

PARE-CHOCS : un nouveau programme pour contrer la dépression chez les élèves de 14-17 ans.

Diane Marcotte*

* Université du Québec à Montréal

Département de Psychologie

Université du Québec à Montréal

C.P. 8888, Succursale Centre-Ville

Montréal, Québec,

Canada

H3C3P8

Marcotte.diane@uqam.ca

RÉSUMÉ. Environ 16% des élèves québécois de niveau secondaire présentent un nombre de symptômes dépressifs assez élevé pour qu'une intervention soit recommandée. La dépression affecte autant le rendement que l'adaptation scolaires des élèves. PARE-CHOCS est un nouveau programme comprenant douze rencontres visant à prévenir et à diminuer la dépression chez les adolescents de 14 à 17 ans de milieu scolaire. D'approche cognitivo-comportementale, ses douze composantes visent l'apprentissage de diverses habiletés permettant de remédier aux déficits mis en lumière par les recherches réalisées auprès de jeunes dépressifs tout en renforçant les facteurs de protection. Certaines données probantes soutiennent l'efficacité de ce programme.

MOTS-CLÉS : dépression, adolescence, intervention, prévention.

1. La dépression chez les adolescents

On estime qu'environ 16% des élèves québécois de niveau secondaire, soit 10% des garçons et jusqu'à 25% des filles de 2^e secondaire présentent un nombre et une intensité de symptômes dépressifs assez importants pour qu'une intervention soit recommandée (Marcotte, 2000). Lorsque des critères diagnostiques très précis sont utilisés, les écrits font état d'une prévalence de 5 à 9% du trouble dépressif majeur chez les adolescents. Chez les enfants, les taux sont nettement moindres et ne dépassent pas 3% (Birmaher, Ryan, Williamson, Breant, & Kaufman, 1996). Dans une étude présentement en cours, nous avons répertorié seulement 1.6% d'un échantillon de 500 jeunes de 6^e année qui répondaient à des critères se rapprochant d'un diagnostic de dépression majeure. Cependant, environ 8.9% d'entre eux présentaient un nombre élevé de symptômes dépressifs. C'est donc pendant l'adolescence qu'apparaît le plus souvent le premier épisode de dépression. Néanmoins, certains symptômes pourraient s'installer déjà pendant l'enfance. Neuf indices permettent d'identifier les jeunes dépressifs : a) une humeur triste ou irritable, b) une perte d'intérêt dans les activités habituelles, c) une perte ou un gain de poids, d) l'insomnie ou hypersomnie, e) l'agitation ou le retard psychomoteur, f) la fatigue ou la perte d'énergie, g) un sentiment de culpabilité ou d'être sans valeur, h) des difficultés de concentration et à prendre des décisions, i) des pensées suicidaires ou tentatives de suicide. La durée de l'épisode dépressif est estimée à environ sept à neuf mois. Pourtant, moins de 25% des élèves dépressifs bénéficient d'une intervention (Beardslee, Salt, Versage, Gladstone, Wright, E. J., & Rothberg, 1997). Le risque de rechute dans un intervalle de cinq ans est estimé à 72%.

