

Université de Montréal

**Les interventions sont-elles efficaces pour prévenir et traiter
la dépression chez les jeunes adultes de 18 à 30 ans? Une
revue systématique de la littérature**

Par Gladys Sina

Département de psychologie

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade de maître
en Psychologie

Décembre 2022

© Gladys Sina, 2022

Université de Montréal
Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé

**Les interventions sont-elles efficaces pour prévenir et traiter la dépression
chez les jeunes adultes de 18 à 30 ans? Une revue systématique de la
littérature**

Présenté par

Gladys Sina

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Maxime Paquet

Président-rapporteur

Carole Sénéchal

Directeur de recherche

Luc Brunet

Membre du jury

Résumé

La dépression chez les jeunes est fréquente et entraîne une détresse et un handicap pour les individus et leurs familles/aides-soignants. Les lignes directrices en matière de traitement et de prévention soulignent la nécessité d'informations de qualité et d'interventions psychosociales fondées sur des données probantes. Récemment, on s'intéresse de plus en plus aux interventions psychopédagogiques, qui fournissent généralement des informations précises sur les problèmes de santé et sur l'auto-gestion au client et à ses aides-soignants. L'objectif de cette revue systématique est de déterminer si les interventions psychopédagogiques peuvent être utilisées pour prévenir et traiter la dépression chez les jeunes adultes. Des recherches systématiques ont été effectuées dans MEDLINE Ovid, PsycInfo, et les listes de références. Aucune étude ne répondait aux critères d'inclusion de cette revue. Quatorze études issues d'une édition spéciale du *Psychiatric Rehabilitation Journal* (Davis et al., 2018) ont été discutées. Ce numéro met l'accent sur les besoins et les services efficaces pour les personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale pendant leur transition vers l'âge adulte. Les populations ciblées par ces études sont les suivantes : les étudiants universitaires bénéficiant d'un soutien éducatif, les jeunes adultes blancs et latino-américains bénéficiant d'une aide pour trouver un emploi, les jeunes et les jeunes adultes impliqués dans le système judiciaire, les jeunes adultes souffrant de troubles de l'humeur et les prestataires de services destinés aux jeunes en transition vers l'âge adulte. L'accent mis sur la diversité des échantillons met en lumière certains des progrès réalisés dans le domaine. Les interventions psychopédagogiques peuvent jouer un rôle dans la prévention et la prise en charge de la dépression chez les jeunes, en tant qu'approche principale ou complémentaire. Le nombre limité d'études, le manque d'hétérogénéité dans les formats et les évaluations, ainsi que le manque de cohérence dans

la définition des interventions psychopédagogiques rendent difficile la comparaison des programmes et la mesure de l'efficacité globale. Les études futures doivent établir une définition commune des interventions psychopédagogiques, développer/évaluer les interventions psychopédagogiques conformément aux cadres d'interventions complexes et analyser leurs composantes actives.

Mots-clés: intervention psychopédagogique, jeunesse, dépression, trouble dépressif majeur, jeune adulte

Abstract

Youth depression is common and leads to distress and impairment for individuals and their families/caregivers. Treatment and prevention guidelines stress the need for good information and evidence-based psychosocial interventions. Increasingly, there is a growing interest in psychoeducational interventions (PIs), which broadly deliver accurate information about health issues and self-management to the client and his/her caregivers. The aim of this systematic review is to investigate whether psychoeducational interventions can be used to prevent and treat youth depression. Systematic searches were undertaken in MEDLINE Ovid, psycINFO, and reference lists. No studies met the inclusion criteria for this review. Fourteen studies from a special edition of the *Psychiatric Rehabilitation Journal* (Davis et al., 2018) were discussed. This issue focuses on the needs of, and effective services for individuals with serious mental health conditions as they transition into adulthood. The populations of focus in these studies are: college students receiving educational supports, White and Latino young adults receiving employment supports, youth and young adults with justice system involvement, young adults with mood disorders, and service providers for youth in transition to adulthood. The focus on diverse samples highlights some of the progress in the field. PIs can have a role in preventing and managing youth depression, as a primary or complementary approach. The limited number of studies, heterogeneity in formats and evaluation, and inconsistent approach to defining PI, make it difficult to compare programmes and measure overall effectiveness. Future studies need to establish an agreed definition of PI, develop/evaluate PIs in line with frameworks for complex interventions, and analyse their active components.

Keywords: psychoeducational intervention, youth, depression, major depressive disorder, young adult

Table des matières

Contexte théorique	10
Méthode	23
Résultats	28
Discussion	54
Conclusion	59
Références	65
Annexe	79

Liste des tableaux

Tableau I	43
<i>Caractéristiques des études exclues (avec les raisons de l'exclusion)</i>	
Tableau II	79
<i>Tableau de recension des études choisies pour le mémoire</i>	

Liste des figures

Figure I

Démarche de sélection des études

28

Liste des abréviations

ACL: L'Americans' Changing Lives Project

ADD Health: L'étude longitudinale nationale sur la santé des adolescents

CWD: Coping with Depression (programme)

DSM: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*

NHANES: La National Health and Nutrition Examination Survey I

PIs: Psychoeducational interventions

Contexte théorique

La dépression, également appelée le trouble dépressif majeur, se caractérise par des troubles mnésiques, attentionnels et exécutifs, en particulier au niveau de l'inhibition cognitive et un biais dans le traitement des informations émotionnelles (American Psychiatric Association [DSM-5], 2013). La dépression est un trouble mental chez les jeunes adultes et engendre une détresse importante et/ou des problèmes de vie chez ceux-ci et leurs familles/aides-soignants. Plusieurs études ont établi que le trouble dépressif majeur chez les jeunes adultes se situe à des niveaux comparables à ceux des adultes, avec des taux de prévalence ponctuels généralement compris entre 0,4 et 8,3 % (Cicchetti et Toth, 1998). Il permet aussi de prédire le risque de suicide, l'automutilation et un état de santé physique diminué, et peut marquer le début de difficultés en santé mentale à long terme (Thapar et al., 2012). Étant donné qu'elle représente un problème majeur de santé publique, le traitement précoce et la prévention de la dépression chez les jeunes adultes deviennent des enjeux importants (HM Government, 2009). Cela dit, la dépression est difficile à identifier et à traiter au sein de ce groupe d'âge; de plus, impliquer les jeunes adultes dans des programmes de prévention et d'intervention précoce s'avère un défi pour les services de santé et autres services sociaux (Thapar et al., 2010). Dans ce groupe d'âge, la comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques - notamment les troubles du comportement perturbateurs (20-40 %) et les troubles anxieux - est fréquente (dans 30-75 % des cas), tout comme l'association avec l'automutilation délibérée et les idées suicidaires (Foley et al., 2006). Étant donné qu'elle s'apparente à d'autres défis de cette période de développement, la dépression peut passer inaperçue si les principales caractéristiques signalées sont des problèmes de comportement, une mauvaise utilisation des substances, des symptômes d'anxiété, un refus d'aller à l'école, un échec scolaire ou des symptômes physiques inexplicables, notamment des

douleurs musculo-squelettiques (Egger et al., 1999), qui sont toutes associées de manière significative à la dépression chez les jeunes adultes (Costello et al., 2003). Les directives sur le traitement de la dépression chez les jeunes adultes soulignent la nécessité d'informations adéquates et d'interventions psychosociales fondées sur des données probantes pour le jeune, la famille et les aides-soignants (le *National Institute for Health and Clinical Excellence* [NICE] [Whitty et Eccles, 2004]; l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent [ACPEA] [Birmaher et Brent, 2007]).

Les interventions psychosociales joueront probablement un rôle important pour promouvoir la résilience et prévenir les récurrences en matière de dépression chez les jeunes adultes (Collishaw et al., 2016; Thapar et al., 2012). Comme l'affirment Collishaw et al. (2016), les efforts qui visent à cibler des facteurs de protection isolés chez les jeunes adultes à risque sont probablement insuffisants. Leur étude — qui porte sur la résilience chez les jeunes adultes dont les parents sont atteints d'une dépression — a trouvé que de bons résultats en matière de santé mentale n'étaient généralement atteints que si les jeunes adultes présentaient une combinaison de multiples facteurs de protection au sein de la famille, dans leurs relations avec les pairs et au niveau de la cognition et du comportement. Ces résultats soutiennent l'idée que les interventions multimodales qui s'adressent simultanément à plusieurs systèmes (par ex. la famille, l'école et le jeune lui-même) sont les plus prometteuses pour prévenir la mauvaise santé mentale (Shochet et al., 2001; Weisz et al., 2012).

Au cours des dernières années, on a accordé un plus grand intérêt aux interventions psychopédagogiques, en transmettant plus d'informations aux individus, aux familles et aux aides-soignants sur la santé mentale ou sur un diagnostic précis (y compris ses causes possibles et les symptômes), sur le traitement (y compris les effets secondaires et les risques associés), sur

le pronostic, ainsi que sur la façon de garder les personnes touchées en bonne santé (Bevan Jones et al., 2018; Birmaher et Brent, 2007; Brent et Weersing, 2008; Colom, 2011). Les stratégies suggérées comprennent a) le soutien des parents, b) la reconnaissance et le traitement de la maladie mentale des parents, c) l'éducation des patients sur la dépression (cela peut inclure l'utilisation de brochures éducatives), d) la résolution de problèmes, e) la gestion des conflits récents au sein de la famille ou du groupe de pairs, f) la gestion de la comorbidité et g) la liaison avec les écoles et d'autres organismes, tout en supervisant l'état mental et en utilisant une approche empathique et réfléchie (Goodyer et al., 2007). Des conseils sur la nutrition et l'alimentation, l'exercice physique (45 minutes à une heure trois fois par semaine), l'hygiène du sommeil et la gestion de l'anxiété, ainsi que sur l'auto-assistance guidée et des séances de soutien non-directives sont également recommandés (Lawton et Moghraby, 2016). Une grande partie de la littérature traitant des interventions psychopédagogiques met l'accent sur les personnes souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires et leurs familles/aides-soignants (Bevan Jones et al., 2018; Birmaher et Brent, 2007; Miklowitz et al., 2013), bien qu'il y a un intérêt accru pour la dépression. Les résultats d'une revue systématique récente ont conclu que les interventions psychopédagogiques sont efficaces pour améliorer l'évolution clinique, l'adhésion au traitement et le fonctionnement psychosocial des adultes aux prises avec la dépression (Tursi et al., 2013).

Cependant, aucune étude n'a été publiée concernant les interventions psychopédagogiques pour la prévention et la gestion de la dépression chez les jeunes adultes. Ceci constitue une lacune importante sur le plan des connaissances ; la dépression est plus fréquente que le trouble bipolaire et la schizophrénie (Swartz, 2010) - et la manifestation et la gestion de la dépression sont différentes chez les jeunes adultes comparés aux adultes, et leurs

réactions vis-à-vis les interventions psychopédagogiques pourraient aussi l'être (Bevan Jones et al., 2018). Par exemple, même si les critères de diagnostic de la dépression sont les mêmes pour les jeunes adultes que pour les adultes, le problème principal peut se présenter sous une forme différente (par ex. des problèmes de comportement, un refus d'aller à l'école) (Thapar et al., 2010). De plus, les antidépresseurs de la nouvelle génération contrairement aux anciens, qui ne sont pas efficaces chez cette population (Hazel et Mirzaie, 2002 ; Weller et Weller, 2000) sont associés à un risque de suicide plus élevé chez les jeunes adultes que chez les adultes, ce qui constitue aussi une préoccupation majeure (Bridge et al., 2007).

Objectifs

Cette revue systématique a pour but d'identifier l'efficacité des interventions psychopédagogiques pour la prévention et le traitement de la dépression chez les jeunes adultes de 18 à 30 ans. Cette étude permettra: 1) de faire état de l'efficacité des interventions psychopédagogiques pour prévenir la dépression chez les jeunes adultes et 2) de rapporter si, selon les résultats de la littérature, les interventions psychopédagogiques sont efficaces pour traiter la dépression chez cette clientèle.

Intervention psychopédagogique

L'un des plus importants types de traitement psychologique de la dépression est le programme « Coping with Depression » (CWD). La première version du traitement a été développée à la fin des années 1970 par le professeur Lewinsohn et ses associés. Depuis la publication du manuel (Lewinsohn et al., 1984), de nombreux autres chercheurs et praticiens ont utilisé ce programme pour le traitement de la dépression, la prévention de la dépression et la prévention des rechutes de la dépression dans de nombreux groupes cibles. Le matériel didactique a été traduit en plusieurs langues et le programme est activement utilisé dans de

nombreux pays, notamment aux États-Unis, au Canada, en Allemagne, en Finlande, au Mexique, aux Pays-Bas et au Pérou. Le CWD est aujourd'hui l'un des traitements psychologiques de la dépression le plus répandu dans le monde et l'un des traitements psychologiques de la dépression les mieux étudiés (Cuijpers et al., 2009).

Caractéristiques de l'intervention psychopédagogique

Le CWD est une intervention cognitivo-comportementale pour la dépression qui présente plusieurs caractéristiques spécifiques. L'une des caractéristiques importantes du CWD est l'approche psychopédagogique. Dans le cadre d'un traitement psychopédagogique, le « patient » travaille de manière plus ou moins autonome sur un protocole de traitement psychologique standardisé. Le protocole de traitement psychologique standardisé peut être écrit sous forme de livre, mais il peut aussi être disponible sur d'autres plateformes, tels qu'un ordinateur personnel, un CD-ROM ou une télévision. Les traitements psychopédagogiques peuvent être dispensés sous forme individuelle, en groupe ou sous forme d'auto-assistance guidée. La plupart des interventions utilisent le format de groupe, mais depuis quelques années, Internet est de plus en plus utilisé. L'approche psychopédagogique implique que le thérapeute travaille davantage comme un enseignant que comme un thérapeute, et que le patient est davantage un étudiant qu'un patient traditionnel. Ceci est important du point de vue du « patient », qui garde davantage le contrôle sur la « thérapie » que dans d'autres interventions, car c'est lui qui devient en charge de son propre traitement. De ce fait, le CWD est souvent considéré comme moins stigmatisant que la thérapie traditionnelle.

