

La décision partagée dans la prise en charge des mineurs en pédopsychiatrie : une investigation sur le vécu des usagers

Auteur : Collard, Doriane

Promoteur(s) : Di Schiena, Raffaella

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24566>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



Université de Liège

Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation

Master 2 de Sciences Psychologiques

Psychologie clinique

La décision partagée dans la prise en charge des mineurs en pédopsychiatrie : une investigation sur le vécu des usagers

Mémoire présenté par **DORIANE COLLARD**

en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences Psychologiques

Finalité spécialisée en Psychologie clinique

Promotrice : **Raffaella DI SCHIENA**

Année académique 2024 – 2025

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à Madame Raffaella Di Schiena, promotrice de ce mémoire, pour son accompagnement précieux, sa bienveillance et ses conseils avisés tout au long de ce travail. Sa rigueur scientifique et son engagement ont grandement contribué à la qualité de cette recherche.

Je remercie également Madame Marneffe pour ses recommandations éclairées et son soutien constant, qui ont permis d'enrichir et d'orienter efficacement mes réflexions.

Je tiens à remercier chaleureusement ma co-mémorante, Louise Baronheid, pour sa collaboration, ses échanges stimulants et son engagement tout au long de ce travail. Son soutien et sa présence ont rendu cette expérience plus enrichissante et agréable.

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux jeunes participants à cette étude, qui ont accepté de partager leurs expériences avec confiance et générosité. Leur contribution a été essentielle à la réalisation de ce mémoire.

Ma gratitude s'adresse aussi à tous les professeurs de l'Université de Liège, qui, par leur expertise et leur transmission des connaissances en psychologie clinique, ont largement contribué à mon apprentissage et à l'élaboration de ce travail.

Je suis infiniment reconnaissante envers mon compagnon pour sa patience, son écoute et son soutien indéfectible tout au long de ce parcours, qui m'a permis d'avancer avec sérénité et motivation.

Enfin, je souhaite également remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire. Leur soutien, leurs encouragements et leurs échanges ont été précieux et m'ont permis de mener ce projet à bien.

Table des matières

Remerciements	1
I. Introduction	8
II. Cadre théorique	10
Le modèle de rétablissement :	10
2.1. Historique et définition.....	10
2.1.1. Origine et contexte historique du modèle	10
2.1.2. Définitions et distinctions terminologiques	11
2.1.3. La décision partagée	13
2.2. Application du modèle de rétablissement chez les mineurs.....	15
2.2.1. L'importance des caractéristiques développementales	15
2.2.2. Comment la pratique de la décision partagée évolue-t-elle avec des usagers mineurs ?.....	18
2.2.3. L'impact de la prise de décision partagée sur la compliance au traitement	20
2.2.4. L'importance de la pair-aidance.....	22
2.2.5. Résumé de l'application du modèle de rétablissement chez les mineurs	23
III. Objectif de la recherche.....	25
IV. Méthodologie.....	26
4.1. Dimensions éthiques : Population vulnérable	26
4.2. Étude qualitative	27
4.2.1. Théorie ancrée.....	28
4.3. Population d'étude et stratégie d'échantillonnage	30
4.4. Procédure de récolte des données	31
4.5. Méthode d'analyse	32
V. Présentation des résultats	35
5.1. Caractéristiques de l'échantillon.....	35
5.2. Analyse thématique.....	35
5.2.1. Expériences subjectives du rétablissement	37
5.2.2. Niveaux de participation aux décisions par l'utilisateur.....	42
5.2.3. Composantes de la décision partagée	48
5.2.4. Accord interjuges	53
VI. Interprétation et discussion	54
6.1. Rappel des objectifs, de la question de recherche et de la méthodologie	54
6.2. Principaux résultats et confrontation à la littérature existante.....	55
6.3. Biais et limites de l'étude	59

6.4.	Perspective.....	60
VII.	Conclusion	62
VIII.	Bibliographie.....	64
IX.	Annexes	71
9.1.	Annexe 1 : Guides des entretiens.....	71
9.2.	Annexe 2 : Relevé des sous-thèmes pour chaque entretien.....	72

Liste des figures

Figure 1. : Equation du taux d'accord interjuge

Figure 2. : Arbre thématique, illustrant les 3 grands thèmes de la décision partagée dans la clinique des mineurs et les thèmes associés selon la perspective des jeunes

Figure 3. : Thème 1 de l'arbre thématique : Expériences subjectives du rétablissement

Figure 4. : Thème 2 de l'arbre thématique : Niveaux de participation aux décisions par l'utilisateur

Figure 5. : Thème 3 de l'arbre thématique : Composantes de la décision partagée

Figure 6. : Equation du taux d'accord interjuge : Calcul

Liste des abréviations

CIM : Conférence Inter-Ministerielle

DP : Décision partagée

SMEA : Santé mentale pour les enfants et adolescents

SPJ : Service de protection de la jeunesse

Résumé

Introduction : Ce projet de mémoire aborde la question de la décision partagée dans le traitement pédopsychiatrique, du point de vue des usagers mineurs. La participation aux décisions qui les concernent, constitue un enjeu éthique et clinique central dans les pratiques de santé mentale actuelles. En pédopsychiatrie, cette question se heurte à des spécificités liées à l'âge, au statut juridique du mineur et à la place des parents dans le processus décisionnel. Ce mémoire s'inscrit dans une double perspective. D'une part, celle du modèle de rétablissement, qui valorise l'autodétermination et le sens subjectif du soin, et d'autre part, celle de la décision partagée, entendue comme une démarche de co-construction entre professionnels, usagers et leurs familles. L'objectif est d'explorer comment les adolescents suivis en pédopsychiatrie vivent et perçoivent leur participation aux décisions de soin.

Matériel et méthode : Ce travail s'appuie sur une étude qualitative menée auprès de six adolescents suivis en pédopsychiatrie. Les données ont été recueillies via des entretiens semi-directifs et analysés selon une approche thématique inductive. Le codage des données a été effectué de manière indépendante par deux étudiantes, puis consolidé à travers une mise en commun visant à atteindre un consensus interjuge.

Résultat : L'analyse a fait émerger trois grands axes. Les adolescents décrivent d'abord le rétablissement comme un chemin personnel, centré sur le sens, l'identité et l'autonomie. Leur participation aux décisions varie fortement. Elle peut être inexistante, partielle ou, plus rarement, co-construite. Enfin, plusieurs facteurs influencent la décision partagée, notamment la qualité du lien avec les soignants, la posture d'écoute, le rôle ambivalent des parents et les contraintes institutionnelles. Les jeunes expriment un fort désir d'être entendus, mais soulignent que leur implication dépend des conditions relationnelles et structurelles mises en place.

Conclusion : Les résultats mettent en lumière les tensions entre un idéal d'autodétermination et une réalité encore marquée par des logiques hiérarchiques et protectrices. Ils appellent à repenser les conditions concrètes de la décision partagée en pédopsychiatrie. en agissant à la fois sur la formation des professionnels, les dispositifs de communication, et la reconnaissance progressive des compétences décisionnelles des mineurs. Une piste de recherche future consisterait à interroger la perspective des parents, afin de mieux comprendre leur place dans le processus de co-décision et leur manière d'intégrer la parole de leur enfant dans les choix thérapeutiques.

Mots clés : Décision partagée, modèle de rétablissement, pédopsychiatrie, clinique des mineurs, recherche qualitative, analyse thématique.

Abstract

Introduction : This thesis project addresses the issue of shared decision-making in child and adolescent psychiatric treatment. The participation of service users in decisions that concern them is a central ethical and clinical concern in mental health care. In child psychiatry, this issue is shaped by specific factors related to age, the legal status of minors, and the role of parents in the decision-making process. This thesis adopts a dual perspective: on one hand, that of the recovery model, which emphasizes self-determination and the subjective meaning of care; and on the other hand, that of shared decision-making, understood as a process of co-construction between professionals, service users, and their families. The objective is to explore how adolescents receiving child psychiatric care experience and perceive their participation in care-related decisions.

Material and method : This study is based on a qualitative investigation conducted with six adolescents receiving care in a child psychiatry setting. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using an inductive thematic approach. Data coding was independently performed by two researchers and subsequently consolidated through a consensus-building process to ensure inter-rater reliability.

Results : The analysis revealed three main themes. First, adolescents describe recovery as a personal journey focused on meaning, identity, and autonomy. Their participation in decision-making varies considerably — it can be absent, partial, or, more rarely, co-constructed. Several factors influence co-decision-making, including the quality of the therapeutic relationship, the clinician's listening posture, the ambivalent role of parents, and institutional constraints. The adolescents express a strong desire to be heard but emphasize that their involvement depends on the relational and structural conditions in place.

Conclusion : The results highlight the tension between the ideal of self-determination and a reality still shaped by hierarchical and protective logics. They call for a rethinking of the concrete conditions of shared decision-making in child psychiatry, through actions targeting professional training, communication tools, and the gradual recognition of minors' decision-making capacities. A promising avenue for future research would be to explore parents' perspectives in order to better understand their role in the co-decision process and how they integrate their child's voice into therapeutic choices.

Keywords : Shared decision-making, recovery model, child psychiatry, adolescent care, qualitative research, thematic analysis.

I. Introduction

En 2010, la Conférence interministérielle de la Santé publique adopte le « Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins ». De ce cadre légal découle, en 2015, une nouvelle politique pour la Santé Mentale des Enfants et Adolescents (SMEA, 2015), fortement inspirée des principes du « rétablissement » (Anthony, 1993).

Le rétablissement en santé mentale désigne un processus personnel par lequel une personne vivant avec des troubles psychiques parvient à retrouver un sentiment de sens, d'espoir et de maîtrise sur sa vie, malgré les symptômes persistants de la maladie. Ce concept, tel que formulé par William A. Anthony (1993), ne se réduit pas à une disparition des troubles, mais met l'accent sur la capacité des individus à construire leur propre parcours de vie, en s'appuyant sur leurs forces, leurs aspirations et leur environnement.

Parmi les principes fondamentaux du rétablissement, la décision partagée occupe une place centrale. Elle incarne la reconnaissance du savoir expérientiel de la personne concernée et s'inscrit dans une dynamique de collaboration entre professionnels et usagers. Il ne s'agit plus simplement de soigner, mais de co-construire les soins en prenant en compte les préférences, les valeurs et les objectifs de vie de chacun.

L'intégration du rétablissement chez les jeunes vise à donner à l'utilisateur un pouvoir actif dans la prise de décision thérapeutique. Cependant, à notre connaissance, peu d'études scientifiques abordent la question du rétablissement chez les mineurs d'âge et l'implication de leur famille. Et pourtant, cette population traverse une période du cycle de la vie bien particulière, caractérisée par de nombreux changements biologiques, psychologiques et sociaux.

Dans une première partie théorique, nous aborderons la naissance du modèle de rétablissement dans un contexte de militantisme et de son intégration dans les pratiques cliniques et les réformes de santé mentale. Nous envisagerons l'aspect légal d'intégration de ce modèle dans la santé mentale des adultes. Nous définirons l'ensemble des aspects théoriques sur lesquels se fonde le rétablissement, c'est-à-dire les différentes terminologies, les fondements, la décision partagée dans la co-construction thérapeutique afin d'atteindre le rétablissement.

À la suite de ce premier chapitre, nous examinerons l'ensemble des caractéristiques du modèle de rétablissement établi pour les adultes, et dès lors appliqué aux mineurs d'âge. Nous définirons le cadre de loi dans lequel le modèle a été mis en usage dans cette population. Nous mettrons en évidence l'ensemble des caractéristiques qui leur sont propres, et donc les facteurs qui se différencient. Ainsi, nous développerons l'importance de la pair-aidance, ainsi que de l'évolution de la décision partagée dans ce processus de construction thérapeutique. Nous terminerons par envisager les conséquences que cette relation triadique engendre sur la compliance au traitement du jeune dans son parcours de soins.

Cette investigation nous permettra d'approfondir les connaissances empiriques sur la participation de la décision partagée dans la prise en charge des mineurs en santé mentale, en s'appuyant sur le point de vue d'adolescents. Pour cela, nous avons adopté une démarche qualitative, fondée sur les principes de la théorie ancrée (*grounded theory*), qui permet de faire émerger des concepts à partir des données recueillies, sans s'appuyer sur un cadre théorique prédéfini. Cette approche inductive est particulièrement adaptée à l'exploration de phénomènes encore peu étudiés, comme la participation des jeunes aux décisions les concernant.

Dans la suite de ce mémoire, nous présenterons les résultats d'une recherche menée auprès d'adolescents qui sont dans un processus de rétablissement. L'objectif de la recherche est d'examiner le processus de décision partagée dans le cadre de la prise en charge en santé mentale des patients adolescents avec une pathologie psychiatrique.