2. Dépression, rendement scolaire et risque d'abandon scolaire

Nous savons que la dépression affecte le rendement scolaire des jeunes et les place à haut risque d'abandon scolaire (Marcotte, Fortin, Royer, Potvin & Leclerc, 2001). Nous savons également que les jeunes présentant des difficultés d'apprentissage vivent davantage de symptômes de dépression que les jeunes sans difficulté (Evans, Van Velson, & Schumacher, 2002). Les jeunes dépressifs se disent aussi moins satisfaits de leur rendement scolaire en comparaison aux jeunes non dépressifs. Cependant, nous connaissons encore très peu les mécanismes en jeu dans cette dynamique interactionnelle entre la dépression et le rendement ou le risque d'abandon scolaire. Par exemple, il est impossible à ce stade de la recherche d'identifier si la détérioration du rendement scolaire précède ou agit comme conséquence de la dépression puisque les rares études longitudinales dont nous disposons n'ont pas examiné cette relation. Dans une étude réalisée auprès d'enfants de première année primaire, Kellam et ses collègues (1994) montrent que la dépression conduit autant les filles que les garçons à un faible rendement, alors qu'un faible rendement scolaire amène la dépression seulement chez les filles. Dans les études que nous avons menées auprès de populations d'élèves québécois, nous avons constaté que les jeunes dépressifs obtiennent de moins bons résultats scolaires que leurs pairs non dépressifs. Ces jeunes rapportent aussi une auto-évaluation plus négative de leurs résultats scolaires. Nous avons également situé la dépression au premier rang d'un ensemble de variables personnelles, familiales et scolaires permettant, en première année du secondaire, de prédire le risque de décrochage

(Fortin, Royer, Potvin, Marcotte, Yergeau, 2004). La présence de symptômes dépressifs est donc un facteur de risque important d'abandon scolaire. Toutefois, le rendement scolaire pourrait être affecté chez certains jeunes sans pour autant se situer au niveau de l'échec scolaire. D'ailleurs, à cet effet, Franklin et Streeter (1992) proposent que ce sont les jeunes décrocheurs issus d'un milieu socio-économique plus favorisé et obtenant de bons résultats scolaires qui présentent le plus de symptômes dépressifs. Dans la prochaine section, nous nous attarderons aux caractéristiques des jeunes dépressifs à l'école.

3. L'adaptation scolaire des adolescents dépressifs

Parce que peu dérangeants en comparaison aux jeunes hyperactifs ou en trouble du comportement, les jeunes dépressifs passent souvent inaperçus à l'école. Il faut dire qu'il est nettement moins aisé pour un enseignant d'identifier les jeunes dépressifs que ceux présentant des problèmes de comportement. À titre d'exemple, lorsque nous avons comparé les taux auto-révélés de dépression à ceux rapportés par les enseignants, nous avons constaté que ces derniers identifiaient seulement de 1 à 3% de jeunes dépressifs au secondaire en comparaison à des taux auto-révélés variant de 10 à 18%. Il semble que les garçons dépressifs passent particulièrement inaperçus, du moins au début du secondaire.

Les élèves dépressifs se reconnaissent à leur manque de motivation et à leur sentiment d'incompétence, en plus de s'absenter davantage de l'école que les jeunes non dépressifs. Ils perçoivent un manque de soutien de leurs enseignants (Cheung, 1995). Cette perception semble bien se confirmer par des attitudes négatives de l'enseignant à l'égard de ces jeunes puisque la présence de dépression chez l'élève entraîne effectivement une réponse sociale négative chez l'enseignant. En effet, plus les symptômes dépressifs du jeune augmentent, plus le rejet augmente et plus l'attraction interpersonnelle diminue de la part des enseignants (Mullins, et al., 1995). Il faut cependant faire preuve d'une certaine prudence dans l'interprétation de ces résultats puisque bon nombre d'études souffrent de limites méthodologiques importantes. Pour ne nommer que l'une de ces limites, on constate souvent un manque de contrôle de la présence de troubles extériorisés concomitants. Mentionnons finalement que le climat social de l'école, soit la qualité et la fréquence des interactions entre les adultes et les élèves, de même que le fait d'être victime d'intimidation sont des facteurs associés à la dépression, (Kuperminc, Leadbeater, & Blatt, 2001).

4. Le modèle cognitif de la dépression

Le modèle cognitif de la dépression repose essentiellement sur les travaux d'Aaron T. Beck et Albert Ellis. Une notion fondamentale dans la théorie de Beck est celle de «schème cognitif», une structure abstraite et relativement stable de la personnalité qui module et gère toutes les étapes du traitement de l'information (encodage, organisation, stockage et récupération). Lorsque l'individu est confronté à une situation particulière, le schème le plus pertinent à cette situation s'active et influence en retour la perception qu'a l'individu de la situation, ses émotions et ses comportements. Ainsi, en fonction de son système de schémas, l'individu sera plus sensible à certaines situations, s'orientant vers certains stimuli plutôt que d'autres.