Une deuxième caractéristique importante du CWD est l'idée de la « boîte à outils ». Cela signifie qu'au cours de la formation, les participants apprennent une série de compétences différentes qui peuvent les aider à faire face à leur dépression et qui correspondent plus ou moins

au modèle théorique du CWD (voir ci-dessous). Les compétences enseignées dans le programme original sont axées sur les compétences sociales, la restructuration des cognitions négatives et l'activation comportementale pour augmenter les événements agréables (« programmation des activités »). Les compétences cognitives comprennent une formation sur l'augmentation des pensées associées à une humeur positive et sur la diminution des pensées associées à une humeur négative, ainsi que des éléments de la thérapie émotionnelle rationnelle (Ellis et Harper, 1976) et de la thérapie cognitive (Beck et al., 1979).

L'approche de l'activation comportementale a été développée par Lewinsohn et ses collègues (Lewinsohn, 1975). Outre ces trois approches dans le CWD original, le contenu du programme peut facilement être adapté aux besoins de la population et aux objectifs de l'intervention. Par exemple, dans le CWD pour les adolescents, des compétences en matière de résolution de conflits ont été ajoutées et le matériel a été réécrit en utilisant un langage plus familier. Dans le CWD pour les personnes âgées (Steinmetz et al., 1987), le matériel a été simplifié.

L'approche de base est similaire pour chaque partie de la formation aux compétences. Tout d'abord, pendant une ou deux semaines, le participant recueille des informations sur le sujet (pensées négatives, événements agréables/désagréables, événements stressants, événements sociaux). Ensuite, il se fixe un objectif quant à ce qu'il veut changer. Il élabore par la suite un plan systématique pour atteindre cet objectif. Enfin, il ou elle commence à travailler avec ce plan, l'améliore et détermine si ce plan atténue la dépression. Une autre caractéristique du CWD est qu'il peut dans certains cas être mené par des professionnels de la santé, autres que des psychologues ou des psychothérapeutes. Dans une première étude menée auprès d'adultes âgés de 75 ans et plus participant au CWD, rien n'indique que les groupes dirigés par 16 thérapeutes

paraprofessionnels formés dans le cadre de l'étude (des personnes ne travaillant pas dans le domaine de la santé mentale, mais dans des centres pour personnes âgées et des maisons de retraite) aient donné de moins bons résultats que les groupes dirigés par 16 autres thérapeutes professionnels (Thompson et al., 1983). Cependant, cela ne signifie pas que chaque version du CWD peut être appliquée par d'autres professionnels de la santé. En effet, la question de savoir si elle peut être appliquée par d'autres professionnels est une question empirique qui devrait être examinée dans chacune des versions spécifiques du CWD. Toutefois, les études qui ont été menées sont encourageantes. De plus, le recours à des paraprofessionnels pour dispenser un traitement aux patients dépressifs pourrait permettre de faire des économies.

Sur le plan théorique, le CWD repose sur la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977) selon laquelle le traitement de la dépression consiste à accroître l'auto-efficacité liée à la gestion de l'humeur, en utilisant des compétences telles que l'augmentation des interactions agréables et la diminution des interactions désagréables entre la personne et son environnement. Le modèle théorique du CWD a été décrit en détail ailleurs (Lewinsohn et al., 1985). Selon ce modèle, la dépression commence lorsque des changements environnementaux, tels que des événements de la vie (par ex. le fait de commencer un nouveau parcours universitaire), perturbent le fonctionnement d'un individu dans des domaines importants du comportement. Les changements environnementaux peuvent créer une vulnérabilité à la dépression lorsqu'ils augmentent les expériences négatives ou diminuent les événements positifs et fortifiants. On s'attend à ce que ces changements aient un impact particulièrement négatif chez les personnes qui présentent des vulnérabilités personnelles à la dépression ou qui ne disposent pas de facteurs de protection contre la dépression, tels qu'un réseau social de soutien ou des capacités d'adaptation efficaces. Lorsque les événements de la vie se produisent en présence de vulnérabilités

personnelles, une étape qui mène vers la dépression est l'augmentation de la conscience de soi : la tendance à se concentrer sur son expérience interne et à s'auto-contrôler et à s'auto-analyser. Le développement des symptômes dépressifs devient alors une spirale descendante dans laquelle la dépression se développe et se dégrade, ce qui sert à son tour d'élément de rétroaction qui entretient le cycle et modifie potentiellement les caractéristiques prédisposantes. Le CWD vise à transformer cette spirale descendante en une spirale ascendante. En se concentrant sur les interactions positives avec l'environnement et en modifiant les cognitions négatives, la dépression s'améliore quelque peu, ce qui incite à son tour la personne déprimée à avoir davantage d'interactions positives avec l'environnement et à penser de manière plus positive. Le CWD est une intervention très flexible qui peut facilement être adaptée et modifiée pour des objectifs et des populations cibles spécifiques, sans changer la structure et les idées de base du CWD. Le CWD peut être utilisé, et l'a été, pour la prévention de la dépression, le traitement des « cas » de dépression et le maintien après un traitement réussi. En outre, le CWD a également été adapté pour être utilisé auprès de nombreux groupes cibles différents, notamment les adolescents, les personnes âgées, les groupes minoritaires, les mères d'enfants souffrant de TDAH et les patients des services de soins primaires. Une grande partie du matériel (manuels, cahiers du participant, fiches de travail, etc.) des différentes versions du programme Coping with Depression est directement disponible sur Internet.

Efficacité de l'intervention psychopédagogique

Quatre études sur les résultats du programme CWD ont été réalisées (Brown et Lewinsohn, 1984 ; Hoberman et al., 1988 ; Steinmetz et al., 1983 ; Teri et Lewinsohn, 1985). La dépression a été évaluée à l'aide d'un questionnaire d'auto-évaluation, le Beck Depression Inventory (BDI ; Beck et al., 1961), et d'une entrevue semi-structurée de deux heures menée

avant le traitement, le Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS ; Endicott et Spitzer, 1978). Une deuxième version plus courte de l'entretien, le Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Change Version (SADS-C ; Spitzer et Endicott, 1978) a été utilisée pour mesurer le changement entre le prétraitement, le post-traitement et le suivi. Brown et Lewinsohn (1984) ont comparé le programme CWD à un groupe témoin sur une liste d'attente, à un tutorat individuel basé sur le programme CWD et à une procédure de contact téléphonique minimal. Leurs résultats montrent que l'amélioration constatée chez les personnes dépressives participant au programme CWD était non seulement importante après le traitement, mais elle s'est maintenue après un mois et six mois de suivi. Les résultats indiquent également qu'il y avait peu de différence d'efficacité entre le traitement de groupe et le traitement individuel. On observe le même type de résultats dans deux autres études (Hoberman et al., 1988 ; Steinmetz et al., 1983). Si les résultats de l'ensemble des études montrent qu'une majorité de personnes déprimées voient leur état s'améliorer à la fin du traitement, il est également vrai qu'environ 20 % des participants étaient toujours déprimés à la fin du traitement. Le format actuel du programme CWD constitue néanmoins une approche thérapeutique viable et rentable pour les patients dépressifs en consultation externe. En outre, une étude pilote a montré que le programme constituait une intervention efficace pour les patients hospitalisés déprimés réfractaires au traitement pharmacologique (Antonuccio et al., 1983).

Manifestations de la dépression chez les adultes et chez les jeunes adultes

Dans une étude qui comparait les symptômes dépressifs chez les adultes et les jeunes adultes, Wight et al., (2004) visaient deux objectifs. Premièrement, évaluer et comparer la présence et la persistance de symptômes dépressifs dans l'état actuel des participants parmi le plus grand échantillon représentatif d'adolescents connu au niveau national (l'étude longitudinale

nationale sur la santé des adolescents [Add Health]) et deux échantillons représentatifs d'adultes au niveau national (la *National Health and Nutrition Examination Survey I* [NHANES] et *l'Americans' Changing Lives Project* [ACL]). Deuxièmement, identifier les facteurs de risque sociodémographiques. Pour ce faire, les symptômes ont été évalués à l'aide de versions modifiées de l'échelle de dépression du Center for Epidemiological Studies (CESD ; Radloff, 1977), qui consiste en 20 symptômes dépressifs rapportés au cours de la semaine précédant l'évaluation (Radloff, 1977). Développé pour être utilisé avec des adultes, le CES-D a été largement utilisé dans des recherches antérieures avec des jeunes adultes (Radloff, 1991), et a une structure dimensionnelle similaire à celle des adultes (Roberts et al., 1990; Roberts et al., 1991). Huit items en commun ont été évalués dans les trois études ('déprimé', 'triste', 'solitaire', 'apprécie la vie', 'heureux', 'n'aime pas les autres', 'manque d'appétit', et 'personnes inamicales'), et seuls ces huit items ont été utilisés dans leur analyse. Les deux items formulés de manière positive ('profiter de la vie' et 'être heureux') ont été notés de manière inversée. L'échelle CES-D à huit items présente une cohérence interne comparable dans toutes les études (Add Health $\alpha = 0,79$, ACL $\alpha = 0,79$, NHANES $\alpha = 0,76$). L'échelle à huit items présente une corrélation très élevée avec les échelles complètes utilisées dans chaque étude (Add Health 16 items, $r = 0,94$; ACL 11 items, $r = 0,95$; NHANES 20 items, $r = 0,91$), ce qui suggère que les huit items sont représentatifs de la construction plus large de la dépression telle que mesurée par les versions plus longues du CES-D.

Présence de symptômes

Add Health

En évaluant la présence de symptômes dépressifs chez les jeunes adultes, les auteurs ont observé une variabilité considérable dans la mesure où ceux-ci sont déclarés présents au cours de

la semaine précédente, allant d'un minimum d'environ un tiers de l'échantillon ('je n'aime pas les autres') à un maximum d'environ deux tiers de l'échantillon (le symptôme inversé 'heureux'). En moyenne, les jeunes adultes ont signalé trois ou quatre des huit symptômes au cours de la semaine précédente. Près de 11,0 % n'ont signalé aucun symptôme, et 4,8 % ont signalé les huit symptômes.

ACL

Par contraste, quand les auteurs ont évalué la présence de symptômes dépressifs chez les adultes de l'échantillon ACL, la présence la plus forte observée était pour le symptôme 'triste' (environ un adulte sur trois), et la plus faible pour le symptôme 'n'aime pas les autres' (environ un sur six). La variation entre les symptômes était moins importante pour ces adultes que pour les jeunes adultes. L'adulte de l'échantillon ACL moyen déclarait avoir eu un peu plus de deux symptômes au cours de la semaine écoulée, soit environ un symptôme (sur huit) de moins que les jeunes adultes. Un sur quatre ne rapportait aucun symptôme et seulement 1,3 % rapportait tous les symptômes. Deux des symptômes (« déprimé » et « solitaire ») étaient signalés présents à des taux similaires par les jeunes adultes et les adultes de l'échantillon ACL. Les six autres étaient plus souvent présents chez les jeunes adultes que chez les adultes de l'échantillon ACL.

NHANES

Enfin, comme pour les adultes de l'échantillon ACL, le symptôme 'détesté par les autres' était le moins souvent présent (environ un adulte sur neuf) chez l'échantillon des adultes NHANES et, comme pour les jeunes adultes, le symptôme noté de manière inversé « heureux » était le plus souvent présent (presque un adulte sur trois). Les adultes de l'enquête NHANES signalaient également la présence de près de deux symptômes au cours de la semaine écoulée,

35,0 % d'entre eux ne présentant aucun symptôme et 2,6 % présentant les huit symptômes. En général, la variation entre les symptômes chez les adultes de l'échantillon NHANES était similaire à celle des adultes de l'échantillon ACL, et inférieure à celle des jeunes adultes. La présence de symptômes était significativement plus faible chez les adultes de l'enquête NHANES que chez les jeunes adultes pour les huit items.

Persistence des symptômes

Add Health

Chez les jeunes adultes, la persistance des symptômes était nettement inférieure à leur présence. Les deux symptômes les moins persistants étaient d'ordre interpersonnel (« les autres ne m'aiment pas » et « les gens ne sont pas aimables »). Le symptôme le plus persistant, 'ne profite pas de la vie', n'apparaissait que rarement, équivalent à moins d'un jeune adulte sur 20. Le nombre moyen de symptômes persistants était assez faible, équivalent à un symptôme tout les cinq jeunes adultes. La plupart des jeunes adultes ne signalaient aucun symptôme persistant (88,0 %) et moins de 1 % signalaient les huit symptômes.

ACL

À l'instar des jeunes adultes, les adultes de l'échantillon ACL déclaraient beaucoup moins de symptômes persistants que présents. La persistance était la plus élevée pour les symptômes « déprimé », « ne profite pas de la vie », « n'est pas heureux » et « manque d'appétit » (5,0 % chacun), et la plus faible pour le symptôme 'antipathique'. Plus des trois quarts des personnes interrogées ne ressentaient aucun des symptômes de manière persistante, et moins de 1,0 % ressentaient les huit symptômes de manière persistante. Les adultes de l'échantillon ACL déclaraient en moyenne plus de symptômes persistants que les jeunes adultes.