II. Cadre théorique

Le modèle de rétablissement :

2.1. Historique et définition

2.1.1. Origine et contexte historique du modèle

À la fin des années 1980, la pratique et la science psychiatrique sont traversées par une révolution qui porte le nom de « rétablissement », ou plus précisément *recovery*, car ce mouvement a son origine dans le contexte anglo-saxon. En effet, il va se développer aux États-Unis (USA), dans un contexte de militantisme, de défense des droits civiques pour la reconnaissance des droits des femmes, des personnes homosexuelles et des personnes de couleurs (Di Schiena et al., 2024). Le concept de *recovery* a été introduit par des patients qui se qualifiaient de « survivants » de la psychiatrie et avaient pris conscience que leur avenir ne devait pas être déterminé par leur état de santé mentale. Ils s'efforçaient, en se dégageant de leur assujettissement aux psychiatres, de reprendre leur destin en mains (Durand, 2019). Ce mouvement des « survivants » reposait sur l'entraide mutuelle, la reprise du pouvoir d'agir (*empowerment*) et la défense de leurs droits. Il contestait les notions traditionnelles du pouvoir et d'expertise professionnelle qui prédominaient dans les services de santé mentale (Shepherd, 2008). À la suite de cette révolution, un changement de vocabulaire est effectué. Le « malade » ou le « patient » perd cette appellation et devient un « expert du vécu » ou un « usager » (Di Schiena et al., 2022).

Ce mouvement des usagers va avoir un impact sur l'ensemble des soins de santé mentale dans le monde (Filipe, 2025). En Belgique, une Conférence Inter-Ministérielle (CIM) va établir un plan de réforme basé sur cette nouvelle philosophie. Cette réforme des soins de santé mentale (entamée en 2010 pour les adultes, en 2015 pour les enfants et adolescents, et en 2019 pour les personnes âgées) vise à procurer au patient les soins adaptés, le plus rapidement possible et de préférence dans leur environnement propre, en évitant l'institutionnalisation (CIM, 2010). En 2015, la CIM de la Santé publique a adopté le « Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (SMEA) ». Ce document présente les grandes lignes d'une politique globale et intégrée en matière de santé mentale pour enfants et adolescents avec pour principe de base le concept de « rétablissement ». Les recommandations de cette réforme incluent l'encouragement de la participation des patients, la mise en place de réseaux de soins

plus étendus, la réduction de la durée des séjours en institution, la lutte contre la stigmatisation, la priorisation des soins de base, ainsi que la promotion du travail préventif et l'accès aux ressources. L'utilisateur est mis au cœur du processus thérapeutique afin de lui donner la capacité de prendre des décisions autonomes concernant les différents aspects de sa vie, y compris son traitement (Di Schiena et al., 2022).

2.1.2. Définitions et distinctions terminologiques

Au-delà de son origine militante et de ses effets sur les politiques publiques, le rétablissement repose sur une vision spécifique du soin qu'il convient désormais de définir.

Depuis la naissance du modèle de rétablissement, plusieurs auteurs ont développé différentes définitions. Dans le cadre de ce travail, nous avons décidé de présenter celle de Bill Anthony (1993) qui a trouvé un large consensus au sein de la communauté des usagers et des professionnels. Il va définir ce modèle comme :

Un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale (p. 15).

Au cœur de cette approche, le rétablissement repose sur une conception particulière de la santé mentale qu'il convient de clarifier. Comme son nom l'indique, ce nouveau courant se base sur la notion de « rétablissement », en opposition avec celle de « guérison » utilisée dans le modèle médical. Cette distinction terminologique est centrale au vu des nuances qu'elle apporte sur la prise en charge de la personne. Selon le dictionnaire Larousse en ligne, le rétablissement est défini comme le fait, pour quelqu'un, de revenir à un bon état de santé et de fournir un effort pour retrouver son équilibre. La guérison est, quant à elle, définie comme la disparition totale des symptômes d'une maladie ou des conséquences d'une blessure avec retour à l'état de santé antérieur (s. d.). En accord avec ces définitions, Pachoud (2018) va mettre en lumière que la notion de rétablissement correspond à un mode de dégagement ou de sortie de la maladie mentale, ou du moins du statut de « malade mental » et, à ce titre, elle doit être

distinguée de la notion de guérison. En effet, la notion de guérison caractérise l'évolution de la maladie tandis que la notion de rétablissement concerne le devenir de la personne.

Les fondements de ce modèle incluent une approche centrée sur la personne, où l'utilisateur est placé au centre du dispositif et doit être mis en condition de pouvoir décider de manière autonome des différentes dimensions de sa vie, y compris le traitement (notion de *l'empowerment*). Les intervenants en santé mentale sont tenus de l'écouter avant de prendre les décisions le concernant (Di Schiena et al., 2022). Ces principes sont en concordance avec ce que Rogers a souligné en 1961, qui décrit l'utilisateur comme pionnier dans *l'empowerment*. L'ensemble des auteurs convergent en mettant le client au centre de la thérapie. Seul ce dernier a connaissance de ce qui le fait souffrir, de ses problèmes principaux (vu qu'il est expert de son vécu) et donc de la direction à prendre pour le rétablissement. Il y a donc une importance primordiale au fait que le client ait lui-même une idée de ce qui l'aiderait sur le plan psychothérapeutique. Selon la perspective du rétablissement, il faut se concentrer sur le devenir de la personne et non sur sa maladie (Daval, 2008 ; Pachoud, 2017 ; Rogers, 1961).

Parmi les différentes bases qui façonnent le modèle de rétablissement, Mary Ellen Copeland (1997) recense les cinq principes qui le composent : (1) l'espoir de réaliser ses rêves et ses objectifs, (2) la responsabilité personnelle d'agir et de faire ce qu'il faut pour continuer à aller bien, (3) l'approfondissement de la connaissance et de la maîtrise de ses émotions, (4) la capacité de communiquer avec les autres de façon efficace sur son propre ressenti, et (5) le soutien d'autrui et savoir aider autrui. Les deux premiers principes insistent sur l'importance d'exercer un contrôle actif sur ses propres décisions et de les aligner avec ses aspirations personnelles, dans une dynamique d'autonomie et d'engagement. Les trois suivants mettent en lumière des compétences relationnelles, émotionnelles et sociales favorisant l'auto-détermination, l'accès aux ressources nécessaires au maintien du bien-être, et la construction progressive d'un sentiment de mieux-être et d'amélioration de la qualité de vie.

En convergence avec ces principes, différents auteurs enrichissent et actualisent le modèle en y ajoutant l'acte de rendre sa vie intéressante et satisfaisante en présence ou non de symptômes. Un apport essentiel est l'importance de se détourner de sa pathologie et de ses symptômes pour se concentrer sur sa santé, ses forces et son bien-être. Le rétablissement est perçu comme un parcours individuel, qui tient compte de la personne et non de son diagnostic. Le clinicien n'est donc plus considéré comme expert, mais comme un mentor, accompagnateur ou partenaire au cours du cheminement vers la découverte de soi. L'utilisateur est lui-même expert

de son vécu (Davidson, 2010 ; Pachoud, 2017 ; Rogers, 1961). De plus, Davidson (2010) envisage l'acceptation de l'intervention familiale et des autres aidants comme partenaires puisqu'ils jouent souvent un rôle décisif dans le processus de rétablissement de la personne. Patricia Deegan (1995), une figure phare du mouvement *recovery*, partage cette vision. Selon ses dires :

Ce n'est pas un voyage en parfaite ligne droite. Il y a des périodes de progrès rapides et d'autres de revers décevants. Il y a des périodes où l'on se contente de vivre, de rester tranquille, de se reposer, de se réorganiser. Chaque parcours de rétablissement est unique. Chaque personne doit trouver ce qui fonctionne pour elle. Cela veut dire que nous devons avoir l'occasion d'oser quelque chose, de faire fausse route et d'essayer à nouveau (p. 6).

La décision partagée représente également un élément central du rétablissement et qu'il nécessite un sous-point à lui seul qui se trouve donc dans la section suivante.

2.1.3. La décision partagée

Une des principales conséquences de l'arrivée de ce modèle dans la pratique de la psychiatrie est l'adoption de la décision partagée. Selon Hayes et ses collègues (2018), elle se définit comme : « Le processus dans lequel les cliniciens et les patients travaillent ensemble pour prendre des décisions concernant leurs soins ou leur traitement ». Les éléments clés sont les suivants : a) Identifier le(s) problème(s) qui nécessite(nt) une décision, b) Fournir une explication du problème de santé, y compris le cas échéant, l'histoire naturelle de la maladie, c) Discuter des avantages et inconvénients potentiels de chaque option disponible, d) Obtenir les valeurs, les préférences et les attentes du patient, et enfin e) Aider le patient à évaluer les options pour prendre une décision éclairée (Hoffmann et al., 2022 ; Valentino et al., 2016).

De plus, Ferrari et son équipe (2018) mettent en évidence le rôle important de la décision partagée dans les transmissions d'informations, de coordination et de continuité des soins selon les points de vue des personnes concernées. En effet, cette composante de l'alliance thérapeutique est notable, car les points de vue du clinicien et de l'utilisateur sont importants et, lorsqu'ils sont combinés, ils peuvent entraîner une plus grande satisfaction du patient et du clinicien à l'égard des soins (Hoffmann et al., 2022). Cette satisfaction émane de l'apport des connaissances théoriques et de l'expérience clinique du clinicien, et de l'apport des

connaissances de l'utilisateur de lui-même et de ce qui correspond à son mode de vie (Hayes et al., 2018).

Dans le processus thérapeutique, différents effets bénéfiques de la décision partagée ont été exposés. Tout d'abord, l'amélioration de l'adhésion au traitement paraît comme significative. Les usagers se sont montrés plus engagés à suivre leur traitement médicamenteux et psychothérapeutique. Cette amélioration s'explique en partie par le sentiment d'implication dans les décisions concernant leur propre santé, ce qui favorise un lien plus fort entre compréhension du traitement et motivation à le suivre. La décision partagée favorise également le renforcement de l'alliance thérapeutique. Un climat de confiance et de respect se crée en construisant une relation basée sur la collaboration et la reconnaissance mutuelle des savoirs. Les usagers rapportent un plus grand sentiment de contrôle et de reconnaissance (Hamann et al., 2017 ; Pérez-Revuelta et al., 2023).

Cependant, différentes limites ou inconvénients sont mis en avant dans la mise en place de la décision partagée. Cette dernière exige du temps, à la fois pour former les professionnels de santé à cette approche, et pour mener les entretiens de manière approfondie. Il peut être difficile de dégager les ressources nécessaires pour une application rigoureuse de la décision partagée. Ensuite, la capacité même des patients à participer activement à la prise de décision peut être variable, notamment lorsqu'ils présentent des symptômes cognitifs ou délirants. Certains peuvent avoir des difficultés à comprendre les enjeux des différentes options de traitement ou à formuler des préférences stables (Hamann et al., 2017 ; Pérez-Revuelta et al., 2023).

En résumé, la décision partagée met à profit le savoir théorique du professionnel en pratique et aide à faciliter les soins centrés sur le patient en aidant ces derniers à devenir plus actifs dans le processus de soin. Elle améliore également la communication et l'exactitude des attentes en matière d'intervention (Ferrari et al., 2018).

Ce concept clôture l'élaboration des différents fondements qui composent le modèle de rétablissement. Comme nous l'avons souligné, le rétablissement est identifié en tant que processus qui relève donc d'un enchaînement d'étapes par lesquelles l'utilisateur va passer.

2.2. Application du modèle de rétablissement chez les mineurs

L'application du modèle de rétablissement aux enfants et adolescents soulève plusieurs interrogations spécifiques liées à leur âge, leur maturité psychologique et la place centrale de leur entourage. Si ce modèle met l'accent sur l'autonomie, la responsabilisation et la participation active de la personne dans son parcours de soins, ces principes doivent être adaptés à la réalité du développement de l'enfant ou du jeune. En effet, les soins de santé mentale pour cette population concernent à la fois les jeunes présentant un trouble psychique ou psychiatrique et leur environnement proche. Ils doivent tenir compte des spécificités liées aux stades de développement, selon l'âge et les capacités de l'enfant ou de l'adolescent. Leurs missions principales incluent la détection précoce, le screening, l'orientation, le diagnostic, le traitement, l'inclusion dans tous les domaines de la vie, ainsi que la reconnaissance et la valorisation de l'expertise, qu'elle soit professionnelle ou issue du vécu. Les besoins et attentes du jeune et de son entourage sont ainsi placés au centre des préoccupations (SMEA, 2015).

2.2.1. L'importance des caractéristiques développementales

Il existe un consensus entre la définition du rétablissement établi par Bill Anthony (1993) pour les adultes et celle proposée par Khoury (2020) pour les adolescents. Tous deux conçoivent le rétablissement comme un processus personnel, continu et non linéaire, centré sur la compréhension de soi et de sa maladie. Cependant, l'adolescence est une période de transition complexe entre l'enfance et l'âge adulte, marquée par de profonds bouleversements biologiques, psychologiques et sociaux. En tenant compte de cela, nous allons aborder certaines modifications qui pourraient être effectuées et mentionner des points à investiguer davantage.