Beck explique le trouble dépressif par la notion de «schèmes cognitifs dépressogènes» qui, lorsqu'ils sont activés par un événement stressant, rendent l'individu vulnérable à la dépression. La théorie de Beck est ainsi de type diathèse-stress. Les individus possédant des schèmes dépressogènes sont plus susceptibles que ceux n'en possédant pas de développer une symptomatologie dépressive lorsque survient un ou plusieurs événements stressants. Cependant, en l'absence de tels événements, ces individus ne sont pas plus enclins que d'autres à développer ces symptômes. Organisés comme des ensembles d'attitudes dysfonctionnelles ou de distorsions cognitives, les schèmes dépressogènes peuvent être regroupés selon deux schémas cognitifs dominants (Clark, Beck et Alford, 1999). Le premier, la « sociotropie », met en jeu la sensibilité au rejet dans les relations interpersonnelles (« Je ne suis rien si une personne que j'aime ne m'aime pas »). Le deuxième, l'« autonomie » s'articule autour de l'autocritique et de la définition de la valeur personnelle par la productivité, la réussite et le contrôle (« Je dois être bon dans tout sinon c'est comme si j'avais échoué »). Ces biais cognitifs permettent à l'individu de faire correspondre l'environnement à ses croyances et lui évitent de devoir remettre ses schémas en question.

La présence de biais cognitifs chez les adolescents dépressifs a été confirmée par plusieurs études. Les études que nous avons menées au Québec ont également supporté la présence de tels biais chez les élèves dépressifs. Nos résultats suggèrent également que les attitudes dysfonctionnelles influencent le rendement scolaire, et ceci, de façon différente chez les garçons et chez les filles. Les filles semblent adopter davantage de distorsions cognitives associées à la dépendance (« Ce que les gens pensent de moi est très important. »). Or, ce type de distorsions cognitives les rend plus vulnérables à la dépression, mais, paradoxalement, est associé à un meilleur rendement scolaire. On peut penser que la réussite scolaire des filles est teintée d'une recherche d'approbation des personnes significatives de leur vie, soit les parents et les enseignants. De leur côté, les garçons adoptent davantage d'attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite (« Les gens auront probablement une moins bonne opinion de moi si je fais une erreur », et à l'autocontrôle (« Je devrais toujours avoir un contrôle total sur mes émotions », « Je devrais être capable de résoudre mes problèmes rapidement et sans gros effort. »). Ces distorsions cognitives reliées à la réussite sont aussi associées à un indice de dépression et un rendement scolaire plus élevés. D'autre part, les distorsions cognitives orientées vers l'auto-contrôle ne sont pas en lien avec la dépression, mais sont étroitement associées à la faible réussite scolaire.

5. Facteurs familiaux, facteurs de risque et de protection

Approximativement 61% des enfants de parents dépressifs vont développer un trouble psychologique durant l'enfance ou l'adolescence, les plus fréquents étant la dépression, l'anxiété, les phobies, le trouble des conduites et l'abus d'alcool, (Lavoie & Hodgins, 1994). Ces jeunes sont aussi quatre fois plus à risque de développer un trouble dépressif que les enfants de parents non dépressifs (Beardslee, Versage, & Gladstone, 1998). On constate également que lorsqu'il existe une histoire de dépression dans la famille, les premiers épisodes de dépression se manifestent plus tôt chez les enfants, soit à l'âge de 12 ou 13 ans en comparaison à

16 ou 17 ans chez les enfants de parents non déprimés. Notons que l'âge où l'incidence est la plus élevée se situe entre 15 et 20 ans.

