

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTES DE MEDECINE

ANNEE 2014

2014 TOU3 1538

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE SPECIALISEE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Maryse GUEGAN

le 16 juin 2014

**PREVENTION DE LA DEPRESSION A L'ADOLESCENCE :
HISTORIQUE, ETAT DES CONNAISSANCES ET ETUDE D'UN
PROGRAMME DE PREVENTION EN MILIEU SCOLAIRE**

Directrice de thèse : Dr Laure MESQUIDA

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Président
Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Assesseur
Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Assesseur
Madame le Docteur Laure MESQUIDA	Assesseur
Monsieur le Docteur Rémy KLEIN	Suppléant
Madame le Docteur Julie RIEU	Membre Invité



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur J.L. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. POURRAT. J	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul.
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIE P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-Entérologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr. POUTRAIN J.Ch

Dr. MESTHE P.

Professeur Associé de Médecine du Travail

Dr NIEZBORALA M.

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SAMI E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.
Professeur Associé en O.R.L.
WOISARD V.

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOIT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	Mme MAUPAS F.	Biochimie
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ R.	Anatomie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. PILLARD F.	Physiologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. VALLET P.	Physiologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène		
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	M. BISMUTH S.	Médecine Générale
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire	Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous vous remercions de nous avoir accordé votre confiance et votre soutien autour de ce projet. Cette expérience aura été très enrichissante pour nous sur les plans humain, clinique et institutionnel.

La passion que vous nous avez transmise au travers de vos enseignements, après être venue confirmer notre désir de devenir psychiatre, a stimulé notre intérêt pour les divers aspects de notre discipline.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury.

Nous sommes touchée par l'intérêt que vous portez à la formation des internes et qui nous a permis de bénéficier d'un enseignement de qualité.

Nous avons eu la chance de travailler dans vos services au cours de notre internat et nous y avons beaucoup appris tant sur le plan théorique que clinique.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury.

Vous avez accepté avec gentillesse de juger ce travail de thèse.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez montré à l'égard de notre travail.

Veuillez recevoir le témoignage de notre respect et de notre sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Laure MESQUIDA

Tu nous fais l'honneur d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

Nous te remercions de nous avoir permis de t'accompagner et de nous avoir accordé ta confiance dans la poursuite du projet « Pare-Chocs ». Tes connaissances et ta patience auront été très précieuses aux différentes étapes de ce projet. Nous avons particulièrement été touchée par ta bienveillance et ton implication tout au long de ce travail de thèse. Tu as toujours su nous encourager lorsque nous en avons besoin.

Sois assurée de notre reconnaissance et de notre amitié.

Monsieur le Docteur Rémy KLEIN

Tu as très aimablement accepté de juger ce travail de thèse.

Nous avons eu la chance de travailler dans ton service au cours de notre internat. La richesse de tes connaissances et la simplicité avec laquelle tu les communicates nous ont permis de progresser dans notre formation. Ton profond engagement et la grande humanité dont tu fais preuve auprès des patients représentent un exemple pour nous.

Sois assuré de notre reconnaissance et de notre respect.

Madame le Docteur Julie RIEU

Tu nous fais le grand plaisir d'avoir accepté de siéger à ce jury.

Nous avons eu la chance d'être interne dans le service où tu débutais ton clinicat.

La finesse clinique dont tu fais preuve lors des entretiens et ta facilité à créer une alliance thérapeutique avec les patients ont influencé notre pratique clinique. Tu as toujours su prendre en considération notre avis clinique tout en guidant nos intuitions de psychiatre balbutiant. Ta bienveillance face aux mouvements émotionnels suscités par la relation à nos patients nous aura appris à les apprivoiser.

Le travail à tes côtés aura été très enrichissant tant sur le plan clinique qu'humain. Nous en garderons un très agréable souvenir.

Sois assurée de notre profond respect et de notre sincère amitié.

Un grand merci à toutes les personnes qui ont participé à la réalisation et à la poursuite de ce projet : Diane Marcotte, à l'origine de ce projet et qui aura soutenu son implantation en France ; les équipes de l'Education Nationale ; le personnel de la Maison Des Adolescents et plus particulièrement Amédée Arff et Rémi Izoulet ; l'équipe du CMP de Colomiers que je remercie chaleureusement pour son accueil et son enthousiasme autour de ce projet ; Emilie et Amélie ; Gisèle Payeur, Per Abasolo.

A Xavier Briffault, Cécile Delawarde et Nadia Garnoussi : Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail de thèse et pour votre aide bibliographique.

A Hélène Colineaux : Merci pour l'intérêt que tu as porté à notre travail.

A tous les internes avec qui j'ai partagé un petit (ou grand) bout de chemin, je vous souhaite de belles choses à venir. Manon, Katia, Amalia, Anne, Magalie, Elodie, Laurianne, Matthieu, Raphaël, les internes de ma promo et les autres...

Aux équipes des services qui m'ont accueillie durant mon internat : Merci de m'avoir accompagnée et pour tout ce que vous m'avez apporté.

Aux patients.

Jean-Baptiste, « A toi » et à tout ce que cela signifie.

Thomas, Mon frère de cœur. Ton amitié est inestimable.

Papa, Maman, C'est un peu grâce à vous ! Merci de m'avoir permis de devenir psychiatre.

Claire, François, A nos souvenirs d'enfance, des petits bouts de nous.

Mamie, Tes pensées m'accompagnent depuis toutes ces années. A Papy.

Papy, Mamy, Si vous pouviez être là...

Virginie, Presque 30 ans, et pas une ride à notre amitié. A Simon.

Jessica, La distance n'est rien. A Tom, à Alex.

Ombline, Que ce qui nous rapproche, ne nous éloigne plus jamais.

Marion, Aux instants partagés... aux retrouvailles et à l'amitié. A Guilhem.

Carole, Nous marchons côte à côte. A ton futur mari (J-5 ...), aux Engelati's !

Et à Henriette (pour votre discrète bienveillance), Sébastien (pour tes encouragements répétés), Anne, Fabien, Yohan, Guilhem, Nico...

Emma, Les mots ne suffisent pas pour te dire combien je t'aime.

« Lorsque l'enfant paraît, le cercle de famille
Applaudit à grands cris.
Son doux regard qui brille
Fait briller tous les yeux,
Et les plus tristes fronts, les plus souillés peut-être,
Se dérident soudain à voir l'enfant paraître,
Innocent et joyeux.

Soit que juin ait verdi mon seuil, ou que novembre
Fasse autour d'un grand feu vacillant dans la chambre
Les chaises se toucher,
Quand l'enfant vient, la joie arrive et nous éclaire.
On rit, on se récrie, on l'appelle, et sa mère
Tremble à le voir marcher.

Quelquefois nous parlons, en remuant la flamme,
De patrie et de Dieu, des poètes, de l'âme
Qui s'élève en priant ;
L'enfant paraît, adieu le ciel et la patrie
Et les poètes saints ! la grave causerie
S'arrête en souriant.

La nuit, quand l'homme dort, quand l'esprit rêve, à l'heure
Où l'on entend gémir, comme une voix qui pleure,
L'onde entre les roseaux,
Si l'aube tout à coup là-bas luit comme un phare,
Sa clarté dans les champs éveille une fanfare
De cloches et d'oiseaux.

Enfant, vous êtes l'aube et mon âme est la plaine
Qui des plus douces fleurs embaume son haleine
Quand vous la respirez ;
Mon âme est la forêt dont les sombres ramures
S'emplissent pour vous seul de suaves murmures
Et de rayons dorés !

Car vos beaux yeux sont pleins de douceurs infinies,
Car vos petites mains, joyeuses et bénies,
N'ont point mal fait encor ;
Jamais vos jeunes pas n'ont touché notre fange,
Tête sacrée ! enfant aux cheveux blonds ! bel ange
À l'auréole d'or !

Vous êtes parmi nous la colombe de l'arche.
Vos pieds tendres et purs n'ont point l'âge où l'on marche.
Vos ailes sont d'azur.
Sans le comprendre encor vous regardez le monde.
Double virginité ! corps où rien n'est immonde,
Âme où rien n'est impur !

Il est si beau, l'enfant, avec son doux sourire,
Sa douce bonne foi, sa voix qui veut tout dire,
Ses pleurs vite apaisés,
Laissant errer sa vue étonnée et ravie,
Offrant de toutes parts sa jeune âme à la vie
Et sa bouche aux baisers !

Seigneur ! préservez-moi, préservez ceux que j'aime,
Frères, parents, amis, et mes ennemis même
Dans le mal triomphants,
De jamais voir, Seigneur ! l'été sans fleurs vermeilles,
La cage sans oiseaux, la ruche sans abeilles,
La maison sans enfants ! »

Victor Hugo

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ACRONYMES	20
----------------------------------	-----------

INTRODUCTION GENERALE	22
------------------------------------	-----------

PREMIERE PARTIE :

HISTORIQUE, DEFINITIONS, CLASSIFICATIONS.....	24
--	-----------

I. HISTORIQUE.....	25
---------------------------	-----------

A. Approche historique de la dépression.....	25
--	----

B. Historique de la prévention en santé mentale	29
---	----

II. EVOLUTION ET DEFINITIONS DES CONCEPTS DANS LE DOMAINE DE LA PREVENTION	31
---	-----------

A. Prévention primaire, secondaire et tertiaire	31
---	----

B. Prévention universelle, sélective et indiquée	33
--	----

C. La Classification de la prévention en santé mentale selon le NAMHC	34
---	----

D. La prévention selon l’OMS	35
------------------------------------	----

E. La prévention dans le Code de Santé Publique	36
---	----

III. CLASSIFICATIONS DE LA DEPRESSION A L’ADOLESCENCE	37
--	-----------

A. Le DSM-IV et le DSM-V	38
--------------------------------	----

B. La CIM-10	39
--------------------	----

C. La CFTMEA	40
--------------------	----

DEUXIEME PARTIE :

REVUE DE LITTERATURE..... 41

I. INTRODUCTION42

II. OBJECTIF.....42

III. METHODE.....43

A. Stratégie de recherche43

B. Sélection des études.....44

C. Synthèse des données45

IV. RESULTATS ET DISCUSSION.....46

A. Caractéristiques des participants.....54

1) Type de prévention.....54

2) Sexe57

3) Age58

4) Ethnie, niveau socio-économique.....58

5) Représentativité des échantillons59

B. Caractéristiques de l'intervention60

1) Contenu du programme.....60

a. Les thérapies cognitivo-comportementales60

b. La thérapie interpersonnelle61

c. La psychoéducation61

d. Efficacité62

2) Format du programme.....63

a. Nombre et durée des séances63

b. Interventions individuelles ou groupales.....64

c. Milieu.....64

3) Inclusion des parents ou des familles	65
4) Programmes informatisés	66
C. Caractéristiques des intervenants.....	67
D. Caractéristiques des études	69
1) Modèle de l'étude	69
a) Taille des échantillons	69
b) Type d'étude	69
c) Type de randomisation.....	70
d) Groupes contrôles.....	70
2) Mesure des variables	72
a) Variables principales : symptômes dépressifs, diagnostic de dépression.....	72
b) Variables secondaires.....	73
c) Suivi	74
3) Facteurs modérateurs	74
4) Qualité de l'étude	75
V. CONCLUSION	77

TROISIEME PARTIE :

EFFICACITE D'UNE ACTION DE PREVENTION EN MILIEU SCOLAIRE..... 79

I. INTRODUCTION80

II. OBJECTIFS80

III. METHODE.....81

A. Modèle de l'étude81

B. Participants et procédure82

C. Le programme « Pare-Chocs »86

IV. RESULTATS.....87

A. Questionnaire de satisfaction87

B. Score de dépression à la CES-D88

V. DISCUSSION91

VI. CONCLUSION94

CONCLUSION GENERALE..... 95

ANNEXES 98

BIBLIOGRAPHIE 104

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Définition de l'épisode dépressif majeur selon le DSM-IV-TR

Annexe 2 : Définition de l'épisode dépressif majeur selon la CIM-10

Annexe 3 : Echelle pour le calcul du score de JADAD

Annexe 4 : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, version française

Annexe 5 : Questionnaire d'évaluation de la satisfaction face au programme

LISTE DES ACRONYMES

ACE: Adolescents Coping with Emotions

AI: Absence d'Intervention

AO: Aussie Optimism

BDI: Beck Depression Inventory

CDI: Children Depression Inventory

CES-D-FR: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Version française

CFTMEA: Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

CIM-10: Classification Internationale des Maladies, Dixième édition

CWSC ou CWS: Coping With Stress Course

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Quatrième version

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Cinquième version

EC : Essai Contrôlé

ECR : Essai Contrôlé Randomisé

EDM: Episode Dépressif Majeur

FDR: Facteurs de risque

FGCB: Family Group Cognitive-Behavioral

GC: Groupe Contrôle

GI: Groupe d'Intervention

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

HAM-D ou HDSR: Hamilton Depression Rating Scale

HMO: Health Maintenance Organisation

IH: Intervention Habituelle

IOM: Institute Of Medicine

IPT-AST: Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skill Training

LA: Liste d'Attente

MDA: Maison Des Adolescents

NAMHC: National Advisory Mental Health Council

NCMH: National Committee of Mental Hygiene
NIMH: National Institute of Mental Health
OLSP: Optimism and Life Skills Program
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAP: Physical Activity Promotion Program
PE: Psycho-éducation
PGC: Personal Growth Class
POP: Penn Optimism Program
PPP: Penn Prevention Program
PRP: Penn Resiliency Program
PSFL: Problem Solving For Life
PSM: Professionnels de Santé Mentale
PTCBI: Personality-Targeted Cognitive-Behavioral Intervention
R: Randomisation
RADS: Reynolds Adolescent Depression Scale
RAP: Resourceful Adolescent Program
S: Symptômes
SADS-L: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
SPR: Society for Prevention Research
TCC: Thérapies Cognitivo-Comportementales
TIP: Thérapie Interpersonnelle
TKC: Teaching Kids to Cope

INTRODUCTION GENERALE

« L'abîme me regarde. Je suis face au gouffre de la perte des sens, au rien qui se cache derrière le pourquoi des choses. Je sens que je suis regardé par du vide et du noir, l'absence de toute humanité, de toute grâce, de toute croyance. Je ne crois plus en rien. »

Philippe Labro

La dépression est une des affections psychiatriques les plus fréquentes et handicapantes. Son incidence augmente à l'adolescence, période de fragilité dans la vie de l'individu, où se manifestent souvent les premiers symptômes de ce trouble. Les filles seraient deux fois plus fréquemment touchées que les garçons (1). La prévalence de la dépression est estimée entre 5 et 9% à l'adolescence (2). Son retentissement peut être majeur, en particulier à cet âge, par les conséquences qu'elle peut avoir sur le fonctionnement social ou familial (3). Elle peut également altérer la scolarité de l'adolescent par une diminution du rendement scolaire liée à des troubles de la concentration, une asthénie, des insomnies, un manque de motivation, un sentiment d'incompétence, des difficultés d'apprentissage et peut au maximum conduire au décrochage scolaire (4). Beaucoup d'adolescents présentant des troubles dépressifs et en décrochage scolaire sont adressés aux services hospitaliers de psychiatrie alors que les troubles évoluent déjà depuis plusieurs mois. Leur prise en charge est complexe, les troubles étant souvent enkystés et la reprise de la scolarité dans ce contexte s'avère très difficile.

Par ailleurs, la dépression est associée à des comorbidités, chez presque la moitié des patients (5,6), aggravant les effets délétères propres à ce trouble. L'anxiété est le trouble le plus fréquemment associé à la dépression (7). En effet, 25 à 50% des adolescents déprimés présentent un trouble anxieux comorbide (8).

Pour ces raisons, la dépression constitue un véritable problème de santé publique dont l'enjeu économique est considérable. Selon l'OMS, la dépression sera la première cause de

décès et d'invalidité en 2020 (9,10). Elle est également associée à une augmentation du risque suicidaire (11). Or, le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les 10-24 ans (12).

Selon une étude de Kessler (6) 20 à 50% des jeunes présenteraient des niveaux de dépression sub-syndromiques, c'est-à-dire plusieurs critères de dépression sans recouvrir le diagnostic complet d'épisode dépressif majeur selon le DSM-V. Or, il est maintenant bien établi que le risque de développer un épisode dépressif majeur ultérieur est majoré pour ces adolescents (8,13–15). Par ailleurs, on sait que la présence de troubles dépressifs durant l'enfance ou l'adolescence augmente le risque de dépression à l'âge adulte (16). En effet, la dépression est une maladie d'évolution récurrente, 30 à 70% des patients rechuteront dans les 3 à 8 ans (6,7,17,18). De plus, le risque de récurrence ainsi que la sévérité de la dépression augmentent à chaque nouvel épisode.

Ces données rappellent l'enjeu de prévenir l'apparition de ce trouble ou de prendre en charge le patient dès le premier épisode.

Ce travail de thèse se propose de retracer dans un premier temps un historique de la dépression et de la prévention en santé mentale, de définir les concepts utilisés dans ce domaine, puis de présenter les classifications du trouble dépressif à l'adolescence. Dans un second temps, nous ferons un état des lieux de la recherche dans le domaine de la prévention de la dépression à l'adolescence au moyen d'une revue de littérature. Enfin, nous terminerons par la présentation des résultats de l'action de prévention que nous avons menée auprès d'adolescents de trois lycées toulousains durant deux années consécutives.

PREMIERE PARTIE :
HISTORIQUE,
DEFINITIONS,
CLASSIFICATIONS

I. HISTORIQUE

Cette partie historique permettra de retracer l'évolution des concepts de dépression et de prévention en santé mentale à travers différentes époques.

A. Approche historique de la dépression

D'après Minois (19), Ehrenberg (20) et Granger (21) :

La première description d'un état évoquant la dépression remonte à 4000 ans, en Egypte. Cette description était attribuée à un scribe.

C'est dans la Grèce Antique, au Vème siècle avant Jésus-Christ, qu'Hippocrate avance la théorie des quatre humeurs liées aux quatre liquides : le sang, le phlegme, la bile jaune et la bile noire. D'après cette théorie, un trouble du fonctionnement de ces humeurs serait à l'origine de certaines maladies. Selon Hippocrate, « Si crainte et tristesse durent longtemps, un tel état est mélancolique ». La mélancolie était attribuée à un dérèglement de la bile noire encore nommée atrabile. Cet état mélancolique pouvait aussi être associé à l'automne et à la vieillesse.

Dans le « Problème XXX » (22), Aristote fera de la mélancolie une caractéristique des grands hommes, du génie. D'après lui, « Tous les hommes qui furent exceptionnels en philosophie, en politique, en poésie ou dans les arts étaient manifestement mélancoliques ». Cette idée sera reprise au fil du temps, par Cicéron pour qui « La mélancolie est le partage de tous les hommes de génie » puis Sénèque qui dira que « L'âme ne peut rien de grandiose ni d'exceptionnel, si elle n'est agitée ».

Aux IVème et Vème siècles, apparaissent les descriptions de l'acédie, une forme de dépression particulière associée à un état d'agitation psychomotrice, que l'on attribuait au démon de midi chez les moines anachorètes. Ces moines se retiraient dans le désert pour rompre avec la société. Au Moyen Age, l'acédie sera considérée par l'Eglise comme un péché capital. Elle était alors interprétée comme une mise à l'épreuve de la foi contre la tentation du diable.

Au XIII^{ème} siècle, cette conception s'étendra aux laïcs chez lesquels la dépression sera assimilée à de la paresse. Les moines devaient lutter contre cet état par la prière, et les laïcs par le travail.

A la Renaissance, on assiste à un retour de l'idée antique selon laquelle la mélancolie caractérise le génie et l'artiste, c'est-à-dire celui qui est conscient de lui-même.