NHANES

Parmi les adultes de l'enquête NHANES, la persistance la plus élevée était pour l'item « n'a pas apprécié la vie » et la plus faible pour l'item « n'aime pas les autres ». Quatre-vingts pour cent des adultes de l'enquête NHANES ne présentaient aucun symptôme, et moins de 1,0 % d'entre eux signalaient les huit symptômes. La persistance était significativement plus élevée que celle des jeunes adultes pour trois des huit items. Le décompte des symptômes montrait que les adultes de l'échantillon NHANES étaient similaires aux adultes de l'échantillon ACL, mais que les adultes de l'échantillon NHANES rapportaient plus de symptômes persistants que les jeunes adultes.

Corrélat sociaux des symptômes dépressifs

Présence de symptômes

Chez les jeunes adultes, la présence élevée de symptômes était associée au fait d'être âgé de 15 ans ou plus, d'être une femme, d'appartenir à un groupe ethnique minoritaire et d'avoir un faible revenu familial. Cependant, aucun des coefficients n'était significatif. Des modèles similaires pour l'ethnicité et le revenu familial ont été trouvés pour les adultes de l'échantillon NHANES et les adultes de l'échantillon ACL. Il existait des contingences significatives entre l'âge et le sexe pour les deux échantillons d'adultes. Chez les adultes de l'ACL, les femmes signalaient une diminution de la présence des symptômes avec l'âge, alors que chez les hommes, la présence était stable avec l'âge jusqu'à une légère diminution à la fin de la vie. La différence entre les sexes était plus prononcée chez les jeunes adultes. Chez les femmes de l'enquête NHANES, la présence de symptômes était stable jusqu'à ce qu'elle diminue à partir de 50 ans,

alors que chez les hommes de la même enquête, le déclin avec l'âge était moins marqué. La différence entre les sexes était plus importante chez les adultes d'âge moyen et les jeunes adultes. L'effet du revenu était le plus fort chez les adultes de l'échantillon NHANES et le plus faible chez les jeunes adultes.

Persistance des symptômes

Chez les jeunes adultes, une persistance élevée était associée au fait d'être une femme, à l'appartenance à une minorité ethnique et à un faible revenu familial. Les coefficients pour l'âge n'étaient pas significatifs et il n'y avait pas de contingence significative entre l'âge et le sexe. L'ethnicité avait un effet similaire parmi les adultes de l'échantillon ACL, mais n'était pas significative pour les adultes de l'échantillon NHANES. L'effet du revenu familial était similaire parmi les échantillons d'adultes et un peu plus faible pour les jeunes adultes. Les tendances observées entre l'âge et la persistance des symptômes étaient différentes entre les deux échantillons d'adultes. Chez les adultes de l'échantillon ACL, la persistance augmentait à un âge plus avancé chez les hommes, mais ne variait pas avec l'âge chez les femmes. Chez les adultes de l'échantillon NHANES, la persistance augmentait de manière similaire avec l'âge chez les hommes et les femmes.

Méthode

Précision

Une recherche systématique dans deux grandes bases de données (*MEDLINE Ovid* et *psycINFO*) nous a donné 8,946 résultats. Nous avons estimé que ce nombre était trop élevé. Nous avons donc ajouté la tranche d'âge des participants (18 - 30 ans) à la liste des mots clés. Cet ajout a entraîné la perte de beaucoup d'articles, car, dans la plupart des cas, les articles non éligibles incluaient la tranche d'âge recherchée (18 - 30 ans), mais ne se limite pas à elle (en

effet, la plupart des articles avaient des tranches d'âges très variées). Voici une description du reste du processus méthodologique.

Pour réaliser cette recension systématique, deux bases de données ont été utilisées: *MEDLINE Ovid* et *psycINFO*. Les mots clés *intervention** or *prevent** or *program** or *treatment** AND *depression* or "*major depressive disorder**" AND "*young adult**" or "*emerging adult**" or "*university student**" or *undergraduate** or "*graduate student**" or "*college student**" or "*late adolescen**" ont été utilisés dans les bases de données. La recherche systématique, complétée au début de juillet 2022, s'est attardée aux études réalisées depuis 1946. Seules les études en anglais et en français ont été retenues.

Sélection des études

Les critères d'inclusion utilisés pour la recherche systématique sont les suivants :

1. Études où les participants sont âgés de 18 à 30 ans.
2. Études où les participants ont reçu un diagnostic de trouble dépressif majeur.
3. Études qui incluent l'implémentation d'interventions psychopédagogiques.
4. Études cliniques ou précliniques, les études de cohortes, les essais contrôlés et randomisés et les études expérimentales.

Les critères d'exclusion utilisés pour la recherche systématique sont les suivants :

1. Études où les participants sont âgés de moins de 18 ans ou de plus de 30 ans.
2. Études où les participants sont des jeunes de moins de 18 ans ou des adultes de plus de 30 ans.
3. Études où la dépression était auto-diagnostiquée ou auto-déclarée par les participants.
4. Études où aucune intervention psychopédagogique n'a été implémentée.
5. Études qui examinent le trouble bipolaire ou tout autre trouble que la dépression.

6. Études et articles rédigés en d'autres langues que le français et l'anglais.
7. Les articles de synthèse ont été exclus, mais les revues systématiques ont été retenues pour examiner leurs listes de références.

Extraction et synthèse des données

Un total de 1 309 études a pu être identifié à l'aide des deux bases de données, dont 544 études ont été répertoriées dans *psycINFO* et 765 dans *MEDLINE Ovid*. Ces études ont ensuite été placées dans le programme de gestion de références bibliographiques *EndNote*, ce qui a permis de retirer les doublons: deux titres ont alors été exclus. À la suite de la lecture de tous les titres et résumés, 1 306 études n'ont pas été retenues puisqu'elles toutes ne respectaient pas les critères d'inclusion présentés plus tôt. Seul un numéro spécial du *Psychiatric Rehabilitation Journal* (Davis et al., 2018) était pertinent. Ce numéro spécial contenait 14 articles. À la suite de la lecture de tous les titres et résumés, 12 études n'ont pas été retenues puisqu'elles ne respectaient pas les critères d'inclusion présentés plus tôt. Ainsi, deux études ont été analysées dans leur intégralité afin de s'assurer qu'elles possèdent tous les critères d'inclusion. À la suite de l'analyse complète des textes, les deux études ont été exclues de la revue parce qu'elle ne discute pas spécifiquement de la dépression et ne se concentre pas sur notre population d'intérêt. La figure 1 fournit le processus de sélection des études scientifiques.

Collecte et analyse des données

Si nous avons trouvé des études, nous aurions extrait les données suivantes:

- *Informations générales* : Titre, auteurs, source, statut de publication, date de publication, langue, information sur l'auteur de la revue, date de la révision.
- *Détails de l'étude* : Objectif de l'intervention et de l'étude, conception de l'étude, lieu et détails du cadre de l'étude, méthodes de recrutement des participants, critères

d'inclusion/exclusion, approbation éthique et consentement éclairé, participation des patients.

- *Évaluation de la qualité de l'étude* : Principales caractéristiques de l'allocation, collecte simultanée des données pour les groupes d'intervention et de contrôle ; et pour les séries chronologiques interrompues, nombre de points de données collectés avant et après l'intervention, suivi des participants.
- *Risque de biais* : les données à extraire dépendent de la conception de l'étude.
- *Participants* : Description, emplacement géographique, cadre, nombre de participants sélectionnés, nombre de participants randomisés, nombre de participants ayant terminé l'étude, âge, sexe, origine ethnique, groupe socio-économique et autres caractéristiques de base, test demandé, diagnostic, traitement.
- *Service de santé* : description, emplacement géographique, cadre, âge, sexe, population concernée, cadre médical et contexte clinique des patients.
- *Intervention* : Description de l'intervention et du contrôle, y compris la justification de l'intervention par rapport au contrôle (soins habituels). Exécution de l'intervention, y compris le type d'intervention utilisé. Type d'informations cliniques communiquées. Contenu de l'intervention (par exemple, texte, image). But de la communication (par exemple, obtenir des informations, fournir des informations). Protocoles de communication en place. Qui fournit l'intervention (par exemple, un professionnel de la santé, un membre du personnel administratif). Comment les participants aux interventions sont identifiés. Expéditeur de la première communication (service de santé, professionnel, patient et/ou soignant). Destinataires de la première communication (service de santé, professionnel, patient et/ou soignant). Si la communication invite à une

réponse (contenu, fréquence). Toute co-intervention incluse. Durée de l'intervention.

Qualité de l'intervention. Période de suivi et justification de la période choisie.

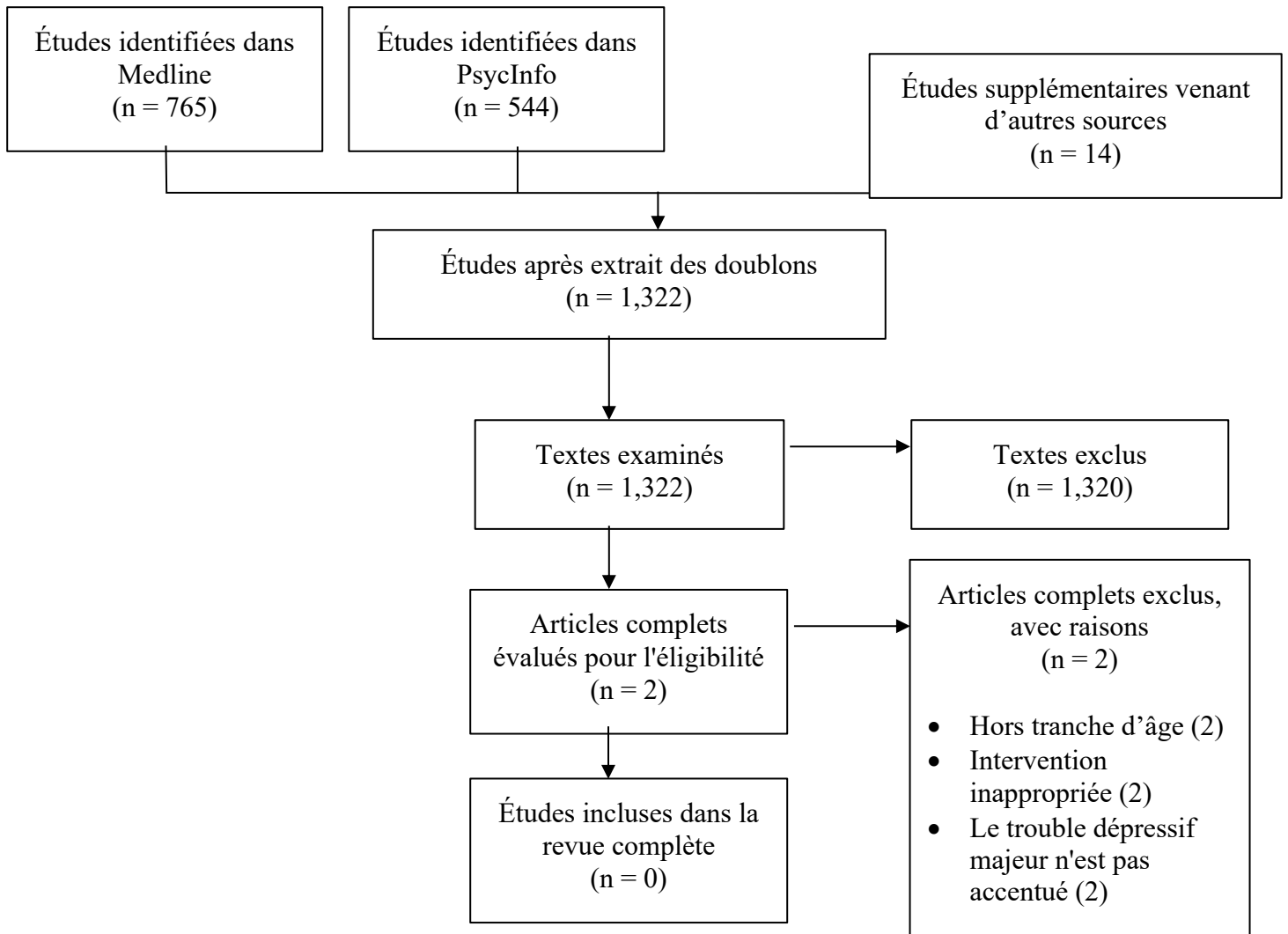
- *Résultats* : résultats principaux et secondaires, méthodes de mesure des résultats, méthodes de suivi, outils utilisés pour mesurer les résultats, validation ou non des résultats.
- *Résultats* : pour les résultats et le moment de l'évaluation des résultats, groupes de contrôle et d'intervention, le cas échéant.

Gestion des données

Le tableau de recension que nous aurions utilisé si nous avions trouvé des études est inclus dans l'annexe 1 et sera utilisé en cas de futures mises à jour de la revue.

Figure 1

Démarche de sélection des études



Résultats

Malgré une démarche exhaustive et rigoureuse, cette revue n'a trouvé aucune étude éligible et aucun résultat à rapporter. Il existe un grand nombre de revues systématiques dont les données sont insuffisantes pour tirer des conclusions pour la pratique clinique, mais qui identifient tout de même un besoin d'études supplémentaires, tout en orientant ces dernières.

Lang et al. (2007) ont bien mis l'accent sur les avantages de publier ce type de revues « vides ». Selon Lang et al. (2007), les revues vides sont importantes, entre autres, pour mettre en évidence les principales lacunes de la recherche et indiquer l'état de la littérature du domaine à un moment précis. Ces revues vides jouent un rôle clé en mettant en évidence les domaines nécessitant des études supplémentaires afin d'orienter les chercheurs, les responsables politiques et les commanditaires de la recherche. Elles orientent également les praticiens et, dans ce cas, les jeunes, leurs familles et leurs communautés, lorsqu'il n'y a pas de preuves solides en faveur (ou contre) une intervention particulière. Étant donné qu'une stratégie de recherche typique produit probablement un ensemble d'études beaucoup plus large que celles qui répondent aux critères d'admissibilité d'une revue systématique - comme cela a été le cas ici - de nouvelles connaissances et de nouvelles idées peuvent être acquises à partir de cet ensemble de travaux "exclus". C'est effectivement le cas pour cette revue systématique. Certaines des études, bien que non éligibles pour l'inclusion dans ce travail, seront abordés pour discuter des implications pour la recherche future.