Ces données montrent à quel point l'influence de la famille est importante sur le développement de la dépression chez les jeunes. La présence de dépression chez l'un des parents est en effet le facteur prédictif le plus important de la dépression chez les jeunes. Étant donné cette forte transmission intergénérationnelle, on pourrait penser que la dépression relève d'une transmission génétique, mais les nombreuses études sur le sujet ont plutôt démontré que les effets individuels environnementaux étaient prépondérants sur les effets génétiques (Wallace, Schneider & McGuffin, 2002).

Les facteurs familiaux les plus souvent abordés dans les écrits comprennent la relation conjugale, les habiletés parentales, la communication parent-enfant et la psychopathologie parentale (Hammen, 1991). Si les conflits conjugaux sont intenses, agressifs et rarement résolus, ils augmentent le risque de dépression chez les enfants. La dépression chez l'un des parents interfère aussi sur ses habiletés à éduquer, guider, supporter et donner les soins nécessaires aux enfants. Plusieurs études montrent que les mères dépressives auraient moins d'habiletés parentales générales que les mères non dépressives. Par exemple, les mères dépressives punissent plus sévèrement leurs enfants et utilisent un mode d'interaction inconsistant avec eux. Cette combinaison de punitions sévères et de manque de consistance dans le style parental est associée à la persistance de la dépression et modèle un mode d'attachement parents-enfants insécure qui interfère dans le développement de l'autonomie et le fonctionnement général de l'enfant (Goodman, 2002). Le manque de soins, de soutien émotionnel ainsi qu'une discipline de contrôle sans affection sont aussi rapportés dans la littérature (Marcotte, et al., 2001).

Les familles d'adolescents dépressifs se caractérisent également par la présence de modes de communication déficitaires. Les parents communiquent moins avec leurs enfants et expriment plus d'affects négatifs dans leurs verbalisations (Beardslee, et al., 1998). Les données que nous avons recueillies auprès des jeunes qui présentent des troubles intériorisés montrent que leurs parents discutent peu avec eux sur des sujets d'actualité, des émissions de télévisions, des projets d'avenir, et de choix de carrière. Nous avons également constaté que le manque d'engagement parental, c'est-à-dire la perception de l'adolescent de ses parents comme étant chaleureux, sensibles et impliqués, prédisait la présence de symptômes dépressifs, qui eux, en retour prédisent le risque d'abandon scolaire.

Il est impérieux d'identifier les facteurs de risque et de protection associés à la dépression puisque ces derniers devraient constituer les critères de sélection des participants auxquels les programmes d'intervention seront offerts (pour une revue de ces programmes, voir Marcotte, 2000). À ce chapitre, force est de constater que les facteurs familiaux sont nombreux. Cependant, il apparaît que l'école, de son côté, peut offrir plusieurs facteurs de résilience. Parmi l'ensemble des facteurs de risque mentionnés dans les études, on retrouve l'âge et le genre, le statut socio-économique, la présence d'une histoire familiale de dépression, la psychopathologie

parentale, les conflits conjugaux, le divorce des parents, les événements de vie stressants, le désespoir, les distorsions cognitives, le style attributionnel, une faible estime de soi et un faible rendement scolaire (Merikangas & Angst, 1995; Windle & Davies, 1999). Certaines caractéristiques individuelles sont également identifiées comme des facteurs de protection face à la dépression et face à la psychopathologie en général. Les facteurs les plus souvent cités sont la réussite scolaire, l'implication dans des activités parascolaires, la compétence sociale et les relations positives avec des adultes à l'extérieur de la famille. Plus spécifiquement reliés à la dépression, on retrouve une image corporelle positive, la compétence intellectuelle, la popularité et la présence d'un soutien social satisfaisant (Merikangas & Angst, 1995). Malgré notre connaissance de ces facteurs, il est décevant de constater que les programmes d'intervention pour les jeunes dépressifs se limitent la plupart du temps à utiliser l'école comme lieu d'expérimentation afin de vérifier l'efficacité de ces programmes sans procéder à une intégration systématique des facteurs de protection disponibles en milieu scolaire. Plusieurs composantes de ces programmes s'adressent aux facteurs de risque tels que les distorsions cognitives ou le manque d'habiletés sociales. Cependant, à ce jour, aucune composante ne vise des facteurs spécifiques au milieu scolaire tels que les habiletés d'étude ou les activités parascolaires.