Le XIX^{ème} siècle est l'époque des Romantiques et du « mal du siècle » dont la figure emblématique est celle du « poète maudit ». Gérard de Nerval évoquait « le soleil noir de la mélancolie » dont la survenue était liée à une lucidité particulière. Il écrira : « La mélancolie est une maladie qui consiste à voir les choses telles qu'elles sont ». Puis le phénomène déborde l'espace romantique pour toucher le public vers 1830 avec l'effacement des croyances religieuses. Pour Musset (23), le mal-être s'éprouve dans le décalage entre les aspirations progressistes de tous et le non-recevoir des dirigeants.

Enfin, avec l'aliénisme naissant, ce « mal » deviendra une « maladie » du jugement opposée à l'état de raison. Seulement, les aliénistes ne se satisferont pas de ce concept de maladie aux multiples symptômes et définiront peu à peu de nouvelles entités. En 1820, le psychiatre toulousain Jean-Etienne Esquirol redéfinit le terme de mélancolie comme un délire partiel, monomaniaque puis comme une douleur morale à l'origine du déclenchement du délire.

Dans les années 1850-1860, une « folie circulaire » marquée par des phases d'agitation maniaque et des phases d'effondrement dépressif est identifiée en France. Ce n'est que par la suite, en 1900, que le psychiatre allemand Emil Kraepelin parlera pour la première fois de psychose maniaco-dépressive.

Dans les années 1870, la neurasthénie est définie par le neurologue américain George Miller Beard comme un état d'épuisement nerveux de cause sociale et devient une maladie « à la mode ».

En 1938, l'électroconvulsivothérapie est introduite en psychiatrie. Elle était appliquée dans un premier temps aux malades souffrant de schizophrénie. Puis, son efficacité dans le traitement des états dépressifs fut découverte. Ce nouveau type de traitement marqua un tournant en psychiatrie, suggérant un substrat organique aux maladies mentales. La psychiatrie se rapprochera alors des autres disciplines médicales. L'électroconvulsivothérapie sera largement utilisée jusqu'à la découverte des antidépresseurs en 1957 par Nathan S. Kline. Ces molécules seront à l'origine du regroupement de différents états sous le terme de dépression. Cette

découverte marquera le début d'une période d'abondants travaux de recherche en neurobiologie.

Cependant, en France, sous l'influence de la psychanalyse, les psychiatres gardent à l'esprit que des conflits intrapsychiques sous-tendent les manifestations dépressives et que le traitement de ce type de trouble ne peut s'en tenir à la seule pharmacothérapie. Ainsi, la psychothérapie est combinée aux traitements médicamenteux.

A la fin des années 1960, on distingue 3 types de dépression :

- La dépression endogène liée à des mécanismes biologiques et qui affecterait les sensations, les émotions et les sentiments ;
- La dépression névrotique liée à la personnalité de l'individu ;
- Et, la dépression réactionnelle ou exogène qui trouve son origine dans des événements extérieurs et qui peut toucher n'importe quel individu.

Plus récemment, le sociologue Alain Ehrenberg observe un lien direct entre les transformations de la société dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle et la conception « déficitaire » de la dépression. En effet, il assimile la dépression à « un défaut de projets, de motivation et de communication ». Finalement, de nos jours, ce seraient moins les conflits intrapsychiques et la culpabilité qui seraient au-devant du tableau que le sentiment de manque de performance.

Cet historique permet de mettre en évidence des points communs dans la description de la dépression à toutes les époques, comme le caractère durable de cette souffrance morale ainsi que sa condition inhérente à celle de l'homme. Les formes et les représentations qu'elle a pu prendre au fil du temps sont cependant le reflet de l'époque à laquelle appartient l'individu.

Il est intéressant de remarquer que des connotations négatives lui sont le plus souvent associées. Tantôt péché capital, tantôt paresse, tantôt œuvre du diable, elle est la plupart du temps l'objet d'angoisses importantes. Pour certains, toutefois, elle serait la marque du génie mais aussi le prix à payer pour une certaine lucidité sur l'existence.

On peut rapprocher ces représentations de celles qui existent de nos jours. En effet, bon nombre d'études portent sur les liens qui existeraient entre génie, créativité et troubles psychiatriques révélant la persistance de ce type de croyances dans notre société.

Ces représentations sont importantes à considérer car c'est souvent à elles que le patient dépressif et le psychiatre se heurtent. En effet, quel thérapeute prenant en charge des patients

dépressifs n'a pas entendu dans son cabinet : « Qu'ai-je donc fait de mal ?, « J'ai l'impression d'être maudit », », « Je suis puni »... De même, quel patient ne s'est pas plaint du sentiment d'incompréhension et de la blessure profonde qu'il a ressenti à l'écoute de propos tels que : « Mais si tu te remuais, ça irait mieux ! ».

Tous ces aspects liés à la dépression révèlent la transmission de certains mythes fondés autour de ce trouble. En effet, la culpabilité et le sentiment d'être puni renvoient à la croyance entretenue par l'Eglise durant plusieurs siècles que la dépression serait une épreuve à surmonter pour se racheter de ses péchés.

Enfin, malgré de meilleures représentations de la dépression dans notre société, l'idée qu'il s'agit d'une sorte de laisser-aller ou de paresse reste assez prégnante chez certains.

Notons que ces réponses agressives viennent peut-être lutter contre l'angoisse que suscite la représentation de la dépression. En effet, essayer de comprendre «ce qui n'anime plus un sujet» est une épreuve difficile pour le psychisme d'un individu et peut rapidement le confronter à des angoisses existentielles. Un moyen de se défendre devient alors le déni de cette souffrance (ce n'est pas une dépression mais de la paresse) ou l'idée que celle-ci est justifiée (fruit du péché). Dans les deux cas, cela permet une mise à distance de l'autre et de sa réalité.

B. Historique de la prévention en santé mentale

D'après Huberty (24) :

L'intérêt pour la prévention des troubles psychiques semble assez récent en France. Or, cela fait déjà quelques années que des efforts dans ce domaine existent dans plusieurs pays. En 1998, le National Institutes of Mental Health (NIMH) a rendu un rapport concernant le développement d'actions de prévention en santé mentale. Il retrouve une évolution selon trois phases.

La première période débute autour des années 1930 dans le prolongement du Mouvement Américain pour l'Hygiène Mentale. Ce mouvement trouvait son origine dans la rencontre entre le psychiatre Adolf Meyer et un ancien malade, Clifford Beers. Suite à cette rencontre, les deux hommes fondèrent, en 1910, le Comité National pour l'Hygiène Mentale (NCMH) qui dominera la scène psychiatrique américaine durant toute la première moitié du XXème siècle. Sa vocation première était d'humaniser le sort des aliénés. Puis, ce mouvement sera à l'origine d'une importante propagande sur la santé mentale dans la population américaine dans un but d'amélioration du psychisme de la « race humaine ». Cette organisation sera alors critiquée pour ses connivences avec le mouvement eugéniste. Elle se disperse au cours des années 1930 pour laisser place à de nouvelles actions de promotion de la santé mentale avec la création d'environnements favorables au bien-être. Néanmoins, à cette période, la recherche dans le domaine de la prévention de la santé mentale est limitée.

Un important accroissement de la recherche en termes de prévention marque le début de la deuxième période dès la fin des années 1960. Des études concernant la prévention primaire dans la population générale aussi bien que dans des populations dites à risque sont activement menées.

Enfin, à partir des années 1970, on assiste à un essor des interventions de prévention basées sur la recherche qui est à ce moment-là plus conséquente dans ce domaine.

Un rapport de l'Institute Of Medicine publié en 1994 identifie trois objectifs dans le domaine de la prévention en santé mentale. Le premier est la diminution de l'incidence des troubles. Le deuxième vise à retarder l'apparition de la maladie. Enfin, lorsque les symptômes précoces d'une pathologie apparaissent, le troisième objectif sera de les prendre en charge rapidement.

Ainsi, le concept de prévention existe depuis plus d'un siècle mais ce n'est que depuis une vingtaine d'années qu'une attention particulière est portée sur des pratiques basées sur la recherche. Par ailleurs, soulignons que depuis une dizaine d'années, on assiste à un développement de la prévention en milieu scolaire.

II. EVOLUTION ET DEFINITIONS DES CONCEPTS DANS LE DOMAINE DE LA PREVENTION

Ce chapitre aura un double objectif. Tout d'abord, il présentera l'évolution des principaux concepts utilisés en prévention de la santé mentale. Ensuite, il définira le cadre théorique dans lequel s'inscrit ce travail de thèse.

A. Prévention primaire, secondaire et tertiaire

En 1964, Caplan (25) emprunte au domaine de la santé publique les concepts de prévention primaire, secondaire et tertiaire qui avaient été définis par Leavell et Clark (26) et les applique au domaine de la santé mentale.

La **prévention primaire** constitue la véritable prévention, qui a pour but d'éviter la survenue de la maladie. Elle est appliquée à des personnes considérées comme physiquement et émotionnellement saines. Elle vise la promotion de la santé au travers de programmes d'éducation sanitaire, de la vaccination, d'activités de remise en forme ou de la protection de la santé en milieu professionnel. Elle peut être délivrée individuellement, à la population générale ou se concentrer sur des personnes à risque de développer des maladies spécifiques.

La **prévention secondaire** (ou traitement) se concentre sur les individus malades et à risque de développer des complications ou une aggravation de leur état. Une fois diagnostiqués, ces sujets pourront bénéficier d'une intervention précoce afin d'interrompre le processus morbide en cours. Cela devrait permettre de prévenir de futures complications ou séquelles, de limiter les incapacités et d'éviter le décès. Ces interventions peuvent aller du dépistage au traitement précoce de la maladie.

La **prévention tertiaire** (ou réadaptation, réhabilitation) intervient lorsqu'un déficit ou une invalidité est permanent et irréversible. Elle a pour but de permettre aux personnes handicapées d'améliorer leur fonctionnement. La réadaptation regroupe à la fois des interventions individuelles et des actions sur l'environnement.

A la fin des années 1970, ces concepts seront remaniés par Cowen qui précisera la définition de la prévention primaire en lui attribuant deux objectifs. Premièrement, la prévention primaire devra permettre de réduire un dysfonctionnement ou promouvoir la santé avant la survenue de la maladie. Deuxièmement, les interventions de prévention primaire s'adresseront à la population générale ou à des sous-groupes ayant une vulnérabilité identifiée (5).

Ce qui a été opposé aux définitions proposées par Caplan est qu'elles englobent des interventions curatives et de réhabilitation sous le terme de prévention. Cela risque de détourner les efforts de prévention de la « véritable prévention », à savoir la prévention primaire.

B. Prévention universelle, sélective et indiquée

Selon Gordon (27), l'utilisation de la classification de Caplan s'appuie plutôt sur des considérations historiques que scientifiques. Il réservera donc le terme de prévention aux interventions destinées à des sujets « ne souffrant d'aucune gêne ou invalidité en rapport avec la maladie qui doit être prévenue », excluant ainsi la prévention tertiaire de Caplan.

Gordon proposera une classification alternative pour la prévention des troubles psychiques, que nous utiliserons par la suite. Celle-ci définit trois types de prévention : universel, sélectif et indiqué.

La **prévention universelle** comprend des interventions qui peuvent être délivrées à la population générale, en espérant un bénéfice pour tous les individus, c'est-à-dire la diminution de la probabilité de survenue de la maladie.

La **prévention sélective**, quant à elle, se réfère à des interventions qui ciblent des sous-populations identifiées comme étant à risque élevé pour le trouble.

Enfin, la définition de Gordon de la **prévention indiquée** inclut des interventions ciblant les individus asymptomatiques mais qui possèdent une vulnérabilité augmentée pour la maladie. Cette définition sera retravaillée à l'occasion du rapport de l'Institute Of Medicine (IOM) de 1994 (28). Ce rapport y inclura les individus à haut risque présentant des signes ou symptômes de la maladie minimales mais détectables, ne répondant pas aux critères diagnostiques de la maladie (29).

Le rapport de l'IOM sera également l'occasion de distinguer prévention et traitement sur la base suivante. Les interventions destinées à des sujets sélectionnés pour un trouble déjà existant seront considérées comme étant thérapeutiques plutôt que préventives. Prévention et traitement seront donc distingués tout en représentant des approches complémentaires. Un traitement de qualité comportera néanmoins des éléments préventifs afin de diminuer le risque de rechute ou d'invalidité.

C. La classification de la prévention en santé mentale selon le National Advisory Mental Health Council (NAMHC)

En 1998, le NAMHC proposera d'élargir la classification de Gordon à des sujets :

- Ne présentant et n'ayant jamais présenté de symptôme de trouble psychique ;
- Présentant des symptômes sous-cliniques ;
- Souffrant d'un trouble et présentant ou non des symptômes actuels avec comme objectif la prévention de la rechute ou de la récurrence ;
- Présentant un trouble caractérisé avec pour objectif la prévention des comorbidités ou des handicaps.

Cependant, cette nouvelle classification sera critiquée sur le fait qu'elle ne distingue plus prévention et traitement. En effet, si l'on se réfère à ses critères, tout traitement peut être considéré comme préventif.

Au contraire, certains voient un progrès dans cette nouvelle classification qui va dans le sens d'une approche intégrative entre prévention et traitement.

D. La prévention selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

1. La santé

Selon l'OMS, la santé correspond à « un état de complet bien-être physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité » (29).

2. La prévention

L'OMS utilise les catégories de prévention primaire, secondaire et tertiaire définies par Leavell et Clark en 1965 et présentées au chapitre II.A (30).

Elle englobe des actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter leur survenue, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives et financières, des décisions politiques ou de l'éducation pour la santé.

La prévention des maladies correspond à des mesures permettant non seulement d'empêcher l'apparition de la maladie comme la réduction de facteurs de risque, mais également d'arrêter sa progression et de réduire ses conséquences une fois qu'elle est établie (31).

E. La prévention selon le Code de Santé Publique

Selon l'article L1417-1 du Code de Santé Publique (32), la prévention tente « d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident » à travers 6 axes :

- La réduction des risques éventuels pour la santé causés par des facteurs environnementaux, professionnels, ou la consommation de produits alimentaires et autres ;
- L'amélioration des conditions de vie, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ;
- Les actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque, de vaccination, de dépistage ;
- La promotion d'examens biomédicaux et de traitements à visée préventive ;
- Le développement d'actions d'information et d'éducation pour la santé ;
- Le développement d'actions d'éducation thérapeutique.

III. CLASSIFICATIONS DE LA DEPRESSION A L'ADOLESCENCE

Le syndrome dépressif peut s'exprimer selon différentes modalités. L'épisode dépressif majeur en est sa forme complète. Il est défini par une rupture avec l'état antérieur et un nombre suffisant de symptômes sur une durée d'au moins 15 jours. D'autres troubles mineurs existent où le syndrome dépressif est atténué en terme de nombre de symptômes ou de durée.

En France, il existe trois classifications pour le diagnostic de dépression chez les adolescents : la CIM-10, la CFTMEA et le DSM-IV.

A. Les quatrième et cinquième éditions du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux : le DSM-IV et le DSM-V

Les critères diagnostiques pour un épisode dépressif majeur selon le DSM-IV sont rappelés en *annexe 1*. Lorsque ces critères sont réunis, il s'agit de spécifier le statut clinique de l'épisode : léger, moyen, sévère sans caractéristiques psychotiques ou sévère avec caractéristiques psychotiques. D'autres caractéristiques peuvent y être ajoutées : caractéristiques catatoniques, caractéristiques mélancoliques, caractéristiques atypiques ou début lors du post-partum.

Dans le DSM-V, le critère A pour l'épisode dépressif majeur est identique à celui du DSM-IV. En revanche, le critère C remplace le critère B.

Dans cette nouvelle classification, on parlera d'épisode dépressif majeur avec caractéristiques mixtes lorsqu'au moins trois symptômes maniaques (donc pas assez pour définir un épisode maniaque) se manifesteront au cours de l'épisode dépressif. La probabilité de bipolarité sera alors augmentée, mais si la personne concernée n'a jamais répondu aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque, le diagnostic de trouble dépressif majeur sera retenu.

La différence principale entre ces deux versions du DSM concerne le retrait du critère d'exclusion du deuil et l'ajout d'une note à ce sujet. En effet, bien que la plupart des personnes en situation de deuil ne développent pas un épisode dépressif majeur, les preuves ne sont pas en faveur de la séparation de la perte d'un être cher d'autres facteurs de stress en termes de probabilité pour la survenue d'un épisode dépressif majeur. Il représente un facteur de stress psychosocial important pouvant précipiter un épisode dépressif majeur chez un individu vulnérable et devient alors un facteur aggravant.

De plus, les symptômes dépressifs dans un contexte de deuil répondront aux mêmes traitements psychosociaux et médicamenteux que ceux non liés au deuil (33).

B. La dixième édition de la Classification Internationale des Maladies : la CIM-10

Les critères diagnostiques de la CIM-10 pour l'épisode dépressif (*annexe 2*) sont proches du modèle du DSM et comprennent 10 items. Cependant, l'algorithme diffère de celui du DSM-IV en ce qu'il exige la présence d'au moins 2 symptômes parmi les symptômes suivants : humeur dépressive, perte d'intérêt, diminution de l'énergie pour les épisodes dépressifs légers et moyens, et la présence de 3 symptômes pour l'épisode dépressif sévère. Le seuil adopté pour l'épisode léger est de 4 symptômes sur 10, pour l'épisode moyen de 6 sur 10, et, pour l'épisode sévère de 8 sur 10.

On peut noter également que la perte de l'estime de soi est différenciée de la culpabilité inappropriée contrairement au DSM-IV dans lequel ces deux symptômes sont réunis dans un même item.

C. La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent : la CFTMEA

Cette classification a la spécificité de ne concerner que les enfants et les adolescents. Elle repose sur les classifications internationales auxquelles s'ajoute la description du contexte psychopathologique.

Les troubles dépressifs pourront donc être retrouvés dans cinq catégories :

- La dépression dans le cadre de la psychose,
- La dépression névrotique,
- La dépression réactionnelle,
- La dépression liée à une pathologie limite,
- Enfin, les variations de la normale intégrant les moments dépressifs transitoires.

DEUXIEME PARTIE :
REVUE DE LITTERATURE

I. INTRODUCTION

A ce jour, nous disposons de peu de données en France sur les programmes de prévention de la dépression, alors que les études se multiplient dans ce domaine depuis une vingtaine d'années dans d'autres pays. L'intérêt de notre équipe autour de la mise en place d'une action de prévention de la dépression chez des adolescents en milieu scolaire nous a mené à vouloir tenter d'extraire les principales informations de la littérature sur ce thème afin de mettre en place un dispositif conforme aux dernières recommandations. La description de l'implantation de ce dispositif a fait l'objet du travail de thèse de Laure Mesquida (34). L'efficacité de ce programme sera évaluée dans la troisième partie de ce travail de thèse.

II. OBJECTIF

L'objectif principal de notre étude sera d'identifier et de décrire les différents types d'interventions en matière de prévention de la dépression à l'adolescence afin d'en dégager les principales caractéristiques associées à une efficacité.

III. METHODE

A. Stratégie de recherche

Une recherche en ligne a été conduite, utilisant la base de données PubMed. Les mots-clés suivants ont été utilisés : (prevent*[Title]) AND (depress*[Title]) AND (adolescen*[Title] OR school[Title] OR you*[Title] OR teen*[Title]).

Les articles publiés à partir de l'année 2000 ont été sélectionnés. Le processus de recherche a été stoppé le 15 avril 2014.

Seules les revues, revues systématiques et méta-analyses étaient sélectionnées. Aux résultats de cette recherche, s'ajoutaient des articles issus des bibliographies des revues ou méta-analyses ainsi que des articles supplémentaires publiés par les mêmes équipes de recherche afin de garantir une exhaustivité maximale des données recueillies.