Travaux lus

Les principaux articles que nous avons lu pour préparer la rédaction de cette revue systématique vide sont les suivants : *Empty Reviews: A Description and Consideration of Cochrane Systematic Reviews with No Included Studies* par Yaffe et al. (2012) et *Email for the coordination of healthcare appointments and attendance reminders* par Atherton et al. (2012).

Résumé des principaux résultats

À la suite de l'examen initial des titres et des résumés de chaque article, un numéro spécial du *Psychiatric Rehabilitation Journal* (Davis et al., 2018) a été retenu pour sa pertinence.

Ce numéro spécial contenait 14 articles. Nous avons examiné les titres et les résumés de 12 articles et nous avons lu deux articles dans leur intégralité.

Les articles de cette section spéciale tentaient de répondre à deux questions interdépendantes : quels sont les besoins, les perceptions et les expériences des personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale lors de la période de transition vers l'âge adulte ? Comment est-ce que certains services peuvent au mieux les soutenir pendant cette période de leur vie ? Les populations ciblées par ces articles sont diverses : a) étudiants bénéficiant d'un soutien scolaire b) jeunes adultes blancs et latinos bénéficiant d'un soutien à l'emploi c) jeunes et jeunes adultes impliqués dans le système judiciaire d) jeunes adultes souffrant de troubles de l'humeur et e) fournisseurs de services pour les jeunes en processus de transition vers l'âge adulte dans de grands centres urbains de santé comportementale. L'accent mis sur divers échantillons souligne certains des progrès réalisés dans ce domaine. En effet, les questions portant sur les services adéquats et les besoins des personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale (lors du passage vers l'âge adulte) sont passées de questions générales à des questions plus spécifiques portant sur des sous-groupes marginalisés. Dans l'ensemble, cette section spéciale avait pour but de fournir aux lecteurs des synthèses de littérature à jour et de nouvelles connaissances, tout en faisant avancer le domaine vers plus de recherche, des services plus efficaces pour ce groupe d'âge et des services qui amélioreront leur rétablissement et leur vie en général.

Contexte actuel sur la langue et la terminologie émergente

Cette section spéciale porte sur la « transition vers l'âge adulte », qui se produit généralement entre 16 et 30 ans, période pendant laquelle la plupart des individus passent d'un état de dépendance à un état d'interdépendance, puis à l'indépendance complète, et pendant

laquelle les changements et les nouvelles compétences acquises au cours du parcours de vie sont consolidés et stabilisés (Institute of Medicine and National Research Council, 2015). Divers termes ont été utilisés pour décrire la totalité ou une partie de cette population. Les termes « adulte émergent » (*emerging adult*) et « jeune adulte » (*young adult*) sont souvent utilisés pour décrire les personnes âgées d'au moins 18 ans, mais qui ont moins de 30 ans. L'expression « jeunes en transition vers l'âge adulte » (*transition-age youth*) s'applique généralement à des groupes d'âge compris entre la mi-adolescence et le début de l'âge adulte. À l'échelle mondiale, le terme « santé mentale des jeunes » est utilisé pour désigner un large groupe d'âge, de 12 à 25 ans (par exemple, McGorry et al., 2013), et constitue la base d'âge de l'Association internationale pour la santé mentale des jeunes (<https://www.iaymh.org/>). Cependant, aux États-Unis, le terme « jeunes » désigne généralement les adolescents de moins de 18 ans. Dans cet éditorial, les auteurs font référence aux individus au cours de la mi-adolescence jusqu'au début de l'âge adulte en tant que *jeunes* et *jeunes adultes*. La transition vers l'âge adulte est la période de développement où de nombreux problèmes de santé mentale font souvent leur apparition (Copeland et al., 2011 ; Goldstein, 1997 ; Kessler et al., 2005). De ce fait, cette section spéciale met l'accent sur les jeunes et les jeunes adultes ayant une expérience vécue des problèmes de santé mentale. Les articles de cette section spéciale portent principalement sur des populations identifiées par les systèmes de services, dont beaucoup ont reçu des diagnostics multiples et sont confrontés à des circonstances de vie sociale et environnementale complexes, telles que la pauvreté, la violence communautaire et interpersonnelle et les traumatismes complexes.

Développements nationaux dans le domaine

En 2011, cette revue a publié un numéro spécial (volume 35) sur la recherche concernant les personnes atteintes de graves problèmes de santé mentale qui effectuent une transition vers

l'âge adulte. À l'époque, la littérature de recherche relative aux interventions auprès des jeunes et des jeunes adultes ayant de graves besoins en santé mentale présentait trois lacunes majeures : (a) un manque de connaissances sur les caractéristiques propres à ce groupe d'âge qui affectent les cibles ou l'efficacité des traitements ou des services, (b) des études sur des interventions spécifiquement destinées à ce groupe d'âge, et (c) des données qui prouvent que les pratiques fondées sur des données probantes élaborées pour d'autres groupes d'âge peuvent être efficaces pour ce groupe d'âge aussi. Au moins un modèle de service majeur avait émergé, le système *Transition to Independence Process (TIP)* (Clark et Hart, 2009), qui étendait de nombreux éléments du modèle de systèmes de soins pour les enfants atteints de graves troubles émotionnels (Stroul et Friedman, 1986) aux jeunes et aux jeunes adultes d'une manière adaptée à leur développement. Pourtant, il n'existait pas de travaux de recherche rigoureux pour démontrer l'efficacité ou la pertinence du modèle TIP. Le numéro spécial de 2011 a présenté certaines des premières recherches visant à combler ces lacunes.

Depuis cette publication, plusieurs avancées majeures ont vu le jour dans le domaine. Le progrès le plus important a sans doute été la mise en place de traitements et de services à composantes multiples pour les personnes, principalement des jeunes et des jeunes adultes, qui vivent leurs premiers épisodes de psychose aux États-Unis. Des modèles similaires étaient apparus en Australie, au Canada et dans des pays européens bien plus tôt (par exemple, Carbone et al., 1999 ; Malla, Norman et al., 2003 ; McGorry, 1993 ; McGorry et al., 2002). Cependant, ces modèles à composantes multiples étaient offerts dans des pays où la médecine est socialisée, ce qui garantissait en grande partie l'accès aux traitements et aux services du modèle. Compte tenu des caractéristiques uniques du système de soins de santé mentale américain, notamment des structures de financement très variées et fragmentées, il était essentiel d'établir un modèle

efficace aux États-Unis. Ce travail a été lancé par le *National Institute of Mental Health* en 2008 dans le cadre du programme *Recovery After Initial Schizophrenia Episode* (RAISE), dont les objectifs étaient de mettre au point une intervention complète et intégrée pouvant être dispensée dans des contextes réels et d'évaluer son impact clinique et sa rentabilité (Kane et al., 2015 ; Mueser et Cook, 2014). Cet essai clinique s'est déroulé dans 34 cliniques réparties dans 21 États. L'âge moyen des 404 participants était de 23 ans. Les résultats généraux ont démontré la capacité globale de l'approche coordonnée en matière de soins spécialisés, qui a résulté à la réduction des symptômes cliniques et à améliorer la qualité de vie de cette population (Kane et al., 2016).

L'essai a produit de nouvelles connaissances fondées sur la recherche sur divers sujets liés à cette population de jeunes et de jeunes adultes, y compris la capacité de son approche « *Supported Education and Employment* » à améliorer les résultats professionnels ou scolaires (Rosenheck et al., 2017), faute de pouvoir réduire le recours aux prestations d'invalidité de la *Social Security Administration* (Rosenheck, Estroff et al., 2017). Il s'agit d'un important corpus de travaux qui établit l'une des rares pratiques fondées sur des preuves pour ce groupe d'âge. Il peut également fournir une base pour examiner l'applicabilité de certaines de ses approches aux personnes de ce groupe d'âge souffrant d'autres problèmes de santé mentale, par exemple la manière dont les familles sont incluses ou la manière dont les soutiens pour trouver un emploi peuvent simultanément inclure des soutiens éducatifs. En outre, les subventions globales de l'état pour la santé mentale exigent, depuis 2014, qu'une partie de ces fonds soit réservée à une intervention précoce. Le montant est passé de 5 % des fonds de subvention globale à 10 % à partir de 2016, et il a été modifié, passant d'une utilisation à des fins d'intervention précoce générale pour se concentrer spécifiquement sur l'intervention précoce en cas de psychose à partir de 2016.

Un autre développement important a été une étude sur la santé et le bien-être des jeunes adultes réalisée par l'Académie nationale de médecine (*Institute of Medicine and National Research Council*, 2015). Le rapport a mis en évidence la prévalence des troubles de santé mentale et d'abus de substances chez les jeunes adultes et a noté la rareté des pratiques fondées sur des données probantes pour traiter ces conditions au sein de ce groupe d'âge. La *National Academy of Medicine* a spécifiquement recommandé que des études soient menées pour augmenter le nombre et la disponibilité de ces pratiques fondées sur des données probantes. Le *National Institute on Disability, Independent Living, and Rehabilitation Research* et la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) ont co-financé deux centres de recherche axés sur les jeunes et les jeunes adultes souffrant de graves problèmes de santé mentale en 2008, puis en 2014. Les centres de recherche et de formation en réadaptation *Pathways to Positive Futures* (<https://pathwaysrtc.pdx.edu/>) et *Learning and Working During the Transition to Adulthood* (<https://www.umassmed.edu/TransitionsACR/research/projects-by-grant/rtc/>), respectivement situés à l'université d'État de Portland et à la faculté de médecine de l'université du Massachusetts, ont produit des interventions de réadaptation (par ex, Ellison et al., 2015 ; Geenen et al., 2015 ; Walker et al., 2017), ainsi que des résultats de recherche en réadaptation axés sur la population, les systèmes et les fournisseurs de services (p. ex., Davis et al., 2018 ; Friesen et al., 2015 ; Walker et Flower, 2016).

Le Centre pour les services de santé mentale au sein de SAMHSA a augmenté le nombre de subventions accordées dans le cadre de ses programmes axés sur la transition vers l'âge adulte, passant de sept subventions financées en 2008, à 17 subventions financées en 2014, avec 10 autres attributions en 2018. Contrairement au programme de 2008, chacun des bénéficiaires des subventions de 2014 et 2018 devait mettre en œuvre des activités de subvention dans au moins

deux communautés. Ces subventions ont permis d'accroître les capacités des systèmes de services et les connaissances sur l'élaboration et la mise en œuvre de programmes pour cette population. Malheureusement, le programme de 2008 n'a fait l'objet d'aucune évaluation nationale et aucune ne sera menée pour les programmes de 2014 ou 2018, ce qui limite le développement de connaissances rigoureuses à leur sujet.

Deux lois fédérales importantes ont été adoptées ou entièrement mises en œuvre depuis 2011 : la loi sur la protection des patients et des soins abordables (PPACA ; P.L. 111-148), et la loi sur l'innovation et les opportunités en matière de main-d'œuvre (WIOA ; PL 113-128). Les principales dispositions de la PPACA sont entrées en vigueur en 2014. Aucune analyse détaillée de l'impact du PPACA sur l'accès aux soins de santé mentale pour les jeunes et les jeunes adultes ayant besoin de soins de santé mentale n'a été publiée. Toutefois, l'enquête nationale sur la consommation de drogues et l'état de santé, menée chaque année par la SAMHSA, n'a révélé aucun changement au niveau des taux d'accès au traitement de la dépression en 2016 chez les jeunes de 16 à 17 ans présentant un épisode dépressif majeur avec déficience grave, par rapport à chaque année de 2006 à 2015 (*Center for Behavioral Health Statistics & Quality*, 2017, tableau 11.6.b). Pendant chaque année, moins de la moitié de ces jeunes ont reçu un traitement quelconque. Cela suggère que le fait de bénéficier d'une couverture médicale est probablement nécessaire, mais pas suffisant pour recevoir les soins de santé mentale requis.

La WIOA a été adoptée en 2014, et les règles administratives ont été publiées en 2016. La WIOA simplifie les programmes liés à la main-d'œuvre du pays, y compris les programmes destinés aux personnes handicapées. Elle est conçue pour fournir des services de haute qualité, continus et fournis de manière transparente aux « jeunes », définis comme des jeunes de 14 à 24 ans, en commençant par l'exploration et l'orientation professionnelles, le soutien au niveau

scolaire et les opportunités de formation professionnelle dans les secteurs et professions en demande, et culminant avec un bon emploi en cours de carrière ou une inscription à des études post-secondaires. La WIOA a établi de nouvelles normes pour soutenir à la fois les étudiants handicapés et les jeunes personnes vulnérables. Elle oblige les agences de réadaptation professionnelle de l'État à fournir des services de transition préalable à l'emploi aux étudiants handicapés, y compris aux étudiants souffrant de graves problèmes de santé mentale, indépendamment de leur statut éducatif spécial. Cela est particulièrement important car moins d'un dixième des enfants souffrant de « troubles émotionnels » modérés à graves sont inscrits dans des services d'éducation spécialisée (Forness et al., 2012). Les services de transition préalable à l'emploi comprennent au minimum des conseils en matière d'exploration professionnelle, des expériences d'apprentissage basées sur le travail, des conseils sur les possibilités d'inscription à des services de transition complets ou à des programmes d'enseignement post-secondaire, et une formation de préparation au travail pour développer les compétences sociales et la capacité de vivre de manière autonome, qui peut inclure un tutorat par les pairs. La WIOA impose également aux agences de réadaptation professionnelle de l'État de consacrer la moitié de leurs budgets d'emploi subventionnés aux jeunes.

