deux jours donnée aux animateurs. Sans un budget réservé à la réalisation du programme, le projet ne peut être viable à long terme.

5.3. Formation et sensibilisation

La formation des animateurs et la sensibilisation du personnel de l'école furent également mentionnées à plusieurs reprises comme étant des conditions de succès importantes. Dans l'éventualité où le programme serait implanté dans la grande région de Québec, la conceptrice envisagerait de former un formateur pour la région de Montréal et un autre pour la région de Québec. Cette personne pourrait assurer la tenue régulière de séances de formation ainsi que le soutien clinique des intervenants. Une mise en garde doit cependant être formulée quant à une telle formation de deux jours pour les intervenants. Une étude réalisée en 2002 avait comme objectif de mesurer l'efficacité d'une formation brève sur la thérapie cognitivo-comportementale à modifier les connaissances et les attitudes des médecins généralistes relatives à la dépression (Llewellyn-Jones, 2002). L'échantillon comprenait des médecins qui

avaient parmi leur clientèle des individus souffrant de troubles dépressifs. Selon cette étude, après six mois, les médecins qui avaient reçu la formation ne démontraient aucune augmentation de leurs connaissances, ni d'amélioration de leurs attitudes envers le traitement de la dépression. Les auteurs concluaient que les praticiens généralistes ont besoin de plus de quatre demi-journées afin de pouvoir appliquer les principes de la thérapie cognitivo-comportementale. Une formation complète sur ce type de thérapie correspond à un investissement d'une centaine d'heures (Fournier, 2003). Les préalables suggérés par la conceptrice pour animer le programme trouvent un appui dans la littérature. Une formation sur la thérapie cognitivo-comportementale ou une expérience pertinente est nécessaire. Un intervenant déjà familier avec les principes de base de cette approche pourra ensuite apporter une plus-value à son intervention en participant à la formation de Diane Marcotte.

La sensibilisation du personnel de l'école semblait également être un élément important à mettre en place afin d'améliorer l'impact du programme dans un milieu. Au moment de la consultation, il n'y avait aucun volet du programme qui tentait d'atteindre cet objectif. Cependant, Diane Marcotte a pu observer la grande ouverture du personnel scolaire à recevoir des formations ou des sessions de sensibilisation sur le thème de la dépression. La volonté du personnel à se former semble très grande, mais, selon la conceptrice, le degré d'implication nécessaire afin de mettre à profit le contenu des formations n'est pas encore reconnu par les milieux.

Enfin, la nécessité d'offrir des services aux parents ou de les engager dans l'implantation du programme fut formulée à plusieurs reprises par les intervenants. Le programme de Diane Marcotte comprend d'ailleurs un volet pour les parents. Il s'agit de quatre rencontres qui leurs sont offertes. Les activités proposées au cours de ces rencontres sont basées sur les recherches de Bearslee qui propose d'enseigner également aux parents dans le cadre d'un programme de prévention de la dépression chez les adolescents. Cette composante du programme n'a pas encore été expérimentée. Il n'a pas été possible d'obtenir davantage d'information sur le contenu du volet destiné aux parents. Il semble être reconnu par plusieurs auteurs que la composante d'intervention auprès des parents reste encore trop peu développée (Marcotte, 2000).

5.4. Collaboration

La collaboration avec les différents partenaires gravitant autour de l'école fut relevée comme une condition essentielle à l'implantation du programme « Je prends ma vie en main ». Selon la conceptrice, la volonté des décideurs est nécessaire à la concrétisation d'un partenariat et à la mise en place des conditions de réussite d'un travail de collaboration. L'association entre une école et le CLSC semble être une formule idéale pour Diane Marcotte. Ainsi, l'identification de la pathologie parentale et le soutien à la famille pourraient être des composantes prises en charge par le CLSC. Un responsable du programme devrait également être dégagé à l'école afin que les jeunes puissent avoir recours à un intervenant du milieu disponible entre les rencontres. Comme il a été souligné lors de la consultation, la collaboration entre les

intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et ceux du réseau de l'éducation semble déjà bien ancrée dans quelques-uns des territoires.

En plus de cette association « acquise » dans certains milieux, plusieurs autres organisations, dont le Centre jeunesse et les équipes territoriales de pédopsychiatrie, ont spontanément été nommées au cours de la consultation comme étant des acteurs essentiels dans une démarche de prévention de la dépression chez les adolescents. D'ailleurs, en 1999, un énoncé de position était formulé par le Collège des médecins du Québec concernant l'accessibilité aux soins médicaux et psychiatriques pour la clientèle des adolescents. À la suite d'un rapport qui faisait mention de la difficulté des médecins à dépister les maladies mentales avant que celles-ci ne se détériorent, plusieurs recommandations concernant les services médicaux ont été formulées. L'une d'entre elles vise directement cette collaboration entre les réseaux pour les services de première ligne. Il est recommandé que les départements de pédiatrie et de psychiatrie, les équipes jeunesse des CLSC ainsi que les intervenants sociaux des centres jeunesse s'organisent afin d'offrir des services complets d'évaluation. Il est également question d'assurer un suivi pour les adolescents, et ce, de façon concertée avec, entre autres, les pédopsychiatres, les psychologues et les travailleurs sociaux (Direction générale du Collège des médecins du Québec, 1999). Cette concertation allant au-delà des réseaux de la santé et de l'éducation ne semble pourtant pas encore acquise, malgré le fait qu'elle soit nommée comme une condition de succès par la majorité des équipes d'intervention.

La notion d'« intégration des services » à l'intérieur d'une école semble être devenue incontournable afin d'assurer la réussite scolaire et éducative des jeunes (Deslandes et Bertrand, 2002). D'ailleurs, « l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation » publiée en 2003 propose des mécanismes de concertation à mettre en place à l'échelle locale, régionale et nationale. Différents partenaires des deux réseaux ainsi que des organismes communautaires et des organisations de parents constitueraient le mécanisme local de concertation et pourraient devenir le premier lieu de décision quant au développement et au bien-être des jeunes de la communauté. Plusieurs défis restent à relever avant d'obtenir, comme le proposent Deslandes et Bertrand (2002), une « école communautaire avec des services intégrés ». Les différentes organisations devront, entre autres :

- ? Développer une conception partagée de l'offre de services ;
- ? Reconnaître l'expertise de chacun ;
- ? Prévoir suffisamment de ressources ;
- ? Élaborer des mécanismes de résolution de conflits ;
- ? Assurer l'équilibre des tâches des éducateurs et des intervenants ;
- ? Mettre en place des canaux de communication interorganisationnels.

Selon Deslandes et Bertrand (2002), chaque milieu doit développer ses propres mécanismes d'intégration des services afin de répondre aux besoins définis dans la communauté.

5.5. *Clientèle*

Au cours de l'expérimentation du programme de Diane Marcotte, il n'avait pas été possible de faire d'analyse sur les effets différentiels chez les garçons et les filles. Trop peu de garçons avaient participé aux groupes. Il y avait environ cinq filles pour un garçon. La composante de l'image corporelle était toujours très importante pour les jeunes filles, selon la conceptrice. Il serait intéressant d'envisager la création de programmes offrant des contenus différents pour chaque genre. Les filles étant plus nombreuses à être dépistées et à accepter de participer au programme, des sujets tels la maturation pubertaire, l'image corporelle, les rôles sexuels et l'estime de soi seraient essentiels (Marcotte, 2000). Selon une revue de la littérature de Michael et Crowley (2002), les résultats des psychothérapies traitant la dépression ont en moyenne plus d'effets chez les adolescentes que chez les adolescents. Les auteurs ajoutent que ce traitement chez les enfants âgés de moins de 11 ans semble donner des résultats similaires pour les filles et les garçons. Il importe, d'après ces résultats, de se questionner sur la capacité des interventions offertes à répondre aux besoins des garçons qui présentent des symptômes dépressifs.