B. Sélection des études

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

(a) Les participants aux programmes devaient inclure des adolescents âgés de 11 à 18 ans. Il n'existe pas de définition précise de l'adolescence en termes d'âge. Nous avons choisi l'âge de 11 ans qui marque l'entrée dans le cycle d'études secondaires et 18 ans qui est l'âge de la majorité ;

(b) Les objectifs de la recherche devaient être clairement identifiés et concerner l'évaluation de l'efficacité de programmes de prévention de la dépression en population adolescente ;

(c) L'efficacité de l'intervention devait être évaluée à l'aide d'une variable mesurant la symptomatologie dépressive.

Les études s'intéressant uniquement aux interventions propres au traitement d'un épisode dépressif majeur étaient exclues. De même, celles dont l'échantillon présentait les critères pour des troubles bipolaires n'étaient pas conservées.

Enfin, afin d'être représentatifs de l'état actuel de la recherche dans ce domaine, les articles antérieurs à l'année 2000 n'étaient pas sélectionnés.

C. Synthèse des données

Au total, 28 articles ont été sélectionnés par notre base de données. Nous en avons conservé 21 selon les critères d'inclusion et d'exclusion.

Les études citées dans ces articles ont été classées en 3 catégories selon le type d'approche : prévention de type universel, sélectif et indiqué. Les 51 études sélectionnées à partir des 21 articles de notre recherche ont été répertoriées dans les *tableaux 1 à 3* selon le type d'étude, le type d'intervention, le type de population, les outils d'évaluation de la dépression, la qualité de l'étude (Score de Jadad, *annexe 3* (35)). Un relevé des principaux résultats de ces études y a aussi été ajouté.

Si plusieurs articles concernaient un même essai, nous notions toutes les données concernant l'efficacité aux différents termes du suivi.

Etant donné l'hétérogénéité des méthodologies utilisées, nos résultats seront présentés sous forme descriptive et analysés avec prudence.

IV. RESULTATS ET DISCUSSION

Au total, 51 études issues des 21 revues de littérature et méta-analyses ont été sélectionnées selon les critères d'inclusion et d'exclusion. Trente-et-un programmes de prévention de la dépression étaient concernés (7 programmes étaient évalués dans 2 à 6 études). Certaines études concernaient un même essai, dans ce cas, nous les considérons comme une seule et même étude. Une étude quant à elle comparait deux programmes alors nous considérons ces deux comparaisons comme deux études distinctes. Au final, ce sont 45 études qui seront analysées dans cet article.

Le descriptif des études est présenté sous forme de trois tableaux concernant respectivement la prévention universelle, sélective et indiquée pour les *tableau 1*, *tableau 2* et le *tableau 3*.

Tableau 1 : Etudes de prévention universelle

Etude	Intervention	Type d'étude	Population	Mesures	Efficacité (mois)	Qualité Jadad (35)
Barrett & Turner, 2001 (36)	<u>FRIENDS</u> : TCC/ 10 séances de 75' + 2 séances booster à 1 et 3 mois, 4 séances parents/ Groupe/ Milieu scolaire/ Psychologue, professeur	ECR, par école GI psy. = 188 GI prof. = 263 GC (AI) = 137 Total = 588	10-12 ans F = 49,5% Stratification (à risque)	CDI	Non (0) Pas de suivi	2
Barrett & al, 2005 (37)	<u>FRIENDS</u> : TCC/ 10 séances de 60' + 2 séances booster à 1 et 3 mois, 4 séances parents/ Groupe/ Milieu scolaire/ PSM + étudiants	ECR, par école GI = 423 GC (AI) = 269 Total = 692	9-16 ans Stratification (à risque)	CDI	Non (0, 12)	2
Barrett & al, 2006 (38) Lock & Barrett, 2003 (39)	<u>FRIENDS</u> : TCC/ 10 séances de 60' + 2 séances booster à 1 et 3 mois, 4 séances parents/ Groupe/ Milieu scolaire/ PSM	ECR, par école GI = 379 GC (LA) = 290 Total = 669	9-16 ans Filles = 54% Stratification sélective	CDI Diagnostic	Non (0, 12, 24, 36)	2
Calear & al, 2009 (40)	<u>Mood-Gym</u> : TCC/ 5 séances de 30-60'/ Groupe/ Internet/ Milieu scolaire	ECR Total = 1477	13-17 ans	ND	Oui (0, 6) Que pour les garçons	ND
Chaplin & al, 2006 (41)	<u>PRP</u> : TCC/ 12 séances de 90'/ Groupe/ Milieu scolaire/ PSM + professeur	ECR, individuel GI Filles = 35 GI Mixte = 68 GC (AI) = 105 Total = 208	11-14 ans GI fille = 100% filles GI mixte = 44% filles	CDI	Oui (0) Pas de suivi	3
Gillham & al, 2007 (42)	<u>PRP</u> : TCC/ 12 séances de 90-120'/ Groupe/ Milieu scolaire/ Professeurs + PSM	ECR, individuel Total = 697	11-14 ans Filles = 46% Exclusion diagnostic	CDI	Non (0, 6, 12, 18) Oui (24, 30, 36)	3
Harnett & Dadds, 2004 (43)	<u>RAP</u> : TCC + TIP/ 11 séances de 40-50'/ Groupe (8-14 ados)/ Milieu scolaire/ Professeurs	EC GI = 96 GC(AI) = 116 Total = 212	12-16 ans Filles = 100% Exclusion si TTT psy	RADS	Non (0 3, 12, 36)	1
Horowitz, 2007 (44)	<u>CWSC</u> : TCC+PE <u>IPT-AST</u> : TIP+PE 8 séances de 90'/ Groupe/ Milieu scolaire/ PSM	ECR Total = 380	14-15 ans Filles = 54%	CES-D	Oui (0) Non (6)	3

Etude	Intervention	Type d'étude	Population	Mesures	Efficacité (mois)	Qualité Jadad (35)
Lowry-Webster, 2001 et 2003 (45,46)	<u>FRIENDS</u> : TCC/ 10 séances de 60-75' + 2 séances booster à 1 et 3 mois, 4 séances parents/ Groupe/ Milieu scolaire/ Professeurs	ECR, par école GI = 432 GC (AI) = 162 Total = 594	10-13 ans Filles = 53% Stratification sélective	CDI Diagnostic	Oui (0, 12)	2
Merry & al, 2004 (47)	<u>RAP-Kiwi</u> : TCC+TIP/ 11 séances de 40-50'/ Groupe (8-16 ados)/ Milieu scolaire/ Professeurs	ECR, individuel GI = 207 GC (pl.) = 185 Total = 392	13-15 ans Filles = 52% Exclusion diagnostic	BDI-II RADS	Oui (0, 6, 18) (pas avec BDI-II à 18M)	3
O'Kearney & al, 2006 (48)	<u>Mood-Gym</u> : TCC/ 5 séances de 30-60'/ Groupe/ Internet/ Milieu scolaire/ Professeurs	EC GI = 40 GC (AI) = 38 Total = 78	15-16 ans Garçons = 100%	CES-D	Non (0, 4)	1
O'Kearney & al, 2009 (49)	<u>Mood-Gym</u> : TCC/ 5 séances de 30-60'/ Groupe/ Internet/ Milieu scolaire/ Professeurs	ECR, par classe GI = 67 GC (AI) = 90 Total = 157	15-16 ans Filles = 100%	CES-D	Oui (0, 5)	
Pattison & Lynd-Stevenson, 2001 (50)	<u>PPP</u> : Regular (GI : cognitif puis social) ou Reverse (GC : social puis cognitif)/ TCC/ 10 séances de 120'/ Groupe (8-16 ados)/ Internet/ Milieu scolaire/ PSM	EC GI Reg = 16 GI Rev = 16 GC (pl.) = 16 GC(AI) = 18 Total = 66	9-12 ans Filles = 52% Ecole rurale	CDI	Non (0, 8)	1
Pössel & al, 2004 et 2005 (51,52)	<u>LISA-T</u> : TCC/ 10 séances de 90'/ Groupes unisexe (8-24 participants)/ Milieu scolaire/ PSM + étudiants	ECR, par classe GI = 200 GC(AI) = 147 Total = 347	13-14 ans Filles = 48% Stratification indiquée	CES-D Diagnostic	Oui (0, 3, 6) Non (12)	2
Pössel & al, 2008 (53)	<u>LARS & LISA</u> : TCC + Motivationnel/ 10 séances (9TCC, 1 motivationnelle) de 90'/ Groupe/ Milieu scolaire/ PSM +étudiants	ECR, par classe GI =163 GC (AI) = 138 Total = 301	13-14 ans Filles = 46,5% Stratification indiquée	SBB-DES Diagnostic	Non	2
Quayle & al, 2001 (54)	<u>OLSP (Modif PPP)</u> : TCC/ 8 séances de 80'/ Groupe (12 ados)/ Milieu scolaire/ PSM	ECR GI = 24 GC(LA) = 23 Total = 47	11-12 ans Filles = 100% Ecole privée	CDI	Non (0) Oui (6)	2

Etude	Intervention	Type d'étude	Population	Mesures	Efficacité (mois)	Qualité Jadad (35)
Roberts & al, 2010 (55)	Social Life Skills (10 séances de 60') + Optimistic Thinking Skills (10 séances de 60')/ TCC/ Groupe/ Milieu scolaire/ Professeurs	ECR, par école GI = 274 GC (IH)= 222 Total = 496	11-13 ans Filles = 54,4%	CDI	Non (0, 6, 18)	
Sawyer, 2009 et 2010 (56,57)	<u>Beyond Blue</u> : 4 composantes (Intervention : 10 séances de 45', Création environnement favorable, Création de liens soins-éducation, Forums communautaires)/ Groupe/ Milieu scolaire/ Professeurs	ECR, par école GI = 3040 GC (IH) = 2593 Total = 5633	13-14 ans Filles = 53%	CES-D	Non (0, 12, 24)	
Sheffield & al, 2006 (58) UNIVERSEL + INDIQUE	<u>PSFL</u> : TCC/ 8 séances de 45-50'/ Groupe (classe)/ Milieu scolaire/ Professeurs	ECR, par école GI = 621 GC (AI) = 605 Total = 1126	13-15 ans Filles = 69% Stratification indiquée	CDI CES-D Diagnostic	Non (0, 3, 15)	3
Shochet & al, 2001 (59)	<u>RAP (RAP-A, RAP-F)</u> : TCC+TIP/ 11 séances de 40-50' +/- 3 séances parents (PE)/ Groupe (8-12 ados)/ Milieu scolaire/ PSM	EC Suivi de 2 cohortes GI RAP-A = 53 GI RAP-F = 51 GC(AI) = 90 Total = 194	12-15 ans Filles = 53% Stratification indiquée Exclusion diagnostic	CDI RADS	Oui (0, 10) (CDI) Non (RADS)	1
Spence & al, 2003 et 2005	<u>PSFL</u> : TCC/ 8 séances de 45-50'/ Groupe (classe : 25-35)/ Milieu scolaire/ Professeurs	ECR, par école GI = 751 GC(IH) = 749 Total = 1500	12-14 ans Filles = 52% Exclusion diagnostic Stratification sélective	BDI Diagnostic	Oui (0) Non (12, 24, 36, 48)	2

Tableau 2 : Etudes de prévention sélective

Etude	Intervention	Type d'étude	Population	Mesures	Efficacité (mois)	Qualité Jadad (5)
Beardslee & al, 2003 (60)	<u>Intervention</u> : PE, 6-8 séances de 45-90' puis entretien tél/ rencontre tous les 6-9 mois pendant 30M/ Parents+enfants en individuel puis réunions de plusieurs familles <u>Contrôle</u> : 2 conférences/ parents/ groupe/ HMO et professionnels de santé mentale traitant des adultes ayant une dépression/ PSM	ECR GI = 59 familles (97 parents, 69 enfants) GC = 40 familles (73 parents, 52 enfants) Total = 121 ados	8-15 ans ayant parent déprimé Filles = 42,7%	SADS-L	Non (0, 18, 30, 54)	1
Bearman & al, 2003 (61)	TCC/ 4 séances de 60'/ Groupe/ PSM	ECR GI = 38 GC (LA) = 35 Total = 73	17-20 ans Filles = 100% Image corporelle altérée	BDI	Oui (0) Non (6)	1
Bonhauser & al, 2005 (62)	<u>PAP</u> : Activité physique/ 3 séances par semaine de 90'/ 10 semaines/ Groupe/ Milieu scolaire/ Professeurs	ECR, par classe GI = 98 GC (AI) = 100 Total = 198	15-16 ans Filles = 45,9%	HADS	Non (0)	2
Cardemil & al, étude 1, 2002 et 2007 (63,64)	<u>PRP (modifié)</u> : TCC/ 12 séances de 90'/ Groupe (10 ados)/ Milieu scolaire/ PSM	ECR, individuel GI = 25 GC = 28 Total = 53	10-12 ans Filles = 45% Latinos Faible niveau SE	CDI	Oui (0, 6) Baisse risque EDM (12)	2
Cardemil & al, étude 2, 2002 et 2007 (63,64)	<u>PRP (modifié)</u> : TCC/ 12 séances de 90'/ Groupe (10 ados)/ Milieu scolaire/ PSM	ECR, individuel GI = 50 GC = 65 Total = 115	10-12 ans Filles = 55% Afro-américains Faible niveau SE	CDI	Non (0, 6)	2
Castellanos & Conrod, 2006 (65)	<u>PTCBI</u> : TCC, PE, motivationnel/ 2 séances de 90'/ Milieu scolaire/ PSM	ECR, individuel GI = 224 GC (AI) = 119 Total = 343	13-16 ans 4 FDR de personnalité	BSI	Oui (6)	2
Clarke & al, 2001 (66) SELECTIF + INDIQUE	<u>CWS version courte</u> : TCC/ Groupe/ 15 séances de 60'/ HMO/ PSM	ECR GI = 45 GC (IH) = 49 Total = 94	13-18 ans Filles = 60% S. dépressifs Parents : TD actuel/passé	CES-D HAM-D Diagnostic	Oui (0, 12, 18) Quasi-significatif (24)	2
Compas & al, 2009 (67)	<u>FGCB</u> : PE/ 8 séances + 4 booster/ 4 familles/groupe/ GC : Information écrite/ 2 sites (universités de psycho)/ PSM	ECR Total = 111 familles, 155 enfants	9-15 ans Filles = 45% Parents : ATCD EDM	CES-D Diagnostic	Oui (0, 18, 24)	
Garber & al, 2009 (68) SELECTIF + INDIQUE	<u>CWS modifié</u> : TCC/ 8 séances hebdomadaires 90' + 6 séances mensuelles/ Groupe (3-10 ados)/ 4 sites : 2 universités et 2 centres médicaux/ PSM	ECR, individuel GI = 159 GC (IH) = 157 Total = 316	13-17 ans Filles = 58,5% TD actuel/passé Parents : TD actuel/passé	CES-D Diagnostic	Oui (8) (Sauf si les parents ont un TD actuel)	

Etude	Intervention	Type d'étude	Population	Mesures	Efficacité (mois)	Qualité Jadad (5)
Logsdon & al, 2005 (69)	1 séance pour distribution/ Individuel/ Milieu scolaire/ Ecole pour adolescentes enceintes ou mères	ECR Brochure = 26 Vidéo = 27 Brochure + vidéo = 32 GC (AI) = 24 Total = 128	13-18 ans Filles = 100% Adolescentes enceintes	CES-D	Non	2
Martinovic & al, 2006 (70) SELECTIF + INDIQUE	TCC/ 12 séances : 2/semaine pendant 2 mois puis 1/mois pendant 4 mois/ Individuel/ Patients consultant ambulatoire de clinique de l'épilepsie/ Chercheurs	ECR GI = 15 GC (IH) = 15 Total = 30	13-19 ans Filles = 60% Epilepsie S. dépressifs	BDI CES-D HAM-D	Oui (0, 9)	
Yu & Seligman, 2002 (71) SELECTIF + INDIQUE	<u>POP (modifié pour les chinois)</u> : TCC/ 10 séances de 120'/ Groupe/ Milieu scolaire/ Professeurs	Total = 220	8-15 ans Filles = 45% S. dépressifs Conflits familiaux	CDI	Oui (0, 3, 6)	

Tableau 3 : Etudes de prévention indiquée

Etude	Intervention	Type d'étude	Population	Mesures	Efficacité (mois)	Qualité Jadad (35)
Clarke & al, 2001 (66) SELECTIF + INDIQUE	<u>CWS version courte</u> : TCC/ Groupe/ 15 séances de 60'/ HMO/ PSM	ECR GI = 45 GC (IH) = 49 Total = 94	13-18 ans Filles = 60% Parents : TD actuel/passé S. dépressifs	CES-D HAM-D Diagnostic	Oui (0, 12, 18) Quasi-significatif (24)	2
Garber & al, 2009 (68) SELECTIF + INDIQUE	<u>CWS modifié</u> : TCC/ 8 séances hebdomadaires 90' + 6 séances mensuelles/ Groupe (3-10 ados)/ 4 sites : 2 universités et 2 centres médicaux/ PSM	ECR, individuel GI = 159 GC (IH) = 157 Total = 316	13-17 ans Filles = 58,5% TD actuel/passé Parents : TD actuel/passé	CES-D Diagnostic	Oui (8) (Sauf si les parents ont un TD actuel)	
Gerrits & al, 2007 (72)	<u>Master your mood online = Grip op je dip online</u> : TCC/ 8 séances de 90'/ Internet/ 2 universités et 2 centres médicaux/ PSM	Pré-post Total = 140	16-25 ans Filles = 81,5% S. dépressifs	CES-D	Oui (0) Pas de suivi	
Gillham & al, 2006a (73)	<u>PRP</u> : TCC/ 12 séances de 120'/ Groupe/ Soins primaires, HMO/ PSM	ECR, individuel GI = 147 GC (IH) = 124 Total = 271	11-12 ans Filles = 53% S. dépressifs	CDI	Non (0, 6, 12, 18, 24)	3
Gillham & al, 2006b (74)	<u>PRP version courte</u> : Composante parentale/ TCC/ 8 séances de 120'/ Groupe + 6 séances de 90' pour parents/ Milieu scolaire/ PSM	ECR Total = 44	11-12 ans Filles = 36% S. dépressifs	CDI	Non (0) Oui (6, 12)	2
Kowalenko, 2005 (75)	<u>ACE</u> : TCC, TIP/ 8 séances de 45-50'/ Groupe/ Milieu scolaire	EC GI = 76 GC(LA) = 50 Total = 126	13-16 ans Filles = 65% S. dépressifs	CDI	Oui (0) Que pour les filles	1
Martinovic & al, 2006 (70) SELECTIF + INDIQUE	TCC/ 12 séances : 2/semaine pendant 2 mois puis 1/mois pendant 4 mois/ Individuel/ Patients consultant ambulatoire de clinique de l'épilepsie/ Chercheurs	ECR GI = 15 GC (IH) = 15 Total = 30	13-19 ans Filles = 60% Epilepsie S. dépressifs	BDI CES-D HAM-D	Oui (0, 9)	
Puskar & al, 2003 (76)	<u>TKC</u> : TCC/ 10 séances/ groupe/ Milieu scolaire/ Infirmière	ECR Total = 89	14-16 ans Milieu rural	RADS	Oui (0, 6) Non (12)	2
Roberts & al, 2003 et 2004 (77,78)	<u>AO</u> : 12 séances/ TCC/ Groupe/ Milieu scolaire/ Professeurs	ECR, par école GI-PRP = 90 GC(IH) = 99 GC(AI) = 114 Total = 303	11-13 ans Filles = 50%	CDI	Non	2
Sheffield & al, 2006 (58) UNIVERSEL + INDIQUE	<u>ACE</u> : PSFL + 8 séances de 90' pour INDIQUE/ TCC/ Groupe (8-10 ados)/ Milieu scolaire/ SM	ECR, par école GI = 621 GC (AI) = 605 Total = 1126	13-15 ans Filles = 54% Stratification indiquée	CDI CES-D Diagnostic	Non (0, 3, 15)	3

Etude	Intervention	Type d'étude	Population	Mesures	Efficacité (mois)	Qualité Jadad (35)
Stice, 2007 (79)	TCC/ 4 séances/ groupe/Groupe de parole-soutien, 4 séances/Bibliothérapie/Ecriture/Ecriture d'un journal/ Milieu scolaire/ PSM + étudiants	ECR GI (TCC) = 50 GC (PS) = 19 GC (B) = 28 GC (E) = 27 GC (EJ) = 34 GC(LA) = 67 Total = 225	15-22 ans Filles = 70% S. dépressifs	BDI	Oui (0, 1) Non (6)	2
Stice & al, 2008 (80)	TCC/ 6 séances/ groupe/Groupe de parole-soutien, 6 séances/Bibliothérapie/ Milieu scolaire/ PSM	ECR GI (TCC) = 89 GC (PS) = 88 GC (B) = 80 GC = 84 Total = 341	14-19 ans Filles = 64% S. dépressifs	BDI K-SADS	Oui (0, 6)	
Thompson & al, 2000 (81)	<u>PGC</u> : TCC, 55' par jour/ 18 ou 36 semaines/ G1=PGC 18 semaines/G2=PGC 36 semaines (application situation réelle)/ Groupe/ Milieu scolaire/ Professeurs	G1 = 36 G2 = 35 GC = 35 Total = 106	14-18 ans Filles = 58,5% S. dépressifs	CES-D	Oui	
Van Voorhees & al, 2008 et 2009 (82,83)	<u>CATCH-IT</u> : TCC, TIP/ 14 séances (précédées de conseils brefs (1-2') ou entretien motivationnel (5-15'), Internet + Programme d'entraînement des familles (livre)/ 13 centres de soins primaires/ PSM	ECR CB+pg = 40 EM+pg = 43 Total = 83	14-21 ans S. dépressifs	CES-D Diagnostic	Oui (0, 3)	
Young & al, 2006 (84)	<u>IPT-AST</u> : TIP, PE/ 10 séances (2 individuelles, 8 de 90' en groupe)/ Milieu scolaire/ Professeurs + PSM	ECR IPT-AST = 27 CS = 14 Total = 41	11-16 ans Filles = 85% S. dépressifs O. hispanique	CES-D Diagnostic	Oui (0, 6)	3
Yu & Seligman, 2002 (71) SELECTIF + INDIQUE	<u>POP (modifié pour les chinois)</u> : TCC, 10 séances de 120', Groupe, Milieu scolaire, Professeurs	Total = 220	8-15 ans Filles = 45% S. dépressifs Conflits familiaux	CES-D Diagnostic	Oui (0, 3, 6)	2

A. Caractéristiques des participants

1. Type de prévention

Trois types d'approches étaient représentés.