6. Le développement du programme PARE-CHOCS et ses composantes

PARE-CHOCS peut être utilisé comme un programme de prévention ciblée de type indiqué ou comme un programme d'intervention. Les programmes d'intervention visent les individus qui présentent dans l'immédiat une problématique pour laquelle le programme intervient, alors que les programmes de prévention de type ciblée-indiqué visent les individus qui présentent certaines caractéristiques ou symptômes d'un trouble sans pour autant présenter ce trouble de façon formelle. Dans le cas présent, les jeunes présentant des symptômes de dépression sont à risque de développer le trouble dépressif parce qu'ils en présentent déjà un nombre important de symptômes.

Dans la lignée de ces programmes, PARE-CHOCS utilise une approche cognitivo-comportementale et propose l'apprentissage de diverses habiletés permettant de remédier aux déficits mis en lumière par les recherches réalisées auprès de jeunes dépressifs tout en renforçant les facteurs de protection. Les composantes du programme sont présentées au Tableau 1. Parmi les composantes retenues des programmes antérieurs, on retrouve la restructuration cognitive et l'apprentissage d'habiletés sociales, de communication, de négociation et de résolution de problèmes. De même une composante visant le développement d'habiletés d'auto-observation et l'augmentation des activités plaisantes est incluse dans le programme. Parmi les composantes novatrices du programme et inspirée des travaux de Bearlee et ses collaborateurs qui proposent que le développement des connaissances sur la dépression agit comme un facteur de résilience, nous avons développé une composante visant à aider les adolescents et leurs parents à connaître les symptômes de la dépression ainsi que leur influence sur le vécu familial. À cet effet, trois rencontres-parents sont offertes pendant lesquelles le niveau de dépression parentale ainsi que les difficultés reliées au fonctionnement familial sont

évaluées en plus de procéder à l'apprentissage parallèle des habiletés enseignées chez les adolescents.

La présentation du modèle théorique sous-jacent à l'intervention
L'éducation émotionnelle
L'apprentissage des habiletés d'autocontrôle et l'augmentation du niveau d'activités plaisantes
L'apprentissage de techniques de relaxation
La restructuration cognitive
L'apprentissage d'habiletés de communication
L'apprentissage d'habiletés de négociation et de résolution de problèmes
L'apprentissage d'habiletés sociales
Le développement de l'estime de soi et d'une image corporelle positive
Le développement des connaissances sur la dépression
La réussite scolaire
La composante parentale

Tableau 1. *Les douze composantes de PARE-CHOCS*

Le programme comprend également des activités applicables spécifiquement en milieu scolaire. Ces activités visent d'une part à utiliser les composantes de résilience face à la dépression qui sont offertes en milieu scolaire et d'autre part à favoriser la réussite scolaire, elle-même constituant un facteur de résilience. Cette composante scolaire du programme inclut des exercices visant le développement des activités parascolaires, l'identification chez le participant de la présence de facteurs liés à la réussite scolaire et le développement d'habiletés de gestion du temps. PARE-CHOCS s'accorde bien avec le contexte scolaire par l'emploi d'une approche éducative davantage que clinique qui a pour objectif le développement des compétences.