Certaines interrogations ont également été formulées concernant l'âge des participants à ce programme. Le résumé du programme effectué par la conceptrice suggérait de cibler les jeunes de 14 à 17 ans. Lors de la rencontre avec Diane Marcotte, celle-ci a ajouté qu'il n'était pas recommandé de jumeler plus de deux niveaux différents dans un même groupe à cause de la différence d'âge.

6. *EFFETS PRESENTIS DU PROGRAMME*

Les effets d'un programme dépendent de plusieurs éléments relatifs au contexte d'implantation, aux ressources allouées à la prestation du programme et à une foule d'autres caractéristiques propres à chaque milieu. Comme il a été mentionné dans la section sur les résultats, la réalisation du programme « Je prends ma vie en main » pourrait produire des effets bien différents d'un territoire à l'autre. Les auteurs d'une revue de la littérature sur les programmes de prévention offerts après les heures de classe ont dégagé les caractéristiques des programmes qui démontraient des effets positifs (Scott-Little, Hamann et Jurs, 2002). Les programmes efficaces semblent présenter les éléments communs suivants :

- ? Une structure et un horaire prévisibles ;
- ? Une forte cohérence avec le curriculum scolaire ;
- ? Du personnel qualifié et formé ;
- ? Des opportunités de tutorat individuel.

Selon ces auteurs, les jeunes fréquentant ces programmes démontraient de meilleurs résultats aux examens standardisés et aux travaux reliés aux apprentissages scolaires. Ils présentaient également de meilleures habiletés sociales et émotionnelles. Il apparaît qu'un ensemble de programmes éducatifs offerts après les heures de classe ont un impact positif sur les jeunes qui y participent. Il importe cependant de considérer les différentes conditions d'implantation afin

de maximiser les chances de réussite et d'éviter l'épuisement des ressources disponibles dans le milieu.

ÉLÉMENTS ESSENTIELS À RETENIR

- ? Les explications de Diane Marcotte concernant la procédure d'identification précoce utilisée lors de l'expérimentation du programme ont permis de répondre à plusieurs interrogations et craintes exprimées par les intervenants rencontrés.
- ? Il n'existe pas de consensus sur le moment de la prestation étant le plus adéquat pour le programme. Le fait d'offrir celui-ci après les heures de classe semble présenter plusieurs avantages pour la conceptrice du programme.
- ? Les animateurs du programme doivent posséder les pré-requis suivants : une expérience d'intervention en santé mentale et d'intervention en groupe, ainsi qu'une connaissance de l'approche cognitivo-comportementale.

- ? Plusieurs mesures sont proposées par Diane Marcotte afin de réduire les taux d'attrition dont la signature d'un contrat en début de programme, l'utilisation de renforçateurs et le jumelage avec une thérapie individuelle.
- ? Les conditions d'implantation essentielles formulées par les intervenants consultés ont sensiblement toutes trouvées un écho dans les propos de la conceptrice du programme : des ressources financières suffisantes et du temps dédié à la mise en œuvre s'avèrent être des conditions indispensables.
- ? Plusieurs appuis sont également disponibles dans la littérature concernant la nécessité d'intervenir en collaboration avec les partenaires et d'offrir des services variés aux jeunes dépressifs.
- ? Davantage d'études sur les programmes de prévention de la dépression sont requises afin de pouvoir affirmer qu'il existe des effets différenciels entre les garçons et les filles.
- ? Selon la littérature et les impressions des intervenants rencontrés, ce type de programme semble avoir des effets positifs. Les conditions propres à chaque milieu peuvent cependant avoir une influence importante sur la réussite ou non de l'implantation.

RECOMMANDATION QUANT À L'IMPLANTATION

Le message lancé au cours des derniers mois par chacune des équipes d'intervention jeunesse des organisations de la région de Québec était, somme toute, assez clair. La réalisation de programmes structurés de prévention chez les jeunes, dans le milieu scolaire particulièrement, se heurte à des obstacles perçus comme étant infranchissables pour plusieurs de ces intervenants. L'*intensité du programme* fut mentionnée comme étant une contrainte majeure à l'implantation d'un tel programme de prévention de la dépression chez les adolescents à risque. Le *manque de temps* des intervenants ainsi que la *faible priorité accordée à la prévention* dans l'ensemble des interventions font également partie des obstacles à mettre en perspective par rapport au grand intérêt des personnes rencontrées pour la thématique de la dépression. D'autres contraintes importantes telles que la *motivation des jeunes* et le *risque de stigmatisation* furent mentionnées à plusieurs reprises afin d'appuyer le fait que le programme « Je prends ma vie en main » pouvait difficilement être implanté sans les conditions de succès.

D'ailleurs, une prise de position des gestionnaires quant à la priorité accordée à la prévention de la dépression, une concertation quant à l'offre complète de services aux jeunes dépressifs et une collaboration de tous les partenaires furent nommées comme étant des conditions essentielles à l'implantation d'un programme comme celui de Diane Marcotte.

Malgré l'intérêt pour la prévention de la dépression chez les jeunes et la pertinence d'intervenir sur cette problématique qui se dégagent des propos recueillis au cours de la consultation, *il est recommandé de ne pas procéder à l'implantation du programme de prévention « Je prends ma vie en main » dans la grande région de Québec*. Les embûches sont trop importantes actuellement pour penser accomplir avec succès l'implantation d'un tel programme.

Toutefois, quelques milieux se sont montrés intéressés à implanter le programme. Ces milieux semblent présenter un ensemble de facteurs favorables en ce qui concerne leurs conditions d'intervention, leur clientèle ou les liens positifs avec leurs partenaires. Dans l'optique où de nouveaux budgets seraient accordés à la prévention en santé mentale auprès des adolescents, il serait intéressant d'envisager de démarrer des projets pilotes dans ces milieux spécifiques.

RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e éd., Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e éd., Washington, DC, American Psychiatric Association.

Bourque, P., et D. Beaudette (1982). « Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones », *Revue canadienne des sciences du comportement*, 14 (3), 211-218.

Burns, J., et J. Hickie (2002). « Depression in young people : a national school-based initiative for prevention, early intervention and pathways for care », *Australian Psychiatry*, 10 (2), 134-138.

Clarke, G.N., W. Hawkins, M. Murphy et L.B. Sheeber (1993). « School-based primary prevention of depressive symptomatology in adolescents : findings from two studies », *Journal of Adolescent Research*, 8 (2), 183-204.

Clarke, G.N., W. Hawkins, M. Murphy, L.B. Sheeber, P.M. Lewinsohn et J.R. Seeley (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, 312-321.

Clarke, G., P. Lewinsohn et H. Hops (1990). *Adolescent Coping with Depression Course. Leader's Manual for Adolescent Groups*, Eugene, Castalia Publishing.

Collège des médecins du Québec (1999). *Accessibilité aux soins médicaux et psychiatriques pour la clientèle des adolescents*, Montréal.

Collet, L., et J. Cottraux (1986). « Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items) : Étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher », *L'Encéphale*, 12, 77-79.

Deslandes, R., et R. Bertrand (2002). « Une meilleure harmonisation des services offerts aux jeunes à risque et à leur famille : que savons-nous? », *Santé mentale au Québec*, 27 (2), 136-152.