La **prévention universelle** qui concerne 46.7% des études s'adresse à la population générale sans distinction du niveau de risque.

Les deux autres types sont des approches ciblées. La population sera alors sélectionnée en fonction de la présence de facteurs de risque particuliers, tels que la notion de trouble dépressif chez les parents (60,67,68), une image corporelle altérée (61), un style cognitif négatif, une grossesse à l'adolescence (69), des conflits familiaux (71), ou encore un diagnostic d'épilepsie (70). On parlera alors de prévention de **type sélectif** qui est représentée dans 17.8% des études.

Enfin, les individus présentant des niveaux de dépression sous-cliniques pourront être sélectionnés dans le cadre d'intervention de **type indiqué** comme c'est le cas dans 24.4% des essais retrouvés.

Ces trois types d'approches ne sont pas mutuellement exclusifs. En effet, plusieurs approches peuvent être combinées comme les approches sélectives et indiquées (8.9% des essais) ; les participants sont alors ciblés sur la base de facteurs de risque et la présence de symptômes dépressifs. Dans le cas de la prévention universelle, la stratification de l'échantillon est utilisée afin d'évaluer les effets de l'intervention dans des sous-groupes, en particulier chez les adolescents présentant un niveau de symptômes dépressifs élevé en début de programme et étiquetés « à risque ». Cela peut également permettre de proposer à ces adolescents une intervention supplémentaire comme c'est le cas dans l'étude de Sheffield (58) qui combine une approche universelle et indiquée pour un sous-groupe.

Quel que soit le type d'approche utilisé, des avantages pourront être retrouvés mais aussi des limites rencontrées. Dans le cas de la prévention universelle, une grande population est visée avec des taux de recrutement élevés et un faible risque de stigmatisation. Cependant, du fait d'une grande taille des échantillons concernés, les moyens à mettre en place sont

considérables alors même qu'une faible proportion de participants est réellement à risque en termes de dépression. Les approches ciblées, au contraire, se heurtent à des taux de recrutement faibles et un risque de stigmatisation qui met en péril la participation de certains adolescents à risque. Ce type d'approche est prometteur étant donné la littérature disponible concernant les symptômes dépressifs en tant que facteurs prédictifs d'un épisode dépressif majeur (85). Mais, ces adolescents étiquetés « à risque » ne représentent qu'une partie de ceux qui développeront effectivement un trouble dépressif et seule une partie d'entre eux entrera effectivement dans la pathologie. Une possibilité pour limiter cela serait de recruter des participants présentant des facteurs de risque multiples ce qui augmente le risque de trouble dépressif. Cependant, cette sélection entraînant un échantillon très spécifique risque de rendre difficile la généralisation des résultats (85). En revanche, il a été constaté que ces adolescents possèdent une plus grande motivation et une plus forte adhésion au programme avec une plus grande chance de présenter une diminution des symptômes dépressifs.

Les résultats concernant l'évaluation de l'efficacité des programmes en fonction du type d'approche sont résumés dans le *tableau 4*. Des preuves de l'efficacité des programmes de prévention universelle, sélective et indiquée ont été retrouvées pour la diminution des symptômes dépressifs chez les adolescents. En post-intervention, selon les données dont nous disposons, nous retrouvons une efficacité de 47.6% des programmes universels, 42.9% des programmes sélectifs et 80% des programmes indiqués.

Lors du suivi à court terme, ces effets persistent mais s'atténuent avec 46.2%, 50% et 71.4% respectivement, pour les approches universelles, sélectives et indiquées. Cette efficacité semble continuer à diminuer à long terme, mais les données dont nous disposons sont minimes. La littérature retrouve des preuves d'efficacité des interventions sélectives à 12 et 36 mois (86,87).

En accord avec les données de littérature antérieures, les programmes sélectifs et indiqués apparaissent plus efficaces que les approches universelles (88–90). Certaines études ont montré une diminution de l'incidence du trouble dépressif (91). Stice conclut même dans sa méta-analyse que seules les approches ciblant les groupes d'adolescents à haut-risque sont efficaces (89).

Cependant, les tailles d'effet sont faibles. Il existe peu d'études comparant les programmes à un placebo et dans ce cas, elles retrouvent peu ou pas d'efficacité (86).

Les preuves concernant l'efficacité des programmes de prévention universelle sont très controversées. Si l'on respecte les critères de qualité de la Society for Prevention Research (SPR), nous ne disposons pas de preuves suffisantes pour justifier la poursuite et la dissémination de ce type de programmes pour les adolescents, en particulier en milieu scolaire (92).

En revanche, plusieurs études concluent à une meilleure efficacité de ce type d'approche dans les sous-groupes d'adolescents présentant des symptômes dépressifs plus élevés (44). Ces éléments vont dans le sens d'une plus grande efficacité des programmes indiqués et de la nécessité d'une intervention plus intensive et individuelle ou en petits groupes dans cette population (92). Une hypothèse évoquée est un plus fort engagement des adolescents déprimés du fait de la détresse ressentie contrairement aux adolescents présentant de faibles niveaux de symptômes dépressifs et chez qui les effets de l'intervention seront atténués (89).

Corrieri (93) serait plutôt en faveur d'une combinaisons d'approches qui selon lui permettrait de cibler un plus large public.

Tableau 4 : Efficacité des programmes selon le type de prévention

	Universelle	Sélective	Indiquée	Universelle + Indiquée	Sélective + Indiquée	Total
Post-intervention						
Oui [n = (%)]	10 (47.6%)	3 (42.9%)	8 (80%)	0 (0%)	3 (100%)	24 (57.1%)
Non [n = (%)]	11 (52.4%)	4 (57.1%)	2 (20%)	1 (100%)	0 (0%)	18 (42.9%)
Information non disponible (n =)	0	1	1	0	1	3
Court Terme (< 12 mois)						
Oui [n = (%)]	6 (46.2%)	2 (50%)	5 (71.4%)	0 (0%)	3 (100%)	16 (57.1%)
Non [n = (%)]	7 (53.8%)	2 (50%)	2 (28.6%)	1 (100%)	0 (0%)	12 (42.9%)
Pas de suivi à court terme Ou Information non disponible (n =)	8	4	4	0	1	17
Long Terme (>= 12 mois)						
Oui [n = (%)]	2 (20%)	2 (50%)	1 (25%)	0 (0%)	1 (100%)	6 (30%)
Non [n = (%)]	8 (80%)	2 (50%)	3 (75%)	1 (100%)	0 (0%)	14 (70%)
Pas de suivi à long terme Ou Information non disponible (n =)	11	4	7	0	3	25

Des améliorations du score de dépression en post-intervention étaient rapportées dans 57.1% des études en post-intervention et à court terme et dans 30% des cas à long terme.

47.6% des études universelles ont retrouvé des résultats positifs en post-intervention, 46.2% à court terme et 20% à long terme.

42.9% des études sélectives ont retrouvé des résultats positifs en post-intervention, 50% à court terme et 50% à long terme.

80% des études indiquées ont retrouvé des résultats positifs en post-intervention, 71.4% à court terme et 25% à long terme.

2. Sexe

Selon Stice et Horowitz, les programmes de prévention seraient plus efficaces lorsqu'ils sont délivrés à des groupes comprenant une plus grande proportion de filles (89,90). Plusieurs hypothèses ont pu être formulées à ce sujet. Premièrement, les filles ayant des niveaux de dépression plus élevés que les garçons, présenteraient un engagement plus fort vis-à-vis l'intervention. Deuxièmement, la présence de groupes composés uniquement de filles permettrait d'évoquer plus librement les préoccupations en lien avec leur humeur au sein du groupe. Troisièmement, il est possible que les interventions actuelles ne soient pas adaptées aux garçons.

Toutefois, les études portant sur des différences d'efficacité en fonction du sexe sont controversées (89). De nombreux progrès restent à effectuer en ce qui concerne la compréhension des facteurs de risque spécifiques au genre.

3. *Age*

L'âge des participants correspond à un large éventail allant de 8 à 25 ans. On retrouve donc des enfants mais aussi de jeunes adultes. Les participants se situent alors à des stades développementaux variés. Il n'est pas évident d'évaluer l'adaptation des programmes à l'âge des participants. Or, il est primordial, en particulier pour l'approche cognitivo-comportementale, que la population ciblée ait atteint un niveau développemental suffisant pour accéder à certains concepts.

Il a été démontré que les programmes sont plus efficaces chez les adolescents plus âgés que ce soit en post-intervention ou lors du suivi. Ceux-ci ont en effet atteint un niveau développemental suffisant à l'acquisition de certains concepts avec un meilleur raisonnement abstrait. De plus, l'augmentation du risque de dépression durant l'adolescence sera à prendre en compte en fonction de la population à laquelle s'adresse l'intervention (89,90).

A l'avenir, il serait important d'établir des programmes de prévention plus spécifiques et efficaces chez les enfants et les préadolescents.

4. *Ethnie, niveau socio-économique*

L'étude de Cardemil concernant un programme de type cognitivo-comportemental a montré son efficacité chez les adolescents latinos mais pas chez les afro-américains (63,64). Cela peut suggérer de possibles différences inter-ethniques en termes d'efficacité des programmes de prévention de la dépression. Certains éléments sont en faveur d'une meilleure efficacité des programmes de prévention de la dépression dans les groupes constitués en majorité de minorités ethniques. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces populations sont plus à risque pour la dépression.

5. *Représentativité des échantillons*

La représentativité de l'échantillon est un critère à considérer lors de l'évaluation de la qualité de l'étude. Beaucoup d'études concernent de petits échantillons et ceux-ci sont parfois représentatifs d'une partie seulement de la population (ethnie, milieu rural...). Cela pose le problème de la généralisation des résultats obtenus.

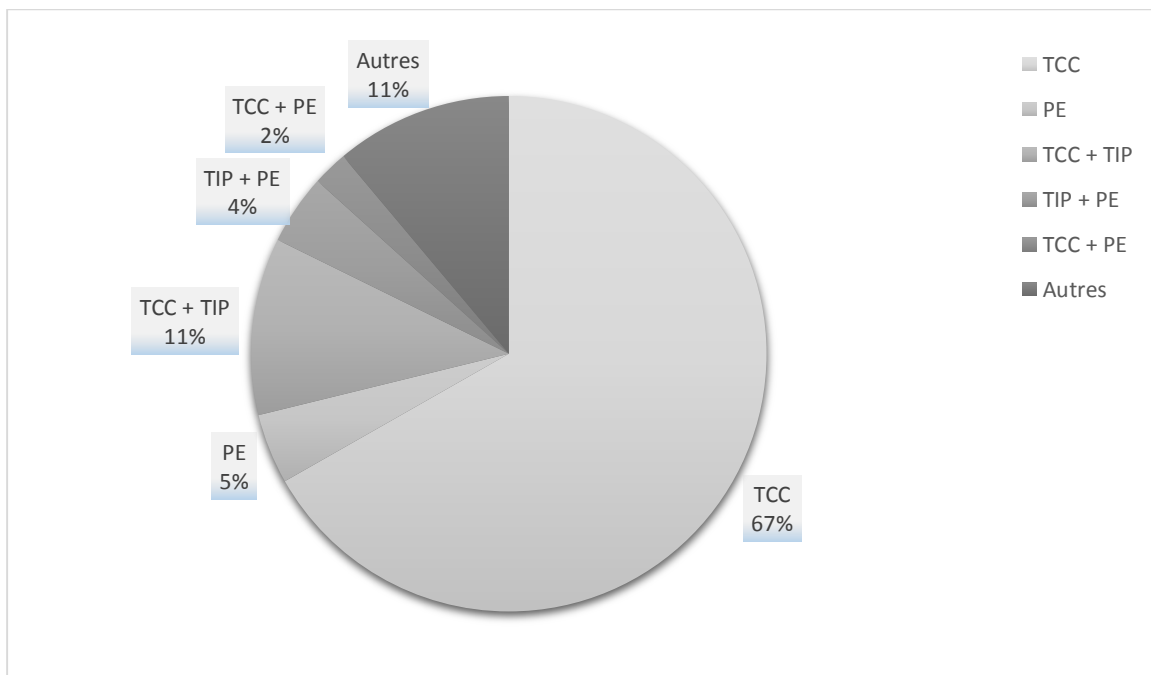
A l'avenir, il serait intéressant de préciser les caractéristiques des programmes efficaces chez un certain type d'adolescents (par exemple en fonction du sexe, de l'âge, de la culture du niveau de symptômes, de caractéristiques de la personnalité...).

B. Caractéristiques des interventions

1. Contenu du programme

Trois orientations principales sont retrouvées dans ces programmes : les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), la thérapie interpersonnelle (TIP) et la psychoéducation (PE). D'autres interventions utilisent l'entretien motivationnel ou encore l'activité physique. Et, il est fréquent que plusieurs approches soient combinées.

Figure 1 : Répartition des programmes selon leur contenu



a. Les thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies cognitivo-comportementales sont majoritairement représentées avec 67% des études concernées. Cela prend en compte 14 interventions universelles, 3 sélectives et 8 indiquées et 5 combinées.

Ces interventions s'appuient sur un modèle développemental élaboré à partir de la compréhension des facteurs de risque et des facteurs protecteurs de la dépression à l'adolescence (88). À partir de ce modèle, différentes composantes des thérapies cognitivo-comportementales seront utilisées. Les principales composantes retrouvées dans les programmes de prévention de la dépression étant la résolution de problèmes, l'amélioration des compétences sociales, la restructuration cognitive, l'activation comportementale, la relaxation ou encore l'affirmation de soi. Leur utilisation aura plusieurs objectifs, à savoir diminuer les cognitions négatives, encourager l'engagement dans des activités plaisantes, promouvoir les compétences de résolution de problèmes ainsi que le développement de compétences sociales (89). Néanmoins, la recherche actuelle n'a pas permis de déterminer quelles composantes étaient associées à une plus grande efficacité (92).

Dans six essais, les thérapies cognitivo-comportementales sont combinées à la thérapie interpersonnelle ou la psychoéducation.

De même que pour le traitement de la dépression, l'efficacité d'interventions incluant des tâches assignées est supérieure (89). Il paraît donc essentiel que celles-ci soient données régulièrement au cours de ces programmes.

b. La thérapie interpersonnelle

La thérapie interpersonnelle travaille sur plusieurs aspects dont l'amélioration du réseau social et la résolution de conflits. On la retrouve associée aux thérapies cognitivo-comportementales dans 5 études et à la psychoéducation dans 2 études.

c. La psychoéducation

Les études de prévention sélective concernant les familles dont un parent souffre de trouble dépressif représentent une indication privilégiée pour la psychoéducation. Elle sera alors l'occasion d'une information et d'une éducation relative au trouble dépressif auprès des enfants

et de leurs parents. La délivrance de ces informations pourra permettre d'aborder la question de la culpabilité, souvent ressentie par les enfants de parents déprimés.

d. Efficacité

L'ensemble des résultats concernant l'efficacité en fin d'intervention, à court et long terme selon le type de thérapie est présenté dans le *tableau 5*.

Les interventions cognitivo-comportementales ont montré une efficacité en post-intervention dans 55.2% des cas et à court terme dans 54.5% des cas. Cela va dans le sens des résultats de la littérature actuelle. En effet, l'approche cognitivo-comportementale a de nombreuses fois et dans des conditions variées démontré son efficacité dans la prévention de la dépression à l'adolescence. Carnevale (94) avait déjà montré leur efficacité dans le cadre de la prévention universelle. Venning (95) conclut également à une efficacité de ce type de thérapie à court terme.

Nous constatons que lorsque les thérapies cognitivo-comportementales sont combinées avec la thérapie interpersonnelle, cela augmente nettement son efficacité puisqu'elle atteint alors 80% en post-intervention et 75% à court terme. Cependant, ces résultats restent controversés. En effet, selon Corrieri (93), l'addition d'une composante de psychothérapie interpersonnelle aux thérapies cognitivo-comportementales dans le cadre de programmes de prévention universelle n'améliore pas l'efficacité. Des études supplémentaires les comparant à la thérapie interpersonnelle ou une combinaison des deux seraient intéressantes.

La revue de Merry (96) ne retrouvait pas d'élément en faveur d'une efficacité des interventions psychoéducatives et les données dont nous disposons ne nous permettent pas de conclure.

Selon Christensen (97), des programmes utilisant l'exercice physique dans le cadre de la prévention de la dépression à l'adolescence auraient montré une efficacité (98). D'autres études relatives à cette approche doivent être développées.