En effet, suite à la mise en évidence du contexte historique du modèle de rétablissement chez les adultes, un questionnement a émergé quant à la similitude de ce processus chez les mineurs d'âge, soulevant des interrogations sur la pertinence et l'adaptabilité du modèle pour cette population spécifique. Cependant, à notre connaissance, peu d'études exhaustives n'ont été réalisées pour examiner l'application du modèle chez les enfants et adolescents, et surtout sur la décision partagée. Cela met en évidence un besoin urgent de réévaluation et d'adaptation du modèle de rétablissement pour répondre aux spécificités développementales des jeunes. Certains aspects ne sont pas applicables ou doivent encore être explorés dans cette population (Bjønness et al., 2022 ; Di Schiena et al., 2022).

Le rétablissement chez le mineur peut présenter des similarités avec celui de l'adulte. Tous deux ont le souhait d'améliorer leur état de santé mentale et leur bien-être. Dans ce processus, ils sont encadrés par une variété de professionnels et de services de santé mentale. Ils partagent également le besoin d'être reconnus en tant qu'être humain et d'être respectés. L'adolescent et l'adulte aspirent tous deux à l'espoir et sont sujets à l'ambivalence de leur rétablissement. Un autre point commun est le désir d'être dans une relation thérapeutique respectueuse (Khoury, 2020 ; Ward, 2014).

Effectivement, David Ward (2014) a mis en évidence quatre facteurs majeurs qui différencient le processus de rétablissement des adolescents de celui des adultes. Tout d'abord, il souligne que l'environnement familial constitue l'aspect le plus influent durant l'adolescence : à cet âge, les jeunes sont généralement plus dépendants de leur famille, les processus d'attachement et d'individualisation étant encore en cours (Khoury, 2020 ; Ward, 2014). Cette observation est en accord avec les travaux de Bjønness et son équipe (2022), Masten (2018) et Khoury (2020), qui démontrent que le soutien familial joue un rôle crucial dans le développement de la résilience et la gestion des troubles psychologiques chez les jeunes.

Ensuite, l'adolescence étant une période de forte sensibilité aux interactions sociales, Ward (2014) met en avant l'importance des pairs dans le développement psychologique et la régulation émotionnelle. Durant cette période, le jeune cherche à s'insérer socialement et à trouver sa place, ce qui contribue également à la construction de son identité. Cette influence des pairs est confirmée par les travaux d'Arnett (2016) et de Khoury (2020), qui explique que les relations sociales aident à renforcer l'estime de soi et à réduire le sentiment d'isolement chez les jeunes en situation de détresse psychologique.

Troisièmement, Ward (2014) aborde la question de la construction identitaire. Les jeunes atteints de troubles mentaux sont plus susceptibles de souffrir d'une image de soi négative, ce qui peut entraver leur rétablissement. Ce constat rejoint les conclusions d'Erikson (1968), qui insiste sur l'importance de cette phase du développement dans la construction d'une identité solide. L'estime de soi et la perception de leur identité influencent directement la capacité des adolescents à adopter des stratégies d'adaptation efficaces et à progresser dans leur processus de rétablissement (Harter, 2012). Khoury (2020) insiste sur la nécessité de soutenir activement la (re)construction identitaire dans les soins, notamment à travers des espaces où le jeune peut s'exprimer et être reconnu au-delà de son trouble.

Enfin, les changements physiologiques considérables vécus par l'adolescent, souvent négligés dans les approches thérapeutiques traditionnelles, sont déterminantes. Ces transformations biologiques et hormonales influencent non seulement la santé physique, mais aussi la santé mentale et émotionnelle des jeunes. Les recherches en neurosciences ont montré que le cerveau adolescent, en pleine maturation, est particulièrement sensible au stress et aux expériences négatives, ce qui rend la gestion des troubles mentaux plus complexe (Casey et al., 2019). Ainsi, ces changements physiologiques doivent être pris en compte dans l'adaptation du modèle de rétablissement aux jeunes. Il est essentiel de rappeler que la prise en charge doit non seulement être adaptée aux capacités cognitives fluctuantes des jeunes, mais aussi à leur vulnérabilité neurodéveloppementale (Casey et al., 2019 ; Khoury, 2020 ; Ward, 2014).

Dans une perspective globale, Khoury (2020) élargit la compréhension du rétablissement en intégrant des dimensions complémentaires – émotionnelle, scolaire, comportementale et relationnelle – et en insistant sur le rôle central des adultes accompagnants. Cette position est rejointe par les recommandations de Leicht-Deobald et ses collègues (2021) sur l'importance d'un accompagnement structuré pour les adolescents en difficulté psychologique. L'espoir, concept transversal, est selon Khoury (2020) un moteur essentiel du rétablissement, Snyder (2002), Kelly et Coughlan (2018) et Masten (2018). Ces derniers perçoivent l'activation de la résilience des jeunes comme un engagement plus impliqué dans leur parcours en adoptant des stratégies efficaces face aux épreuves de la vie. Cette vision conforte l'idée que le rétablissement ne peut être envisagé sans une réelle adaptation aux spécificités développementales et contextuelles de l'adolescence. Elle engendre de la motivation à s'engager dans un processus de rétablissement, et son renforcement peut améliorer les résultats thérapeutiques.

L'ensemble de ces auteurs s'accorde à reconnaître le potentiel du modèle de rétablissement pour améliorer les soins destinés aux mineurs. Toutefois, ils soulignent que son application chez les jeunes ne peut être un simple calque de celle utilisée pour les adultes. Les spécificités développementales, familiales, sociales et physiologiques propres à l'adolescence imposent une adaptation du modèle. Si ce dernier offre un cadre plus humaniste et centré sur la personne, il présente encore des limites (exposées ci-avant (Harter, 2012 ; Khoury, 2020 ; Masten, 2018 ; Ward, 2014)) dans sa forme actuelle. Une révision approfondie s'impose pour intégrer de manière cohérente les facteurs neurodéveloppementaux et contextuels propres à cette tranche d'âge, comme le rappellent Di Schiena et ses collaborateurs (2022).

2.2.2. Comment la pratique de la décision partagée évolue-t-elle avec des usagers mineurs ?

La décision partagée dans le modèle de rétablissement chez les adultes se fait en partenariat entre l'utilisateur et le professionnel. Cependant, dans le cadre de la clinique des mineurs, cette prise de décision devient triadique, puisqu'elle repose sur une relation entre l'utilisateur, le parent et le professionnel de santé (Marron, 2021). L'alliance thérapeutique, dans ce contexte, ne peut être réduite à une simple relation entre le jeune et son thérapeute. En effet, il est essentiel de prendre en considération les liens multiples qui se tissent entre l'enfant, ses parents et le thérapeute, ces relations ayant un impact significatif sur le processus de soin. L'implication des parents apparaît ainsi comme un facteur crucial pour garantir un suivi efficace (Bjønness et al., 2022 ; Strum et al., 2016).

Ainsi dans ce processus, la place du parent varie en fonction de l'âge et du développement de l'enfant ou de l'adolescent. Chez les jeunes enfants (moins de 11 ans), les décisions thérapeutiques sont majoritairement prises par les parents, les enfants étant rarement impliqués de manière significative en raison de leurs capacités cognitives limitées et de pratiques cliniques encore largement paternalistes. L'enfant peut toutefois être consulté pour exprimer son assentiment, dans une logique d'adaptation à son niveau de compréhension. (Coyne et al., 2014). À partir de la préadolescence (11-13 ans), on observe une transition progressive : les jeunes commencent à formuler leurs préférences, et les professionnels tendent à les inclure davantage dans la discussion, bien que les parents conservent une position décisionnelle dominante. Cette étape intermédiaire vise à soutenir le développement de l'autonomie tout en maintenant un cadre protecteur. (Billy et al., 2017). Chez les adolescents (14-17 ans), la dynamique change profondément : leur participation active aux décisions devient centrale, et ils sont progressivement reconnus comme capables de consentir de manière éclairée à leur suivi (Lipstein et al., 2012). Le rôle parental devient alors plus périphérique, souvent limité à un soutien émotionnel ou logistique. Comme le soulignent Larcher et ses collaborateurs (2015), cette évolution ne correspond pas à une simple délégation d'autorité, mais s'inscrit dans une logique d'accompagnement du jeune dans l'apprentissage du discernement, en respectant ses capacités, ses besoins et le contexte familial. Le processus de décision partagée s'inscrit ainsi dans un mouvement progressif d'autonomisation, où les rôles se renégocient au fil du développement (Bjønness et al., 2022).

Dans cette dynamique, les parents jouent un rôle central dans la prise de décision partagée en santé mentale infantile. Leur implication ne se limite pas à une fonction de soutien émotionnel, mais s'étend à une véritable participation en tant que partenaires de l'équipe soignante (Mackova et al., 2022). Cette collaboration étroite entre parents, thérapeutes et adolescents permet de co-construire un projet de soins qui prend en compte les besoins spécifiques du jeune, tout en respectant les attentes et les préoccupations familiales. Les parents, souvent les premiers à observer les changements comportementaux de leur enfant, sont également en première ligne pour repérer les signes précoces de souffrance psychique et faciliter l'accès aux soins (Kelly & Coughlan, 2018 ; Mackova et al., 2022). Leur engagement est essentiel pour assurer la continuité du suivi thérapeutique, qu'il s'agisse de coordonner les rendez-vous, de soutenir l'adhésion au traitement ou d'accompagner le jeune dans son quotidien. Ils doivent également montrer leur volonté de coopérer et d'adhérer au traitement du jeune sous leur tutelle (Mackova et al., 2022). Par ailleurs, en tant que responsables légaux, ils sont investis d'un rôle incontournable dans le processus de rétablissement, au moins jusqu'à ce que l'adolescent atteigne une maturité suffisante pour s'impliquer lui-même de manière autonome. Comme le rappelle Shepherd (2008), les parents — et plus largement les membres de la famille — constituent les premiers aidants naturels. Leur présence et leur soutien représentent une ressource précieuse pour le rétablissement psychosocial du jeune et favorisent son inclusion sociale.

L'étude de Bjønness et ses collaborateurs (2022) illustre avec précision les dilemmes vécus par les parents d'adolescents en hospitalisation psychiatrique, face aux exigences de la décision partagée. Les auteurs montrent que si les parents reconnaissent l'importance de respecter l'autonomie de leur enfant, ils se heurtent souvent à la difficulté de juger du moment où l'adolescent est réellement apte à participer aux choix thérapeutiques. Leur rôle ne se limite pas à appuyer la décision du professionnel ou à soutenir l'enfant, mais consiste également à servir d'intermédiaire entre les deux, tout en étant eux-mêmes en quête de repères, d'informations et de légitimité. L'étude souligne aussi le besoin criant de coordination et d'individualisation des soins, dans un système où les parents sont parfois laissés dans l'incertitude ou en porte-à-faux vis-à-vis des professionnels. Ces résultats confirment que le processus de décision partagée, dans le contexte des soins en santé mentale pour adolescents, repose sur un équilibre précaire entre soutien, autorité parentale et développement de l'autonomie du jeune, et que ce processus exige une reconnaissance active du rôle des parents comme partenaires à part entière du soin.

En ce sens, les professionnels de santé doivent naviguer entre le respect de l'autonomie de l'adolescent, qui est en pleine construction de son identité, et les responsabilités légales et éthiques qu'ils ont envers les parents ou tuteurs. La décision partagée permet de trouver un équilibre entre ces différentes attentes (Mackova et al., 2022).

Par ailleurs, les parents ne sont pas seulement des soutiens émotionnels et logistiques dans ce processus, mais ils constituent également une source d'informations primordiale pour les professionnels dans la détection des troubles mentaux chez les jeunes. Leur compréhension des symptômes et leur capacité à signaler des préoccupations sont cruciales dans le processus de diagnostic et d'intervention. Ils représentent donc, auprès des adolescents, le facteur le plus influent dans le comportement de recherche d'aide (Mackova et al., 2022). En outre, le rôle des parents ne doit pas se limiter à une simple présence, mais doit également être facilitateur : ils doivent soutenir l'acquisition de la compréhension de la maladie par leur enfant, l'encourager à s'engager activement avec les services de soin et l'aider à développer des capacités d'adaptation efficaces face aux défis (Kelly & Coughlan, 2018).

De plus, l'engagement parental dans un objectif partagé et leur acceptation des stratégies d'intervention sont essentiels pour la construction du projet de soins de l'adolescent. Ce processus collaboratif entre le jeune, ses parents et le thérapeute est crucial pour la réussite du traitement et la promotion du bien-être de l'adolescent (Sturm et al., 2016). Dans cette optique, Sturm et ses collaborateurs (2016) établissent que la décision partagée devient non seulement un moyen de renforcer l'implication des familles, mais aussi de promouvoir un modèle de soins respectueux des besoins et des aspirations de chaque acteur impliqué.