Dori, G.A., et J.C. Overholser (2000). « Evaluating depression severity and remission with a modified Beck Depression Inventory », *Personality and Individual Differences*, 2, 1045-1061.

Fournier, L. (2003, juin). *Une stratégie visant à améliorer l'accessibilité aux services pour les jeunes souffrant de troubles anxieux*, Québec, Conférencière de l'INSPQ invitée par le Groupe de recherche interdisciplinaire en organisation des services et en évaluation en santé mentale.

Gauthier, A., C. Morand et D. Paquette (2003). *Santé mentale des jeunes : état de situation et recommandations*, document de travail.

Gauthier, J., C. Morin, F. Thériault et J.S. Lawson (1982). « Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression », *Revue québécoise de psychologie*, 3 (2), 13-27.

Gillham, J.E., K.J. Reivich, L.H. Jaycox et M.E.P. Seligman (1995). « Prevention of depressive symptoms in school children : two-year follow-up », *Psychological Science*, 6 (6), 343-351.

Gladstone, T.R.G., et W.R. Beardslee (2000). « The prevention of depression in at-risk adolescents : current and future directions », *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 14 (1), 9-23.

Gouvernement du Québec (n.d.). *Le plan de réussite pour une école secondaire*, Ministère de l'Éducation.

Gouvernement du Québec (2003). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Ministère de l'Éducation, ISBN : 2-550-40553-6.

Greenberg, M.T., C. Domitrovich et B. Bumbarger (1999). *Preventing Mental Disorders in School-age Children : A Review of the Effectiveness of Prevention Programs*, Center of Mental Health Services, U.S. Department of Health and Human Services.

Habimana, E., L.S. Éthier, D. Petot et M. Tousignant (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Montréal, Gaëtan Morin.

Hamilton, M. (1967). « Development of a rating scale for primary depressive illness », *British Journal of Social Clinical Psychology*, 6, 278-296.

Huberman, A.M., et M.B. Miles (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*, traduit de l'anglais par C. De Backer et V. Lamongie, Bruxelles, De Boeck-Wasmal.

Jaycox, L.H., K.J. Reivich, J. Gillham et M.E. Seligman (1994). « Prevention of depressive symptoms in school children », *Behav. Res. Ther.*, 32 (8), 801-816.

Joubert, N., et R. Morin (2002). *Utilisation du Dominique Interactif à des fins de dépistage de masse des problèmes de santé mentale des enfants de 6 à 11 ans*, Institut national de santé publique de Québec.

Joyner, K., et J.R. Udry (2000). « You don't bring me anything but down : Adolescent romance and depression ». *Journal of Health and Social Behaviour*, 41, 369-391.

Kendall, P., D.P. Cantwell et A.E. Kazdin (1989). « Depression in children and adolescents : Assessment issues and recommendations », *Cognitive Therapy and Research*, 13 (2), 109-146.

Klein, M.H., J.H. Greist, S.M. Bass et M.J. Lohr (1987). « Autonomy and self-control : Key concepts for the prevention of depression in adolescents », in R.F. Munoz (dir.), *Depression Prevention : Research Directions*, New York, Hemisphere Publishing Corporation, p. 103-123.

Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*, New York, Multi-Health Systems, Inc.

La Rosa, E. (1996). *Le dépistage chez l'adulte*, Paris, Presses Universitaires de France.

Leblanc, J., et collab. (1996). *Démystifier les maladies mentales : Les dépressions et les troubles affectifs cycliques*, Montréal, Gaétan Morin.

Llewellyn-Jones, R.H. (2002). « Brief cognitive behaviour therapy training does not improve physicians' knowledge or treatment of depression », *Evidence-based Healthcare*, 6, 182-183.

Marcotte, D. (1990). *Efficacité d'une stratégie émotive-rationnelle appliquée à des adolescents présentant des symptômes dépressifs*, Université d'Ottawa.

Marcotte, D., et P. Baron (1993). « L'efficacité d'une stratégie d'intervention émotive-rationnelle auprès d'adolescents dépressifs du milieu scolaire », *Revue canadienne de counseling*, 27 (2), 76-92.

Marcotte, D. (2000). « La prévention de la dépression chez les enfants et les adolescents », in F. Vitaro et C. Gagnon (dir.), *La prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 221-270.

Michael, K.D., et S.L. Crowley (2002). « How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review », *Clinical Psychology Review*, 22, 247-269.

Muir Gray, J.A. (2001). « Evidence-based screening in the United Kingdom », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 17 (3), 400-408.

Petersen, A.C., B.E. Compas, J. Gorrks-Gunn, M. Stemmler, S. Ey et K.E. Gratz (1993). « Depression in adolescence », *American Psychologist*, 48 (2), 155-168.

Petti, T.A. (1978). « Depression in hospitalized child psychiatry patients : approaches to measuring depression », *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 49-59.

Purper-Ouakil, D., G. Michelet et M.C. Mouren-Siméoni (2002). « La vulnérabilité dépressive chez l'enfant et l'adolescent : Données actuelles et perspectives », *L'Encéphale*, 28, 234-240.

Reynolds, W.M., et K.I. Coats (1986). « A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (5), 653-660.

Rice, K.G., M.A. Herman et A.C. Petersen (1993). « Coping with challenge in adolescence : a conceptual model and psycho-educational intervention », *Journal of Adolescence*, 16, 235-251.

Richards, S., et M.G. Perri (2002). *Depression : A Primer for Practitioners*, California, Sage Publications Inc.

Roberts, C.M. (1999). « The prevention of depression in children and adolescents », *Australian Psychologist*, 34 (1), 49-57.

Scott-Little, C., M.S. Hamann et S.G. Jurs (2002). « Evaluations of after-school programs : a meta-evaluation of methodologies and narrative synthesis of findings », *American Journal of Evaluation*, 23 (4), 387-419.

Shenassa, E.D. (2002). « Delivering the goods : The importance of screening accuracy for effective community intervention and prevention », *Journal of Community Psychology*, 30 (2), 197-210.

Shochet, I.M., M.R. Dadds, D. Holland, K. Whitefield, P.H. Harnett et S.M. Osgarby (2001). « The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression », *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (3), 303-315.

Table des questionnaires Famille-Enfance-Jeunesse des CLSC de la région de Québec et Direction de santé publique de la RRSSS de Québec (2001). *Les services des CLSC de la région de Québec pour les jeunes de 12 à 17 ans. Panier de services*, ISBN : 2-89496-205-3.

Teboul, E. (1997). « Dépression majeure : Quand la réponse au stress se détraque », *Le Clinicien*, octobre, 109-118.

Valla, J.P., L. Bergeron, M. St-Georges et C. Berthiaume (2000). « Le Dominique Interactif : présentation, cadre conceptuel, propriétés psychométriques, limites, et utilisations », *Revue canadienne de psycho-éducation*, 29 (2), 327-347.

Ward, R.K., A.E. Eyler et G.R. Makris (2000). « Evaluation and management of depressive illness in adolescence », *Clinics in Family Practice*, 2 (4).

Wilson, J.M.G., et G. Jungner (1970). *Principes et pratique du dépistage des maladies*, Genève, Organisation mondiale de la santé.

Zung, W.W.K. (1965). « A self-rating depression scale », *Archives of General Psychiatry*, 12, 64-70.