Tableau 5 : Efficacité des programmes selon le contenu

	TCC N = 30	PE N = 2	TCC +TIP N = 5	TIP +PE N = 2	TCC + PE N = 1
Efficacité en post-intervention					
Oui [n = (%)]	16 (55.2%)	1 (50%)	4 (80%)	2 (100%)	1 (100%)
Non [n = (%)]	13 (44.8%)	1 (50%)	1 (20%)	0	0
Non disponible (n =)	1	0	0	0	0
Efficacité à court terme					
Oui [n = (%)]	12 (54.5%)	0	3 (75%)	1 (50%)	0
Non [n = (%)]	10 (45.5%)	0	1 (25%)	1 (50%)	1 (100%)
Non disponible Pas de suivi à court terme (n =)	8	2	1	0	0
Efficacité à long terme					
Oui [n = (%)]	4 (30.8%)	1 (50%)	1 (50%)	0	0
Non [n = (%)]	9 (69.2%)	1 (50%)	1 (50%)	0	0
Non disponible Pas de suivi à long terme (n =)	17	0	3	2	1

2. Format du programme

a. Nombre et durée des séances

La durée des interventions est très variable pouvant aller de la simple distribution de documentation à une séance quotidienne pendant 36 semaines. La plupart des programmes (66.7%) comporte entre 8 et 12 séances. Les données de la littérature actuelle suggèrent que des programmes comportant moins de 8 séances ou plus de 12 sont moins efficaces. Les hypothèses à ce sujet sont qu'en-dessous de 8 séances, l'exposition au programme serait insuffisante. Par ailleurs, au-delà de 12 séances, les programmes apparaîtraient moins engageants pour les adolescents ce qui conduirait à de faibles taux de recrutement, d'importants taux d'attrition, et finalement à une moindre efficacité (89).

De 30 à 120 minutes, la durée des séances est également variable mais dans la plupart des cas il s'agit de séances de 40 à 50 minutes ou 60 à 90 minutes.

Pour conclure, les interventions ne doivent être ni trop courtes, ni trop longues afin de permettre aux adolescents de s'approprier le matériel délivré lors des séances et d'utiliser les compétences nouvellement acquises entre les séances afin de bénéficier d'un « feed-back » sur le groupe pour clarifier certaines notions lorsque cela s'avère nécessaire.

Certains programmes, comme FRIENDS (36–39,46) et CWS (68), incluent des séances « booster » ayant pour fonction de renforcer l'effet de l'intervention dans le temps. Certaines revues ont démontré que les thérapies cognitivo-comportementales dans la prévention de la dépression chez les adolescents nécessitaient la mise en place de séances d'entretien (92). L'inclusion de séances booster, encore peu fréquente, semble une perspective à étendre.

Selon Greenberg (85,99), les interventions de courte durée peuvent entraîner des effets à court terme, alors que les interventions se déroulant sur plusieurs années sont plus à même de produire des effets à long terme.

b. Interventions individuelles ou groupales

Les interventions sont délivrées essentiellement à des groupes d'adolescents (86.7% des cas). Ceux-ci sont de taille variable puisqu'il peut s'agir de petits groupes de 5 à 15 jeunes aussi bien que de classes entières. La taille des groupes ne semble pas avoir d'impact sur l'efficacité du programme du moins pour la prévention universelle (92).

Les cas d'interventions délivrées en individuel restent isolés puisque cela ne concerne que 2 essais (69,70) et qu'un troisième propose une intervention individuelle suivie d'une intervention groupale (60).

c. Milieu

Les interventions se déroulent à 81.8% en milieu scolaire et cela concerne 100% des interventions universelles. En effet, les établissements scolaires représentent un lieu privilégié pour toucher une large population d'adolescents. De plus, ces programmes sont la plupart du temps intégrés à l'emploi du temps des élèves facilitant ainsi leur participation. Cependant, dans le cas des approches sélective et indiquée, la participation de certains adolescents risque d'être compromise par crainte de la stigmatisation. De même, le fait que les intervenants soient extérieurs ou non à l'établissement peut influencer le comportement des adolescents.

Les autres interventions quant à elles, ont lieu dans des centres de soins primaires ou des universités essentiellement. Certains adolescents seront repérés dans des lieux de soins à partir de leurs facteurs de risque. Par exemple, les enfants de parents souffrant de dépression seront recrutés sur le lieu de soins de leurs parents (60).

Tableau 6 : Lieux des interventions

	Universel	Sélectif	Indiqué	Universel + Indiqué	Sélectif + Indiqué
Milieu scolaire (n =)	21	5	8	1	1
Centres de soins primaires (n =)	0	1	2	0	1
Autres (n =)	0	1	1	0	2
Information non disponible (n =)	0	1	0	0	0

3. Inclusion des parents ou des familles

Neuf essais (5 essais universels, 2 sélectifs et 2 indiqués) incluent les parents ou la famille dans leur programme. Cela représente 20% des interventions. Nous retrouvons une efficacité de ce type d'interventions qui se maintient lors du suivi (74).

Compas (67) a montré le bénéfice d'une intervention familiale tant pour les enfants que pour leurs parents. Les enfants présentaient effectivement une diminution des symptômes dépressifs et anxieux, et dans certains cas des troubles externalisés par rapport au groupe contrôle. Par ailleurs, on retrouvait une diminution significative des symptômes dépressifs chez les parents par rapport au groupe contrôle. Ces effets pourraient être en lien avec une meilleure communication au sein de la famille et une amélioration de la compréhension de la maladie de leurs parents par les enfants, comme cela a été retrouvé dans l'étude de Beardslee (60,88). Ces améliorations sont maintenues à long terme.

Finalement, ces résultats sont en faveur de l'inclusion des parents dans les interventions de prévention de la dépression chez les adolescents. Néanmoins, cet effet est modéré par la présence d'un épisode dépressif chez les parents (100). Ainsi, les actions de prévention de la dépression devraient inclure l'environnement familial des adolescents. Un changement dans cet environnement peut effectivement diminuer le risque de dépression. En outre, lorsque la

dépression est déclarée, les facteurs familiaux peuvent représenter des facteurs de maintien de cet épisode mais aussi prédire la réponse au traitement (88).

4. Programmes informatisés

Les adolescents sont généralement très familiers avec l'usage des ordinateurs et d'internet. L'utilisation de ces supports concerne 13% des études soit 4 essais de prévention universelle (40,48–50) et 2 essais de prévention indiquée (72,82,83). Peu de programmes de ce type furent développés spécifiquement pour les adolescents. La plupart ont été adaptés à partir de programmes décrits dans des manuels.

La revue de Callear et Christensen (101) a permis de mettre en évidence la possibilité de délivrer des programmes de prévention via internet de façon efficace, et ce dans des cadres et avec des intervenants variés. En effet, certains programmes étaient délivrés sans autre support alors que d'autres bénéficiaient d'un soutien à distance (téléphone, chat, mail, SMS) ou d'un groupe de supervision (102). Toutefois, le faible support par des professionnels peut rendre difficile l'acquisition de certains concepts ainsi que l'accès à la restructuration cognitive. Cela risque également d'augmenter le taux d'attrition de ces programmes.

Van Voorhees et son équipe (82,83) ont montré l'efficacité d'un entretien motivationnel préalable au programme sur internet afin de favoriser l'engagement du jeune à participer à ce programme.

Ces programmes pourraient représenter un possible moyen de dissémination à large échelle des actions de prévention de la dépression avec peu de moyens et à un faible coût. Cela peut présenter un intérêt dans des zones où l'accès aux soins est limité. Par ailleurs, ils peuvent représenter une voie d'accès vers les soins psychiques pour certains jeunes, qui ne répondraient pas à des interventions de prévention plus traditionnelles (82,83,88,103). Cependant, la littérature concernant ce type d'intervention reste encore limitée et ne permet pas de généraliser les résultats. Des études supplémentaires dans ce domaine sont nécessaires. Il pourrait être particulièrement intéressant de les comparer à une intervention en face-à-face (97).

C. Caractéristiques des intervenants

Les interventions étaient menées dans 31% des cas par du personnel scolaire et dans 59.5% des cas par des professionnels de santé mentale. Les 9.5% restant concernaient les deux types de professionnels. Le *tableau 7* présente les types d'intervenants selon les 3 approches : universelle, sélective et indiquée.

Tableau 7 : Types d'intervenants selon les différentes approches

Intervenants	Universel	Sélectif	Indiqué	Universel + indiqué	Sélectif + indiqué	Total
Professeurs (n =)	8	1	2	1	1	13 (31%)
Professionnels de santé mentale (PSM) (n =)	9	6	7	0	3	25 (59.5%)
Professeurs + PSM (n =)	3	0	1	0	0	4 (9.5%)
Information non disponible (n =)	1	1	1	0	0	3

Les professionnels de santé mentale intervenant dans les programmes de prévention de la dépression englobent des psychiatres, des internes, des étudiants en médecine, des psychologues ou étudiants en psychologie diplômés (master), mais aussi des infirmiers en psychiatrie ou des chercheurs à l'origine de la création du programme.

Barrett & Turner (36) ont évalué un programme comprenant les deux types d'intervenants : un professeur et un psychologue alors que dans l'étude de Sheffield, la partie universelle du programme a été implantée par le personnel scolaire tandis que la partie indiquée l'a été par des professionnels de santé mentale (58,93). Il a été démontré que les programmes implantés par des professionnels de santé mentale étaient plus efficaces que ceux dirigés par des professeurs (88,94). Effectivement, les professeurs sont probablement moins disponibles pour l'intervention et moins bien formés et supervisés comparés aux professionnels de santé mentale. De plus, les professionnels de santé mentale animent souvent plusieurs groupes ce qui leur permet de mieux maîtriser le programme et les concepts utilisés (89).

Le *tableau 8* présente l'efficacité des programmes en post-intervention et au cours du suivi en fonction du type d'intervenants.

Tableau 8 : Efficacité des programmes selon le type d'intervenants

	Professionnels de santé mentale	Professeurs	Professionnels de santé mentale + professeurs
Efficacité en post-intervention			
Oui (n =)	14	6	2
Non (n =)	9	7	2
Information non disponible (n =)	2	0	0
Efficacité à court terme			
Oui (n =)	11	3	1
Non (n =)	7	4	1
Information non disponible (n =)	7	6	2
Efficacité à long terme			
Oui (n =)	4	2	0
Non (n =)	6	5	1
Information non disponible (n =)	14	6	3

Mais, ces résultats semblent controversés puisque l'étude de Spence (88,104) a permis de montrer l'efficacité à court terme d'un programme de prévention universelle mené par des enseignants. Ces données sont confirmées par l'étude de Merry (47,88), qui montre le maintien de cette efficacité à long-terme.

Or, il est important de considérer le fait qu'un programme de prévention doit être facilement diffusable. Pour cela, des progrès restent à faire concernant la formation des professeurs et des professionnels du milieu scolaire afin de faciliter cette dissémination tout en garantissant l'efficacité de l'intervention (105).

A l'heure actuelle, les informations concernant l'entraînement et la supervision des intervenants sont imprécises et ne sont pas toujours disponibles. Un effort de retranscription des protocoles utilisés serait intéressant dans les études à venir.

D. Caractéristiques des études

1. Modèle de l'étude

a. Taille de l'échantillon

Les tailles d'échantillons étaient très variables d'une étude à l'autre, allant de $n = 30$ à $n = 5633$, avec un nombre moyen de participants à $n = 467$ et un nombre total de participants à $n = 19\,469$.

De nombreuses études ont une faible taille d'échantillon représentant une des premières limites en termes de qualité du fait d'une capacité insuffisante à détecter les faibles tailles d'effet (92). En effet, 25% des études comportent un échantillon de taille inférieure à 100 participants, 55% comprennent entre 100 et 500 participants, 11% entre 500 et 1000 participants. Enfin, seulement 9% des études comportent un échantillon supérieur à 1000 participants.

b. Type d'étude

Les différents types d'études sont présentés dans le *tableau 9* en fonction des trois types de prévention. Dans l'ensemble on retrouve des études de bonne qualité puisque 37 études sur 45 sont des essais contrôlés randomisés.

Tableau 9 : Représentation des différents types d'études

Type d'étude	Universel	Sélectif	Indiqué	Universel + indiqué	Sélectif + indiqué	Total
Pré-post (n =)	0	0	1	0	0	1
EC (n =)	4	0	1	0	0	5
ECR (n =)	17	8	8	1	3	37

c. Type de randomisation

Trente-sept études concernaient des essais contrôlés randomisés et les informations concernant le type de randomisation étaient disponibles pour 21. La randomisation était faite dans 42.9% des cas par école, 19% par classe, et dans 38.1% des cas individuellement. Les essais utilisant la randomisation pour assigner les participants aux différentes conditions d'interventions sont plus puissants que ceux qui utilisent une assignation alternative. En effet, cela permet de générer des groupes équivalents et de limiter les potentiels facteurs de confusion présents en début d'intervention. Cependant les échantillons doivent être d'une taille suffisante (89).

La plupart des études utilisent la randomisation pour leur assignation. Cependant, il arrive que des élèves de même classe ou même établissement soient assignés à des conditions différentes. Cela pose le problème du risque de contamination croisée si les élèves de conditions différentes se communiquent certaines informations. D'autres études afin de limiter ce phénomène utilisent la randomisation par classe ou par établissement. Elles devront alors respecter l'unité de randomisation utilisée lors de l'analyse statistique. En effet, lorsque l'unité de randomisation et l'unité d'analyse sont différentes, cela affecte les tailles d'effet en les augmentant artificiellement (89).

Par ailleurs, l'étude de Shochet (59) utilise une cohorte qui est comparée à elle-même d'une année à l'autre. Cette méthode crée un risque de biais de cohorte (92).

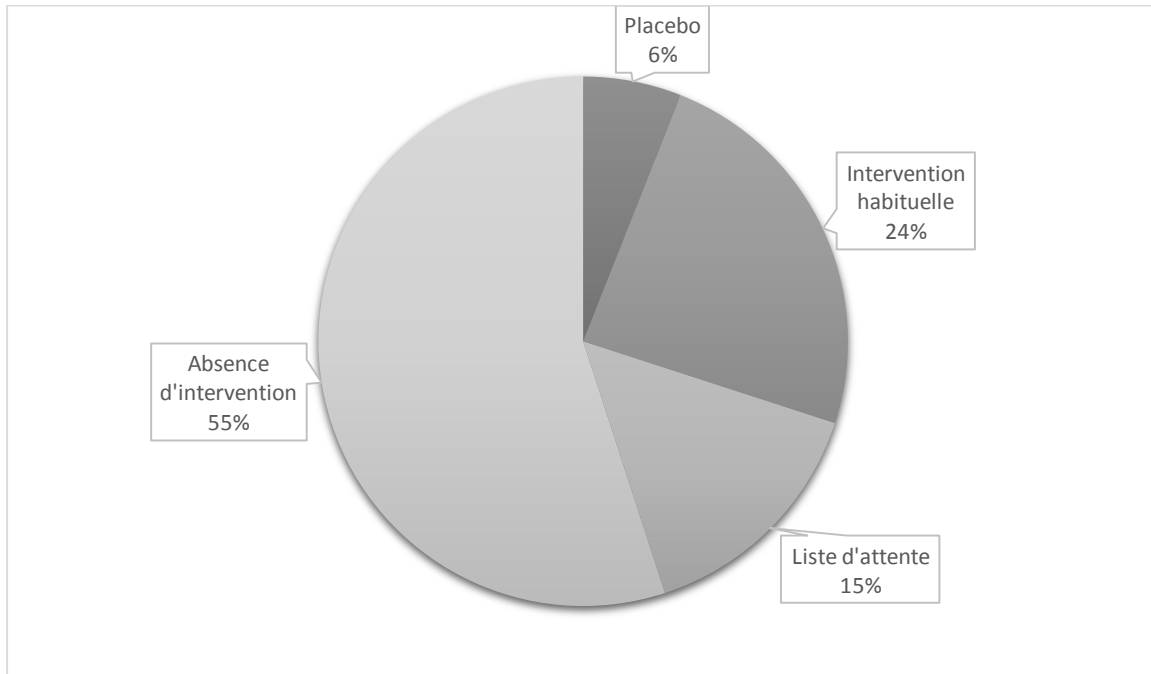
d. Groupes contrôles

Il existe quatre différents types de groupes contrôles pour les études :

- Le groupe placebo dont les conditions d'intervention sont proches de l'intervention évaluée mais dont les éléments présumés actifs sur la dépression ont été éliminés,
- L'intervention habituelle,
- La liste d'attente,
- L'absence d'intervention.

Les proportions de représentation des diverses conditions de contrôle se trouvent *figure 2*.

Figure 2: Représentation des groupes contrôles



Il est indispensable d'inclure un groupe contrôle approprié en utilisant dans l'idéal une assignation randomisée, sinon un processus d'appariement contrôlé. Toutefois, peu d'études utilisent un groupe placebo (6%).

Celle de Merry dont le groupe contrôle reçoit une intervention placebo (47) montre une différence statistiquement significative mais très légère. Alors que l'étude de Pattison (50) utilisant plusieurs types de groupes contrôles (intervention active, placebo et absence d'intervention) ne montre pas de différence entre l'intervention et les différents groupes contrôles utilisés.

De plus, à notre connaissance, aucune des études ne prend en compte les activités extra-scolaires de l'adolescent ainsi que leurs effets potentiels sur la symptomatologie dépressive (92).

On peut imaginer que la présence d'un groupe contrôle proche des conditions de l'intervention ait pour effet de diminuer les chances de retrouver des résultats statistiquement significatifs comme cela a été démontré dans la revue de Christensen pour l'anxiété (97).

De plus, il serait intéressant d'évaluer l'effet de l'engagement dans le groupe contrôle sur les symptômes dépressifs. En effet, l'action peut même au travers d'un groupe contrôle stimuler la demande d'aide. La passation des questionnaires réguliers, les possibles changements de comportement et de prise en charge au niveau de l'établissement scolaire liés à l'implantation de l'action peuvent avoir un effet non négligeable sur la symptomatologie dépressive.

2. Mesure des variables

a. Variables principales : symptômes dépressifs et diagnostic de dépression

L'effet de l'intervention sur la symptomatologie dépressive peut se mesurer selon plusieurs modalités. Dans la majorité des études, un outil évaluant le niveau de symptômes dépressifs sera choisi. Dans d'autres cas, un entretien clinique pourra être réalisé afin de mener une évaluation diagnostique.

Les programmes utilisant des entretiens cliniques pour l'évaluation des symptômes dépressifs sont plus puissants que ceux utilisant des données auto-rapportées. En effet, les entretiens cliniques sont plus sensibles et spécifiques dans la mesure des symptômes dépressifs que des variables auto-rapportées (89). Mais, même si une évaluation diagnostique est plus fiable, l'utilisation d'une variable mesurant le niveau de symptômes dépressifs est intéressante. En effet, il s'agit d'une variable dimensionnelle qui permettra de suivre l'évolution du niveau de symptômes. Or, il est bien établi que les symptômes dépressifs sont associés à un risque augmenté de troubles dépressifs ultérieurs. Lors du suivi, si les symptômes dépressifs restent bas, ils sont un bon prédicteur d'une diminution de l'incidence. Au mieux, les deux types d'évaluations pourront être menés en parallèle.

Différents questionnaires sont utilisés. Les quatre échelles de mesure des symptômes dépressifs les plus utilisées sont : la CES-D (*annexe 4*), la CDI, la BDI et la RADS. La plupart des études utilisent au moins un questionnaire standardisé dont la validité et la fiabilité sont connues pour mesurer les niveaux de symptômes dépressifs. Cependant, l'utilisation d'un auto-

questionnaire en l'absence d'autres sources (entretien clinique, recueil de données auprès des parents ou des équipes scolaires) laisse un important biais d'information.

Comme le relève Sutton (85), la notion d'antécédents dépressifs chez les participants est rarement disponible dans les études alors que la prévention de la dépression et la prévention des récurrences dépressives sont des approches clairement distinctes.

Généralement, les tailles d'effet en post-intervention pour les actions sont faibles à modérées avec des effets supérieurs pour les interventions ciblées (sélectives et indiquées) par rapport aux interventions universelles. En ce qui concerne le suivi, les résultats sont variables d'une méta-analyse à l'autre (85).

Merry (85,96) ne retrouve pas de preuves suffisantes en faveur des interventions dans le cadre de la prévention de la dépression chez les adolescents à long terme.

Dans la méta-analyse d'Horowitz et Garber (85,90), les tailles d'effet en post-intervention pour les interventions universelles sont significativement inférieures à celles des interventions sélectives et la différence entre universel et indiqué est presque significative. Lors du suivi, les interventions ciblées sont supérieures aux interventions universelles.