2.2.3. L'impact de la prise de décision partagée sur la compliance au traitement

Dans la section précédente, nous avons expliqué le concept de la décision partagée. A présent, nous allons étudier son impact sur la compliance au traitement

En effet, la compliance au traitement chez les adolescents représente un enjeu majeur en santé mentale et en médecine pédiatrique. L'un des moyens les plus efficaces pour l'améliorer est d'adopter une approche impliquant l'adolescent, le parent et le professionnel de santé et son parent (Morsa et al., 2018).

Cette approche permet d'accroître l'engagement du patient en tenant compte de ses valeurs, de ses préférences et de son niveau de compréhension du traitement (Kon et al., 2016). Elle est particulièrement pertinente à l'adolescence, une période marquée par le développement

de l'autonomie et la quête d'indépendance, facteurs qui influencent fortement les comportements liés à la santé (Ward, 2014).

La prise de décision partagée a un impact direct sur la compliance, car elle permet aux adolescents de se sentir acteurs de leur propre prise en charge plutôt que simples récepteurs d'instructions médicales. En leur donnant une voix dans le processus thérapeutique, on réduit leur sentiment de contrainte et on favorise un meilleur engagement (Bomhof-Roordink et al., 2019). En effet, lorsque les adolescents perçoivent que leur opinion est prise en compte et que le traitement est adapté à leurs besoins et préférences, ils sont plus enclins à respecter les recommandations médicales (Henderson et al., 2018).

Plusieurs études ont montré que la décision partagée favorise une meilleure compréhension du traitement, ce qui renforce la motivation à le suivre. En impliquant l'adolescent dans les discussions sur les bénéfices et les risques des différentes options thérapeutiques, on améliore son adhésion en lui permettant de percevoir clairement l'intérêt du traitement pour sa santé (Katz et al., 2014). De plus, cette approche permet d'identifier et d'adresser plus efficacement les barrières potentielles à la compliance, comme la peur des effets secondaires, les contraintes liées au mode de vie ou encore la stigmatisation sociale liée à certains traitements (Schröder et al., 2020).

L'utilisation de supports éducatifs adaptés, comme les outils numériques ou les entretiens motivationnels, peut renforcer encore davantage l'impact de la décision partagée sur la compliance. Ces méthodes permettent d'adapter l'information aux capacités cognitives et aux préférences des adolescents, rendant ainsi le processus plus interactif et engageant (Henderson et al., 2018).

Par ce fait, plusieurs études montrent qu'en donnant un rôle actif au jeune dans leur prise en charge, elle favorise un engagement durable, réduit les résistances et permet d'adapter les soins à leurs besoins spécifiques. Pour en maximiser les bénéfices, il est essentiel d'adopter une approche individualisée, combinant éducation thérapeutique, soutien parental et outils interactifs favorisant l'adhésion au traitement (Katz et al., 2014 ; Henderson et al., 2018 ; Bomhof-Roordink et al., 2019).

2.2.4. L'importance de la pair-aidance

Dans les caractéristiques propres aux mineurs d'âge, David Ward (2014) a mis en avant le contexte social qui englobe le rétablissement du jeune. Dans cet aspect social du modèle, nous pouvons souligner l'importance du principe de la « pair-aidance ».

Selon Céline Loubière (Psycom, 2024), la « pair-aidance » désigne l'aide et le soutien des personnes ayant vécu un parcours personnel leur permettant de se rétablir. Ces derniers se basent sur leur propre expérience, leurs connaissances du trouble et leur propre parcours de rétablissement pour aider ceux qui sont dans le même cheminement.

La pair-aidance se base sur les principes clés de respect, de responsabilité partagée et d'accord sur ce qu'il est important de partager entre les usagers. Elle s'intéresse aux forces de la personne et à ses capacités de vivre avec sa maladie. Elle émerge dans l'optique d'atteindre une meilleure qualité de vie et de bien-être, afin de prodiguer l'espoir de la faisabilité du modèle de rétablissement (De Oliveira Padilha et al., 2023). Les jeunes percevraient la pair-aidance comme plus fiable et se confieraient plus personnellement qu'avec les membres du personnel clinique. Ceci viendrait du fait que le pair-aidant dévoile des informations d'ordre privé et personnel aux jeunes, alors que les professionnels gardent une certaine barrière (De Beer et al., 2022).

Le rôle du pair-aidant est central dans le cheminement de rétablissement chez les jeunes, mais aussi très divers. Il peut contribuer aux interventions cliniques auprès des jeunes. Il fournit un soutien dans l'investissement actif du jeune dans son propre rétablissement. Ce dernier peut aider le jeune à se fixer des objectifs personnels de mise en action. Le pair-aidant est un acteur clé dans le processus d'adhésion au traitement du jeune. Son intervention permet de diminuer l'isolement social et émotionnel fréquent chez les jeunes atteints d'une maladie mentale. Ceci découle du fait qu'elle opte pour une approche normalisante (De Oliveira Padilha et al., 2023).

De Beer et ses collègues (2022) définissent les mêmes concepts que De Oliveira Padilha et son équipe (2023), mais ces derniers ajoutent que la pair-aidance fournit une aide pour gérer la stigmatisation familiale et communautaire concernant la maladie mentale.

Pour le jeune, cette personne devient un guide crédible qui a déjà traversé et survécu à ce torrent émotionnel. Elle a des retombées positives pour les usagers, mais aussi pour les équipes pluridisciplinaires. Ceci permet donc de réduire l'utilisation des services d'urgence (De Oliveira Padilha et al., 2023).

2.2.5. Résumé de l'application du modèle de rétablissement chez les mineurs

L'application du modèle de rétablissement chez les mineurs, bien qu'inspirée des principes d'autonomie et de responsabilisation, soulève des défis particuliers en raison de l'âge et du développement des jeunes. Ce modèle repose sur une participation active, mais son adaptation aux enfants et adolescents nécessite de prendre en compte leur dépendance affective et sociale. La question de l'*empowerment* à un âge où l'identité est en construction et le rôle des parents dans la décision partagée deviennent des éléments clés.

Sur le plan théorique, des chercheurs comme Bill Anthony (1993) et Khoury (2020) définissent le rétablissement comme un processus personnel, non linéaire. Cependant, l'adolescence représente une période de transition marquée par des changements physiologiques et psychologiques, rendant l'adaptation du modèle nécessaire.

David Ward (2014) identifie plusieurs différences majeures dans le processus de rétablissement chez les adolescents, telles que l'influence de l'environnement familial, la vulnérabilité identitaire et l'impact de la puberté. Khoury (2020) élargit le modèle de rétablissement aux dimensions émotionnelle, scolaire et relationnelle, insistant sur l'importance de l'espoir et du soutien des adultes. Les recherches de Masten (2018) et Snyder (2002) soulignent également l'importance de prendre en compte le développement neuropsychologique des jeunes.

La décision partagée, dans ce contexte, prend une forme particulière. Contrairement à l'adulte, où la relation est souvent dyadique entre le patient et le professionnel, le modèle chez les mineurs inclut souvent les parents. Ce processus évolue avec l'âge, et l'adolescent devient progressivement plus impliqué, bien que le rôle des parents reste central, en particulier dans les premières étapes. Les parents jouent un rôle fondamental en tant que partenaires du projet de soins, mais aussi en tant que supports émotionnels et logistiques. Des études comme celles de Bjønness et al. (2022) montrent que les parents font face à des dilemmes concernant la participation de leur enfant aux décisions thérapeutiques.

Enfin, les professionnels doivent naviguer entre les attentes des adolescents et les responsabilités des parents, dans un équilibre respectant l'autonomie du jeune tout en impliquant les parents de manière appropriée. Cette dynamique de décision partagée favorise l'engagement des jeunes dans leur parcours de soins, comme l'indiquent plusieurs études (Henderson et al., 2018 ; Kon et al., 2016), renforçant ainsi la compliance au traitement. Cela montre que, bien

que le modèle de rétablissement soit fondamentalement centré sur la personne, il nécessite des ajustements pour répondre aux spécificités des mineurs.

III. Objectif de la recherche

Dans la continuité d'un projet de recherche antérieur, le présent mémoire s'inscrit dans une réflexion élargie sur les pratiques de soin en santé mentale auprès d'une population considérée comme vulnérable : les adolescents bénéficiant d'un suivi en psychiatrie. Une première étude qualitative, menée par Di Schiena et ses collaborateurs (2025), s'est attachée à explorer la question de la décision partagée dans les traitements psychologiques et psychiatriques du point de vue des professionnels. En analysant leurs représentations, cette recherche a mis en lumière les dynamiques relationnelles entre soignants et patients, en particulier autour de la compliance au traitement et de la satisfaction perçue quant à la prise en charge.

Dans le prolongement de cette démarche, le présent projet de mémoire vise à explorer les enjeux spécifiques du rétablissement chez les adolescents suivis en psychiatrie, en se centrant cette fois-ci sur leur vécu subjectif. Plus précisément, il s'agit d'interroger leur expérience de la décision partagée dans le cadre de leur prise en charge : parviennent-ils à exercer un véritable pouvoir décisionnel sur les choix thérapeutiques ? Ont-ils la possibilité d'aligner ces choix avec leurs objectifs personnels, leurs valeurs, et leur rythme de développement ? Dans quelles conditions cette participation est-elle encouragée, freinée ou contournée ? Et quel sens les adolescents eux-mêmes donnent-ils à cette participation ?

Pour ce faire, ce travail adopte une posture exploratoire, en donnant la parole aux usagers mineurs d'âge afin de mieux comprendre leur parcours de rétablissement et, plus spécifiquement, leur place au sein des processus décisionnels. Cette approche permet de déplacer le regard, non plus uniquement sur les représentations des professionnels, mais sur les expériences vécues des jeunes concernés.

La question de recherche est : « Comment la décision partagée est-elle expérimentée par les adolescents dans leur prise en charge en psychiatrie, et quels en sont les enjeux, les modalités et les limites ? ».

IV. Méthodologie

4.1. Dimensions éthiques : Population vulnérable

La présente étude qualitative porte sur une population vulnérable, à savoir des adolescents suivis en psychiatrie, ce qui implique une attention particulière sur les plans éthique, déontologique et juridique. La notion de vulnérabilité renvoie ici à une position de fragilité sociale, psychologique ou médicale pouvant affecter la capacité à consentir librement, à comprendre les enjeux de la recherche ou à se protéger d'éventuelles conséquences néfastes (UNESCO, 2020). C'est en raison de cette vulnérabilité que les principes éthiques doivent être rigoureusement examinés, afin de garantir que la recherche respecte la dignité, les droits fondamentaux et l'intégrité des personnes concernées.

En Belgique, le cadre juridique de référence est la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (dossier n° 2004-05-07/32), qui s'applique à toute recherche impliquant directement ou indirectement des participants humains, y compris dans le champ des sciences humaines et sociales. Cette loi définit les conditions de validité du consentement, les obligations du chercheur, ainsi que le rôle des comités d'éthique dans l'évaluation et l'autorisation des projets. Elle considère le statut des mineurs comme particulièrement sensible et exige un double consentement : celui du représentant légal et celui du mineur lui-même, dans la mesure de ses capacités de compréhension. Elle impose en outre des garanties spécifiques : une information claire, adaptée à l'âge et au niveau de maturité du participant, le droit de se retirer à tout moment sans justification ni conséquence, et une attention particulière portée à la volonté propre de l'enfant. Cette dernière renforce les principes éthiques fondamentaux qui guident la recherche avec des personnes vulnérables : respect de l'autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice. Elle invite les chercheurs à faire preuve d'une vigilance accrue quant à l'établissement d'un climat de confiance, à l'adaptation du langage utilisé et à la protection du vécu subjectif du jeune tout au long du processus.

En complément du cadre législatif belge, plusieurs recommandations éthiques internationales insistent sur une approche contextuelle et relationnelle de la vulnérabilité. La Convention relative aux droits de l'enfant (Nations unies, 1989) rappelle que les mineurs ont droit à une protection particulière, mais aussi à une participation adaptée à leur degré de maturité. De leur côté, les lignes directrices éthiques pour la recherche en SHS (UNESCO, 2020) encouragent une posture fondée sur le respect, la non-instrumentalisation et la

reconnaissance du vécu des participants. Ces textes invitent les chercheurs à considérer la vulnérabilité non pas comme un état fixe, mais comme une réalité contextuelle, liée aux situations sociales, institutionnelles et relationnelles. Dans cette perspective, il est recommandé de construire les protocoles de recherche avec les personnes concernées, dans une logique d'empowerment et de partage du pouvoir décisionnel, afin d'éviter leur réduction à de simples objets d'étude.