ANNEXES

ANNEXE 1

Lettre d'invitation à participer à la démarche de
consultation

Beauport, le < >

<nom, prénom>
<titre d'emploi>

Madame / Monsieur < >

J'aimerais vous inviter à participer à la démarche intitulée : « Réflexion sur quelques éléments de faisabilité de l'implantation d'un programme de prévention de la dépression auprès des adolescentes et adolescents à risque, région de Québec ».

La démarche proposée représente la première étape d'un processus menant à l'éventuel déploiement d'un programme de prévention de la dépression. Il s'agit d'une opportunité en lien avec une des actions mentionnées dans la section santé mentale du panier de services des CLSC pour les jeunes de 12 à 17 ans. L'implantation d'un tel programme demande une certaine préparation et c'est dans cette perspective que la collaboration de votre équipe est sollicitée. Les réflexions des intervenantes et intervenants sur divers éléments relatifs à l'implantation d'un tel programme vont permettre de préparer les milieux à accueillir le plus efficacement possible un programme de prévention élaboré par l'équipe de Diane Marcotte, psychologue et professeure-chercheure à l'UQAM. Il est possible, à la suite de cette rencontre, que la conclusion soit de ne pas accueillir un tel programme.

Vous trouverez ci-joints les documents nécessaires à votre participation à la rencontre. Les **documents roses** sont des exemples de mécanismes d'identification précoce de la dépression qui alimenteront votre réflexion sur le sujet. Le **document lilas** présente un résumé du programme de prévention de la dépression de l'équipe de Marcotte. Ces textes doivent être lus avant de répondre aux questionnaires, les **documents verts**, que vous devrez nous remettre à la fin de la rencontre.

Nous avons bien hâte de faire votre connaissance et de recueillir vos idées et commentaires sur ce projet en émergence.

Valérie Houle
Stagiaire en psychologie communautaire
(418) 666-7000 pose 544
valerie.houle@ssss.gouv.qc.ca

Monique Comeau
Superviseure
(418) 666-7000 pose 414
monique.comeau@ssss.gouv.qc.ca

ANNEXE 2

Questionnaires préalables à la rencontre des équipes

Réflexion préalable à l'implantation d'un programme de prévention de la dépression auprès des adolescentes et adolescents à risque, région de Québec

QUESTIONNAIRE PRÉLIMINAIRE #1

La problématique de la dépression chez les adolescentes et les adolescents est devenue une préoccupation importante dans divers milieux au cours des dernières années. Elle se manifeste sous trois formes principales. Le *symptôme dépressif* correspond à la présence d'une humeur généralement triste. Le *syndrome dépressif* est présent lorsqu'un individu démontre quelques symptômes de dépression sans qu'il y est de considération de la durée de ceux-ci. Le *trouble dépressif* est un diagnostic qui correspond aux critères du manuel statistique et diagnostic des troubles mentaux (DSM-IV). Une très faible proportion d'adolescentes et d'adolescents demandent une aide professionnelle lorsqu'ils ressentent les premiers symptômes de dépression. De même, peu d'adultes et de jeunes les entourant sont conscients de leur situation.

Quels seraient pour vous, ou un membre de votre équipe de travail, les AVANTAGES et les DÉSAVANTAGES à **utiliser un mécanisme d'identification précoce auprès des adolescentes et des adolescents à risque de dépression ?**

AVANTAGES

DÉSAVANTAGES

À votre avis, quels sont les principales personnes ou les principaux groupes de personnes qui seraient en ACCORD ou en DÉSACCORD avec le fait que **vous, ou un membre de votre équipe, utilisiez un mécanisme d'identification précoce auprès des adolescentes et des adolescents à risque de dépression?**

ACCORD

DÉSACCORD

Pouvez-vous nommer les OBSTACLES ou BARRIÈRES qui pourraient vous empêcher, ou empêcher un membre de votre équipe d'**utiliser un mécanisme d'identification précoce auprès des adolescentes et des adolescents à risque de dépression ?**

Réflexion préalable à l'implantation d'un programme de prévention de la dépression auprès des adolescentes et adolescents à risque, région de Québec

QUESTIONNAIRE PRÉLIMINAIRE #2

Le programme de prévention de la dépression adapté par Diane Marcotte (UQAM) cible les adolescentes et adolescents qui présentent certains symptômes, mais qui n'ont pas encore développé un trouble dépressif. Ce programme basé sur la thérapie cognitivo-comportementale consiste en une série de 16 rencontres, d'une durée de 1h30 à 2h. Deux animateurs-trices par groupe enseignent certaines habiletés spécifiques décrites dans un manuel d'animation détaillé. Les adolescentes et adolescents identifiés sont réunis en groupe de six à huit, deux fois par semaine. Une description sommaire du programme est jointe au présent document.

Quels seraient pour vous, ou un membre de votre équipe, les **AVANTAGES** et les **DÉSAVANTAGES** à **animer un programme de prévention de la dépression auprès d'un groupe d'adolescentes et d'adolescents à risque de dépression ?**

AVANTAGES

DÉSAVANTAGES

À votre avis, quels sont les principales personnes ou les principaux groupes de personnes qui seraient en **ACCORD** ou en **DÉSACCORD** avec le fait que **vous, ou un membre de votre équipe, animiez un programme de prévention de la dépression auprès d'un groupe d'adolescentes et d'adolescents à risque de dépression ?**

ACCORD

DÉSACCORD

Pouvez-vous nommer les **OBSTACLES** ou **BARRIÈRES** qui pourraient vous empêcher, ou empêcher un membre de votre équipe, d'**animer un programme de prévention de la dépression auprès d'un groupe d'adolescentes et d'adolescents à risque de dépression ?**

ANNEXE 3

Grille de codification des données recueillies
auprès des équipes jeunesse des CLSC et du
personnel non enseignant des commissions
scolaires

RÉACTIONS GÉNÉRALES		REAC
Manque d'information	REAC-INFO	Raison évoquée pour justifier la difficulté de formuler une opinion juste et éclairée sur le programme
Intérêt	REAC-INT	Expression d'un intérêt face à la prévention de la dépression
Problématique présente	REAC-PRÉS	Constat de la présence actuelle chez les jeunes des symptômes dépressifs à différents degrés de gravité
Projet pilote/implantation par étape	REAC-PILOTE	Suggestion de procéder à une implantation par étapes plutôt qu'une implantation de masse dans toute la région

IDENTIFICATION – OUTILS		ID-OUT
Beck +/-	ID-OUT-BECK	Argument en faveur ou en défaveur de l'un ou l'autre des outils d'identification précoce proposés lors de la consultation
Hamilton +/-	ID-OUT-HAMIL	
Questionnaire observ. enseignant +/-	ID-OUT-QOE	
Suggestions	ID-OUT-SUGG	Suggestion d'un outil différent des trois proposés dans la tournée (ex : activité de sensibilisation, check-list, entourage du jeune, etc.)
Outils pas utilisés	ID-OUT-PAS	Affirmation selon laquelle les outils proposés ne sont pas utilisés dans un milieu donné avec les jeunes
Complémentarité	ID-OUT-COMP	Affirmation sur l'utilisation de plusieurs outils afin de réaliser l'identification

IDENTIFICATION - FONCTIONNEMENT		ID-FONC
Qui dépiste	ID-FONC-QUI	Organisation ou titre d'emploi nommé pour réaliser cette responsabilité
Consultation individuelle	ID-FONC-INDIV	Affirmation sur la nécessité d'une consultation en individuel comme préalable, substitut ou complément aux rencontres de groupe
Dépistage de masse	ID-FONC-MASSE	Argument en faveur ou en défaveur de l'utilisation d'une méthode d'identification précoce de masse
Clientèle actuelle	ID-FONC-ACTU	Affirmation selon laquelle il y a des jeunes présents dans la clientèle actuelle pouvant former un groupe de participants au programme
Cibler clientèle plus à risque	ID-FONC-RISQ	Suggestion de cibler des jeunes présentant une certaine problématique pour participer au programme