On peut donc conclure que dans la plupart des études, les interventions universelles semblent moins efficaces que les interventions ciblées à court et long terme.

b. Variables secondaires

Des variables autres que les symptômes dépressifs ou le diagnostic de dépression peuvent donner des indications importantes concernant l'efficacité des interventions. Parmi ces variables, on peut citer principalement le fonctionnement social et global, le comportement, le niveau scolaire, la qualité des interactions familiales, l'utilisation des services de soins, la présence de comorbidités, les symptômes anxieux, les cognitions, le style attributionnel, l'estime de soi, le niveau de désespoir, les affects négatifs et les idées auto-agressives ou suicidaires... Or, il est rare que les essais étudient ce type de paramètres (89). La mesure plus systématique de certaines de ces variables pourrait permettre d'identifier les composantes actives des programmes et éventuellement de proposer des actions plus ciblées (85).

Il est important d'évaluer les variables telles que l'acquisition de concepts, de compétences que le programme a pour but de développer. Or, la plupart des études n'évaluent pas si des changements dans ces paramètres sont médiateurs de changements au niveau de la symptomatologie dépressive (92).

Lorsque la satisfaction des participants était évaluée, ceux-ci pouvaient décrire certaines difficultés liées à la durée ou au contenu parfois complexe des programmes (72).

c. Suivi

Celui-ci peut être absent de certaines études ou bien aller jusqu'à 4 années et demi dans d'autres.

Les tailles d'effet pour les programmes de prévention de la dépression chez les adolescents sont généralement plus fortes en post-intervention, diminuant ensuite progressivement au cours du suivi.

Nous manquons de données concernant le suivi de l'efficacité des programmes. En effet, nous n'avons pas cette information dans 38% des programmes pour le suivi à court terme et 55.5% pour le suivi à long terme.

Un effort devrait être porté dans les études ultérieures sur l'évaluation du suivi à long terme. Néanmoins, nous savons que la tâche n'est pas aisée et les taux d'attrition croissants au cours du temps.

3. Facteurs modérateurs

Les études rassemblées dans cette revue varient dans une grande proportion de données : tailles d'échantillons, types d'approches, contenu des interventions, caractéristiques méthodologiques, intervenants, échelles de mesures... Cela peut représenter de nombreux

facteurs de confusion. Il paraît dans ce contexte difficile de comparer les différentes études et d'identifier des facteurs de réussite ou d'échec des actions.

L'évaluation des facteurs modérateurs des effets de l'intervention, par exemple, le sexe et l'exposition à un stress récent, serait intéressante à mener dans des études futures. En effet, certains programmes d'intervention sont plus efficaces chez les jeunes, en particulier ceux à risque de dépression (risque individuel ou familial).

4. Qualité de l'étude

La qualité des études va de 1 à 3 avec 18 (sur 33 études pour lesquelles nous disposons de l'information) ont un score de Jadad à 2 (*annexe 3*).

Il faut noter un biais en lien avec le statut de publication. En effet, les études qui montrent des effets significatifs sont plus fréquemment publiées que celles dont les résultats ne le sont pas. Le risque d'une mauvaise représentation des tailles d'effet en population réelle est donc présent (89).

Par ailleurs, les taux de consentement sont généralement assez faibles et les taux d'attrition élevés en particulier lors du suivi à long terme de ce type d'études. Cela peut s'expliquer en partie par une motivation variable liée aux symptômes dépressifs. Ce constat est préoccupant en particulier si ceux qui refusent et abandonnent sont ceux qui présentent les taux de symptômes dépressifs les plus élevés. Une hypothèse est que les facteurs expliquant les forts taux d'attrition sont également ceux qui prédisent le développement de la dépression ou la réponse à l'intervention. S'il existe de tels facteurs de confusion, ils seront à prendre en compte lors de l'interprétation des résultats (92). Les conséquences d'une attrition importante seront une moins bonne représentativité de l'échantillon étudié.

Dans l'étude de O'Kearney (48), l'amélioration des symptômes dépressifs ne se retrouve que chez les participants ayant effectué au moins 3 séances. Pour Gerrits (72), les adolescents qui avaient les plus hauts niveaux de dépression en prétraitement étaient ceux qui effectuaient le moins de séances. Cependant, l'information concernant l'observance des jeunes au programme est souvent indisponible. Or, si l'adolescent ne participe qu'à une partie du programme, il est difficile d'évaluer l'impact que celui-ci peut avoir sur la symptomatologie

dépressive. A l'avenir, les études devraient être vigilantes à rapporter les taux de participation des adolescents au programme afin de déterminer s'il existe un effet dose-dépendant.

V. CONCLUSION

Ces dernières années ont été marquées par un essor de la recherche dans le domaine de la prévention de la dépression à l'adolescence. L'objectif de notre étude était de faire un état des lieux de la littérature portant sur ce thème afin de tenter de mettre en lumière les caractéristiques conduisant à une efficacité de ce type de programme.

Quelques-unes de ces caractéristiques ont pu être dégagées concernant le type de prévention, le contenu du programme, sa durée et le choix des intervenants. En effet, la majorité des études s'accordent sur le fait que les interventions ciblées seraient plus efficaces que les interventions de prévention universelle. Les thérapies cognitivo-comportementales ont largement fait preuve de leur efficacité pour la prévention de la dépression en population adolescente, avec une durée optimale du programme de 8 à 12 séances. Les interventions menées par des professionnels de santé mentale montrent une meilleure efficacité que celle animées par des professionnels du milieu scolaire.

Cependant, d'importantes hétérogénéités sont retrouvées entre les différentes études et dans l'ensemble, les tailles d'effet sont plutôt faibles. Elles mettent en évidence le besoin de nouvelles études dans ce domaine d'intérêt majeur pour la santé mentale des adolescents et des adultes en devenir qu'ils représentent. La recherche future devra considérer quelques points essentiels.

Tout d'abord, le modèle des études devra être plus rigoureux. Les conditions d'assignation devront être clairement identifiables et l'analyse statistique appropriée. A l'heure actuelle, peu d'études sont contrôlées avec une intervention non spécifique. Or, cela permettrait d'augmenter la puissance et de mettre en évidence la contribution des composants non spécifiques dans l'efficacité des programmes.

Dans l'idéal, l'efficacité sur la symptomatologie dépressive sera déterminée à l'aide de plusieurs sources d'évaluation, par exemple en combinant une auto-évaluation et un entretien diagnostique. D'autres paramètres tels que le fonctionnement global de l'adolescent pourront aussi être évalués.

Ensuite, les variables supposées médiatrices de l'intervention devront être prises en compte afin de confirmer leur rôle sur la symptomatologie dépressive. D'autres types de modérateurs devront être recherchés et évalués.

Actuellement, beaucoup de données nous manquent concernant l'efficacité à long terme de telles interventions. C'est un point clé à améliorer dans la recherche future.

Enfin, la fidélité de la reproductibilité du programme devra être évaluée de façon indépendante. Les intervenants doivent bénéficier d'une formation suffisante et d'une supervision. Même si la recherche a montré que les programmes étaient plus efficaces lorsqu'ils étaient menés par des professionnels de santé mentale, l'enjeu de dissémination des programmes nous amène à nous demander dans quelle mesure les compétences et la connaissance des professionnels du milieu scolaire pourront être améliorées. Ceci afin que ces actions de prévention ne restent pas isolées et puissent atteindre un maximum d'adolescents en souffrance.

TROISIEME PARTIE :

EFFICACITE D'UNE ACTION DE

PREVENTION EN MILIEU SCOLAIRE

I. INTRODUCTION

Notre choix dans cette étude s'est porté sur le programme Pare-Chocs développé par l'équipe de Diane Marcotte au Québec (106), qui est l'un des seuls programmes à notre connaissance de prévention de la dépression ciblée, disponible en français et utilisant une approche cognitivo-comportementale. Ce programme a montré son efficacité au cours d'un essai contrôlé qui rapporte une diminution du nombre d'adolescents présentant des symptômes de dépression par rapport au groupe contrôle. Les distorsions cognitives ainsi que les stratégies de résolution de problème étaient également améliorées (107).

II. OBJECTIFS

Les objectifs de notre étude sont, d'une part d'évaluer si le programme Pare-Chocs permet de réduire les symptômes dépressifs et l'apparition d'un épisode dépressif majeur à 1 et 2 ans chez les adolescents, et d'autre part d'établir s'il est implantable dans le système scolaire français.

III. MATERIEL ET METHODE

A. Modèle de l'étude

L'efficacité du programme Pare-Chocs va être étudiée à travers un essai longitudinal. Nous nous proposons d'évaluer l'intensité de la symptomatologie dépressive à l'aide d'un auto-questionnaire, la Center for Epidemiologic Study-Depression Scale (CES-D) (*Cf. annexe 4*), validée en français et réalisée en amont, en cours et en aval de la participation au programme (lors de la première (R0), de la cinquième (R5), et de la onzième (R11) rencontres, ainsi que 8 semaines après la fin du programme et un et deux ans plus tard).

B. Participants et procédure

Des élèves de classe de seconde de 3 lycées toulousains ont été recrutés au cours de deux années scolaires : 2011-2012 et 2012-2013.

Plusieurs étapes auront été nécessaires avant l'implantation du programme.

Dans un premier temps, un groupe de travail a été créé permettant une réflexion à propos chaque étape de la mise en place de cette action. Ce groupe de travail était constitué de personnels de la Maison des Adolescents, de l'Education Nationale et du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent. Il se réunira régulièrement de septembre 2010 à septembre 2013 et permettra de maintenir un partenariat fort entre les équipes. Ce groupe de travail s'est d'abord intéressé aux établissements et classes d'âges où l'action serait menée.

Le choix s'est porté sur les élèves de seconde (15-16 ans) dont l'âge permettait une acquisition suffisante de certaines composantes du programme. En effet, il est maintenant bien établi que les concepts de restructuration cognitive sont mieux intégrés par les adolescents lorsque la pensée opératoire formelle est acquise. Par ailleurs, le choix de la classe de seconde permettait d'assurer un suivi plus aisé de ces adolescents qui resteraient pour la majorité dans le même établissement durant les années suivantes. Enfin, nous savons que les lycéens présentent des taux de dépression plus élevés que les collégiens (6,7), il paraissait donc intéressant que notre choix se porte sur cette classe d'âge.

Le programme a ensuite été présenté aux parents et aux élèves des établissements concernés. Une réflexion a été menée sur les questions de la confidentialité et de la stigmatisation. Dans l'ensemble, ce projet a été accueilli très positivement par les élèves et leurs parents.

Une fois ces étapes définies, notre attention s'est portée sur la procédure de dépistage. Dans un premier temps, la passation de la CES-D était proposée à tous les élèves de seconde. Ceux dont le score de coupure était supérieur ou égal à 26 étaient invités à réaliser un entretien individuel avec un clinicien. Cet entretien avait pour objectifs de confirmer la présence d'un syndrome dépressif (adolescents présentant au moins 3 symptômes dépressifs et considérés

comme étant à risque de développer une dépression) ou un épisode dépressif majeur. Il permettait également de rechercher les critères d'exclusion au programme :

- Présence d'un épisode dépressif majeur sévère avec idéation suicidaire,
- Présence de symptômes nécessitant une référence immédiate en psychiatrie,
- Usage régulier de toxiques,
- Traitement psychologique déjà suffisamment étayant en cours.

Par ailleurs, il permettait d'évaluer la faisabilité de la participation de l'adolescent au programme en termes pratiques. L'enjeu était de proposer un soin adapté à chaque adolescent. Notons qu'un lien était fait de manière systématique avec les parents, le médecin ou l'infirmière scolaire et, lorsque ce dernier était joignable, avec le médecin généraliste.

En fonction de l'évaluation clinique, plusieurs interventions pouvaient être proposées :

- Participation au groupe Pare-Chocs si l'adolescent présentait un épisode dépressif majeur léger ou modéré ou des symptômes dépressifs sans les critères d'exclusion. Si l'adolescent refusait, il pouvait lui être proposé plusieurs alternatives comme notamment une consultation de secteur ou un suivi en libéral ;
- Orientation adaptée à la problématique de l'adolescent (Maison Des Adolescents, prise en charge en addictologie, suivi de secteur ou libéral...) si l'adolescent présente un ou plusieurs facteurs d'exclusion au programme mais ne nécessite pas une prise en charge urgente ;
- Information sur l'existence et le rôle de la Maison Des Adolescents à titre préventif pour les adolescents faux-positifs pour la dépression ou ceux qui ne souhaitaient pas la mise en place d'un soin immédiat ;
- Si l'adolescent présentait un épisode dépressif majeur sévère, une idéation suicidaire marquée, ou des symptômes nécessitant une évaluation rapide, une orientation sur une consultation d'urgence pédopsychiatrique était réalisée.

Notons qu'à chaque étape de la procédure de dépistage, le consentement de l'adolescent et de ses parents était recherché.

La procédure de dépistage, illustrée *figure 3*, a donné les résultats suivants : Sur 1968 élèves de classe de seconde, 1850 ont reçu le questionnaire (118 élèves étaient absents le jour de la passation du questionnaire), 1683 questionnaires ont été remplis (167 refus de parents et/ou d'élèves ont été retrouvés) et 145 questionnaires étaient positifs. Sur ces 145 élèves repérés,

104 entretiens individuels ont été réalisés (3 élèves ont changé d'établissement, 6 ont refusé l'entretien et 33 ne se sont pas présentés à leur rendez-vous).

Parmi les 104 adolescents reçus en entretien :

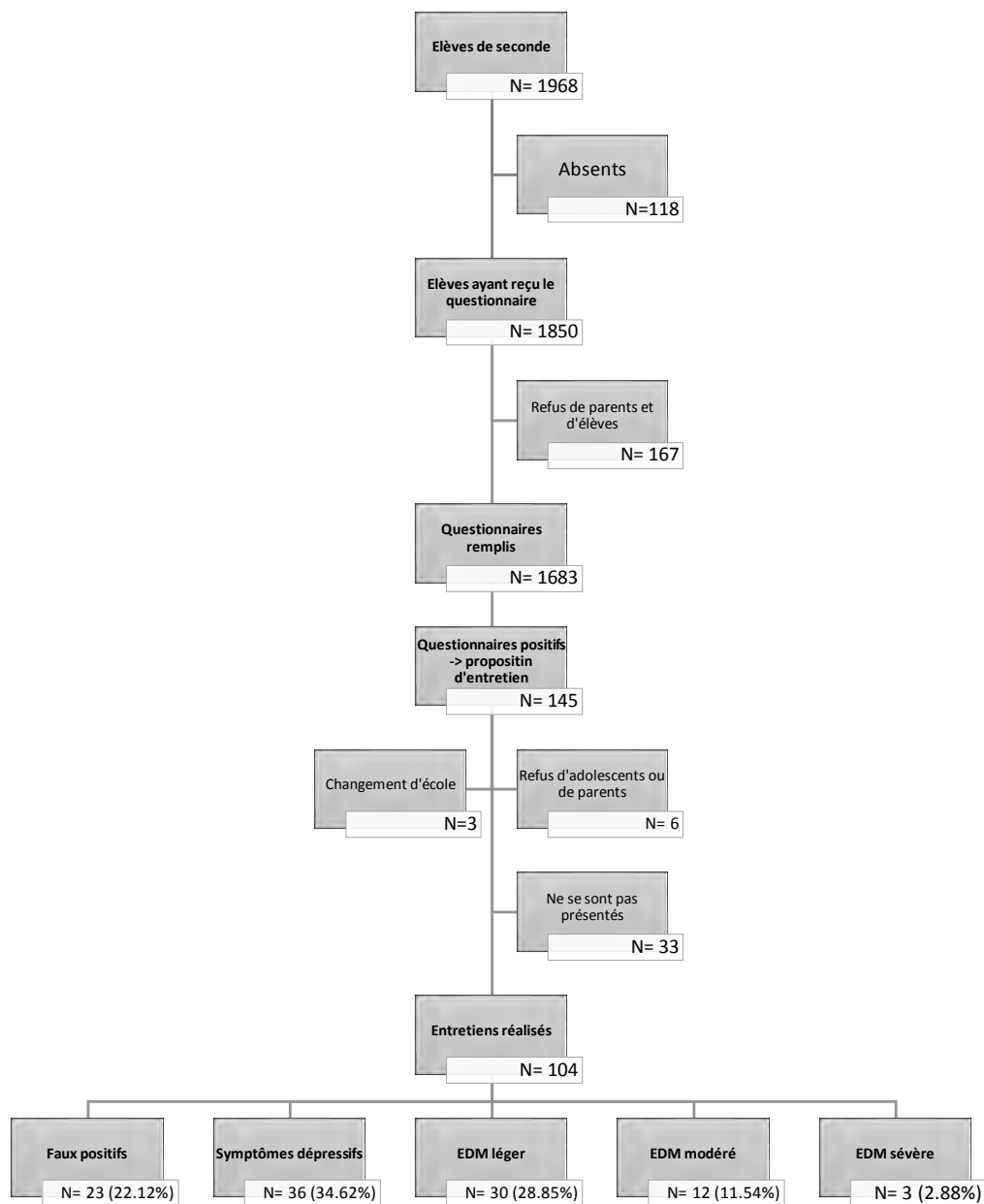
- 81 présentaient des symptômes dépressifs ou un épisode dépressif majeur caractérisé ;
- 51 ont reçu une proposition de participation aux groupes :
 - o 18 ont accepté ;
 - o 14 souhaitaient participer mais n'ont pas pu se rendre disponibles pour des raisons pratiques (horaires, transport) ;
 - o 20 ont refusé cette proposition.
- 30 adolescents présentaient des critères d'exclusion ou relevaient selon nous d'une prise en charge individuelle plutôt que groupale.
- 23 adolescents ont été étiquetés « faux positifs » pour la dépression. Parmi ces adolescents, certains présentaient d'autres troubles (troubles du comportement alimentaire, addiction...).

Notons que sur les 104 adolescents vus en entretien, 41 avaient déjà bénéficié d'un suivi antérieur, soit 39 %.

Quarante-et-un adolescents ont été orientés vers un suivi spécifique : psychologue ou psychiatre libéral, Centre Médico-Psychologique, Maison Des Adolescents.

Finalement, ce sont 59 adolescents soit 57 % des jeunes vus en entretiens qui ont pu bénéficier d'une prise en charge.

Figure 3: Résultats de la procédure de dépistage



C. Le programme « Pare-Chocs »

Le programme Pare-Chocs est un programme de prévention ciblée et d'intervention de la dépression élaboré par l'équipe de Diane Marcotte au Canada.

Il propose une approche groupale destinée à des adolescents âgés de 14 à 17 ans au cours de 12 rencontres s'appuyant sur un manuel structuré. Il est animé par deux intervenants. Trois rencontres avec les parents sont également proposées au cours du programme.

Ce programme travaille à l'apprentissage de diverses habiletés permettant de réduire les facteurs de risque de dépression tout en renforçant les facteurs de protection.

Les douze composantes du programme sont les suivantes : la présentation du modèle cognitivo-comportemental sur lequel s'appuie le programme, la restructuration cognitive, l'apprentissage d'habiletés sociales, d'habiletés de communication et de négociation, la résolution de problèmes, le développement d'habiletés d'auto-observation, l'augmentation des activités plaisantes, l'apprentissage de techniques de relaxation, le développement des connaissances des participants sur la dépression, le développement d'une bonne estime de soi et d'une image corporelle positive, ainsi qu'une composante scolaire.

IV. RESULTATS

L'intérêt du programme a été évalué de deux manières différentes, une subjective et une plus objective.

A. Questionnaire de satisfaction *(Cf. annexe 5)*

La première évaluation consistait à interroger les adolescents à l'aide d'un questionnaire de satisfaction au programme complété par un bilan des acquis.

Sur les 18 adolescents ayant participé au programme, 12 ont répondu au questionnaire de satisfaction au programme.