Un autre enjeu central réside dans la gestion des données sensibles, inhérente à la méthodologie qualitative. Les récits recueillis peuvent contenir des éléments intimes, voire traumatiques, nécessitant une anonymisation rigoureuse et une protection accrue de la confidentialité, conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD). La loi belge de 2004 insiste également sur la formation des chercheurs à la conduite d'entretiens sensibles, ainsi que sur la mise à disposition de dispositifs de soutien ou d'orientation vers des ressources appropriées après la participation.

Pour toutes les raisons mentionnées ci-dessus, la présente étude a fait l'objet d'une analyse approfondie de la part du Comité d'éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation de l'Université de Liège, du Centre Hospitalo-facultaire de l'Université de Liège (CHU), ainsi que celui du Centre Hospitalier Jean Titeca. Les différents comités d'éthique sont agréés pour le respect de la loi du 7 mai 2004. Son analyse a permis de s'assurer de la conformité du protocole aux exigences légales et déontologiques encadrant la recherche impliquant des personnes mineures et vulnérables.

4.2. Étude qualitative

Afin d'explorer le vécu des usagers sur la décision partagée dans la prise en charge des mineurs en pédopsychiatrie, nous utiliserons la recherche de type qualitative.

Pour approfondir la compréhension des dynamiques concernant le rétablissement et la décision partagée dans la santé mentale des mineures, une recherche qualitative s'avère appropriée. Cette méthodologie permet d'explorer en profondeur les phénomènes sociaux, culturels et comportementaux, en se concentrant sur les expériences subjectives des usagers et des professionnels, offrant une vision nuancée des interactions et des processus décisionnels en pédopsychiatrie. En utilisant des techniques telles que les entretiens semi-directifs, l'observation participante et les groupes de discussion, les chercheurs peuvent recueillir des données riches et détaillées qui éclairent les pratiques actuelles (Willig, 2019). Ainsi, les

entretiens semi-structurés ont permis d'accéder aux perceptions des participants, à leurs intentions, ainsi qu'à leurs représentations.

L'un des principaux avantages des études qualitatives réside dans leur capacité à offrir une compréhension approfondie des comportements humains, en explorant les opinions, motivations et expériences des individus. Cette approche flexible permet de recueillir des données riches et détaillées, offrant ainsi une vision nuancée des phénomènes étudiés. Elle s'adapte également en fonction des données recueillies, facilitant l'exploration de nouveaux thèmes émergents (Denzin & Lincoln, 2020 ; Willig, 2020). C'est pourquoi l'adoption de cette démarche pour étudier le vécu des usagers et des professionnels concernant la décision partagée en pédopsychiatrie est cruciale. Elle permet de développer des interventions adaptées et efficaces, contribuant ainsi à l'amélioration continue des soins de santé mentale pour les mineurs, en plaçant l'expérience et la collaboration au cœur du processus thérapeutique (Willig, 2019).

Cependant, les études qualitatives présentent également des inconvénients. La subjectivité inhérente à l'analyse des données peut introduire des biais, affectant l'objectivité des conclusions. De plus, en raison de la taille souvent restreinte des échantillons, la généralisation des résultats à une population plus large est limitée. Enfin, la collecte et l'analyse de données qualitatives sont souvent chronophages et nécessitent des ressources considérables (Denzin & Lincoln, 2020).

4.2.1. Théorie ancrée

Notre étude s'inscrit dans une approche qualitative spécifique qui est celui de la théorie ancrée (*Grounded Theory*), une méthodologie de recherche développée par Barney Glaser et Anselm Strauss en 1967. Contrairement aux approches hypothético-déductives qui vérifient des théories préexistantes, la théorie ancrée permet de construire des théories à partir des données de terrain, en suivant un processus inductif. Ce modèle méthodologique repose sur plusieurs principes clés : l'échantillonnage théorique, le codage des données et la comparaison constante des catégories théoriques en construction (Glaser & Strauss, 1967 ; Timonen et al., 2018).

L'échantillonnage théorique est un principe fondamental de la théorie ancrée, où la collecte des données évolue en fonction des concepts émergents. Plutôt que de définir un échantillon fixe dès le début, le chercheur ajuste ses choix au fur et à mesure que les catégories théoriques se dessinent, ce qui permet d'explorer le phénomène de manière approfondie

(Charmaz, 2006). L'analyse des données suit un processus structuré en trois phases de codage : (1) le codage ouvert, où les données brutes sont décomposées pour identifier des concepts initiaux ; (2) le codage axial, qui cherche à établir des liens entre les concepts pour faire émerger des thèmes plus larges ; et (3) le codage sélectif, où les catégories sont intégrées dans un cadre théorique cohérent (Strauss & Corbin, 1998). Le codage ouvert consiste à fragmenter les données brutes (transcriptions, etc.) en unités de sens, auxquelles le chercheur attribue des codes descriptifs. Cette phase vise à identifier des éléments saillants sans orientation théorique préalable. Par la suite, le codage axial permet d'établir des relations entre les codes. Le chercheur regroupe les concepts initiaux en thèmes plus larges, en identifiant des liens de causalité, de contexte, de conditions et de conséquences. Cela permet de structurer les données autour de dimensions analytiques cohérentes. Pour terminer le processus d'analyse, le codage sélectif finalise le processus en intégrant les thèmes principaux dans un modèle théorique global. Le chercheur sélectionne les catégories les plus centrales, les approfondit, et vérifie leur capacité explicative à travers tout le corpus (Bryant & Charmaz, 2007 ; Glaser, 1978 ; Strauss & Corbin, 1998). Ce processus repose sur la comparaison constante, où chaque nouvelle donnée est confrontée aux précédentes pour affiner les catégories et garantir leur pertinence empirique (Glaser, 1978 ; Strauss & Corbin, 1998).

Au fil des ans, la théorie ancrée a évolué, avec des variantes méthodologiques. L'approche classique de Glaser (1978) met l'accent sur une analyse des données purement émergente, sans cadre conceptuel préalable, tandis que l'approche constructiviste de Charmaz (2006) insiste sur le rôle actif du chercheur dans la construction des interprétations et sur une posture réflexive. Cette flexibilité méthodologique a permis à la théorie ancrée d'être largement adoptée dans des domaines variés, comme la sociologie, la santé, l'éducation et la gestion, car elle permet de comprendre les expériences humaines dans des contextes multiples (Bryant & Charmaz, 2007 ; Palmquist et al., 2017).

En somme, la théorie ancrée est une méthodologie puissante pour générer des connaissances ancrées dans les réalités sociales et humaines complexes. Cependant, elle nécessite une rigueur analytique et une posture réflexive de la part du chercheur. De plus, elle offre une approche souple et inductive pour développer des modèles théoriques riches et nuancés, tout en imposant une grande attention aux données et une démarche analytique rigoureuse (Glaser & Strauss, 1967 ; Palmquist et al., 2017).

4.3. Population d'étude et stratégie d'échantillonnage

Cette phase de recherche a été conçue comme une étude multicentrique. Plusieurs structures accueillant des adolescents, et d'autres centres seront contactés lors de phases ultérieures afin d'élargir et de diversifier les perspectives recueillies. L'attention est donc, portée sur les adolescents eux-mêmes, afin de recueillir leur point de vue subjectif. Cette population, considérée comme vulnérable, apporte des informations précieuses sur leur implication dans les décisions relatives à leur suivi thérapeutique. Grâce à leurs vécus personnels, ces jeunes sont en mesure de fournir un éclairage unique sur la manière dont ils perçoivent leur participation, leur autonomie et leur satisfaction au sein du processus de soin. L'anonymat garanti dans le cadre de cette recherche vise à favoriser une expression libre et sincère de leurs ressentis, sans crainte de jugement ou de répercussions.

Dans le cadre de la présente phase de recherche, la stratégie de recrutement a consisté à identifier des adolescents hospitalisés depuis au moins quinze jours et depuis moins d'un an. Les seuls critères d'exclusion concernaient les situations de décompensation psychotique en cours, les états de crise jugés par le psychiatre traitant comme incompatibles avec la participation, ainsi que la présence d'un retard mental avéré. Cette méthode permet de refléter une variété de situations et d'expériences tout en assurant que les participants soient en mesure de contribuer pleinement au recueil de données (Robinson, 2014). Le nombre de participants a été déterminé en s'appuyant sur les pratiques courantes observées dans des recherches qualitatives menées auprès de populations vulnérables en santé mentale (Bjønness et al., 2020 ; Ward, 2014). Lors des phases ultérieures, si l'investigation prend une dimension multicentrique, une stratégie d'échantillonnage raisonné et ciblé (*purposive sampling*) sera maintenu afin d'inclure des centres variés (par exemple, spécialisés dans les troubles alimentaires, avec un profil socio-économique différent et une proportion plus importante de filles) pour diversifier les expériences recueillies. Cette méthode a déjà été utilisée dans l'étude de Pauline Reciputi (Reciputi & Di Schiena, 2024).

Les participants ont été recrutés par l'intermédiaire du Centre Hospitalier Jean Titeca, situé à Bruxelles, établissement spécialisé dans les soins pédopsychiatriques fondés sur le modèle de rétablissement. Le recrutement a été réalisé par Madame Raffaella Di Schiena, pédopsychologue clinicienne au sein du centre. Cela a permis l'identification des adolescents répondant aux critères de la recherche.

Au total, six adolescents âgés de 14 à 17 ans ont été sélectionnés. L'échantillon se compose de six garçons, tous en cours de rétablissement.

4.4. Procédure de récolte des données

Des entretiens semi-directifs ont été menés en présentiel, individuellement, auprès de chaque participant. Les entretiens étaient menées par Raffaella Di Schiena, promotrice du mémoire et aussi psychologue clinicienne au sein de l'hôpital susmentionné. Les jeunes qui étaient ses patients ont été évidemment exclues par le recrutement.

L'ensemble des participants a reçu une lettre d'information présentant notre étude. Celle-ci abordait le but de l'étude, les méthodes utilisées, ainsi que l'utilisation prévue des données recueillies. Tout au long du processus, nous nous sommes assurées de rester disponible afin de répondre aux différents questionnements qui auraient pu émerger.

Avant de débiter l'échange et de procéder à l'enregistrement audio, le cadre de l'entretien a été systématiquement clarifié. Il s'agissait, dans un premier temps, de rappeler le contexte de la recherche, son objectif général, ainsi que les raisons pour lesquelles leur participation était sollicitée. Ensuite, les modalités pratiques de l'entretien ont été précisées : sa durée estimée (entre 10 et 25 minutes), la nature ouverte des questions posées, la possibilité pour le participant d'interrompre l'entretien à tout moment, ainsi que les garanties de confidentialité et d'anonymisation des propos recueillis.

Il était également rappelé que seules quelques informations sociodémographiques générales seraient conservées à des fins d'analyse, telles que le genre et l'âge. Une fois l'ensemble de ces éléments explicités et compris, le consentement éclairé du participant était sollicité de manière formelle pour l'enregistrement audio. L'entretien ne débutait qu'une fois cet accord obtenu. Il a été conjointement recueilli auprès des parents et des adolescents, pour la participation à l'étude et pour l'enregistrement.

L'entretien commençait par une recontextualisation du sujet de recherche, afin de mettre à l'aise l'interviewé et de favoriser une parole libre et réflexive. L'échange s'appuyait ensuite sur un guide d'entretien préalablement élaboré (cf. Annexe 1), servant de fil conducteur tout en laissant la place à l'émergence d'éléments spontanés et aux relances de l'interviewer. Ce guide semi-structuré autour de thématiques issues de la littérature scientifique portait notamment sur la compréhension et le ressenti des participants vis-à-vis de leur parcours de rétablissement, sur la notion de décision partagée, ainsi que sur leur rôle perçu dans le processus décisionnel. Les

participants étaient invités à s'exprimer sur la manière dont leurs choix et préférences étaient pris en compte par les professionnels de santé. Des dimensions telles que la satisfaction à l'égard des interventions reçues, la participation au traitement et l'adhésion à la prise en charge ont également été abordées. Enfin, une attention particulière a été portée à l'influence potentielle de facteurs spécifiques sur leur processus décisionnel. Pour une présentation détaillée du guide d'entretien, voir annexe 1.

Les entretiens semi-directifs présentent un intérêt méthodologique majeur dans la mesure où ils permettent de faire émerger le sens que les individus attribuent à leurs vécus, à leurs décisions et à leurs interactions avec le système de soins. Ils se prêtent particulièrement bien aux recherches exploratoires, en offrant un espace de parole où se co-construit la compréhension des phénomènes étudiés. Ce type d'entretien introduit également une dimension réflexive dans la recherche, puisque la relation entre enquêteur et enquêté devient un lieu dynamique de production de sens (Demazière & Dubar, 1997).