Ses modalités d'application

PARE-CHOCS est un programme de groupe visant la clientèle des adolescents de 14-17 ans. Il est offert sous la forme de douze rencontres de six à dix adolescents et adolescentes d'une durée de 1h30 à 2h00 animées par deux animateurs possédant une formation en santé mentale et en animation de groupe auprès de cette clientèle. Son matériel est présenté sous la forme d'une mallette comprenant des manuels détaillés pour les animateurs et les participants ainsi qu'un ensemble d'outils utilisés dans le programme (affiches, cdrom de relaxation, aide-mémoires, thermomètres de l'humeur, certificats de participation, etc.). Un guide d'utilisation décrit les modalités concrètes d'application du programme telles que la procédure de sélection

des participants et les critères d'exclusion, les coûts reliés à l'implantation du programme et les procédures favorisant l'assiduité des participants.

Les données probantes.

Très peu de programmes sont disponibles pour intervenir auprès d'adolescents dépressifs (pour une revue, voir Marcotte, 2000). Les programmes offerts adoptent généralement un format de groupe et utilisent majoritairement une approche cognitivo-comportementale. À notre connaissance, aucun programme n'inclut de composantes spécifiquement caractéristiques de la période développementale que représente l'adolescence (par exemple, le développement d'une image corporelle positive) de même qu'aucun programme n'inclut de composante scolaire.

Les études ayant évalué l'efficacité de ces programmes à diminuer les symptômes dépressifs ont fourni des résultats prometteurs qui supportent l'utilité de ces programmes auprès des populations d'enfants et d'adolescents de milieu scolaire ou communautaire. L'approche cognitivo-comportementale adoptée par ces programmes les rend facilement compatibles avec le contexte scolaire lui-même basé sur l'apprentissage d'habiletés. On constate cependant que les programmes existants demeurent peu intégrés à la structure de l'école et du milieu scolaire. Dans les faits, les programmes se déroulent souvent dans les écoles parce qu'on y retrouve les populations d'enfants et d'adolescents et que l'école est un milieu fort approprié, puisque peu stigmatisant, pour offrir une aide aux enfants et adolescents dépressifs. Cependant, aucun des programmes existants à ce jour n'inclut des composantes permettant d'exploiter les facteurs de résilience disponibles dans le milieu scolaire tels que la participation à des activités parascolaires ou le développement d'une relation positive avec un adulte à l'extérieur de la famille.

Outre les recensions d'écrits sur les études d'efficacité des programmes, trois études préliminaires portant sur l'applicabilité à une population francophone de programmes existants ont été réalisées dans le cadre du développement de PARE-CHOCS. À partir de ces études, nous avons retenu certaines composantes des programmes. Notamment, les programmes « Coping with Depression Course » de Clarke et al. (1990) ainsi que le programme de Bernard et Joyce (1984) ont fait l'objet de traduction et d'étude d'efficacité. Les résultats de ces études (Marcotte et Baron, 1993 ; Gamache, Marcotte et Morasse, 1997) ont permis de confirmer que ces programmes s'avèrent efficaces pour diminuer les symptômes dépressifs et les croyances irrationnelles des participants, en plus de permettre une diminution des conflits avec les parents.

En conclusion, nous espérons que ce programme permettra d'offrir une intervention aidante aux jeunes dépressifs de milieu scolaire ou clinique. Nous souhaitons qu'il réponde à un besoin fréquemment exprimé de la part des intervenants que nous avons rencontrés de ces différents milieux de disposer de stratégies d'intervention spécifiques à la population adolescente dépressive.

Bibliographie

Beardslee, W.R., Versage, E.M. & Gladstone, T.R. (1998). Children of affectively ill parents : a review of the past 10 years. *Journal of american academy of child and adolescents psychiatry*, 37, 1134-1141.

Beardslee, W.R., Salt, P., Versage, E.M., Gladstone, T.R.G., Wright, E. J., & Rothberg, P.C. (1997). Sustained change in parents receiving preventive interventions for families with depression. *American Journal of Psychiatry*, 154, 510-515.

Bernard, M. E. et M. R. Joyce (1984). *Rational-Emotive Therapy with Children and Adolescents : Theory, Treatment Strategies, Preventative Methods*, New York, Wiley and Sons.

Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D. A., & Kaufman, J. (1996). Childhood and adolescent depression : A review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1575-1583.