Onze ont beaucoup aimé participer au programme et un assez. Neuf ont trouvé beaucoup d'intérêt aux rencontres proposées et trois assez.

Concernant les devoirs à faire à la maison, cela était très facile pour quatre, facile pour cinq et un peu difficile pour trois d'entre eux.

Les adolescents ont trouvé en majorité les animateurs très intéressants pour dix d'entre eux ou intéressants pour deux d'entre eux. Les autres participants étaient considérés comme très intéressants pour cinq d'entre eux et intéressants pour sept d'entre eux.

En revanche, les réponses étaient plus modérées sur le fait que le programme ait aidé les adolescents à changer : un adolescent estimait que le programme ne l'avait pas du tout aidé à changer, cinq disaient avoir un peu changé, cinq assez et un beaucoup grâce au programme Pare-Chocs.

B. Score de dépression à la CES-D

L'autre évaluation consistait à repérer l'évolution des scores à la CES-D-FR au cours et en fin de programme et à surveiller la survenue d'un épisode dépressif majeur à 1 et 2 ans.

Celle-ci a permis de mettre en évidence une diminution des symptômes dépressifs entre les rencontres R0, R5, R12 et 8 semaines après la fin du programme. Le nombre d'adolescents dont le score à la CES-D-FR est supérieur ou égal au score de coupure est diminué progressivement au cours de l'intervention et en post-intervention.

Sur les 18 adolescents ayant participé au programme Pare-Chocs, le nombre dont le score sera supérieur ou égal à 26 était de 9 sur 15 soit 60% à R5, 4 sur 12 soit 33% à R11, 3 sur 12 soit 25% à 8 semaines après la fin du programme, 2 sur 9 soit 22% à 1 an et aucun à deux ans (score disponible uniquement pour un adolescent, résultats en cours d'évaluation).

Les scores moyens de CES-D-FR étaient de 34 au début du programme, 27 à R5, 22 à R11, 17.5 à 8 semaines (S8), 18 à 1 (A1) et 2 ans (A2).

Ces résultats sont présentés dans le *tableau 10 (page 89)* et illustrés par la *figure 4 (page 90)*.

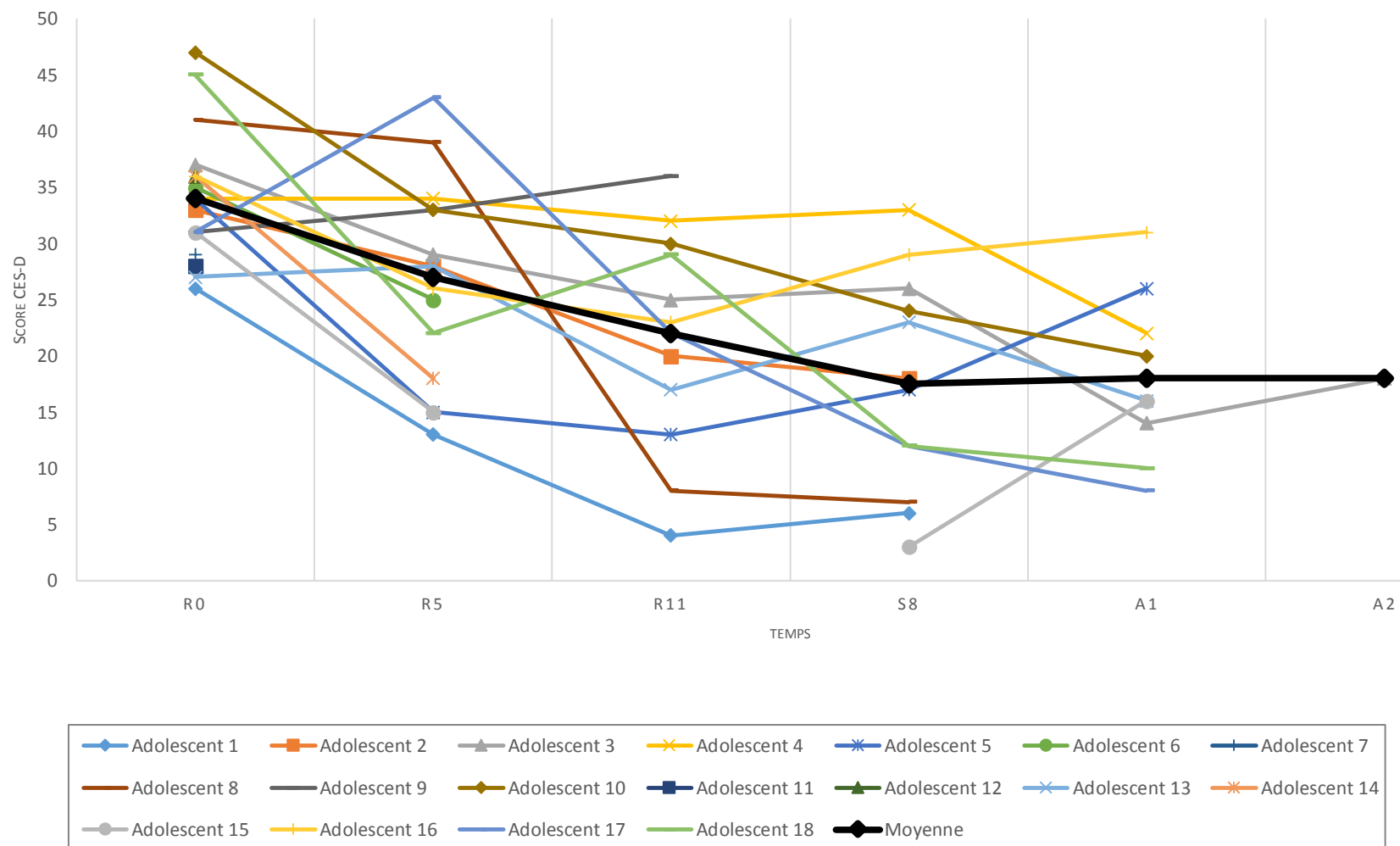
L'action s'étant échelonnée sur deux années, un certain nombre d'élèves ont été perdus de vue. Cela concerne 3 élèves entre la première et la cinquième rencontre soit 17% à R5, 3 de plus soit 6 élèves étaient perdus de vue à la onzième rencontre et à 8 semaines de la fin du programme soit 33%. A un an, ce sont 9 élèves qui étaient perdus de vue soit 50%. L'évaluation à deux ans n'est pas terminée.

Concernant la faisabilité, l'étude a montré que le programme est transposable au système scolaire français soulignant l'importance d'un travail de collaboration entre les différents partenaires.

Tableau 10: Scores à la CES-D des adolescents au cours du programme et lors du suivi

Adolescents	R0	R5	R11	S8	A1	A2
Adolescent 1	26	13	4	6		
Adolescent 2	33	28	20	18		
Adolescent 3	37	29	25	26	14	18
Adolescent 4	34	34	32	33	22	
Adolescent 5	34	15	13	17	26	
Adolescent 6	35	25				
Adolescent 7	29					
Adolescent 8	41	39	8	7		
Adolescent 9	31	33	36		20	
Adolescent 10	47	33	30	24		
Adolescent 11	28					
Adolescent 12	36					
Adolescent 13	27	28	17	23	16	
Adolescent 14	36	18				
Adolescent 15	31	15		3	16	
Adolescent 16	36	26	23	29	31	
Adolescent 17	31	43	22	12	8	
Adolescent 18	45	22	29	12	10	
Moyenne	34	27	22	17.5	18	18

Figure 4: Evolution des scores de CES-D en cours de programme et lors du suivi



V. DISCUSSION

Notre étude avait pour objectif l'évaluation de l'efficacité du programme Pare-Chocs et de la reproductibilité de son implantation en milieu scolaire. L'évaluation montre une diminution globale des scores de CES-D aux différents temps de l'intervention et en cours de suivi. L'observation se poursuit à deux ans afin de vérifier si ces effets se maintiennent à long terme.

Un des points forts de ce programme nous semble être son travail en deux axes :

- D'une part, sur le renforcement des facteurs de protection,
- D'autre part, l'amélioration des facteurs de risque.

Une composante importante du programme travaille sur les émotions et les ressentis, afin de démystifier la dépression.

En effet, le travail sur les émotions réalisé en début de programme et poursuivi tout au long des séances nous paraît particulièrement intéressant pour ces adolescents souvent à cours de mots pour exprimer leur souffrance. Cette étape permet d'ouvrir le dialogue, d'évoquer les ressentis de chacun, et ainsi offre la possibilité à l'adolescent de partager quelque chose de ses difficultés.

Le support du programme nous est apparu particulièrement adapté à l'émergence de questions autour de la problématique de l'adolescence. La capacité d'accueil de ces questions, qui peuvent être particulièrement angoissantes pour les adolescents, dans un cadre bienveillant, contenant et confidentiel nous semble le garant de l'apaisement suscité par ce programme.

Le travail sur l'image corporelle et l'estime de soi nous semble particulièrement répondre aux angoisses déclenchées par la puberté face auxquelles ces adolescents fragilisés ont du mal à faire face.

La composante scolaire qui fait l'originalité du programme Pare-Chocs permet de favoriser la réussite scolaire, la participation à des activités parascolaires et permettre le développement d'une relation positive avec un adulte extérieur au cercle familial. Ces éléments sont reconnus comme facteurs protecteurs par rapport à la dépression.

Enfin, le travail avec la famille permet d'établir un dialogue entre l'adolescent et ses parents dont l'enjeu est une meilleure compréhension de chacun. On sait, en effet, que l'implication des parents dans les programmes de prévention engendre une meilleure efficacité même si un des risques est une augmentation du taux d'attrition des adolescents au programme.

Au-delà des effets directs du programme, l'action de prévention dans son ensemble aura permis le dépistage d'autres troubles (adolescents positifs à la CES-D mais présentant d'autres troubles que la dépression). Dans ce cadre, des adolescents présentant des troubles du comportement alimentaire, une entrée dans la psychose ou une addiction ont pu être adressés à un suivi lorsque cela était possible. Au total, ce sont 57% des adolescents vus en entretien qui ont pu bénéficier d'une prise en charge personnalisée.

Rappelons que les professionnels participant au programme ont tous reçu une formation aux techniques cognitivo-comportementales dans le cadre de la prise en charge de la dépression, ainsi qu'un entraînement au groupe. Ils ont également bénéficié d'une supervision clinique régulière.

Sur un troisième niveau, cette action semble avoir un impact sur un plan plus collectif par le travail engendré avec les différents partenaires. En effet, sa mise en place aura permis la dissémination des connaissances et la création d'une culture commune sur le trouble dépressif entre professionnels directement impliqués. Par ailleurs, cela aura également permis la sensibilisation d'un public beaucoup plus large de professionnels aux symptômes de ce trouble et aux structures de soins existantes pour le prendre en charge. Enfin, l'abord de la question d'un trouble mental en milieu scolaire a permis de réaliser un travail de déstigmatisation des personnes souffrant de ce type de troubles. En effet, lors de l'établissement de ce projet, des craintes existaient quant à l'accueil de cette action tant par les professionnels du milieu scolaire que par les élèves et leurs parents. Ces inquiétudes avaient même conduit à retenir le terme de mal-être en lieu de celui de dépression qui paraissait trop stigmatisant pour les professionnels. Par ailleurs, le choix d'un lieu extérieur pour le déroulement des groupes avait été essentiellement motivé pour protéger les jeunes sur le lieu de leur scolarité d'un possible étiquetage par leurs pairs. Au terme des trois années du projet, l'ensemble des partenaires s'accorde sur la possibilité de nommer la dépression et même de pouvoir réaliser cette action sur le lieu de la scolarité.

Les limitations principales de l'étude concernent le faible échantillon et le taux d'attrition important. Un des obstacles à la participation des adolescents au programme est la difficulté d'intégrer ce type de programme à l'emploi du temps scolaire des adolescents. Leur participation au programme représente donc un surcoût de travail alors que leur emploi du temps est déjà chargé. Pour les adolescents ayant des activités extra-scolaires, la participation

au programme ne pouvait se faire qu'au sacrifice de leurs activités ce qui n'allait pas non plus dans le sens du programme qui tend à favoriser les activités de plaisir.

Une autre limite de cette étude est l'absence de comparaison de l'évolution de ces adolescents par rapport à un groupe contrôle.

Par ailleurs, notre évaluation s'est faite sur la modalité du suivi des symptômes dépressifs à l'aide d'un auto-questionnaire, la CES-D, mais aurait pu se combiner à l'analyse d'autres variables telles que l'amélioration des distorsions cognitives, de la capacité de résolution de problèmes...

VI. CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en lumière le manque de ressources pour la prise en charge de ces adolescents dépressifs qui restent souvent non dépistés. Cette action de prévention nous semble avoir pu apporter un étayage pour certains de ces adolescents.

Le programme Pare-Chocs semble être un outil particulièrement intéressant dans l'abord de cette problématique, adaptable au système scolaire français et ayant fait la preuve de son efficacité. Rappelons cependant l'importance du travail en collaboration avec les partenaires qui nous semble être le garant des effets positifs de cette action.

Les projets en cours d'élaboration seraient de pérenniser l'action au sein de certains lycées et éventuellement de l'étendre à d'autres établissements de la région. Par ailleurs, le programme nous semble être un média intéressant à développer dans les centres de soins, notamment les centres médico-psychologiques. Un travail de réflexion quant à la diffusion de l'action ou de ce programme est en cours.

CONCLUSION GENERALE

Nous avons vu à travers son historique, que la dépression, présente au fil des siècles, a été l'objet de nombreuses définitions et de différentes représentations, témoignant probablement de son polymorphisme. Cependant, celle-ci demeure l'objet de préoccupations importantes du fait de son retentissement. Il s'agit en effet un problème majeur de santé publique dont l'incidence est particulièrement élevée à l'adolescence. Ses conséquences peuvent être significatives sur le développement de l'adolescent, et ce, dans toutes les sphères de sa vie, en particulier au niveau scolaire avec un risque de décrochage.

La recherche dans ce domaine est en plein essor dans différents pays, or en France, celle-ci reste limitée. Une revue de littérature nous a guidé vers le choix du programme Pare-Chocs pour notre action de prévention de la dépression en milieu scolaire. En effet, celui-ci rassemble les caractéristiques ayant montré une efficacité dans le cadre de la prévention de la dépression à l'adolescence, à savoir :

- Un type de prévention ciblé ;
- Un contenu basé sur les thérapies cognitivo-comportementales comportant des tâches assignées ;
- Un nombre de séances compris entre 8 et 12 ;
- La participation des parents ;
- Des intervenants professionnels de santé mentale, formés au programme et supervisés.

Le programme Pare-Chocs a montré son efficacité sur la symptomatologie dépressive. Le bilan de notre intervention en milieu scolaire peut se faire à plusieurs niveaux.

En ce qui concerne l'ensemble des élèves et des professionnels du milieu scolaire, cette action aura permis de sensibiliser les adolescents à la question de la maladie mentale, de diminuer la stigmatisation engendrée par ce type de troubles (ainsi que la stigmatisation des professionnels de santé mentale) et d'ouvrir le dialogue autour de la souffrance des adolescents.

Les adolescents reçus en entretien ainsi que leurs parents ont pu être informés sur le réseau de soin et les structures d'accueil. Les rôles du médecin traitant et des équipes médico-scolaires ont alors été renforcés. Les élèves le nécessitant et qui le souhaitaient ont été orientés vers un suivi personnalisé.

Nous repérons autour de ces entretiens un double enjeu. Le premier consistait à être vigilant face au risque de banaliser la souffrance d'un adolescent en la considérant comme inhérente à cette période de transition dans la vie. A l'inverse, le second enjeu était de ne pas faire porter trop rapidement un diagnostic de dépression à un adolescent au risque de fixer ce dernier dans une identité de malade alors même que ce trouble pris en charge précocement pourrait n'être que passer. En effet, l'adolescence est une période de fragilité narcissique où la question de l'identité est au premier plan et se construit pour une part dans ce qui est renvoyé à l'adolescent.

Enfin, le programme Pare-Chocs devait permettre aux adolescents qui en bénéficiaient d'acquérir un certain nombre d'outils les aidant à mieux faire face à des événements difficiles.

Par ailleurs, la dépression est un trouble autour duquel se sont le plus souvent construites des représentations négatives. De nos jours, ces croyances semblent encore se manifester dans l'inconscient individuel et collectif. Nous avons d'ailleurs noté lors de la mise en place de notre action en milieu scolaire quelques réticences de la part de certains professionnels, parents ou élèves, même si dans l'ensemble cette intervention a été très bien accueillie.

Les perspectives qui font suite à cette intervention concernent l'éventualité de la dissémination de ce type de programme à plus large échelle. Pour cela, il serait important de considérer la possibilité de former des professionnels du milieu scolaire à la délivrance du programme. De nouvelles évaluations dans ces conditions devront être effectuées.

Concernant la recherche à venir, plusieurs points seront à prendre en compte et à améliorer. Il s'agit tout d'abord du modèle des études, qui devrait être dans l'idéal, un essai contrôlé randomisé. Les chercheurs devront être rigoureux quant à la méthode de recherche utilisée (randomisation, analyse statistique, groupe contrôle de type placebo...). Le recueil de données concernant les adolescents devra être le plus exhaustif possible et permettre de renseigner sur les antécédents de l'adolescent et les potentiels facteurs de confusion. L'évaluation de l'efficacité des interventions se fera idéalement en combinant un entretien diagnostique à une auto-évaluation des symptômes dépressifs. D'autres variables seront à considérer, comme le fonctionnement global de l'adolescent, les variables potentiellement médiatrices ou modératrices de l'intervention. Le suivi à long terme devra être assuré. De même, la fidélité de la reproductibilité du programme devra être évaluée.

Actuellement, nous assistons à l'émergence de nouvelles études qui dépassent le simple concept de prévention pour s'interroger en amont, sur la promotion de la santé mentale. Ces interventions s'appuient sur la définition de la santé selon l'OMS qui n'est pas caractérisée uniquement par l'absence de maladie mais doit viser à un « état de complet bien-être ». Ces nouvelles perspectives ouvrent des pistes passionnantes qui, nous l'espérons, sauront trouver des applications pratiques dans le champ de la santé mentale afin de limiter au maximum l'émergence de troubles psychiques.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Toulouse-Rangueil

E. SERRANO.

Vu le président
du jury de thèse
21.05.2014

Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

ANNEXES

ANNEXE 1 : Définition de l'épisode dépressif majeur selon le DSM-IV-TR

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.-B.: Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par exemple, se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple, pleure).

N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par exemple, modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

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

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

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

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

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

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

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

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple, hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

ANNEXE 2 : Définition de l'épisode dépressif majeur selon la CIM-10

- A. L'épisode présente une durée d'au moins deux semaines
- B. Le sujet présente au moins deux des trois symptômes suivants :
- (1) Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins deux semaines ;
 - (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables ;
 - (3) Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité ;
- C. Présence d'au moins un des symptômes suivant pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :
- (1) Perte de confiance en soi ou de l'estime de soi ;
 - (2) Sentiments injustifiés de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée ;
 - (3) Pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type ;
 - (4) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant par exemple, par une indécision ou des hésitations ;
 - (5) Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés) ;
 - (6) Perturbation du sommeil de n'importe quel type ;
 - (7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

ANNEXE 3 : Echelle pour le calcul du score de JADAD (35)

Item	Maximum points	Description	Examples
Randomization	2	1 point if randomization is mentioned 1 additional point if the method of randomization is appropriate Deduct 1 point if the method of randomization is inappropriate (minimum 0)	"The patients were randomly assigned into two groups" The randomization was accomplished using a computer-generated random number list, coin toss or well-shuffled envelopes The group assignment was accomplished by alternate assignment, by birthday, hospital number or day of the week
Blinding	2	1 point if blinding is mentioned 1 additional point if the method of blinding is appropriate Deduct 1 point if the method of blinding is inappropriate (minimum 0)	"The trial was conducted in a double-blind fashion" Use of identical tablets or injectables, identical vials Use of tablets with similar looks but different taste Incomplete masking
An account of all patients	1	The fate of all patients in the trial is known. If there are no data the reason is stated	"There were 40 patients randomized but the data from 1 patient in the treatment group and 2 in the control were eliminated because of a break in protocol"

ANNEXE 4 : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, version française

NOM : _____ ÂGE : _____ SEXE : _____ DATE : _____
CLASSE : _____

Mon humeur – CES-D-FR

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – CES-D

Peux-tu nous dire à quelle fréquence, au cours de la dernière semaine, tu t'es senti ou comporté conformément aux divers énoncés?