IDENTIFICATION – PERCEPTION		ID-PERC
Bienfaits de l'identification	ID-PERC+	Argument en faveur de l'utilisation d'outils d'identification précoce
Dangers de l'identification	ID-PERC-	Argument en défaveur ou crainte face à l'utilisation d'outils d'identification précoce

IDENTIFICATION – DIFFICULTÉS		ID-DIFF
Comorbidité	ID-DIFF-COMOR	Affirmation de la présence fréquente de troubles associés à la dépression ce qui rend l'identification complexe
Trouble passager / adolescence	ID-DIFF-ADO	Mention de la confusion qui existe chez les intervenants, parents ou jeunes entre les états dépressifs et les fluctuations normales de l'humeur à l'adolescence (un sens ou l'autre)
Critères	ID-DIFF-CRIT	Affirmation de la nécessité d'avoir des critères de sélection et d'exclusion précis selon la clientèle ciblée
Liste d'attente	ID-DIFF-ATT	Ajout des jeunes diagnostiqués comme dépressifs aux listes d'attente déjà longues en pédopsychiatrie

MOMENT DE PRESTATION DES RENCONTRES		MOM
Temps de classe	MOM-CLAS	Avantages et inconvénients de planifier les groupes sur l'un ou l'autre de ces moments de disponibilité
Heure du dîner	MOM-DINER	
Hors temps de classe (soir et week-end)	MOM-HORS	

ANIMATION		ANIM
Qui anime	ANIM-QUI	Organisation ou titre d'emploi nommé pour occuper cette responsabilité
Coanimation	ANIM-COANI	Argument en faveur ou en défaveur de l'animation réalisée par deux animateurs
Animateurs externes	ANIM-EXT	Proposition ou affirmation sur la possibilité d'avoir recours à des animateurs provenant de l'extérieur du CLSC et du milieu scolaire
Sélection des animateurs	ANIM-SELEC	Éléments à prendre en considération dans le choix des animateurs

OBSTACLES À L'IMPLANTATION		OBS
Conditions actuelles peu favorables	OBS-ACTU	Énoncé d'une situation particulière à un milieu, à une problématique, à une clientèle qui nuit à l'implantation
Urgences/pas prévention	OBS-URGE	Affirmation concernant l'obligation actuelle de réaliser des interventions davantage curatives, ce qui laisse peu de temps disponible à la prévention
Impact réforme	OBS-REFOR	Énoncé concernant la réforme de l'éducation et son influence sur la pratique de la prévention
Transport	OBS-TRANS	Affirmation concernant les exigences ou contraintes associées au transport des jeunes après les heures de classe
Nombre de rencontres / intensité	OBS-INTENS	Constat ou suggestion sur le nombre total de rencontres et l'intensité du programme (point de vue des jeunes ou des intervenants)
Composition des groupes	OBS-COMPO	Obstacle ou inquiétude face au recrutement des participants et à la composition du groupe

CONDITIONS DE RÉALISATION DU PROGRAMME		COND
Pénétration dans l'école	COND-PENET	Énoncé / Questionnement en regard des moyens à privilégier afin de favoriser l'acceptation du programme dans une école
Projet d'organisation / priorité	COND-PRIORI	Énoncé selon lequel le programme doit être considéré prioritaire par toute l'organisation et appuyé par les décideurs
Sensibilisation / formation	COND-FORM	Affirmation / Suggestion sur la nécessité de sensibiliser ou de former un ou plusieurs acteurs visés par le projet
Besoin / manque de temps / ressources	COND-TEMPS	Argument / Affirmation sur le temps requis pour l'implantation de ce programme
Présentation	COND-PRES	Argument en faveur d'une présentation positive du programme, entre autres par un titre optimiste, et de la nécessité de mettre en place des conditions attirantes pour rassembler les jeunes
Volet parents	COND-PARENT	Argument / Affirmation sur le volet s'adressant aux parents ou sur leur implication dans le programme
Clientèle	COND-CLIENT	Énoncé sur les caractéristiques des jeunes pouvant participer au programme

CONDITIONS DE RÉALISATION DU PROGRAMME		COND
Lien équipe territoriale de pédopsychiatrie	COND-PEDO	Formulation du besoin de créer un lien avec l'un ou l'autre de ces milieux dans l'implantation de ce programme
Lien CLSC	COND-CLSC	
Lien milieu scolaire	COND-SCOL	
Lien communautaire	COND-COMM	
Lien avec autres milieux / collaboration	COND-COLL	Affirmation de la nécessité de travailler avec des partenaires dans l'implantation de ce programme, sans que ceux-ci ne soient nommés
Définition des rôles	COND-ROL	Affirmation de la nécessité de bien définir les rôles de chaque organisation. Doit être pensé dans une continuité de services

EFFETS PRESSENTIS DU PROGRAMME		EFF
Effets positifs	EFF+	Énoncé d'un effet souhaitable pressenti du programme pour les participants, les intervenants ou les organisations
Effets négatifs	EFF-	Énoncé d'un effet néfaste pressenti du programme pour les participants, les intervenants ou les organisations

ANNEXE 4

Versions du questionnaire distribué aux différentes organisations (CLSC, Milieu scolaire, Équipes territoriales de pédopsychiatrie, Maisons de jeunes)

Réflexion préalable à l'implantation d'un programme de prévention de la dépression auprès des adolescentes et adolescents à risque, région de Québec

(version CLSC)



Consignes :

1. Répondez à chacune des questions suivantes de la façon la plus spontanée possible. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
2. Apportez le questionnaire lors de la rencontre prévue à votre CLSC, afin de le remettre à la responsable de la démarche.

1- Quel est votre titre d'emploi dans l'équipe jeunesse ?

- ☐ Éducateur-trice
- ☐ A.R.H. / T.S.
- ☐ Psychologue
- ☐ Infirmier-ière
- ☐ Médecin
- ☐ Organisateur-trice communautaire
- ☐ Nutritionniste / Technicienne en nutrition
- ☐ Hygiéniste dentaire
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

2- Depuis combien d'années, en considérant vos emplois précédents, êtes-vous intervenant-e auprès des adolescentes et adolescents ?

- ☐ Moins de 5 ans
- ☐ Entre 5 et 10 ans
- ☐ Entre 11 et 20 ans
- ☐ Plus de 20 ans

3- Combien de jours par semaine consacrez-vous à des dossiers touchant les adolescentes et les adolescents ?

- ☐ Moins d'une journée
- ☐ 1 à 2 jours
- ☐ 3 jours
- ☐ 4 jours et plus

4- Quel pourcentage de votre horaire hebdomadaire est consacré aux activités suivantes (toutes problématiques confondues) ?

Prévention	_____	%
Traitement	_____	%
Réadaptation	_____	%
Tâches administratives	_____	%

5- Avez-vous participé à une formation, une conférence, un cours ou toute autre rencontre d'information sur un ou plusieurs des thèmes suivants ? Si oui, quelle en était la durée (en heures) ?