Un développement important qui oriente les initiatives des ministères fédéraux est la section 6031 de la 21st Century Cures Act (PL. 114-255), adoptée en décembre 2016, qui a mandaté la création du Comité interministériel de coordination des maladies mentales graves pour aider à coordonner les nombreux programmes fédéraux qui ont des répercussions sur les enfants et les adultes atteints de graves problèmes de santé mentale. Cette loi a chargé le comité de soumettre au Congrès un rapport comprenant divers résumés de l'état actuel des soins de santé

mentale pour les personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale, et de faire des recommandations.

Ce rapport a été soumis au Congrès en décembre 2017 et les recommandations se sont concentrées sur cinq domaines : (a) renforcer la coordination au niveau fédéral pour améliorer les soins ; (b) faciliter l'accès à des soins conformes aux meilleures pratiques fondées sur des données probantes ; (c) combler l'écart entre ce qui fonctionne et ce qui est offert ; (d) augmenter les opportunités de garder les personnes souffrant de maladies mentales graves et de troubles émotionnels graves hors du système de justice pénal/juvenile et d'améliorer la prise en charge des personnes impliquées dans ces mêmes systèmes ; et (e) élaborer des stratégies de financement pour accroître la disponibilité et l'abordabilité des soins.

De toute évidence, la mise en œuvre réussie de ces recommandations bénéficierait aux adolescents et aux jeunes adultes. En outre, ces recommandations visent à supprimer les obstacles (liés à l'âge) qui freinent l'accès des jeunes de 16 à 25 ans aux et à renforcer le dépistage, l'identification précoce et les traitements des troubles en développement chez les jeunes et les jeunes adultes. En outre, il appelle à la mise en œuvre de systèmes de soins efficaces pour les enfants, les jeunes et les jeunes en âge de transition dans tout le pays, notamment les suivants :

- Fournir un soutien solide aux élèves souffrant ou risquant de souffrir de graves problèmes de santé mentale par le biais de l'enseignement spécialisé et des services et soutiens prévus à l'article 504 de la loi sur la réadaptation.
- Développer des politiques et des directives qui exigent la planification de la transition de tous les élèves âgés de 16 à 22 ans qui souffrent de graves problèmes de santé mentale ou vivent un premier épisode de psychose, y compris ceux qui

ne sont pas couverts par les programmes d'éducation spécialisée, afin de s'assurer qu'ils disposent d'un plan centré sur l'élève qui identifie les traitements, les services et des soutiens leur permettant d'atteindre leur meilleure santé mentale et d'assumer avec succès des rôles d'adultes, y compris la réadaptation professionnelle et d'autres options dans le domaine professionnel.

Chacun de ces efforts nationaux a fait avancer le domaine en termes de développement des connaissances qui peuvent améliorer ou améliorent les services et les soutiens aux jeunes et aux jeunes adultes souffrant de graves problèmes de santé mentale, et souligne certains des défis importants qui restent à relever.

Études exclues

Les articles de la section spéciale de ce numéro se concentrent sur les questions d'organisation suivantes afin de combler les lacunes de la base de recherche : (a) que savons-nous des modèles de traitement émergents et efficaces pour les jeunes et les jeunes adultes en âge/période de transition (Davis et al., 2018, p. 266 à 276) ? ; (b) que savons-nous sur les processus par lesquels les jeunes et les jeunes adultes demandent de l'aide et comment ceux-ci varient-ils en fonction de certaines caractéristiques démographiques (par exemple, le sexe, la race ; Narendorf et al., 2018, p. 277 à 289) ? ; et (c) quelles sont les considérations importantes pour les services axés sur le rétablissement communautaire au sein de ce groupe d'âge (Biebel et al., 2018, p. 299 à 301 ; Manuel et al., 2018, p. 258 à 265 ; Torres et al., 2018) ? La recherche dans ce domaine a généré des connaissances considérables depuis le précédent numéro spécial de Davis et ses collègues en 2011. Cet éditorial explique comment les nouvelles études s'appuient sur le domaine et y contribuent depuis lors.

Les articles de cette section spéciale fournissent des données empiriques sur une intervention conçue pour les jeunes et les jeunes adultes souffrant de problèmes de santé mentale ; ils comblent le manque d'informations sur les aspects importants de la vie indépendante qui donnent un sens à la vie de nombreux adultes, à savoir le travail et l'éducation ; et ils fournissent des résultats sur la perception qu'ont les jeunes adultes de leur maladie mentale et sur leur attitude vis-à-vis les services professionnels de santé mentale.

Le premier article de Manuel et ses collègues (2018) a examiné les points de vue du personnel sur les techniques d'engagement et de traitement qui fonctionnent bien pour aider les jeunes et les jeunes adultes en âge de transition à réussir leur transition de l'adolescence au début de l'âge adulte et, dans certains cas, du milieu résidentiel à la communauté. Les thèmes abordés par le personnel travaillant auprès des jeunes et des jeunes adultes en âge de transition correspondent à certaines des questions les plus importantes abordées aujourd'hui, tels que les soins tenant compte des traumatismes, l'importance des prestataires qui ont eux-mêmes bénéficié des services, l'importance de faire participer la famille et d'autres adultes attentionnés, et l'importance des services de navigation actifs. Il comprend des données suggérant que les prestataires qui travaillent actuellement avec des jeunes en âge de transition ont des idées à la fois importantes et innovantes sur la manière d'améliorer les soins, et que leurs idées sont conformes à celles des responsables politiques et d'autres « leaders » dans le domaine.

Le deuxième article, par Davis et al. (2018), porte sur la thérapie multisystémique pour les adultes émergents (MST-EA), une intervention à composantes multiples destinée aux jeunes en transition ayant des problèmes avec la justice. L'objectif principal du programme est de fournir des traitements fondés sur des données probantes aux jeunes, à leur domicile, afin de faciliter leur sens d'autodétermination en ce qui concerne les objectifs du traitement et la

poursuite de leur fonctionnement en tant que jeunes adultes, et l'intégration d'une main-d'œuvre non-professionnelle (par exemple, des « coachs » de carrière). Cette étude a comparé deux approches du MST-EA, l'une au cours de laquelle les participants du MST-EA recevaient des coachs professionnels et l'autre dans laquelle ils bénéficiaient de services de réadaptation professionnelle provenant de l'État. Les participants ont aléatoirement été répartis en groupes, et l'étude a révélé que les entraîneurs (coachs) professionnels intégrés à l'équipe MST-EA produisaient un meilleur fonctionnement professionnel que les services de réadaptation professionnelle publics. L'étude suggère que, compte tenu d'une population très complexe, telle que les adultes émergents atteints de maladies mentales et ayant des démêlés avec le système judiciaire, dont beaucoup souffraient également de troubles concomitants liés à la consommation de substances, il peut être particulièrement important d'intégrer et de coordonner les soutiens professionnels avec les soutiens cliniques et de les fournir à domicile ou dans la communauté. Il est important de noter que cette étude a été réalisée avant la mise en œuvre de la WIOA.

Un ensemble de trois études renforce la base de connaissances permettant de comprendre trois résultats critiques pour les jeunes et les jeunes adultes lorsqu'ils envisagent le rétablissement : (a) la participation aux soins (Narendorf et al., 2018), (b) l'emploi professionnel (Torres Stone et al., 2018) et (c) l'enseignement post-secondaire (Biebel et al., 2018). Ces résultats peuvent être considérés comme des résultats fonctionnels chez les jeunes adultes. Chaque étude met l'accent sur de nouvelles données qui soulignent la pertinence du domaine au 21^e siècle, avec des points de vue d'étudiants qui ont des perspectives émiques sur ce qui est nécessaire pour réussir au cours des études post-secondaires, l'importance de trouver un travail valorisant et ce que cela signifie, et enfin, sur ce que les jeunes adultes pensent des ressources professionnelles pendant leurs parcours de traitement et de rétablissement.

Biebel et ses collègues (2018) se concentrent sur les points de vue des étudiants de niveau post-secondaire en ce qui concerne l'amélioration des résultats scolaires. Leurs résultats suggèrent que les aménagements en salle de classe sont essentiels à la réussite, de même que la pleine conscience (mindfulness), l'accès aux spécialistes et des ateliers sur la gestion du temps. L'étude souligne l'importance cruciale de la voix des jeunes dans la recherche sur la santé mentale des jeunes adultes.

Torres Stone et ses collègues (2018) ont examiné la signification du travail pour les jeunes adultes qui bénéficient d'aides professionnelles pour trouver un emploi. Cette étude a révélé que pour certains jeunes adultes, le travail est essentiel pour mener à la réadaptation aux niveaux psychologiques et sociaux, par exemple vis-à-vis l'estime de soi, la confiance en soi et l'image de soi. Ces deux études confirment le rôle central d'activités de vie significatives et productives, telles que le travail et l'école, pour le bien-être des jeunes et des jeunes adultes atteints de troubles psychiatriques.

Narendorf et ses collègues (2018) ont examiné les points de vue sur la recherche de soutiens en fonction du sexe et de la race. À l'instar des études antérieures, les hommes et les jeunes adultes de couleur avaient tendance à avoir une attitude plus négative à l'égard des services professionnels de santé mentale. Ces résultats soulignent la nécessité de redéfinir le besoin/la demande d'aide comme un signe de force plutôt que de faiblesse ou de vulnérabilité, en particulier pour les jeunes hommes et femmes de couleur. De tels efforts bénéficieront sans aucun doute d'un partenariat avec des jeunes adultes de cette population.

Dans l'ensemble, ces études fournissent certains des résultats les plus récents en matière de services de santé mentale et de réadaptation pour les jeunes et les jeunes adultes (Davis et Munson, 2018). D'autres efforts importants émergent dans des domaines connexes, tels que le

traitement de la santé mentale dans les collèges, le bien-être (wellness), la participation sociale et les interventions assistées par la technologie. Nous pensons que les articles actuels nous permettront de réfléchir à ce qui viendra par la suite. Par exemple, d'autres études sont nécessaires pour tester de nouvelles interventions innovantes et des explorations visant à adapter les interventions qui se sont révélées efficaces pour d'autres groupes d'âge ou pour des groupes d'âge similaires, mais présentant des handicaps différents. Il sera également important de comprendre l'impact de la WIOA, l'écart entre la couverture des soins de santé (PPACA) et la réception de services de santé mentale, et ce qui fonctionne et ne fonctionne pas dans les services mis en œuvre dans le cadre des programmes pour les jeunes en période de transition (vers l'âge adulte) de la SAMHSA. En fin de compte, nous espérons que la recherche nous permettra de progresser vers des stratégies, des traitements et des services qui soutiennent efficacement le rétablissement des jeunes et des jeunes adultes atteints de graves problèmes de santé mentale, ainsi que la mise en œuvre et l'accessibilité à grande échelle de ces interventions

Tableau 1*Caractéristiques des études exclues (avec les raisons de l'exclusion)*

Auteurs	Pays d'origine	Titre de l'étude	Objectif(s) de l'étude	Motif de l'exclusion
Biebel et al. (2018)	États-Unis	Postsecondary students with psychiatric disabilities identify core services and key ingredients to supporting education goals.	Cette étude exploratoire met en lumière les expériences des personnes souffrant d'un handicap psychiatrique qui participent à des initiatives de soutien scolaire post-secondaire.	Aucune intervention psychopédagogique. Participants hors de la tranche d'âge recherchée.
Bryce et al. (2018)	Australie	Understanding the lived experience of cognitive remediation in schizophrenia: A qualitative comparison with an active control.	Cette étude visait à explorer de manière qualitative comment les personnes atteintes de schizophrénie ont vécu la participation à des interventions de remédiation cognitive (RC) ou de jeux vidéos (JV), assistées par ordinateur, dans un cadre de groupe.	L'étude porte sur la schizophrénie et non le trouble dépressif majeur.
Davis et al. (2018)	États-Unis	Youth and young adult mental health: Interventions, services, systems, and rehabilitation.	Introduire ce numéro spécial.	Ceci était une introduction et non une étude.
Davis et al. (2018)	États-Unis	Vocational coaches for justice-involved emerging adults.	Le but de cette étude était de déterminer si le soutien professionnel apporté aux adultes émergents souffrant de graves	L'étude ne porte pas sur des interventions psychopédagogiques ou sur le trouble dépressif majeur.

			problèmes de santé mentale et présentant un risque élevé de nouvelle arrestation est plus efficacement fourni dans le cadre de la thérapie multisystémique pour adultes émergents (MST-EA) par l'intermédiaire de coaches MST-EA ou par le biais de recommandations aux services publics de réadaptation professionnelle.
Huck et al. (2018)	États-Unis	Consumer perspectives on physical activity interventions within assertive community treatment programs.	Le but de cette étude était d'identifier des stratégies visant à encourager de plus grands niveaux d'activité physique chez les personnes vivant dans la communauté et souffrant de maladies mentales graves et participant à un traitement communautaire assertif (ACT).
Karambelas et al. (2018)	Australie	The contribution of employment duration to 18-month neurocognitive outcomes in first-episode psychosis.	L'objectif de cette étude exploratoire était d'examiner si la durée d'emploi sur 18 mois est associée aux résultats neurocognitifs observés après 18 mois chez les personnes victimes d'un premier épisode de psychose.
LePage et al. (2018)	États-Unis	The association between time incarcerated and the search for employment in a veteran sample with substance use disorders.	Cette étude avait pour but de déterminer comment le temps passé en incarcération au cours des 10 dernières années est associé à des résultats négatifs au cours du processus de recherche d'emploi.
			Participants hors de la tranche d'âge recherchée.
			L'étude porte sur la schizophrénie et non le trouble dépressif majeur.
			L'étude ne porte pas sur le trouble dépressif majeur.