Rarement ou jamais	Parfois ou peu souvent (1 ou 2 jours)	Occasionnellement ou modérément (3 ou 4 jours)	La plupart du temps (5 à 7 jours)
0	1	2	3

1. J'étais dérangé par des choses qui ne me dérangent habituellement pas.

0 1 2 3

2. Je n'avais pas envie de manger, j'avais peu d'appétit.

0 1 2 3

3. Je sentais que je ne pouvais pas me débarrasser de mes idées noires, même avec l'aide de ma famille ou de mes amis.

0 1 2 3

4. Je me sentais aussi bon que les autres personnes.

0 1 2 3

5. J'avais de la difficulté à me concentrer sur ce que je faisais.

0 1 2 3

6. Je me sentais déprimé.

0 1 2 3

7. Je sentais que tout ce que je faisais me demandait un effort.

0 1 2 3

8. Je me sentais plein d'espoir face à l'avenir.

0 1 2 3

9. Je sentais que ma vie était un échec.

0 1 2 3

Rarement ou jamais	Parfois ou peu souvent (1 ou 2 jours)	Occasionnellement ou modérément (3 ou 4 jours)	La plupart du temps (5 à 7 jours)
0	1	2	3

10. Je me sentais craintif.

0 1 2 3

11. Mon sommeil était agité.

0 1 2 3

12. J'étais heureux.

0 1 2 3

13. Je parlais moins que d'habitude.

0 1 2 3

14. Je me sentais seul.

0 1 2 3

15. Les gens n'étaient pas amicaux envers moi.

0 1 2 3

16. Je profitais de la vie.

0 1 2 3

17. J'avais des crises de larmes.

0 1 2 3

18. Je me sentais triste.

0 1 2 3

19. Je sentais que les gens ne m'aimaient pas.

0 1 2 3

20. Je ne parvenais pas à « aller de l'avant ».

0 1 2 3

ANNEXE 5 : Questionnaire d'évaluation de la satisfaction face au programme

NOM : _____ ÂGE : _____ SEXE : _____ DATE : _____

Fiche 11 Évaluation de la satisfaction face au programme

Version pour les participants

1. J'ai aimé participer à ce programme.
un peu assez beaucoup

Commentaires : _____

2. J'ai trouvé les rencontres intéressantes.
un peu assez beaucoup

Commentaires : _____

3. J'ai trouvé _____ d'avoir à faire des devoirs à la maison.
assez difficile un peu difficile facile très facile

Commentaires : _____

4. J'ai trouvé les animateurs _____.
peu intéressants intéressants très intéressants

Commentaires : _____

5. J'ai trouvé les autres participants _____.
peu intéressants intéressants très intéressants

Commentaires : _____

6. Ce programme m'a aidé à changer.
pas du tout un peu assez beaucoup

Commentaires : _____

Reproduction autorisée

.....
FICHE 11.1



BIBLIOGRAPHIE

- (1) Hankin et al. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol.* 1998; 107(1):128-40.
- (2) Costello, Erkanli, Angold. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry.* 2006; 47(12):1263-71.
- (3) Jaycox et al. Impact of Teen Depression on Academic, Social, and Physical Functioning. [Ressource électronique] *Pediatrics* 2009; 12 pages. Disponible sur : <http://pediatrics.aappublications.org/content/124/4/e596.full.html> [consulté le 4 janvier 2014]
- (4) Marcotte D. *La dépression chez les adolescents - Etat des connaissances, famille, école et stratégies d'intervention.* Canada: Presses de l'Université du Québec; 2013.
- (5) Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev.* 1998; 18(7):765-94.
- (6) Kessler RC, Avenevoli S, Ries Merikangas K. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry.* 2001; 49(12):1002-14.
- (7) Costello EJ et al. Development and natural history of mood disorders. *Biol Psychiatry.* 2002; 52(6):529-42.
- (8) Garber J. Depression in Children and Adolescents. *Am J Prev Med.* 2006; 31(6):104-125.
- (9) Greenberg PE, Birnbaum HG. The economic burden of depression in the US: societal and patient perspectives. *Expert Opin Pharmacother.* 2005; 6(3):369-76.
- (10) Murray C, Lopez A. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Disease, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. *Cambridg Mass Harv Univ Press.* 1996.
- (11) Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 1997; 170:205-28.

- (12) OMS. Prévention du suicide (SUPRE) [Ressource électronique]. 2012. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/ [Consulté le 12 janvier 2014].
- (13) Purper-Ouakil D, Michel G, Mouren-Siméoni M-C. Vulnerability to depression in children and adolescents: update and perspectives. *L'Encéphale*. 2002; 28(3 Pt 1):234-240.
- (14) Saluja G et al. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004; 158(8):760-5.
- (15) Kovacs M, Lopez-Duran N. Prodromal symptoms and atypical affectivity as predictors of major depression in juveniles: implications for prevention. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010; 51(4):472-496.
- (16) Pine DS et al. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *Am J Psychiatry*. 1999; 156(1):133-5.
- (17) Emslie GJ et al. Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(6):785-92.
- (18) Hankin BL. Adolescent depression: Description, causes, and interventions. *Epilepsy Behav*. 2006; 8(1):102-114.
- (19) Minois G. *Histoire du mal de vivre : De la mélancolie à la dépression*. La Martinière. Paris; 2003. 478 p.
- (20) Ehrenberg A. *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*. Odile Jacob; 2000. 414 p.
- (21) Granger B. *La Dépression*. Editions Le Cavalier Bleu. 2004. 124 p.
- (22) Aristote, Pigeaud J. *L'Homme de génie et la mélancolie : Problème XXX*, 1. 5ème édition. Rivages; 1991. 129 p.
- (23) De Musset A. *La Confession d'un enfant du siècle*. Flammarion; 2010. 362 p.
- (24) Huberty TJ. *Anxiety and Depression in Children and Adolescents : Assessment, Intervention, and Prevention*. 2012-Editions. Springer-Verlag New York Inc.; 2012. 494 p.

- (25) Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books. New York; 1964. 304 p.
- (26) Leavell HR, Clarke EG. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach*. 1958. 689 p.
- (27) Gordon Jr RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep*. 1983; 98(2):107.
- (28) Institute of Medicine. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, DC; 1994.
- (29) Institute of Medicine. *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. National Academy Press; 2005.
- (30) OMS. Chapitre 3: Résolution des problèmes de santé mentale [Ressource électronique]. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2001/chapter3/fr/index3.html>. [Consulté le 8 décembre 2013].
- (31) Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Rapport Flajolet [ressource électronique]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>. [Consulté le 17 avril 2014]
- (32) Légifrance. Code de la santé publique - Article L1417-1. [Ressource électronique]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=93471BE7F3FFDF19521A9A453F40099A.tpdo06v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687017&dateTexte=20131203&categorieLien=id. [Consulté le 8 décembre 2013]
- (33) Changes from dsm-iv-tr to dsm-5.pdf [Ressource électronique]. Disponible sur: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf> [Consulté le 9 décembre 2013]
- (34) Mesquida L. *Dépression à l'adolescence : Mise en place d'un programme de prévention en milieu scolaire* [Thèse]. Toulouse; 2012.
- (35) Stephen H. Halpern, M. Joanne Douglas. Appendix: Jadad Scale for Reporting Randomized Controlled Trials. Evidence-based Obstetric Anesthesia. [Ressource électronique]. Disponible sur:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470988343.app1/pdf>. [Consulté le 7 mai 2014]

(36) Barrett P, Turner C. Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. *Br J Clin Psychol*. 2001; 40(4):399-410.

(37) Barrett PM. Developmental Differences in Universal Preventive Intervention for Child Anxiety. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2005; 10(4):539-555.

(38) Barrett PM et al. Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the friends program. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2006; 35(3):403-411.

(39) Lock S, Barrett PM. A longitudinal study of developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Behav Change*. 2003; 20(04):183-99.

(40) Caelear AL et al. The YouthMood Project: a cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2009; 77(6):1021-1032.

(41) Chaplin. Depression Prevention for Early Adolescent Girls. A Pilot Study of All Girls Versus Co-Ed Groups. *The Journal of Early Adolescence*. 2006; 26(1): 110-126.

(42) Gillham JE et al. School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *J Consult Clin Psychol*. 2007; 75(1):9-19.

(43) Harnett PH, Dadds MR. Training school personnel to implement a universal school-based prevention of depression program under real-world conditions *Journal of School Psychology*. 2004; 42(5): 343-357.

(44) Horowitz et al. Prevention of depressive symptoms in adolescents: a randomized trial of cognitive-behavioral and interpersonal prevention programs. *J Consult Clin Psychol*. 2007; 75(5):693-706.

- (45) Lowry-Webster HM, Barrett PM, Dadds MR. A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behav Change*. 2001; 18(01):36-50.
- (46) Lowry-Webster HM, Barrett PM, Lock S. A universal prevention trial of anxiety symptomatology during childhood: Results at 1-year follow-up. *Behav Change*. 2003; 20(01):25-43.
- (47) Merry et al. A Randomized Placebo-Controlled Trial of a School-Based Depression Prevention Program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004
- (48) O’Kearney R et al. Effects of a cognitive-behavioural internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: a school-based controlled trial. *Cogn Behav Ther*. 2006; 35(1):43-54.
- (49) O’Kearney R et al. A controlled trial of a school-based Internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depress Anxiety*. 2009; 26(1):65-72.
- (50) Pattison. The Prevention of Depressive Symptoms in Children: The Immediate and Long-term Outcomes of a School-based Program. *Behaviour Change*. 2001; 18(02): 92-102.
- (51) Pössel P et al. School-based prevention of depressive symptoms in adolescents: a 6-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43(8):1003-1010.
- (52) Pössel P et al. Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow-up study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005; 46(9):982-994.
- (53) Pössel P, Seemann S, Hautzinger M. Impact of comorbidity in prevention of adolescent depressive symptoms. *J Couns Psychol*. 2008; 55(1):106-117.
- (54) Quayle. The Effect of an Optimism and Lifeskills Program on Depressive Symptoms in Preadolescence. *Behaviour Change*. 2001; 18(04): 194-203.
- (55) Roberts CM et al. The prevention of anxiety and depression in children from disadvantaged schools. *Behav Res Ther*. 2010; 48(1):68-73.

- (56) Sawyer MG et al. School-based prevention of depression: a randomised controlled study of the beyondblue schools research initiative. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010; 51(2):199-209.
- (57) Sawyer MG et al. School-based prevention of depression: a 2-year follow-up of a randomized controlled trial of the beyondblue schools research initiative. *J Adolesc Health*. 2010; 47(3):297-304.
- (58) Sheffield. Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2006; 74(01): 66-79.
- (59) Shochet IM et al. The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *J Clin Child Psychol*. 2001; 30(3):303-315.
- (60) Beardslee WR et al. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*. 2003; 112(2): 119-131.
- (61) Bearman. Evaluation of an intervention targeting both depressive and bulimic pathology: A randomized prevention trial. *Behaviour Change*. 2003; 34(03): 277-293.
- (62) Bonhauser M. Improving physical fitness and emotional well-being in adolescents of low socioeconomic status in Chile: results of a school-based controlled trial. *Health Promot Int*. 2005; 20(2):113-122.
- (63) Cardemil EV, Reivich KJ, Seligman ME. The prevention of depressive symptoms in low-income minority middle school students. *Prev Treat*. 2002; 5(1):8a.
- (64) Cardemil EV et al. The prevention of depressive symptoms in low-income, minority children: Two-year follow-up. *Behav Res Ther*. 2007; 45(2):313-327.
- (65) Castellanos. Brief interventions targeting personality risk factors for adolescent substance misuse reduce depression, panic and risk-taking behaviours, *Journal of Mental Health*. 2006; 15(06): 645-658.
- (66) Clarke et al. A Randomized Trial of a Group Cognitive Intervention for Preventing Depression in Adolescent Offspring of Depressed Parents. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2001; 58: 1127-1134.

- (67) Compas BE et al. Randomized controlled trial of a family cognitive-behavioral preventive intervention for children of depressed parents. *J Consult Clin Psychol*. 2009; 77(6):1007-1020.
- (68) Garber J et al. Prevention of Depression in At-Risk Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2009; 301(21):2215.
- (69) Logsdon et al. Postpartum depression and social support in adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005; 34(1):46-54.
- (70) Martinović Z, Simonović P, Djokić R. Preventing depression in adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2006; 9(4):619-24.
- (71) Yu et al. Preventing depressive symptoms in Chinese children. *Prevention & Treatment*. 2002; 5(1).
- (72) Gerrits RS et al. Master your mood online: a preventive chat group intervention for adolescents. *Adv Ment Health*. 2007; 6(3):152-62.
- (73) Gillham JE et al. Preventing Depression Among Early Adolescents in the Primary Care Setting: A Randomized Controlled Study of the Penn Resiliency Program. *J Abnorm Child Psychol*. 2006; 34(2):195-211.
- (74) Gillham. School-based prevention of depression and anxiety symptoms in early adolescence: A pilot of a parent intervention component. *J Consult Clin Psychol*. 2006; 21(3): 323-348.
- (75) Kowalenko. Short-term Effectiveness of a School-based Early Intervention Program for Adolescent Depression. *Clin. Child Psychol. Psychiatry*. 2005; 10 (4): 493-507.
- (76) Puskar. Effect of the Teaching Kids to Cope (TKC) program on outcomes of depression and coping among rural adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2003; 16(2):71-80.
- (77) Roberts. The prevention of depressive symptoms in rural school children: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2003; 71(3):622-8.
- (78) Roberts. The Prevention of Depressive Symptoms in Rural School Children: A Follow-up Study. *International Journal of Mental Health Promotion*. 2004; 6(3): 4-16.

- (79) Stice. Randomized trial of a brief depression prevention program: an elusive search for a psychosocial placebo control condition. *Behav Res Ther.* 2007; 45(5):863-76.
- (80) Stice. Brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents outperforms two alternative interventions: a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol.* 2008; 76(4):595-606.
- (81) Thompson EA, Eggert LL, Herting JR. Mediating effects of an indicated prevention program for reducing youth depression and suicide risk behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* 2000; 30(3):252-71.
- (82) Van Voorhees BW, Vanderplough-Booth K, Fogel J, Gladstone T, Bell C, Stuart S, et al. Integrative internet-based depression prevention for adolescents: a randomized clinical trial in primary care for vulnerability and protective factors. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;17(4):184.
- (83) Van Voorhees. Randomized clinical trial of an Internet-based depression prevention program for adolescents (Project CATCH-IT) in primary care: 12-week outcomes. *J Dev Behav Pediatr.* 2009; 30(1):23-37.
- (84) Young JF, Mufson L, Davies M. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: an indicated preventive intervention for depression. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006; 47(12): 1254-12.
- (85) Sutton JM. Prevention of depression in youth: A qualitative review and future suggestions. *Clin Psychol Rev.* 2007; 27(5):552-571.
- (86) Schulte-Körne G, Schiller Y. Efficacy of universal and selective prevention on depression in children and adolescents. A systematic review. *Z Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother.* 2012; 40(6):385-396.
- (87) Merry SN et al. Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (12):CD003380.
- (88) Gladstone TRG, Beardslee WR, O'Connor EE. The prevention of adolescent depression. *Psychiatr Clin North Am.* 2011; 34(1):35-52.

- (89) Stice E et al. A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *J Consult Clin Psychol*. 2009; 77(3):486-503.
- (90) Horowitz, Garber. The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2006. 74(3):401-15.
- (91) Merry. Prevention and early intervention for depression in young people-a practical possibility? *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20(4):325-9.
- (92) Spence SH, Shortt AL. Research Review: Can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents? *J Child Psychol Psychiatry*. 2007; 48(6):526-542.
- (93) Corrieri S et al. School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. *Health Promot Int* [Ressource électronique]. 2013; Disponible sur: <http://www.heapro.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/heapro/dat001> [Consulté le 27 mars 2014].
- (94) Carnevale TD. Universal adolescent depression prevention programs: a review. *J Sch Nurs Off Publ Natl Assoc Sch Nurses*. 2013; 29(3):181-195.
- (95) Venning A et al. The effectiveness of Cognitive-Behavioural Therapy with hopeful elements to prevent the development of depression in young people: a systematic review. *Int J Evid Based Health*. 2009; 7(1):15-33.
- (96) Merry SN et al. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011; (12): CD003380.
- (97) Christensen H et al. Community-Based Prevention Programs for Anxiety and Depression in Youth: A Systematic Review. *J Prim Prev*. 2010; 31(3):139-170.
- (98) Larun L et al. Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006. [Ressource

électronique]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004691.pub2>
[Consulté le 4 avril 2014].

(99) Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B. The Prevention of Mental Disorders in School-Aged Children: *Prevention & Treatment*. 2001; 4(1).

(100) Thapar A et al. Managing and preventing depression in adolescents. *BMJ*. 2010; 340(jan22 1): 254-258.

(101) Caelear AL, Christensen H. Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Med J Aust*. 2010; 192(11 Suppl):S12-14.

(102) Richardson T, Stallard P, Velleman S. Computerised Cognitive Behavioural Therapy for the Prevention and Treatment of Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2010; 13(3):275-290.

(103) Van Voorhees BW, Fogel J, Pomper BE, Marko M, Reid N, Watson N, et al. Adolescent dose and ratings of an Internet-based depression prevention program: A randomized trial of primary care physician brief advice versus a motivational interview. *J Cogn Behav Psychother Off J Int Inst Adv Stud Psychother Appl Ment Health*. 2009; 9(1):1.

(104) Spence. Long-term outcome of a school-based, universal approach to prevention of depression in adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2005; 73(1):160-7.

(105) Caelear AL, Christensen H. Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *J Adolesc*. 2010; 33(3):429-438.

(106) Marcotte D. « Pare-Chocs », *Manuel de l'animateur*. 2006.

(107) Marcotte D, Poirier M, Joly J, Fortin L. Les effets du programme Pare-Chocs pour élèves dépressifs à risque d'abandon scolaire. [Symposium présenté au Congrès de l'ACFAS]. 2011.

TITLE : PREVENTION OF DEPRESSION IN ADOLESCENCE : HISTORY, STATE OF KNOWLEDGE AND STUDY OF A SCHOOL-BASED PREVENTION PROGRAM

Toulouse, June 2014 16th

ABSTRACT :

Depression is a major public health concern, particularly in adolescence, where its incidence is increased and its impact on the development is significant. However, in France, prevention in this area is just emerging. Our choice of the “Pare-Chocs” program for an action to prevent depression in schools is based on a literature review. It highlights the performance characteristics of this type of interventions : cognitive-behavioral techniques, homeworks, inclusion of parents, duration between 8 to 12 sessions, implementation by mental health professionals. About 1,968 ninth grade students screened, 145 had significant depressive symptoms. Almost 60% of 104 students seen in consultation received an individualized care orientation which 18 with the “Pare-Chocs” program. Depression scores of adolescents who participated in the program were reduced in the short and long term.

ADMINISTRATIVE DISCIPLINE : Specialized clinical medicine

KEY WORDS : Prevention, depression, adolescence.

TITLE AND ADDRESS OF UFR OR LABORATORY :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 35 Allées Jules Guesde BP 7202 31073
Toulouse Cedex 7

Thesis Research Supervisor : Doctor Laure MESQUIDA