	Oui	Non	Durée
La dépression ?			h
La dépression chez les adolescents ?			h
La prévention de la dépression ?			h
La prévention de la dépression chez les adolescents ?			h
Le traitement de la dépression ?			h

6- Comment évaluez-vous votre degré de connaissance face aux éléments suivants ? Encerclez le chiffre correspondant à votre choix pour chaque énoncé selon la pondération suivante :

0 = Je ne connais pas du tout

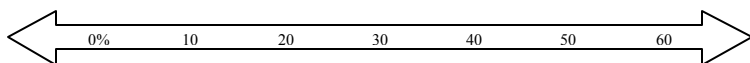
1 = Je connais peu

2 = Je connais assez bien

3 = Je connais très bien

Manifestations de la dépression	0	1	2	3
Mécanismes d'identification précoce	0	1	2	3
Traitement de la dépression	0	1	2	3
Thérapie cognitivo-comportementale	0	1	2	3
Intervention de groupe	0	1	2	3
Services spécialisés en dépression	0	1	2	3

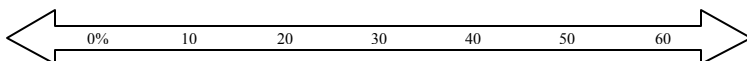
7- Quelle proportion de votre emploi du temps est occupée par la problématique de la dépression (prévention, traitement et réadaptation) chez les adolescentes et adolescents? Encerclez le pourcentage correspondant.



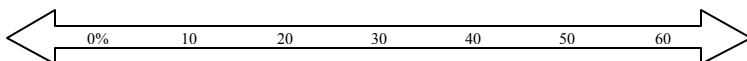
8- Selon vous, quelle est la fréquence de la dépression chez les adolescentes et les adolescents ? Encerclez le chiffre correspondant.

À peu près inexistant	Peu fréquent	Plutôt fréquent	Extrêmement fréquent
0	1	2	3

9- Considérant que la responsabilité de la prévention de la dépression chez les adolescentes et les adolescents représente 100%, selon vous, dans quelle proportion le CLSC, en est-elle responsable ?



10- Considérant que le mandat de la prévention de la dépression chez les adolescentes et les adolescents représente 100%, selon vous, dans quelle proportion l'école, en est-elle responsable ?



11- Ordonnez, selon votre préférence, les méthodes suivantes d'identification des jeunes présentant des symptômes de dépression (« 1 » étant celle que vous appréciez le plus).

- ☐ Questionnaire auto-administré (ex. Inventaire de dépression de Beck)
- ☐ Entrevue avec un-e professionnel-le (ex. Grille de Hamilton)
- ☐ Observation de l'enseignant-e (ex. Questionnaire d'observation)
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

12- Ordonnez, selon votre préférence, les formules d'animation de groupe suivantes (« 1 » étant celle que vous appréciez le plus).

- ☐ 2 intervenant-es animant ensemble chaque atelier
- ☐ 2 intervenants -es animant les ateliers à tour de rôle
- ☐ 1 intervenant responsable de toute l'animation
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

13- Quel type d'intervenant-e de votre équipe vous semble outillé-e pour IDENTIFIER les adolescentes et adolescents présentant des symptômes de dépression ? Cochez tous les choix qui s'appliquent.

- ☐ Éducateur-trice
- ☐ A.R.H. / T.S.
- ☐ Psychologue
- ☐ Infirmier-ière
- ☐ Médecin
- ☐ Organisateur-trice communautaire
- ☐ Nutritionniste / Technicienne en nutrition
- ☐ Hygiéniste dentaire
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

14- Quel type d'intervenant-e de votre équipe vous semble outillé-e pour ANIMER un programme de prévention de la dépression ? Cochez tous les choix qui s'appliquent.

- ☐ Éducateur-trice
- ☐ A.R.H. / T.S.
- ☐ Psychologue
- ☐ Infirmier-ière
- ☐ Médecin
- ☐ Organisateur-trice communautaire
- ☐ Nutritionniste / Technicienne en nutrition
- ☐ Hygiéniste dentaire
- ☐ Orthophoniste

☐ Autre (spécifiez) : _____

15- Quel est votre degré d'accord avec l'énoncé suivant : « J'estime que la prévention de la dépression chez les jeunes à risque est nécessaire » ? Encerclez le chiffre correspondant.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
0	1	2	3

16- Quel est votre degré d'accord avec l'énoncé suivant : « Je suis perplexe face à l'idée que mon CLSC s'engage dans un programme de prévention de la dépression chez les jeunes à risque alors que les intervenants-es manquent déjà de temps pour prendre en charge ceux qui vivent des problématiques identifiées ».

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
0	1	2	3

17- Quel est votre degré d'accord avec l'énoncé suivant : « Mon CLSC doit participer à un programme de prévention de la dépression chez les adolescentes et les adolescents » ? Encerclez le chiffre correspondant.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
0	1	2	3

Réflexion préalable à l'implantation d'un programme de prévention de la dépression auprès des adolescentes et adolescents à risque, région de Québec

(version milieu scolaire)



Consignes :

1. Répondez à chacune des questions suivantes de la façon la plus spontanée possible. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
2. Apportez le questionnaire lors de la rencontre prévue dans votre région, afin de le remettre à la responsable de la démarche.

1- Quel est votre titre d'emploi dans l'équipe jeunesse ?

- ☐ Animateur-trice de vie spirituelle et d'engagement communautaire
- ☐ Conseiller-ère d'orientation
- ☐ Conseiller-ère pédagogique
- ☐ Orthopédagogue
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Psychoéducateur-trice
- ☐ Psychologue
- ☐ Technicien-ne en éducation spécialisée
- ☐ Travailleur-se social-e
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

2- Depuis combien d'années, en considérant vos emplois précédents, êtes-vous intervenant-e auprès des adolescentes et adolescents ?

- ☐ Moins de 5 ans
- ☐ Entre 5 et 10 ans
- ☐ Entre 11 et 20 ans
- ☐ Plus de 20 ans

3- Combien de jours par semaine consacrez-vous à des dossiers touchant les adolescentes et les adolescents ?

- ☐ Moins d'une journée
- ☐ 1 à 2 jours
- ☐ 3 jours
- ☐ 4 jours et plus

4- Quel pourcentage de votre horaire hebdomadaire est consacré aux activités suivantes (toutes problématiques confondues) ?

Prévention	_____	%
Traitement	_____	%
Réadaptation	_____	%
Tâches administratives	_____	%
Autres	_____	%

5- Avez-vous participé à une formation, une conférence, un cours ou toute autre rencontre d'information sur un ou plusieurs des thèmes suivants ? Si oui, quelle en était la durée (en heures) ?

	Oui	Non	Durée
La dépression ?			h
La dépression chez les adolescents ?			h
La prévention de la dépression ?			h
La prévention de la dépression chez les adolescents ?			h
Le traitement de la dépression ?			h

6- Comment évaluez-vous votre degré de connaissance face aux éléments suivants ? Encerclez le chiffre correspondant à votre choix pour chaque énoncé selon la pondération suivante :

0 = Je ne connais pas du tout

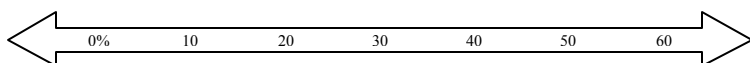
1 = Je connais peu

2 = Je connais assez bien

3 = Je connais très bien

Manifestations de la dépression	0	1	2	3
Mécanismes d'identification précoce	0	1	2	3
Traitement de la dépression	0	1	2	3
Thérapie cognitivo-comportementale	0	1	2	3
Intervention de groupe	0	1	2	3
Services spécialisés en dépression	0	1	2	3

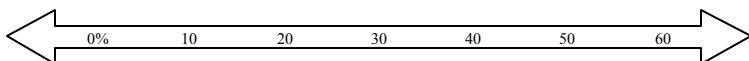
7- Quelle proportion de votre emploi du temps est occupée par la problématique de la dépression (prévention, traitement et réadaptation) chez les adolescentes et adolescents? Encerclez le pourcentage correspondant.