Manuel et al. (2018)	États-Unis	Aging out or continuing on? Exploring strategies to prepare marginalized youth for a transition to recovery in adulthood.	Cette étude visait à améliorer notre compréhension de la meilleure façon d'aider les jeunes marginalisés au cours de leur transition vers l'âge adulte, et de leur fournir des services qui les aident à atteindre l'indépendance au sein des systèmes de soins publics actuels.	Participants hors de la tranche d'âge recherchée.
Narendorf et al. (2018)	États-Unis	Race and gender differences in attitudes toward help seeking among marginalized young adults with mood disorders: A mixed-methods investigation.	Les différences liées à la race et au sexe lorsqu'il s'agit de demander de l'aide sont bien établies ; cependant, les raisons de ces différences sont moins claires. Cette étude a examiné les différences de race et de genre pour deux facteurs potentiels — les perceptions de la maladie et les attitudes envers le traitement — au sein d'un échantillon de jeunes adultes marginalisés.	L'étude ne porte pas spécifiquement sur le trouble dépressif majeur.
O'Connor et al. (2018)	États-Unis	Student veterans with posttraumatic stress symptoms: Perceived preferences for on-campus psychoeducation.	Cette enquête visait à mieux comprendre les obstacles perçus à la réussite scolaire et les préférences des participants dans le cadre d'un cours psychosocial spécifique aux anciens combattants/vétérans qui présentent des symptômes de stress post-traumatique (SPT).	L'étude ne porte pas sur le trouble dépressif majeur.

Petty et Aubry. (2018)	Canada	Tobacco use and smoking behaviors of individuals with a serious mental illness.	Le but de cette étude était de déterminer la prévalence du tabagisme et les comportements généraux liés au tabagisme au sein d'un échantillon de personnes atteintes d'une maladie mentale grave qui étaient sans abri (ou logées de manière précaire) et bénéficiaient de services de santé mentale communautaires.	L'étude ne porte pas sur le trouble dépressif majeur.
Swildens et al. (2018)	Pays-Bas	Functional recovery of individuals with serious mental illnesses: Development and testing of a new short instrument for routine outcome monitoring.	Cet article décrit le développement et les tests de l'outil Functional Recovery (outil FR), un instrument court permettant d'évaluer le rétablissement fonctionnel lors d'un suivi de routine chez des personnes atteintes de maladies mentales graves.	L'étude ne porte pas sur des interventions psychopédagogiques ou sur le trouble dépressif majeur.
Tan et Fernandez. (2018)	Malaisie	Examining the reliability and factor structure of the Malay version of the Recovery Self-Assessment in a sample of individuals with schizophrenia.	Le but de cette étude était d'examiner la fiabilité et la structure factorielle de la version malaise de l'auto-évaluation du rétablissement (RSA-PIRV-M) au sein d'un échantillon psychiatrique.	L'étude porte sur la schizophrénie et non le trouble dépressif majeur.
Torres Stone et al. (2018)	États-Unis	The meaning of work for young adults diagnosed with serious mental health conditions.	Cette étude explore l'importance économique, sociale et psychologique du travail pour les jeunes adultes atteints de troubles psychiatriques.	L'étude ne porte pas sur des interventions psychopédagogiques ou sur le trouble dépressif majeur.

Discussion

Les études identifiées dans le cadre de cette revue n'ont pas apporté de preuves sur l'impact des interventions psychopédagogiques sur la santé mentale des jeunes adultes qui souffrent de dépression. Cependant, un manque de preuves n'indique pas un manque d'effet. Il n'existe aucune preuve concluante qui indique si l'impact des interventions sur ces jeunes est positif, négatif ou neutre. Seules des conclusions limitées peuvent être tirées à partir de données limitées. Tout de même, de nouvelles données suggèrent que les interventions psychopédagogiques, dans le cadre de stratégies plus larges d'intervention auprès des jeunes, ont le potentiel d'avoir un impact sur la vie de cette population (par exemple, Bevan Jones et al., 2018), mais comme le montre cette revue, aucune étude n'était suffisamment pertinente pour être incluse dans une revue systématique, et les études identifiées ne répondaient pas aux critères d'éligibilité pour confirmer les allégations concernant l'impact des interventions (psychopédagogiques ou autres) auprès des jeunes. Cependant, certaines de ces études, bien que non éligibles à l'inclusion, contiennent des informations utiles ayant des implications pour d'éventuelles recherches. Les thèmes dérivés des discussions de ces études seront mis en évidence au cours de cette section.

Qualité des résultats

La recherche pour cette revue a été effectuée en juillet 2022. Le temps qui s'est écoulé entre la date de la recherche et la rédaction de cette thèse signifie qu'il est peu probable que des études pertinentes aient été publiées entre temps. Néanmoins, nous envisageons la possibilité de mettre à jour la revue dans un avenir proche.

Défis dans la conceptualisation de la dépression chez les jeunes

La différence entre la manière dont la dépression se manifeste chez les adultes et les jeunes adultes est une des raisons qui peut expliquer le manque de résultats. En effet, la revue systématique de Tursi et al. (2013) affirme que les interventions psychopédagogiques sont efficaces pour améliorer l'évolution clinique, l'adhésion au traitement et le fonctionnement psychosocial des adultes aux prises avec la dépression. Cependant, nous savons également que la dépression a tendance à se manifester et à être gérée de manière différente chez les jeunes adultes (Bevan Jones et al., 2018). De ce fait, il est aussi possible que les jeunes adultes soient différemment affectés par les interventions psychopédagogiques. Donc, il est difficile de tirer des conclusions concrètes sans études pertinentes qui portent sur des jeunes adultes qui reçoivent des interventions spécifiques à leur groupe d'âge. De plus, dû à la façon dont la dépression se manifeste chez les jeunes adultes, il est possible qu'elle passe inaperçue. Effectivement, dans beaucoup de cas, la dépression s'apparente à des problèmes de comportement ou à d'autres défis de cette période de développement chez les jeunes. Par exemple, chez les jeunes adultes, la dépression peut se manifester par un refus d'aller à l'école, un échec scolaire, des symptômes d'anxiété, l'abus de substances, ou des symptômes physiques inexplicables (Egger et al., 1999). Si la dépression passe inaperçue chez ce groupe d'âge, il est possible que cela rende difficile l'identification et le recrutement de ces jeunes adultes pour participer à des études pertinentes. À l'avenir, la littérature bénéficiera de plus de travaux qui s'interrogent sur la façon unique dont la dépression se présente chez les jeunes adultes.

Il existe des divergences entre les tranches d'âges qui constituent un adulte et un jeune adulte. En effet, selon l'Association internationale pour la santé mentale des jeunes, un jeune ou un jeune adulte a entre 12 et 25 ans. Plus récemment, on a commencé à caractériser la tranche

d'âge entre 18 et 29 ans de jeunesse émergente, une période de développement distincte entre l'adolescence et l'âge adulte à part entière. (Tanner et Arnett, 2016). Cependant, même si la définition d'un adulte dépend des contextes socioculturels, dans plusieurs parties de l'Amérique du Nord et dans la plupart des cas, un « adulte » est toute personne qui a 18 ans ou plus (Columbro, 1961). Il est donc possible que, dans beaucoup de cas, ces « jeunes » répondent à des publicités/soient recrutés pour participer à des études conçues pour les populations adultes, alors qu'il pourrait être plus pertinent de bénéficier d'interventions spécifiquement conçues pour leur tranche d'âge. Ceci pourrait aussi expliquer le manque de résultats pertinents pour les revues comme la nôtre ; les études qui s'interrogent sur les interventions pour la dépression chez les populations adultes ont tendance à avoir une large tranche d'âge, ce qui les rend non éligibles à l'inclusion pour les travaux qui s'interrogent sur les jeunes adultes de 18 à 30 ans, comme dans le cas de cette revue. À l'avenir, ce domaine de recherche bénéficierait d'un nombre accru d'études portant spécifiquement sur les jeunes de 18 à 30 ans aux prises avec la dépression.

Variation des types d'intervention

Il y a un manque de consensus au niveau de la terminologie entre les interventions psychopédagogiques et les interventions psychosociales ; même s'il est vrai que la terminologie des articles publiés varie, les termes utilisés pour désigner ces interventions à composantes multiples sont utilisés de manière interchangeable par la plupart des auteurs (Mulligan et Newman, 2003). De surcroît, comme le souligne Colom (2011), de nombreux professionnels de la santé affirment avoir recours à la psychopédagogie/éducation alors qu'ils informent simplement leurs patients sur la maladie ou leur donnent des indications générales sur la prévention et la gestion des crises. La psychopédagogie va bien au-delà de ces normes minimales

de bonne pratique médicale. Il est donc important que les cliniciens, les chercheurs, et/ou d'autres professionnels de la santé collaborent ensemble afin d'arriver à un consensus concernant la différenciation entre les interventions psychosociales, les interventions psychopédagogiques, (et autres types d'interventions similaires), ainsi que sur ce que celles-ci constituent/impliquent concrètement.

L'importance des relations interpersonnelles

L'étude de Manuel et al. (2018) met l'accent sur l'importance d'impliquer la famille et d'autres adultes bienveillants. En effet, une ressource importante pour les adultes émergents est la présence consistante de relations de soutien (Munson et al., 2015), une constatation qui est également ressortie de l'étude de Manuel et al. (2018). Les intervenants ont décrit l'importance d'impliquer la famille dans leurs plans de traitement, par exemple en organisant des groupes de soutien spécialisés et des événements pour impliquer la famille dans la planification du traitement. Malgré les avantages de faire participer la famille et les aides-soignants au traitement, les intervenants ont souligné la difficulté de le faire, en particulier lorsque les relations entre la famille et le jeune sont tendues. Des études menées antérieurement suggèrent que de nombreux « jeunes du système » ont un long historique de soutien irrégulier et éprouvent un sentiment de méfiance vis-à-vis leurs relations avec les aides-soignants (Samuels, 2008), ce qui rend difficile le rétablissement de ces liens.

La valeur de la participation des jeunes

L'étude de Manuel et al. (2018) a également trouvé qu'un thème récurrent chez les intervenants était l'importance pour les jeunes d'être responsable de leur propre traitement, ce qui a été confirmé par des études antérieures portant sur les jeunes adultes émergents (Walker et al., 2013). Un intervenant a décrit la situation comme suit :

- [les jeunes] avaient souvent quelqu'un qui leur indiquait la voie à suivre, et maintenant, ils doivent avoir une meilleure idée de ce qui se passe et être davantage impliqués. Je pense que nous ne les laissons pas toujours choisir tout ce qui va se dérouler par la suite, mais que nous en sommes plus conscients maintenant. Nous avons vraiment besoin que ce soit une initiative qui vienne de leur part (en vue de leur avenir), où ils puissent avoir leur mot à dire sur ce qui va se dérouler, ce dont ils ont besoin et ce qu'ils souhaitent.

La participation des jeunes adultes émergents à la prise de décisions relatives au traitement a également permis aux jeunes de faire davantage confiance aux intervenants, une stratégie qu'un intervenant a décrite comme « ouvrir la porte (opening the door) ». Il peut y avoir des tensions entre ce dont les intervenants pensent que le jeune a besoin et ce que le jeune pense avoir besoin et vouloir du traitement :

- Il s'agit vraiment de les écouter et de ne pas vouloir ce que nous voulons pour eux, mais d'être plus ouverts à ce qu'ils veulent pour eux-mêmes. Tu sais, ce n'est pas toujours aussi simple. Je pense qu'on doit se remettre en question très souvent.

Les données ont fait ressortir plusieurs caractéristiques communes chez les intervenants qui encouragent les jeunes à prendre des décisions concernant leur traitement, dont l'authenticité, se montrer compréhensif, l'absence de jugement, la flexibilité, l'ouverture d'esprit et la capacité d'écoute.

Différences basées sur le genre

À l'instar des modèles adultes, la détresse émotionnelle des jeunes adultes n'est pas répartie de manière égale dans la société (Garrison et al., 1989 ; Kessler et Zhao, 1999 ; Lewinsohn et al., 1994 ; McLeod, 2013 ; Roberts et Sobhan, 1992 ; Siegel et al., 1998 ; Yu et Williams, 1999). Les

travaux les plus rigoureux concernent le genre: les études cliniques et communautaires montrent la présence de plus de symptômes de dépression chez les filles que chez les garçons au milieu de l'adolescence (Cyranowski et al., 2000 ; Nolen-Hoeksema et Girgus, 1994 ; Nolen-Hoeksema, 2001 ; Petersen et al., 1993 ; Resnick et al., 1997). Il serait donc important que les études futures tiennent compte de ces différences lorsqu'elles se penchent sur le problème des jeunes adultes aux prises avec la dépression.

Différences en fonction de l'origine ethnique

L'étude de Narendorf et al. (2018) met en lumière le fait que, parmi les populations de jeunes adultes, les jeunes de couleur sont moins susceptibles de solliciter de l'aide en cas de maladie mentale. À cet égard, une étude de Wight et al. (2004) a trouvé que chez les jeunes adultes, une persistance élevée des symptômes dépressifs est associée au fait d'être une femme, d'appartenir à une minorité ethnique et d'avoir un faible revenu familial. Ce faisant, il est nécessaire de redéfinir l'action/le fait de demander de l'aide comme un signe de force plutôt que de faiblesse ou de vulnérabilité, en particulier pour les jeunes hommes et femmes de couleur (Donovan et West, 2015).