Une fois l'ensemble des entretiens menés, une phase de transcription intégrale des verbatims a été engagée. Cette étape, cruciale pour l'analyse qualitative, inclut l'anonymisation systématique des données recueillies et la suppression de toute information permettant d'identifier les participants. Ce travail de transcription est réalisé en collaboration avec Louise Baronheid, étudiante en dernière année de Master à l'Université de Liège.

4.5. Méthode d'analyse

Une analyse thématique a été conduite sur l'ensemble des entretiens réalisés, dans le but d'identifier, d'organiser et d'interpréter les motifs récurrents — appelés *thèmes* — présents dans le corpus de données textuelles. Cette méthode qualitative vise principalement à faire émerger des structures de sens qui rendent compte des expériences subjectives et des représentations sociales des participants (Paillé & Mucchielli, 2016). Elle est particulièrement adaptée dans une perspective compréhensive et inductive, visant à faire émerger les significations, tout en articulant ces dernières aux cadres théoriques de référence.

L'analyse a été conduite en suivant les étapes proposées par Braun et Clarke (2006), qui recommandent un processus en six temps : (1) familiarisation avec les données, (2) création des codes initiaux, (3) recherche de thèmes, (4) relecture et révision des thèmes, (5) définition et dénomination des thèmes, et (6) rédaction du rapport d'analyse. Ce processus suppose des

allers-retours constants entre les extraits, les codes et les thèmes, afin d'assurer une interprétation fidèle et rigoureuse du matériau.

Dans un premier temps, une phase d'immersion dans les données a été réalisée par des lectures approfondies et exploratoires, permettant de se familiariser avec le contenu des entretiens. Les retranscriptions intégrales ont été effectuées à l'aide du logiciel « *NVivo Transcription* ». Elles ont, ensuite, été revues et contrôlées en vue de respecter les règles de fidélité de chaque verbatim. Cette étape a permis d'amorcer une lecture initiale non-directive, afin de favoriser une compréhension globale du matériau et a ouvert la voie à l'étape suivante : le codage.

La phase suivante a consisté à coder les extraits pertinents à l'aide d'un système de codage initialement inductif, fondé sur le sens exprimé par les participants. Le codage a été réalisé sur chaque entretien, par moi-même et ma co-mémorante Louise Baronheid, selon un partage du travail en binôme. Initialement, chacune de nous a codé trois entretiens de manière indépendante, puis nous avons procédé au codage croisé des entretiens réalisés par l'autre. Plusieurs séances de comparaison croisée des codages ont été organisées, afin de mettre en avant les convergences et divergences de nos interprétations. Ce travail interjuge constitue une étape cruciale dans l'analyse qualitative, car il permet de renforcer la fiabilité et la crédibilité des résultats en confrontant plusieurs regards interprétatifs (Schreier, 2014 ; Dany, 2016).

La démarche de codage interjuge implique de dépasser une lecture intuitive ou univoque des données. En confrontant les différentes grilles de codage, nous avons pu affiner les définitions des thèmes, expliciter les critères de classement, justifier nos choix théoriques et clarifier les délimitations thématiques. La collaboration interjuge s'inscrit ainsi dans une visée épistémologique forte : renforcer l'objectivité intersubjective (Bardin, 1998) et limiter l'impact des biais individuels d'interprétation. Nous avons notamment calculé un taux d'accord interjuge, dans le but de vérifier la stabilité de notre système de codage. Ce dernier a été calculé lors des séances de comparaison croisée des codages, afin d'obtenir les différentes composantes nécessaires à l'équation.

$$\text{Taux d'accord} = \frac{\text{Nombre de segments codés de la même manière}}{\text{Nombre total de segments}} \times 100$$

Figure 1. : Equation du taux d'accord interjuge

Par la suite, une grille de codage commune a été élaborée à partir des codes retenus. Celle-ci a permis de regrouper les codes en sous-thèmes sémantiques. Ces derniers, construits

à partir des données elles-mêmes, sont porteurs de significations pertinentes pour la problématique de recherche (Braun & Clarke, 2006). Pour chaque sous-thème identifié, un énoncé synthétique a été formulé, résumant le contenu de l'extrait auquel il était associé (voir Annexe 2). Une phase de révision des sous-thèmes a ensuite été menée afin d'en évaluer la cohérence interne et la distinction mutuelle. Cette étape visait à s'assurer que ces derniers représentaient fidèlement les données, qu'ils répondaient à la question de recherche et qu'ils pouvaient être clairement différenciés les uns des autres. Ils ont ensuite été regroupés en thèmes plus larges, facilitant ainsi leur structuration et leur interprétation (Vaismoradi et al., 2016).

Un travail d'affinement a permis de faire émerger des thèmes transversaux, en mettant en lumière les résonances, redondances ou divergences entre les entretiens. Cette étape a consisté à fusionner certains thèmes, à en scinder d'autres, voire à éliminer ceux qui s'avéraient peu pertinents ou redondants. Une attention particulière a été portée à la recherche de cohérences entre les entretiens, afin d'enrichir l'analyse comparative (Braun & Clarke, 2006 ; Paillé & Mucchielli, 2016). Nous avons donc, procédé à la formulation définitive des thèmes principaux.

Ensuite, un arbre thématique a été construit pour structurer l'ensemble des sous-thèmes et visualiser les liens hiérarchiques entre les thèmes principaux. Cet outil a favorisé une interprétation globale des résultats, en articulant les contenus émergents aux dimensions théoriques de la recherche.

Enfin, chaque thème a fait l'objet d'une définition claire et concise, illustrée par des extraits représentatifs issus des entretiens. Ces éléments ont ensuite été articulés avec la problématique de recherche et les cadres théoriques existants, dans une démarche interprétative visant à mettre en perspective les résultats.

V. Présentation des résultats

5.1. Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon se compose de six adolescents âgés de 14 à 17 ans ont été sélectionnés, comprenant uniquement des garçons. L'âge moyen des participants est de 15,5 ans. La durée des entretiens varie entre 10 et 25 minutes.

5.2. Analyse thématique

Cette étude, de nature exploratoire, vise à approfondir la compréhension du concept de décision partagée dans la clinique pédopsychiatrique, en cohérence avec les nouveaux modèles de prises en charge participatifs, à partir de la perspective des jeunes usagers. Si la décision partagée est davantage documentée dans la littérature adulte, son application auprès des mineurs demeure peu étudiée. L'objectif de cette recherche est d'explorer le vécu subjectif de la décision partagée dans ce contexte spécifique, en tenant compte des caractéristiques propres aux patients mineurs ainsi que de la complexité des dynamiques relationnelles impliquant les soignants, les jeunes et leurs familles.

À partir de l'analyse thématique des six entretiens réalisés, trois grands thèmes ont émergé. Ceux-ci permettent d'investiguer la manière dont les jeunes perçoivent leur rétablissement, les formes de participation possibles et les composantes de la décision partagée. Chaque thématique se compose de sous-thèmes qui affinent la compréhension de ces phénomènes.

L'ensemble des codes ayant servi de base à cette analyse se trouve en annexe 2. L'arbre thématique (cf. Figure 2.) offre une représentation synthétique de l'organisation des résultats. Afin d'illustrer au mieux l'expérience vécue des jeunes, des extraits de verbatims significatifs sont mobilisés dans la suite.

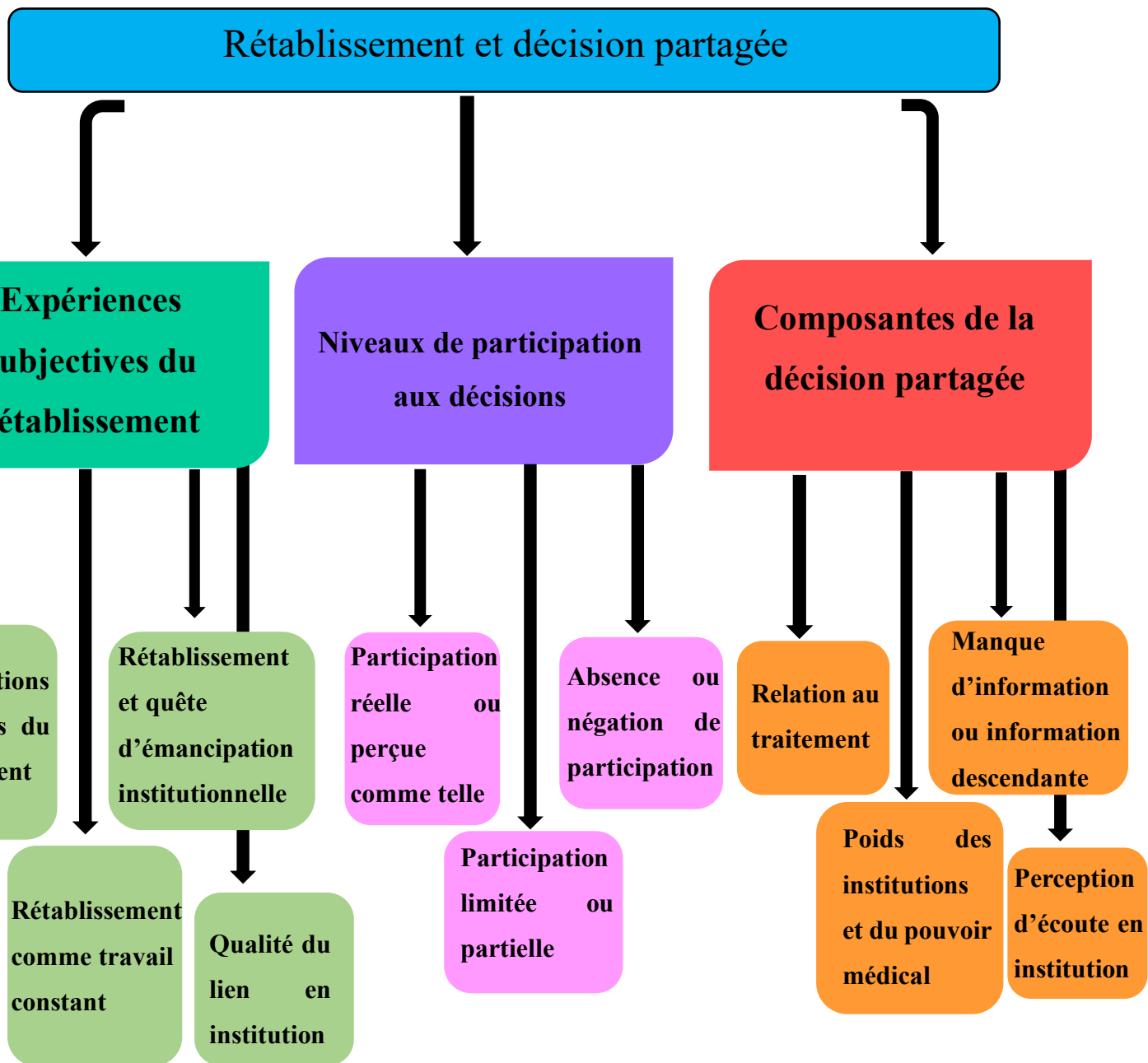


Figure 2. : Arbre thématique, illustrant les 3 grands thèmes de la décision partagée dans la clinique des mineurs et les thèmes associés selon la perspective des jeunes

5.2.1. Expériences subjectives du rétablissement

Afin de comprendre comment les jeunes vivent la décision partagée dans leur prise en charge, il apparaît essentiel de commencer par explorer la manière dont ils se représentent leur propre processus de rétablissement.

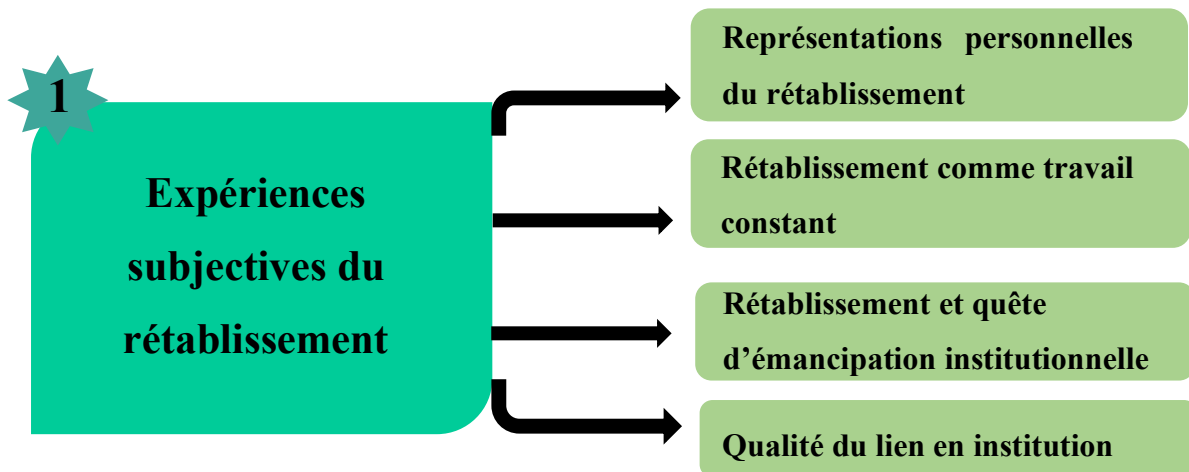


Figure 3. : Thème 1 de l'arbre thématique : Expériences subjectives du rétablissement

Ce thème rassemble les vécus, perceptions et représentations que les jeunes patients construisent autour de leur processus de rétablissement en pédopsychiatrie. Sur base de leur discours, le rétablissement n'est pas une guérison stricte, mais une trajectoire personnelle, subjective et souvent discontinue. Cette dernière est façonnée à la fois par les aspirations propres des jeunes, leur vécu relationnel et le cadre institutionnel dans lequel ils évoluent.