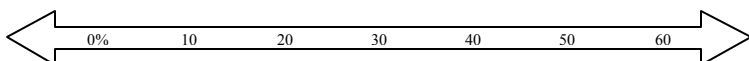
8- Selon vous, quelle est la fréquence de la dépression chez les adolescentes et les adolescents ? Encerlez le chiffre correspondant.

À peu près inexistant	Peu fréquent	Plutôt fréquent	Extrêmement fréquent
0	1	2	3

9- Considérant que la responsabilité de la prévention de la dépression chez les adolescentes et les adolescents représente 100%, selon vous, dans quelle proportion l'école, en est-elle responsable ?



10- Considérant que la responsabilité de la prévention de la dépression chez les adolescentes et les adolescents représente 100%, selon vous, dans quelle proportion le CLSC, en est-il responsable ?



11- Ordonnez, selon votre préférence, les méthodes suivantes d'identification des jeunes présentant des symptômes de dépression (« 1 » étant celle que vous appréciez le plus).

- ☐ Questionnaire auto-administré (ex. Inventaire de dépression de Beck)
- ☐ Entrevue avec un-e professionnel-le (ex. Grille de Hamilton)
- ☐ Observation de l'enseignant-e (ex. Questionnaire d'observation)
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

12- Ordonnez, selon votre préférence, les formules d'animation de groupe suivantes (« 1 » étant celle que vous appréciez le plus).

- ☐ 2 intervenant-es animant ensemble chaque atelier
- ☐ 2 intervenants -es animant les ateliers à tour de rôle
- ☐ 1 intervenant-e responsable de toute l'animation
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

13- Quel type d'intervenant-e de votre équipe vous semble outillé-e pour IDENTIFIER les adolescentes et adolescents présentant des symptômes de dépression ? Cochez tous les choix qui s'appliquent.

- ☐ Animateur-trice de vie spirituelle et d'engagement communautaire
- ☐ Conseiller-ère d'orientation
- ☐ Conseiller-ère pédagogique
- ☐ Orthopédagogue
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Psychoéducateur-trice
- ☐ Psychologue
- ☐ Technicien-ne en éducation spécialisée
- ☐ Travailleur-se social-e
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

14- Quel type d'intervenant-e de votre équipe vous semble outillé-e pour ANIMER un programme de prévention de la dépression ? Cochez tous les choix qui s'appliquent.

- ☐ Animateur-trice de vie spirituelle et d'engagement communautaire
- ☐ Conseiller-ère d'orientation
- ☐ Conseiller-ère pédagogique
- ☐ Orthopédagogue
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Psychoéducateur-trice
- ☐ Psychologue
- ☐ Technicien-ne en éducation spécialisée
- ☐ Travailleur-se social-e
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

15- Quel est votre degré d'accord avec l'énoncé suivant : « J'estime que la prévention de la dépression chez les jeunes à risque est nécessaire » ? Encerclez le chiffre correspondant.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
0	1	2	3

16- Quel est votre degré d'accord avec l'énoncé suivant : « Je suis perplexe face à l'idée que ma commission scolaire s'engage dans un programme de prévention de la dépression chez les jeunes à risque alors que les intervenants-es manquent déjà de temps pour prendre en charge ceux qui vivent des problématiques identifiées ».

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
0	1	2	3

17- Quel est votre degré d'accord avec l'énoncé suivant : « Ma commission scolaire doit participer à un programme de prévention de la dépression chez les adolescentes et les adolescents » ? Encerclez le chiffre correspondant.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
0	1	2	3

Avez-vous des commentaires ou suggestions concernant les thèmes abordés dans ce questionnaire ?

[illegible]

Merci d'avoir pris le temps de remplir ces quelques pages. Un rapport final vous sera envoyé au printemps.

Réflexion préalable à l'implantation d'un programme de prévention de la dépression auprès des adolescentes et adolescents à risque, région de Québec

(version équipe territoriale de pédopsychiatrie)



Consignes :

1. Répondez à chacune des questions suivantes de la façon la plus spontanée possible. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
2. Apportez le questionnaire lors de la rencontre prévue avec votre équipe, afin de le remettre à la responsable de la démarche.

1- Quel est votre titre d'emploi dans l'équipe de pédopsychiatrie?

- ☐ Infirmier-ière
- ☐ Pédopsychiatre
- ☐ Psychologue
- ☐ Psychoéducateur-trice
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

2- Depuis combien d'années, en considérant vos emplois précédents, êtes-vous intervenant-e auprès des adolescentes et adolescents ?

- ☐ Moins de 5 ans
- ☐ Entre 5 et 10 ans
- ☐ Entre 11 et 20 ans
- ☐ Plus de 20 ans

3- Combien de jours par semaine consacrez-vous à des dossiers touchant les adolescentes et les adolescents ?

- ☐ Moins d'une journée
- ☐ 1 à 2 jours
- ☐ 3 jours
- ☐ 4 jours et plus

4- Quel pourcentage de votre horaire hebdomadaire est consacré aux activités suivantes (toutes problématiques confondues) ?

Prévention	_____	%
Traitement	_____	%
Réadaptation	_____	%
Tâches administratives	_____	%
Autres	_____	%

5- Avez-vous participé à une formation, une conférence, un cours ou toute autre rencontre d'information sur un ou plusieurs des thèmes suivants ? Si oui, quelle en était la durée (en heures) ?

	Oui	Non	Durée
La dépression ?			h
La dépression chez les adolescents ?			h
La prévention de la dépression ?			h
La prévention de la dépression chez les adolescents ?			h
Le traitement de la dépression ?			h

6- Comment évaluez-vous votre degré de connaissance face aux éléments suivants ? Encerclez le chiffre correspondant à votre choix pour chaque énoncé selon la pondération suivante :

0 = Je ne connais pas du tout

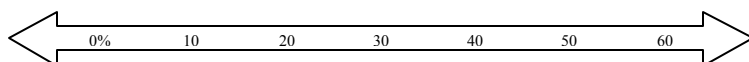
1 = Je connais peu

2 = Je connais assez bien

3 = Je connais très bien

Manifestations de la dépression	0	1	2	3
Mécanismes d'identification	0	1	2	3
Traitement de la dépression	0	1	2	3
Thérapie cognitivo-comportementale	0	1	2	3
Intervention de groupe	0	1	2	3
Services spécialisés en dépression	0	1	2	3

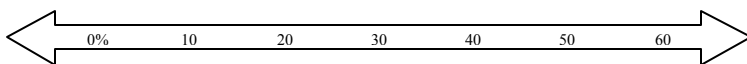
7- Quelle proportion de votre emploi du temps est occupée par la problématique de la dépression (prévention, traitement et réadaptation) chez les adolescentes et adolescents? Encerclez le pourcentage correspondant.



8- Selon vous, quelle est la fréquence de la dépression chez les adolescentes et les adolescents ? Encerclez le chiffre correspondant.

À peu près inexistant	Peu fréquent	Plutôt fréquent	Extrêmement fréquent
0	1	2	3

9- Considérant que la responsabilité de la prévention de la dépression chez les adolescentes et les adolescents à risque dans la communauté représente 100%, selon vous dans quelle proportion l'équipe de pédopsychiatrie en est-elle responsable ?