Conclusion

Compte tenu des paramètres de la revue systématique, on ne doit pas s'attendre à ce qu'elle fournisse toutes les informations nécessaires concernant l'impact des interventions psychopédagogiques auprès de jeunes adultes qui ont reçu un diagnostic de trouble dépressif majeur. L'objectif de ce projet de recherche était d'examiner de façon systématique les données de recherche disponibles sur l'impact et les résultats des interventions psychopédagogiques pour les jeunes qui souffrent de dépression et d'explorer la question qui a donné lieu à cette revue : « les interventions psychopédagogiques sont-elles efficaces pour prévenir et traiter la dépression

chez les jeunes adultes de 18 à 30 ans ? » La réponse à cette question est limitée par le manque de données pertinentes. Les résultats de cette revue systématique vide indiquent qu'il y a un manque de données de recherche sur l'impact des interventions psychopédagogiques pour les jeunes atteints de dépression, et lorsque la race et le statut socio-économique sont pris en compte, nous avons remarqué un manque de nuance vis-à-vis les données rapportées - et un manque encore plus prononcé de données pertinentes. Tel que mentionné auparavant, le manque actuel de données pertinentes n'est pas une indication du manque d'effet, et il y a un besoin clair pour plus d'études qui se concentrent spécifiquement sur les jeunes adultes âgés de 18 à 30 ans. Nous sommes d'avis que les chercheurs doivent être encouragés à créer des données probantes fondées sur la pratique concernant l'impact des interventions psychopédagogiques pour les jeunes qui souffrent de dépression.

Implications pour les politiques et les pratiques

Afin d'orienter les initiatives politiques susceptibles d'améliorer la qualité de vie de la jeune personne, les organismes de financement (et le secteur de la jeunesse au sens plus large) devront s'engager à produire un ensemble de données de recherche solides en finançant les secteurs de recherche pertinents. Tel que mentionné auparavant, la littérature montre que les interventions psychopédagogiques sont utiles et efficaces (Tursi et al., 2013), mais la plupart d'entre elles ont été implémentées au sein de populations qui souffrent de schizophrénie et de troubles bipolaires (Bevan Jones et al., 2018; Birmaher et Brent, 2007; Miklowitz et al., 2013) ; il y a un manque de données vis-à-vis les jeunes adultes aux prises avec la dépression. De plus, chez cette population, bénéficier d'une couverture médicale ne garantit pas l'accès aux soins de santé mentale requis. De plus, impliquer les jeunes adultes dans des programmes de prévention et d'intervention précoce est un défi pour les services de santé et autres services sociaux (Thapar

et al., 2010). Ainsi, en plus du besoin accru de financement, des initiatives devraient être mises en place pour encourager les chercheurs sur la dépression à se concentrer sur les jeunes adultes de cette tranche d'âge. Paradoxalement, il se peut que la dépression passe inaperçue en raison de la façon dont elle se manifeste chez les jeunes adultes (par exemple, des problèmes de comportement à l'école ; Egger et al., 1999), et que les larges tranches d'âge des participants aux études pertinentes obscurcissent davantage les résultats. Les professionnels de la santé devraient être encouragés à participer à des recherches de qualité qui permettent d'identifier et de transmettre des informations claires sur ce qu'est la dépression chez les jeunes adultes et sur la façon dont celle-ci se manifeste dans leur comportement ; ceci peut aider à définir l'efficacité des interventions psychopédagogiques pour les jeunes et contribuer à nos connaissances (en constante évolution) sur la pratique en général.

Aucune recommandation ne peut être faite pour la pratique étant donné l'absence actuelle de données qui prouvent les avantages (ou les désavantages) associés aux interventions psychopédagogiques chez les jeunes adultes. Ce fait est regrettable, étant donné que les adolescents plus âgés présentent plus de symptômes dépressifs que les adultes et une persistance des symptômes comparable, ce qui suggère que ces jeunes adultes sont peut-être les plus à risque de souffrir de dépression (Wight et al., 2004). Ce risque peut être particulièrement prononcé chez les jeunes adultes issus de minorités ethniques défavorisées sur le plan économique. De plus, les professionnels de la santé doivent envisager des méthodes de travail plus efficaces pour répondre aux besoins accrus en matière de santé mentale, à la suite d'une pandémie mondiale (Plax, 2021). Face à des demandes toujours plus nombreuses, la dissémination d'interventions psychopédagogiques auprès de la population générale apporterait un avantage évident dans la prise en charge de la dépression chez les jeunes adultes.

Implications pour le secteur de l'éducation

L'avantage des interventions psychopédagogiques est qu'elles peuvent être administrées par des professionnels de la santé autres que des psychologues ou des psychothérapeutes (cependant, cela ne signifie pas que chaque version du matériel peut être appliquée par d'autres professionnels de la santé) — et, tel que mentionné dans l'introduction, une première étude menée auprès d'adultes âgés de 75 ans et plus qui participaient à une intervention (le programme CWD), a trouvé que les groupes dirigés par 16 thérapeutes paraprofessionnels formés dans le cadre de l'étude (des personnes ne travaillant pas dans le domaine de la santé mentale, mais dans des centres pour personnes âgées et des maisons de retraite) n'avaient pas donné de moins bons résultats que les groupes dirigés par 16 autres thérapeutes professionnels (Thompson et al., 1983). De ce fait, il pourrait s'avérer intéressant de former une multitude de professionnels de la santé afin d'accroître l'accès à ces services. En outre, les enseignants scolaires et universitaires pourraient également être formés, ou du moins, avoir à suivre un atelier pour reconnaître les symptômes de cette pathologie chez leurs étudiants. Cette initiative est particulièrement importante, car, comme le prouve le numéro spécial abordé au cours de cette revue, beaucoup de ces jeunes adultes qui souffrent de maladies mentales graves souhaitent poursuivre des études post-secondaires ou trouver un bon emploi (Biebel et al., 2018 ; Torres Stone et al., 2018). Cette initiative pourrait aider au dépistage précoce et à la réorientation du jeune adulte vers des ressources qui lui seront utiles - surtout dans le cas d'individus issus de milieux défavorisés ou plus à risque de se retrouver dans le système pénal. Enfin, ces approches pourraient également être intégrées au curriculum scolaire. En effet, plusieurs études prouvent que les programmes de prévention améliorent les connaissances sur la dépression et promeuvent une tendance à demander de l'aide (Beaudry et al., 2019; Muñoz et al., 2012) ; de telles interventions, qui

accélèrent l'accès initial au traitement, sont susceptibles de réduire le fardeau et les risques liés aux troubles mentaux non traités (Davidson et al., 1999) tout en réduisant la charge sur le système de santé.

Implications pour la recherche

Cette revue met en évidence la nécessité de mener des études expérimentales qui évaluent les effets des interventions psychopédagogiques sur le traitement et la gestion de la dépression chez les jeunes adultes. Les futurs essais devront être rigoureux dans leur conception et leur mise en œuvre, et les rapports devront inclure des descriptions de haute qualité de tous les aspects de la méthodologie afin de permettre l'évaluation et l'interprétation des résultats. Sur la base de nos observations lors de la réalisation de la recherche pour cette revue, nous recommandons de futures études qui : a) intègrent la voix des jeunes souffrant de graves troubles de l'humeur (Biebel et al., 2018) ; b) impliquent les membres de la famille et d'autres adultes attentionnés (Manuel et al., 2018) ; c) tiennent compte de la race et du statut socio-économique (Narendorf et al., 2018) ; d) examinent la manière dont la dépression affecte les jeunes différemment selon le genre (Narendorf et al., 2018) et ; e) tiennent compte de la manière particulière dont la dépression se manifeste chez les jeunes adultes (Wight et al., 2004).

En outre, les chercheurs et les travaux futurs devraient faire l'effort de parvenir à un consensus et de définir clairement ce que constitue une intervention psychopédagogique, et en quoi celle-ci diffère des interventions psychosociales.

Les travaux futurs devraient inclure la définition de la « psychopédagogie » dans les directives internationales, afin de remédier au problème de catégorisation évoqué par Colom (2011). Cela permettrait non seulement de faciliter les recherches futures (y compris les revues) dans le domaine, mais également de contribuer à clarifier pour les individus, les

familles/soignants et les professionnels ce que les interventions psychopédagogiques peuvent impliquer, comment elles peuvent les aider, et comment elles se comparent à d'autres approches.

Des études supplémentaires sont également nécessaires pour comprendre comment personnaliser les renseignements et la conception et intégrer des approches multimodales, étant donné la diversité des expériences vécues en matière de dépression chez les jeunes adultes. Les programmes doivent aussi s'adapter à un large éventail d'âges, d'origines ethniques et de capacités intellectuelles, en particulier lorsque les niveaux de motivation et de concentration sont réduits pendant les épisodes dépressifs. Des études futures pourraient explorer la manière dont les interventions psychopédagogiques pourraient être intégrées dans la vie quotidienne des jeunes et de leurs familles/aides-soignants, ainsi qu'au sein des services de santé, sociaux, scolaires et pour la jeunesse.

Limites

Les limites méthodologiques de cette revue doivent être prises en compte. Tout d'abord, nous avons limité notre recherche à deux bases de données et utilisé un petit ensemble de mots clés, ce qui signifie que nous avons peut-être manqué certaines études pertinentes.

Deuxièmement, la revue n'a trouvé aucun article éligible, ce qui limite la confiance avec laquelle les « résultats » sont applicables à la population générale de jeunes adultes. Troisièmement, tous les résultats documentés provenaient d'articles publiés, ce qui peut également refléter (en partie) un biais de publication, entraînant une surestimation de la force des associations rapportées.

Enfin, nous n'avons pas tenu compte des différences entre la race, le statut socio-économique et le genre, ni de la manière dont les communautés marginalisées sont particulièrement touchées.

Références

- Antonuccio, D. O., Akins, W. T., Chatham, P. M., Monagin, J. A., Tearnan, B. H. et Ziegler, B. L. (1984). An exploratory study : The psychoeducational group treatment of drug-refractory unipolar depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15(4), 309-313. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(84\)90094-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(84)90094-6)
- Antonuccio, D. O., Davis, C., Lewinsohn, P. M. et Breckenridge, J. S. (1987). Therapist variables related to cohesiveness in a group treatment for depression. *Small Group Behavior*, 18(4), 557-564. <https://doi.org/10.1177/104649648701800409>
- Arnett, J. J. (2007). Emerging adulthood : What is it, and what is it good for? *Child Development Perspectives*, 1(2), 68-73. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x>
- Atherton, H., Sawmynaden, P., Meyer, B. et Car, J. (2012). Email for the coordination of healthcare appointments and attendance reminders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007981.pub2>
- Beaudry, M. B., Swartz, K., Miller, L., Schweizer, B., Glazer, K. et Wilcox, H. (2019). Effectiveness of the adolescent depression awareness program (ADAP) on depression literacy and mental health treatment. *Journal of School Health*, 89(3), 165-172. <https://doi.org/10.1111/josh.12725>
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. et Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

- Bevan Jones, R., Thapar, A., Stone, Z., Thapar, A., Jones, I., Smith, D. et Simpson, S. (2018). Psychoeducational interventions in adolescent depression : a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 101(5), 804-816. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.015>
- Biebel, K., Mizrahi, R. et Ringeisen, H. (2018). Postsecondary students with psychiatric disabilities identify core services and key ingredients to supporting education goals. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41, 299-301. <https://doi.org/10.1037/prj0000280>
- Birmaher, B. et Brent, D. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503-1526. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318145ae1c>
- Bonnie, R., Stroud, C. et Breiner, H. (2015). *Investing in the health and well-being of young adults*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/18869>
- Breckenridge, J. S., Zeiss, A. M. et Thompson, L. W. (1987). The life satisfaction course : An intervention for the elderly. Dans *Depression prevention : Research directions* (p. 185-196). Hemisphere Publishing Corp.
- Brent, D. et Maalouf, F. (2015). Depressive disorders in childhood and adolescence. Dans *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (p. 874-892). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118381953.ch63>
- Bridge, J. A., Iyengar, S., Salary, C. B., Barbe, R. P., Birmaher, B., Pincus, H. A., Ren, L. et Brent, D. A. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment. A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*, 297(15), 1683-1696. <https://doi.org/10.1001/jama.297.15.1683>

- Brown, R. A. et Lewinsohn, P. M. (1984). A psychoeducational approach to the treatment of depression : Comparison of group, individual, and minimal contact procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 774-783. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.52.5.774>
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2018). 2017 national survey on drug use and health : Detailed tables. *Substance abuse and mental health services administration*.
- Cicchetti, D. et Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53(2), 221. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.2.221>
- Collishaw, S., Hammerton, G., Mahedy, L., Sellers, R., Owen, M. J., Craddock, N., Thapar, A. K., Harold, G. T., Rice, F. et Thapar, A. (2016). Mental health resilience in the adolescent offspring of parents with depression : A prospective longitudinal study. *The Lancet Psychiatry*, 3(1), 49-57. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00358-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00358-2)
- Colom, F. (2011). Keeping therapies simple : Psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 198(5), 338-340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.090209>
- Columbro, E. J. (1961). Evidence in cuyahoga county juvenile court (a symposium). *Cleveland-Marshall Law Review*, 10(3), 524-532.
- Copeland, W., Shanahan, L., Costello, E. J. et Angold, A. (2011). Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood : A prospective cohort analysis from the great smoky mountains study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 252-261. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.014>

- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. et Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>
- Cuijpers, P., Muñoz, R. F., Clarke, G. N. et Lewinsohn, P. M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression : The “coping with depression” course thirty years later. *Clinical Psychology Review*, 29(5), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.04.005>
- Davidson, L., Potter, L. et Ross, V. (1999). Surgeon general’s call to action to prevent suicide.
- Davis, M., Koroloff, N., Sabella, K. et Sarkis, M. (2018). Crossing the age divide : Cross-age collaboration between programs serving transition-age youth. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 45, 356-369. <https://doi.org/10.1007/s11414-018-9588-9>
- Davis, M., Sheidow, A. J., McCart, M. R. et Perrault, R. T. (2018). Vocational coaches for justice-involved emerging adults. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41, 266-276. <https://doi.org/10.1037/prj0000323>
- Donovan, R. A. et West, L. M. (2015). Stress and mental health : Moderating role of the strong black woman stereotype. *Journal of Black Psychology*, 41(4), 384-396. <https://doi.org/10.1177/0095798414543014>
- Egger, H. L., Costello, E. J., Erkanli, A. et Angold, A. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents : Stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 852-860. <https://doi.org/10.1097/00004583-199907000-00015>
- Ellis, A. et Harper, R. A. (1961). *A guide to rational living* (p. 195). Prentice-Hall.