Représentations personnelles du rétablissement :

Les jeunes interrogés développent des représentations personnelles du rétablissement qui s'éloignent des définitions strictement médicales. Pour eux, se rétablir signifie avant tout se sentir mieux dans leur quotidien, retrouver une forme de calme émotionnel, de bien-être intérieur et de stabilité comportementale. Le rétablissement est ainsi envisagé comme un processus global, progressif et observable, à la fois mental, physique, comportemental et émotionnel.

Les critères évoqués pour évaluer ce mieux-être varient selon les personnes, mais relèvent tous d'une forme de retour à la normalité telle qu'ils la perçoivent. Cela peut prendre la forme d'un apaisement des émotions, d'un meilleur contrôle de soi, ou encore d'un regain d'énergie et d'envie. Des jeunes expriment par exemple cette progression en ces termes :

« *Aller mieux, c'est quand on voit qu'il y a des efforts.* » (Entretien n°1)

« *Ça ne vient pas d'un claquement de doigt* » (Entretien n°3)

« *Je vois que j'ai changé. Avant, je criais ou je fuyais. Maintenant je parle plus.* » (Entretien n°4)

D'autres soulignent l'importance du ressenti corporel et émotionnel, traduisant une amélioration globale de leur état :

« *Se sentir mieux dans sa peau, la joie de vivre.* », « *Et du coup, c'est faire un travail sur soi.* » (Entretien n°2)

« *Et aller mieux c'est quand t'allais mal et que ça s'est amélioré.* » (Entretien n°3)

Cette évolution est parfois décrite à travers des changements dans les réactions émotionnelles et les comportements :

« *C'est un moi qui ne s'énerve pas.* » (Entretien n°2)

« *Je ne fais plus de crises. À la maison, maintenant, ça va.* » (Entretien n°1)

Ainsi, ces représentations subjectives montrent que les jeunes disposent d'une compréhension fine et nuancée de leur propre cheminement, qui ne repose pas uniquement sur les critères externes du soin, mais sur leur ressenti intérieur, leur rapport à eux-mêmes et à leur environnement. Elles constituent une base indispensable pour comprendre ce qui, selon eux, rend un engagement dans le soin possible et porteur de sens.

Rétablissement comme travail constant :

Dans les discours recueillis, le rétablissement est fréquemment évoqué comme un cheminement personnel, engagé de manière volontaire et soutenu dans le temps. Les jeunes décrivent une démarche introspective, marquée par la nécessité de faire face à leurs difficultés, de les reconnaître, mais aussi de les gérer autrement. Il ne s'agit pas ici de nier la persistance de certains symptômes ou de viser une disparition totale du mal-être, mais plutôt de développer des ressources internes pour mieux composer avec eux.

Le rétablissement apparaît ainsi comme un travail psychologique actif, centré sur l'autogestion et la responsabilisation individuelle. Il implique d'accepter la réalité de certaines souffrances, tout en mobilisant ses propres forces pour avancer. La confiance, en soi, dans le processus de soin, voire dans les adultes encadrants, est présentée comme un moteur de ce cheminement. Cette confiance ne semble pas donnée d'emblée, mais construite à partir d'une volonté explicite d'aller mieux, traduisant une forme d'engagement subjectif dans le processus.

Plusieurs jeunes expriment cette posture avec lucidité, comme en témoigne cette affirmation :

« Il y aura toujours des problèmes, mais on apprend à vivre avec. »

(Entretien n°3)

« Mais non, parce qu'elles seront toujours là (les difficultés). »

(Entretien n°2)

« Faire face à ce qui s'est passé dans le passé. »

(Entretien n°5)

Ces types de propos soulignent une acceptation réaliste de la situation, sans résignation, mais avec une volonté de progresser. Le rétablissement est ici associé à une transformation personnelle :

« J'ai fait confiance parce que je voulais aller mieux. »

(Entretien n°5)

« C'est un travail dû à mes problématiques. »

(Entretien n°1)

« C'est une amélioration progressive. »

(Entretien n°2)

Ainsi, ce sous-thème illustre une dynamique d'évolution portée par les jeunes eux-mêmes, dans laquelle leur implication consciente, leur motivation et leur capacité à mobiliser des ressources internes deviennent les fondements d'un rétablissement authentique. Cette lecture s'inscrit pleinement dans la conception du rétablissement comme processus subjectif, autodéterminé et orienté vers le sens. Elle met également en évidence les conditions nécessaires à l'émergence d'une participation plus active et co-construite dans les décisions concernant leur prise en charge.

Rétablissement et quête d'émancipation institutionnelle :

Pour de nombreux jeunes interrogés, le rétablissement est étroitement lié à la possibilité de sortir de l'institution ou, plus largement, de s'en détacher symboliquement. L'institution est ici perçue de manière ambivalente : à la fois lieu de soin et espace de contrainte. Si certains reconnaissent le rôle structurant que peut jouer l'hospitalisation, beaucoup expriment un désir profond de retrouver des environnements perçus comme plus « normaux », tels que l'école ou la famille.

Ce sous-thème illustre le fait que le rétablissement est souvent envisagé comme une émancipation : une reprise de pouvoir sur son parcours de vie, une sortie de la dépendance institutionnelle, et une reconquête de son autonomie. Plusieurs jeunes associent explicitement leur mieux-être à leur capacité à quitter l'hôpital ou à se projeter dans un avenir en dehors de celui-ci, comme en témoignent ces propos :

« Sortir d'ici et vivre sa vie. » (Entretien n°4)

« Aller à l'école, c'est un grand pas dans mon hospitalisation. », « Avoir des projets, ça veut dire qu'il y a une perspective pour que tu sortes d'ici. » (Entretien n°1)

La dimension spatiale et symbolique du rétablissement est ici très marquée. L'institution est parfois comparée à un enfermement, voire à une prison, traduisant un vécu d'assignation ou de perte de contrôle :

« Guérir ici, ça ne sert à rien. On est en prison. » (Entretien n°1)

« Avoir des projets, ça veut dire qu'il y a une perspective pour que tu sortes d'ici. » (Entretien n°4)

« Parce qu'on m'a toujours laissé ici. On m'a laissé ici. Du coup, je pense qu'on ne m'a pas écouté. », « Ici, ce n'est pas un endroit fait pour moi. » (Entretien n°6)

Le rétablissement est donc pensé comme un mouvement de sortie (physique, psychique et sociale) vers un environnement où le jeune peut se réapproprier ses choix, retrouver une forme de dignité et de liberté. Cette aspiration à l'émancipation est aussi étroitement liée à la

possibilité de participer activement aux décisions qui le concernent. Pour certains, la décision partagée n'est envisageable que si le cadre institutionnel permet une redistribution du pouvoir et une reconnaissance réelle de leur subjectivité.

Enfin, ce sous-thème met en tension deux dimensions fondamentales du rétablissement en pédopsychiatrie : la nécessité d'un cadre sécurisant et protecteur, et la quête de liberté et d'autonomie.

Qualité du lien en institution :

Dans cette partie, l'importance des relations interpersonnelles dans les trajectoires de rétablissement des jeunes est mise en avant. Les liens tissés avec les professionnels ou les figures parentales jouent un rôle déterminant dans leur disposition à s'engager dans le soin, à se sentir entendus et à envisager une participation active aux décisions. Le lien peut être de confiance, ambivalent ou conflictuel, mais il est toujours porteur d'enjeux affectifs forts.

Certains jeunes décrivent des expériences anciennes d'invisibilisation au sein de leur sphère familiale, qui ont marqué leur rapport au dialogue et à la légitimité de leur parole :

« Dans mon parcours de vie, étant plus jeune, il y a beaucoup de trucs... On va reparler de ma mère, elle ne m'a jamais demandé mon avis, pour quoi que ce soit, alors que ça me concernait. » (Entretien n°2)

D'autres relatent une adhésion résignée, fondée sur l'absence d'alternative, mais aussi sur une volonté de coopérer avec les professionnels lorsqu'un climat de confiance est perçu :

« Parce que je sais déjà que j'avais pas trop le choix d'être ici à l'hôpital, parce que je n'allais pas à la maison. Donc je me suis dit, je vais écouter, je vais aller là-bas. » (Entretien n°5)

Certains usagers valorisent une relation bienveillante avec les soignants, perçus comme alliés dans leur processus de mieux-être :

« C'est des gens qui sont là pour t'aider... donc je leur fais confiance. »
(Entretien n°4)

Mais cette confiance est fragile. Elle peut être sapée par des pratiques coercitives ou des situations passées vécues comme punitives ou violentes, venant heurter le sentiment de sécurité relationnelle nécessaire à toute forme d'engagement thérapeutique :

« *Et malgré qu'il... on a ouvert la bouche... on a été punis.* » (Entretien n°4)

« *Et faire face à ce qui s'est passé dans le passé.* » (Entretien n°1)

« *Sinon ils nous attachent... ils nous piquent.* » (Entretien n°6)

Ces témoignages montrent que la relation soignant-soigné ne peut être considérée comme neutre : elle est chargée d'affects, de souvenirs, d'asymétries, et constitue à la fois un levier et un obstacle dans la dynamique de rétablissement. Ce sous-thème indique que la décision partagée ne peut s'installer sans un minimum de sécurité relationnelle et de reconnaissance subjective. Il appelle ainsi à intégrer la dimension affective, historique et contextuelle du lien dans toute démarche de co-construction du soin.

5.2.2. Niveaux de participation aux décisions par l'utilisateur

Après avoir analysé la manière dont les jeunes se représentent leur propre rétablissement, il semble essentiel de s'intéresser à la place qu'ils occupent dans le processus de décision partagée qui les concerne. Ce second thème permet d'explorer la diversité des modalités de participation décisionnelle telles qu'elles sont perçues, vécues ou revendiquées par les adolescents hospitalisés en pédopsychiatrie.

La participation aux décisions constitue un axe central du modèle de rétablissement, fondé sur l'autodétermination, l'écoute et la reconnaissance de l'utilisateur comme sujet compétent. Dans le contexte spécifique des mineurs, cette dimension soulève des enjeux particuliers : la capacité à décider n'est pas acquise d'emblée, mais dépend de facteurs tels que l'âge, l'état psychique, le cadre légal ou encore la posture des professionnels. C'est pourquoi il est particulièrement pertinent d'examiner les conditions concrètes dans lesquelles cette participation est rendue possible, partielle, ou au contraire entravée.

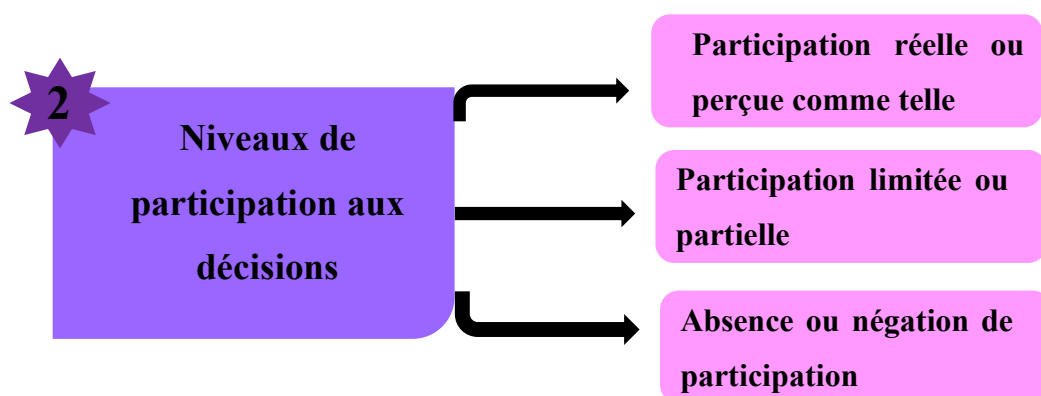


Figure 4. : Thème 2 de l'arbre thématique : Niveaux de participation aux décisions par l'utilisateur

L'analyse des discours des jeunes montre que leur implication dans les décisions se décline selon un continuum d'expériences, allant d'une participation active et reconnue, à une implication partielle ou ponctuelle, jusqu'à une mise à l'écart explicite ou ressentie. Chaque position sur ce continuum donne à voir un rapport différent au pouvoir d'agir, à la parole et à la légitimité subjective.