Cheung, S. K. (1995). Life events, classroom environment, achievement expectation, and depression among early adolescents. *Social Behavior and Personality*, 23, 83-92.

Clark, D.A., Beck, A.T., & Alford, B.A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York, Wiley and Sons.

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

Evans, J.R., Van Velsor, P., & Schumacher, J.E. (2002). Addressing adolescent depression : A role for school counselors. *ASCA –Professional School Counseling*, 5, 211-219.

Fortin, L., Royer, E., Potvin, P., Marcotte, D., Yergeau, É. (2004). La prédiction du risque de décrochage scolaire au secondaire : facteurs personnels, familiaux et scolaires. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 36, 219-231.

Franklin, C. & Streeter, C.L. (1992). Differential characteristics of high-achievement/high-income and low-achieving/low-income dropout youths: Considerations for treatment programs. *Social Work in Education*, 14, 42-55.

Gamache, N., Marcotte, D. & Morasse, F. (1996). *Application of a cognitive-behavioral program to depressed adolescents: A pilot study*. Paper presented at the Biennial Congress of The International Society for Study of Behavioral Development, August 1996, Québec.

Goodman, S. (2002). Depression and early adverse experiences. In : Gotlib, I.H. & Hammen, C. L. *Handbook of depression*. The Guilford Press. New York: NY. 245-267.

Hammen, C., (1991). *Depression runs in families: the social context of risk and resilience in children of depressed mothers*. New York, NY : Springer-Verlag.

Kellam, S., Rebok, G.W., Mayer, L., Ialongo, N. & Kalodner, C.R. (1994). Depressive symptoms over first grade and their response to a developmental epidemiologically based preventive trial aimed at improving achievement. *Development and Psychopathology*, 6, 463-441.

Kuperminc, G.P., Leadbeater, B.J., Blatt, S.J. (2001). School social climate and individual differences in vulnerability to psychopathology among middle school students. *Journal of school psychology*, 39, 141-159.

Lavoie, F., & Hodgins, S. (1994). Mental disorders among children with one parent with a lifetime diagnosis of major depression. In: *A Critical Review of the literature on Children at Risk for Major Affective Disorders*, Hodgins, S., Lane, C., Lapalme, M. et al., eds. Ottawa: The Strategic Fund for Children's Mental Health, pp 37-82.

Marcotte, D. (2000). La prévention de la dépression chez les enfants et adolescents. In F. Vitaro & C. Gagnon (Éds), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les jeunes* (Tome 1) (pp. 221 – 270). Québec : Presse de l'Université du Québec.

Marcotte, D., & Baron, P. (1993). L'efficacité d'une stratégie d'intervention émotivo-rationnelle auprès d'adolescents dépressifs en milieu scolaire. *Canadian Journal of Counseling*, 27, 77-92.

Marcotte, D., Fortin, L., Royer, E., & Potvin, P. (2001). Le style parental des parents d'adolescents dépressifs ou avec troubles du comportement et son influence sur le risque d'abandon scolaire. *Revue des sciences de l'éducation*, 27, 687-712.

Merikangas, K. R., & Angst, J. (1995). The challenge of depressive disorders in adolescence. Dans M. Rutter (Ed.), *Psychosocial disturbances in young people* (pp. 131-165). Cambridge : Cambridge University Press.

Mullins, L.L., Chard, s.R., Hartman, V.L., Bowlby, D., Rich, L., & Burke, C. (1995). The relationship between depressive symptomatology in school children and the social responses of teachers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 474-482.

Wallace, J., Schneider, T, & McGuffin, P. (2002). Genetics of depression. In : Gotlib, I.H. & Hammen, C. L. *Handbook of depression*. The Guilford Press. New York: NY. 169-191.

Windle, M., & Davies, P. T. (1999). Depression and heavy alcohol use among adolescents : Concurrent and prospective relations. *Development and Psychopathology*, 11, 823-844.