- Ellison, M. L., Klodnick, V. V., Bond, G. R., Krzos, I. M., Kaiser, S. M., Fagan, M. A. et Davis, M. (2015). Adapting supported employment for emerging adults with serious mental health conditions. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 42, 206-222. <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9445-4>
- Endicott, J. et Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview : The schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35(7), 837-844. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770310043002>
- Falk, R. et Kim, S. S. (2019). *The war system : An interdisciplinary approach*. Routledge.
- Foley, D. L., Goldston, D. B., Costello, E. J. et Angold, A. (2006). Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth : The great smoky mountains study. *Archives of General Psychiatry*, 63(9), 1017-1024. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.9.1017>
- Friesen, B. J., Cross, T. L., Jivanjee, P., Thirstrup, A., Bandurraga, A., Gowen, L. K. et Rountree, J. (2015). Meeting the transition needs of urban american indian/alaska native youth through culturally based services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 42, 191-205. <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9447-2>
- Garrison, C. Z., Schluchter, M. D., Schoenbach, V. J. et Kaplan, B. K. (1989). Epidemiology of depressive symptoms in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(3), 343-351. <https://doi.org/10.1097/00004583-198905000-00007>
- Geenen, S., Powers, L. E., Phillips, L. A., Nelson, M., McKenna, J., Wings-Yanez, N., Blanchette, L., Croskey, A., Dalton, L. D., Salazar, A. et Swank, P. (2015). Better futures : A randomized field test of a model for supporting young people in foster care with mental health challenges to participate in higher education. *The Journal of*

- Behavioral Health Services & Research*, 42, 150-171. <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9451-6>
- Goldstein, J. M. (1997). Sex differences in schizophrenia : Epidemiology, genetics and the brain. *International Review of Psychiatry*, 9, 399-408. <https://doi.org/10.1080/09540269775268>
- Goodyer, I., Dubicka, B., Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Byford, S., Breen, S., Ford, C., Barrett, B., Leech, A., Rothwell, J., White, L. et Harrington, R. (2007). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression : Randomised controlled trial. *The BMJ*, 335(7611), 142. <https://doi.org/10.1136/bmj.39224.494340.55>
- Government, H. M. (2009). New horizons: a shared vision for mental health. *London: Department of Health.*
- Hazell, P. et Mirzaie, M. (2013). Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). DOI: 10.1002/14651858.CD002317.pub2
- Hoberman, H. M., Lewinsohn, P. M. et Tilson, M. (1988). Group treatment of depression : Individual predictors of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 393-398. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.3.393>
- Kane, J. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., Penn, D. L., Rosenheck, R. A., Addington, J., Brunette, M. F., Correll, C. U., Estroff, S. E., Marcy, P., Robinson, J., Meyer-Kalos, P. S., Gottlieb, J. D., Glynn, S. M., Lynde, D. W., Pipes, R., Kurian, B. T., Miller, A. L., ... Heinssen, R. K. (2016). Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis : 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment

- program. *The American Journal of Psychiatry*, 173, 362-372.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15050632>
- Kashani, J. H., Carlson, G. A., Beck, N. C., Hooper, E. W., Corcoran, C. M., McAllister, J. A., Fallahi, C., Rosenberg, T. K. et Reid, J. C. (1987). Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 144(7), 931-934. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.7.931>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Lang, A., Edwards, N. et Fleischer, A. (2007). Empty systematic reviews : Hidden perils and lessons learned. *Journal of Clinical Epidemiology*, 3.
- Lawton, A. et Moghraby, O. S. (2016). Depression in children and young people : Identification and management in primary, community and secondary care (NICE guideline CG28). *Archives of Disease in Childhood - Education and Practice*, 101(4), 206-209.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-308680>
- Lewinsohn, P. M. (1975). The use of activity schedules in the treatment of depressed individuals. *Counseling methods*, 74-83.
- Lewinsohn, P. M., Breckenridge, J. S., Antonuccio, D. O. et Teri, L. (1985). A behavioral group therapy approach to the treatment of depression. Dans D. Upper & S. M. Ross (dir.), *Handbook of behavioral group therapy* (p. 303-329). Springer US.
https://doi.org/10.1007/978-1-4684-4958-7_11

- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N. et Hoberman, H. M. (1989). The coping with depression course : Review and future directions. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 21(4), 470. <https://doi.org/10.1037/h0079846>
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L., Hautzinger, M., Reiss, S., & Bootzin, R. R. (1985). Theoretical issues in behavior therapy. Dans *An integrative theory of depression*. Academic Press.
- Malla, A., Norman, R., McLean, T., Scholten, D. et Townsend, L. (2003). A Canadian programme for early intervention in non-affective psychotic disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 407-413. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01194.x>
- Manuel, J. I., Munson, M. R., Dino, M., Villodas, M. L., Barba, A. et Panzer, P. G. (2018). Aging out or continuing on? Exploring strategies to prepare marginalized youth for a transition to recovery in adulthood. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41, 258-265. <https://doi.org/10.1037/prj0000332>
- McGorry, P. (1993). Early psychosis prevention and intervention centre. *Australasian Psychiatry*, 1, 32-34. <https://doi.org/10.3109/10398569309081303>
- McLeod, J. D. (2013). Social stratification and inequality. Dans C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, et A. Bierman (dir.), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (p. 229-253). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_12
- Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., Singh, M. K., Taylor, D. O., George, E. L., Cosgrove, V. E., Howe, M. E., Dickinson, L. M., Garber, J. et Chang, K. D. (2013). Early intervention for symptomatic youth at risk for bipolar disorder : A randomized trial of family-focused

- therapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(2), 121-131. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.10.007>
- Mulligan, K. et Newman, S. (2003). Psychoeducational interventions in rheumatic diseases : A review of papers published from september 2001 to august 2002. *Current Opinion in Rheumatology*, 15(2), 156-159.
- Muñoz, R. F., Beardslee, W. R. et Leykin, Y. (2012). Major depression can be prevented. *American Psychologist*, 67(4), 285. <https://doi.org/10.1037/a0027666>
- Munson, M. R., Brown, S., Spencer, R., Edguer, M. et Tracy, E. (2015). Supportive relationships among former system youth with mental health challenges. *Journal of Adolescent Research*, 30(4), 501-529. <https://doi.org/10.1177/0743558414554803>
- Narendorf, S. C., Munson, M. R., Ben-David, S., Cole, A. R. et Scott Jr., L. D. (2018). Race and gender differences in attitudes toward help seeking among marginalized young adults with mood disorders : A mixed-methods investigation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41, 277-289. <https://doi.org/10.1037/prj0000312>
- Nolen-Hoeksema, S. et Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.3.424>
- Nolen-Hoeksema, S. et Hilt, L. M. (2016). Gender differences in depression : Current directions in psychological science.
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S. et Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.2.155>

- Plax, K. (2021). Making a difference with mental health during adolescence in a global pandemic. *Pediatric Annals*. <https://journals.healio.com/doi/10.3928/19382359-20211117-01>
- Radloff, L. S. (1977). The ces-d scale : A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.
<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Radloff, L. S. (1991). The use of the center for epidemiologic studies depression scale in adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence, 20*(2), 149-166.
<https://doi.org/10.1007/BF01537606>
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. Wm., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R. E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L. H. et Udry, J. R. (1997). Protecting adolescents from harm : Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *JAMA, 278*(10), 823-832.
<https://doi.org/10.1001/jama.1997.03550100049038>
- Roberts, R. E., Andrews, J. A., Lewinsohn, P. M. et Hops, H. (1990). Assessment of depression in adolescents using the center for epidemiologic studies depression scale. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*(2), 122-128.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.2.2.122>
- Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M. et Seeley, J. R. (1991). Screening for adolescent depression : A comparison of depression scales. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30*(1), 58-66. <https://doi.org/10.1097/00004583-199101000-00009>

- Rosenheck, R. A., Estroff, S. E., Sint, K., Lin, H., Mueser, K. T., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Marcy, P. et Kane, J. M. (2017). Incomes and outcomes : Social security disability benefits in first-episode psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, *174*, 886-894. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16111273>
- Rosenheck, R., Mueser, K. T., Sint, K., Lin, H., Lynde, D. W., Glynn, S. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Marcy, P., Mohamed, S. et Kane, J. M. (2017). Supported employment and education in comprehensive, integrated care for first episode psychosis : Effects on work, school, and disability income. *Schizophrenia Research*, *182*, 120-128. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.09.024>
- Samuels, G. M. (2018). A Reason, Season or a Lifetime : Relational Permanence among Young Adults with Foster Care Backgrounds.
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H. et Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *30*(3), 303-315. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_3
- Siegel, J. M., Aneshensel, C. S., Taub, B., Cantwell, D. P. et Driscoll, A. K. (1998). Adolescent depressed mood in a multiethnic sample. *Journal of Youth and Adolescence*, *27*(4), 413-427. <https://doi.org/10.1023/A:1022873601030>
- Spitzer, R. (1977). Schedule for affective disorders and schizophrenia. *Biometrics Research*. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1572543024216027648>
- Steinmetz, J. L., Lewinsohn, P. M. et Antonuccio, D. O. (1983). Prediction of individual outcome in a group intervention for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(3), 331-337. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.331>

- Stroud, C., Walker, L. R., Davis, M. et Irwin, C. E. (2015). Investing in the health and well-being of young adults. *Journal of Adolescent Health, 56*(2), 127-129.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.11.012>
- Stroul, B. A. et Friedman, R. M. (1994). *A system of care for children and youth with severe emotional disturbances*. Georgetown University Child Development Center.
- Swartz, C. M. (2010). Psychotic depression or schizophrenia. *Psychiatric Annals, 40*(2), 92-97.
<https://doi.org/10.3928/00485718-20100127-05>
- Tanner, J. L. et Arnett, J. J. (2016). Emerging adult clinical psychology. In *APA handbook of clinical psychology : Roots and branches, Vol. 1* (p. 127-138). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14772-007>
- Teri, L. et Lewinsohn, P. M. (1986). Individual and group treatment of unipolar depression : comparison of treatment outcome and identification of predictors of successful treatment outcome. *Behavior Therapy, 17*(3), 215-228. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(86\)80052-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(86)80052-1)
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S. et Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet, 379*(9820), 1056-1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
- Thapar, A., Collishaw, S., Potter, R. et Thapar, A. K. (2010). Managing and preventing depression in adolescents. *The BMJ, 340*, c209. <https://doi.org/10.1136/bmj.c209>
- The International Association for Youth Mental Health (IAYMH)*. (s. d.). IAYMH.
- Thompson, L. W., Gallagher, D., Nies, G. et Epstein, D. (1983). Evaluation of the effectiveness of professionals and nonprofessionals as instructors of « coping with depression » classes for elders. *The Gerontologist, 23*(4), 390-396. <https://doi.org/10.1093/geront/23.4.390>

- Torres Stone, R. A., Sabella, K., Lidz, C. W., McKay, C. et Smith, L. M. (2018). The meaning of work for young adults diagnosed with serious mental health conditions. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 41*, 290-298. <https://doi.org/10.1037/prj0000195>
- Tursi, M. F. de S., Baes, C. von W., Camacho, F. R. de B., Tofoli, S. M. de C. et Juruena, M. F. (2013). Effectiveness of psychoeducation for depression : A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 47*(11), 1019-1031. <https://doi.org/10.1177/0004867413491154>
- Walker, J. S. et Flower, K. M. (2016). Provider perspectives on principle-adherent practice in empirically supported interventions for emerging adults with serious mental health conditions. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 43*, 525-541. <https://doi.org/10.1007/s11414-015-9465-8>
- Walker, J. S., Gowen, L. K., Jivanjee, P., Moser, C., Sellmaier, C., Koroloff, N. et Brennan, E. M. (2013). Pathways to positive futures : State-of-the-science conference proceedings. *Portland, OR: Portland State University, Research and Training Center for Pathways to Positive Futures, 94*.
- Walker, J. S., Seibel, C. L. et Jackson, S. (2017). Increasing youths' participation in team-based treatment planning : The achieve my plan enhancement for wraparound. *Journal of Child and Family Studies, 26*(8), 2090-2100. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0738-0>
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., Daleiden, E. L., Ugueto, A. M., Ho, A., Martin, J., Gray, J., Alleyne, A., Langer, D. A., Southam-Gerow, M. A. et Gibbons, R. D. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth : A

- randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 274-282.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.147>
- Weller, E. B. et Weller, R. A. (2000). Treatment options in the management of adolescent depression. *Journal of affective disorders*, 61, S23-S28.
- Whitty, P. et Eccles, M. (2004). Clinical practice guidelines in mental health. *Abingdon: Radcliffe Publishing Ltd.*
- Wight, R. G., Sepulveda, J. E. et Aneshensel, C. S. (2004). Depressive symptoms : How do adolescents compare with adults? *Journal of Adolescent Health*, 34(4), 314-323.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.05.003>
- Yaffe, J., Montgomery, P., Hopewell, S. et Shepard, L. (2012). Empty reviews : A description and consideration of cochrane systematic reviews with no included studies. *PloS one*, 7, e36626. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036626>
- Yu, Y. et Williams, D. R. (1999). Socioeconomic status and mental health. Dans C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (dir.), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (p. 151-166). Springer US. https://doi.org/10.1007/0-387-36223-1_8

Annexe

Tableau de recension des études choisies pour le mémoire

Auteurs (année)	Année de publication	Modèle d'étude	Objectifs	Population	Variables mesurées
X	X	X	X	X	X