10- Si l'équipe de pédopsychiatrie participait à l'implantation d'un programme de prévention de la dépression chez les jeunes à risque, quels pourraient être les partenaires associés ? Cochez tous les choix qui s'appliquent.

- ☐ équipes jeunesse de CLSC
- ☐ personnel non enseignant des écoles
- ☐ centre jeunesse
- ☐ organismes communautaires (lesquels) : _____

☐ autre (spécifiez): _____

11- Ordonnez, selon votre préférence, les méthodes suivantes d'identification des jeunes présentant des symptômes de dépression (« 1 » étant celle que vous appréciez le plus).

- ☐ Questionnaire auto-administré (ex. Inventaire de dépression de Beck)
- ☐ Entrevue avec un-e professionnel-le (ex. Grille de Hamilton)
- ☐ Observation de l'enseignant-e (ex. Questionnaire d'observation)
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

12- Ordonnez, selon votre préférence, les formules d'animation de groupe suivantes (« 1 » étant celle que vous appréciez le plus).

- ☐ 2 intervenant-es animant ensemble chaque atelier
- ☐ 2 intervenants -es animant les ateliers à tour de rôle
- ☐ 1 intervenant responsable de toute l'animation
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

13- Quel type d'intervenant-e de votre équipe vous semble outillé-e pour IDENTIFIER les adolescentes et adolescents présentant des symptômes de dépression ? Cochez tous les choix qui s'appliquent.

- ☐ Infirmier-ière
- ☐ Pédopsychiatre
- ☐ Psychologue
- ☐ Psychoéducateur-trice
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

14- Quel type d'intervenant-e de votre équipe vous semble outillé-e pour ANIMER un programme de prévention de la dépression ? Cochez tous les choix qui s'appliquent.

- ☐ Infirmier-ière
- ☐ Pédopsychiatre
- ☐ Psychologue
- ☐ Psychoéducateur-trice
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

15- Quel est votre degré d'accord avec l'énoncé suivant : « J'estime que la prévention de la dépression chez les jeunes à risque est nécessaire » ? Encerclez le chiffre correspondant.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
0	1	2	3

16- Quel est votre degré d'accord avec l'énoncé suivant : « Je suis perplexe face à l'idée que l'équipe de pédopsychiatrie s'engage dans un programme de prévention de la dépression chez les jeunes à risque alors que les intervenants-es manquent déjà de temps pour effectuer leurs tâches régulières».

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
0	1	2	3

17- Quel est votre degré d'accord avec l'énoncé suivant : « L'équipe de pédopsychiatrie doit participer à un programme de prévention de la dépression chez les adolescentes et les adolescents » ? Encerclez le chiffre correspondant.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
0	1	2	3

18- Le programme de Diane Marcotte (UQAM) peut également être utilisé avec des jeunes qui ont le diagnostic de dépression (curatif). Selon vous, considérant les besoins de la clientèle adolescente, dans quel but ce programme devrait-il être implanté ?

- ☐ Préventif seulement
- ☐ Curatif seulement
- ☐ Préventif et curatif
- ☐ Je suis en désaccord avec l'implantation de ce programme

Avez-vous des commentaires ou suggestions concernant les thèmes abordés dans ce questionnaire ?

[illegible]

Merci d'avoir pris le temps de remplir ces quelques pages. Un rapport final vous sera envoyé au printemps.

Réflexion préalable à l'implantation d'un programme de prévention de la dépression auprès des adolescentes et adolescents à risque, région de Québec

(version maison de jeunes)



Consignes :

1. Répondez à chacune des questions suivantes de la façon la plus spontanée possible. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
2. Apportez le questionnaire lors de la rencontre prévue avec votre équipe, afin de le remettre à la responsable de la démarche.

1- Depuis combien d'années, en considérant vos emplois précédents, êtes-vous intervenant-e auprès des adolescentes et adolescents ?

- ☐ Moins de 2 ans
- ☐ Entre 2 et 5 ans
- ☐ Entre 5 et 10 ans
- ☐ Entre 11 et 20 ans
- ☐ Plus de 20 ans

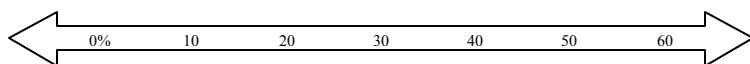
2- Combien d'adolescentes et d'adolescents fréquentent votre maison de jeunes en moyenne par semaine ?

- ☐ Moins de 20
- ☐ Entre 20 et 50
- ☐ Plus de 50

3- Votre équipe d'animation est composée de combien de personnes?

__ animateurs-trices (incluant moi-même, si applicable).

4- Quelle proportion des activités offertes par votre maison de jeunes poursuit un objectif de prévention? Encerclez le pourcentage correspondant.



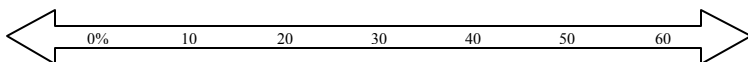
5- Dans la dernière année, quels thèmes ont été abordés à l'intérieur d'activités de prévention dans votre maison de jeunes ?

	Oui	Non
Sexualité (MTS, grossesse, orientation, protection...)		
Santé mentale (suicide, dépression, estime de soi...)		
Consommation (tabac, drogue, alcool...)		
Relations interpersonnelles (violence, intimidation, habiletés sociales, relations gars-filles...)		
Autre (spécifiez) :		

6- Selon vous, quelle est la fréquence de la dépression chez les adolescentes et les adolescents ? Encerclez le chiffre correspondant.

À peu près inexistant	Peu fréquent	Plutôt fréquent	Extrêmement fréquent
0	1	2	3

7- Considérant que la responsabilité de la prévention de la dépression chez les adolescentes et les adolescents à risque dans une communauté représente 100%, selon vous, dans quelle proportion les maisons de jeunes en sont-elles responsables ?



8- Si votre maison de jeunes implantait un programme de prévention de la dépression chez les jeunes à risque, quels pourraient être les partenaires associés ? Cochez tous les choix qui s'appliquent.

- ☐ équipe jeunesse du CLSC
- ☐ personnel non enseignant des écoles
- ☐ centre jeunesse de Québec
- ☐ équipe territoriale de pédopsychiatrie
- ☐ organismes communautaires (lesquels) : _____

☐ autre (spécifiez) : _____

9- Ordonnez, selon votre préférence, les formules d'animation de groupe suivantes (« 1 » étant celle que vous appréciez le plus).

- ☐ 2 intervenant-es animant ensemble chaque atelier
- ☐ 2 intervenants-es animant les ateliers à tour de rôle
- ☐ 1 intervenant responsable de toute l'animation
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

10- Quel est votre degré d'accord avec l'énoncé suivant : « J'estime que la prévention de la dépression chez les jeunes à risque est nécessaire » ? Encerclez le chiffre correspondant.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
0	1	2	3

11- Quel est votre degré d'accord avec l'énoncé suivant : « Je suis perplexe face à l'idée que ma maison de jeunes s'engage dans un programme de prévention de la dépression chez les jeunes à risque alors que les intervenants-es manquent déjà de temps pour réaliser leurs tâches régulières ».

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
0	1	2	3

12- Quel est votre degré d'accord avec l'énoncé suivant : « Ma maison de jeunes doit participer à un programme de prévention de la dépression chez les adolescentes et les adolescents » ? Encerclez le chiffre correspondant.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
0	1	2	3

Avez-vous des commentaires ou suggestions concernant les thèmes abordés dans ce questionnaire ?

[illegible]

Merci d'avoir pris le temps de remplir ces quelques pages. Un rapport final vous sera envoyé au printemps.