Ce thème permet ainsi de mieux comprendre les mécanismes qui facilitent ou freinent la co-construction des décisions thérapeutiques, en mettant en lumière non seulement les formes visibles de participation, mais aussi les conditions relationnelles et institutionnelles qui les sous-tendent. Il permet de comprendre dans quelle mesure la décision partagée trouve, ou non, une application concrète dans les pratiques quotidiennes institutionnelles.

Trois grandes catégories de participation émergent de l'analyse. D'abord, certains jeunes rapportent une implication réelle ou perçue comme telle, où leur parole est prise en compte et intégrée dans les choix thérapeutiques. Ensuite, d'autres décrivent une participation plus limitée, marquée par des consultations ponctuelles, une délégation partielle, ou une mise à distance dans certaines situations. Enfin, plusieurs usagers témoignent d'une absence, voire d'une négation de participation, dans des contextes où le jeune est exclu du processus ou se sent contraint à une forme de soumission. Ces trois dimensions, qui structurent les sous-thèmes présentés ci-après, permettent de mieux cerner les possibilités et les limites d'une réelle décision partagée en pédopsychiatrie.

Participation réelle ou perçue comme telle :

Cet axe regroupe les situations dans lesquelles les jeunes se sentent entendus, consultés et considérés comme des interlocuteurs légitimes dans les décisions les concernant. Cette participation peut se traduire par une implication active dans les échanges, par une écoute constante de leurs besoins ou par une forme de co-construction explicite des choix thérapeutiques. Il renvoie à des expériences où leur parole est écoutée, valorisée, et prise en compte dans un processus partagé, souvent au sein d'un espace de dialogue respectueux. Même si cette participation est parfois partielle ou contextuelle, elle est perçue par les jeunes comme réelle et valorisante, contribuant à renforcer leur sentiment d'être reconnus comme sujets dans le parcours de soin.

Dans certains cas, les adolescents évoquent une dynamique collective où tous les acteurs (professionnels, jeunes, parents) participent à la prise de décision, dans une logique de collaboration. Ce sentiment de participation partagée se traduit aussi par la reconnaissance de la diversité des points de vue, y compris celui du jeune :

« Moi, je dois décider, le médecin, ma maman, tout le monde doit décider. », « Tout le monde a pu dire un peu, chacun sa parole pour dire des choses sur moi. » (Entretien n°2)

D'autres usagers soulignent une participation plus individuelle mais tout aussi significative. En incluant le fait de pouvoir exprimer ses préférences, d'être consulté dans des décisions concrètes, ou de pouvoir refuser certaines choses, ceci est perçu comme une marque de confiance et d'autonomie :

« Et quand ça parle de moi, je participe. », « Je peux donner mon avis. » (Entretien n°1)

Cette participation est rendue possible par la qualité de la relation avec les professionnels, qui se montrent à l'écoute, disponibles et respectueux. Le climat relationnel positif apparaît comme une condition centrale de cette implication :

« Ici, on m'écoute. » (Entretien n°1)

« Les décisions ont toujours été prises en respectant mon point de vue. » (Entretien n°2)

Enfin, une répartition équitable de la parole, perçue comme non hiérarchique, alimente un sentiment d'inclusion et d'équité, où l'opinion du jeune n'est pas reléguée à l'arrière-plan :

« Aucune opinion ne vaut plus que d'autres. » (Entretien n°2)

Ces récits illustrent une application concrète de la décision partagée, où le patient et le professionnel partagent les informations, expriment leurs préférences, et construisent ensemble une décision éclairée. Du point de vue des jeunes interrogés, ce type de fonctionnement favorise un sentiment de reconnaissance, une appropriation du parcours de soin et un engagement plus actif dans la relation thérapeutique.

Participation limitée ou partielle :

Pour plusieurs adolescents interrogés, la participation aux décisions concernant leur prise en charge n'est ni totalement absente ni pleinement réalisée. Elle se situe dans un entre-deux, où le droit d'expression est reconnu, mais le pouvoir de décision demeure partiellement attribué. Cet aspect souligne des formes de participation partielles, souvent modulées par des facteurs structurels (rôle de l'autorité judiciaire, protocole médical, urgence psychiatrique) ou relationnels (confiance, délégation volontaire, hésitation).

Certains jeunes expriment un désir d'implication, accompagné d'une conscience des limites de leur rôle dans la prise de décision. Comme l'exprime un adolescent :

« Prendre la décision avec moi, oui, tant que j'ai mon mot à dire. »
(Entretien n°3)

D'autres encore insistent sur leur volonté d'être davantage écoutés, bien qu'ils reconnaissent une forme d'inégalité dans le processus :

« J'aimerais qu'on m'écoute plus. » (Entretien n°5)

« Je peux donner mon avis, mais ce n'est pas moi qui ai le dernier mot. »
(Entretien n°1)

La confiance accordée aux professionnels peut également justifier un retrait volontaire, vécu non pas comme une exclusion, mais comme un choix raisonné :

« Je me mets en retrait parce que je fais confiance au docteur. » (Entretien n°1)

« Oui, parce que c'est lui qui a un diplôme, ce n'est pas moi qui ai un diplôme, c'est lui qui sait ce qui est mieux pour moi. » (Entretien n°2)

Ce type de rapport montre que la non-participation active peut parfois être assumée, lorsqu'elle s'appuie sur une alliance thérapeutique perçue comme sécurisante.

Cependant, les situations de crise ou les décisions judiciaires viennent fréquemment limiter la place décisionnelle du jeune. Dans ces cas, l'impossibilité de participer est subie, même si elle est comprise :

« Quand je suis trop en crise... ils ne donnent pas le choix. » (Entretien n°1)

« C'est le juge qui a dit que je devais. » (Entretien n°6)

Ces témoignages attirent l'attention sur le déséquilibre entre la reconnaissance symbolique et le pouvoir effectif. Le jeune peut être entendu, consulté, voire soutenu dans l'expression de son avis, sans pour autant voir cet avis réellement pris en compte dans la décision finale. Le modèle de décision partagée est ici amorcé, mais freiné par des dynamiques d'asymétrie de pouvoir, des impératifs de protection, ou des limites liées à l'état psychique. Cette configuration invite à penser une co-décision graduée, sensible au contexte et aux capacités évolutives du jeune, afin de respecter à la fois sa vulnérabilité et son pouvoir d'agir.

Absence ou négation de participation :

Cette catégorie révèle un décalage entre le modèle de décision partagée promu dans les approches contemporaines du soin en santé mentale et les pratiques institutionnelles réellement vécues par les jeunes, où leur parole est ignorée, minimisée ou contournée. Plusieurs adolescents interrogés décrivent une exclusion explicite ou implicite des décisions qui les concernent, notamment dans les choix majeurs tels que l'hospitalisation, le traitement ou le lieu de placement. La parole du jeune est souvent entendue sans être écoutée, voire considérée comme secondaire, inefficace ou illégitime. Elle est remplacée par une décision unilatérale, souvent justifiée par l'autorité médicale, judiciaire ou parentale, laissant les jeunes dans un sentiment d'impuissance ou d'invisibilité.

Certains adolescents évoquent des décisions prises sans qu'ils aient été consultés ou écoutés, malgré leur volonté d'exprimer un désaccord :

« On m'a laissé ici malgré ce que j'ai dit. », « Mon opinion, on ne la prend pas en compte. » (Entretien n°1)

Dans d'autres cas, la participation est simulée, laissant croire à un choix possible, où le consentement semble exigé mais non négociable :

« On me donnait le choix, mais j'avais juste le choix de dire oui. » (Entretien n°1)

« C'est un semblant de choix. On nous fait croire qu'il y aura ça pour nous donner le choix. Pour nous faire comme si on avait un mot à dire. Et ensuite, on nous met à l'envers. » (Entretien n°3)

Parfois, les jeunes adoptent une attitude résignée, intériorisant l'idée qu'ils n'ont pas leur mot à dire. Cette posture peut masquer un sentiment plus profond de non-légitimité à participer à la décision, lié à leur statut de mineur ou au cadre institutionnel :

« Je ne fais pas d'histoire. » (Entretien n°2)

« Je pense que c'est eux qui ont décidé. » (Entretien n°3)

Ces récits témoignent d'un décalage important entre les principes de la décision partagée (valorisant l'autonomie et la participation) et les pratiques réellement vécues en contexte de pédopsychiatrie. Ils montrent une forme d'invisibilisation du sujet au cœur de la prise en charge. Ils soulignent l'importance de l'expérience de non-participation, qui peut renforcer un vécu d'impuissance, nuire à la construction d'un lien de confiance, et compromettre l'engagement dans un processus de rétablissement. Leur voix, disqualifiée, ne peut jouer son rôle dans la co-construction du sens, des objectifs thérapeutiques, ni des modalités de prise en charge

Ce concept d'absence ou négation de participation interroge directement la tension entre la visée de protection propre à la clinique des mineurs et l'aspiration à l'autodétermination portée par le modèle de rétablissement. Il invite à repenser la place du jeune dans les décisions, non pas uniquement en fonction de son âge ou de son statut juridique, mais à partir de ses capacités, son vécu, et son désir de participation.

5.2.3. Composantes de la décision partagée

Ce dernier thème rassemble les facteurs contextuels, relationnels et communicationnels qui influencent concrètement la participation des jeunes dans les décisions les concernant. Il suggère à la fois les obstacles structurels à la mise en œuvre d'une décision partagée, et les conditions favorables qui, lorsqu'elles sont réunies, rendent cette participation possible.

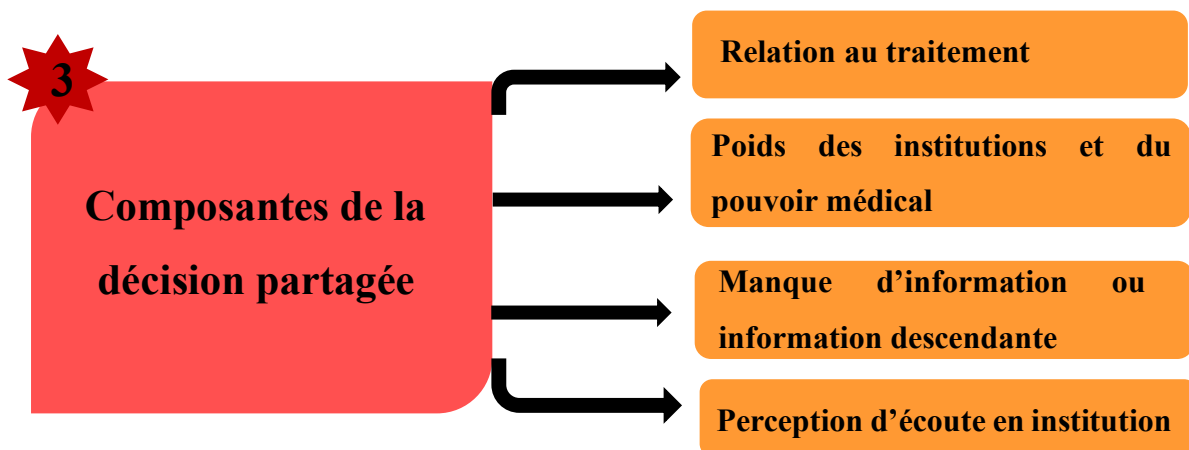


Figure 5. : Thème 3 de l'arbre thématique : Composantes de la décision partagée

Les jeunes interrogés évoquent d'abord le poids des figures d'autorité (médecins, juges, SPJ) comme une limite majeure à leur pouvoir décisionnel. Les décisions leur apparaissent souvent comme imposées, prises sans consultation ou sans possibilité réelle d'en discuter. À cela s'ajoute une asymétrie d'information qui empêche toute co-construction. Les usagers perçoivent un manque d'explications sur les traitements ou les orientations thérapeutiques. Certains décrivent aussi des pratiques perçues comme coercitives, rendant l'expression de leur désaccord risquée ou vaine.

La perception de l'écoute au sein de l'institution constitue également une composante importante de la décision partagée. Si certains se sentent entendus et accompagnés, d'autres pointent une écoute partielle, conditionnelle, voire absente. Cette variabilité des postures professionnelles affecte directement la capacité des jeunes à s'exprimer et à s'impliquer dans leur trajectoire de soin.

Cependant, plusieurs jeunes évoquent aussi des leviers de participation. La relation de confiance avec certains professionnels, la reconnaissance de leur vécu subjectif, et la possibilité de faire entendre leurs préférences favorisent un sentiment d'implication et de légitimité. Ces

expériences positives montrent que la décision partagée est possible, à condition que le contexte relationnel, informationnel et institutionnel s’y prête.

En somme, ce thème souligne que la décision partagée repose autant sur la posture des professionnels que sur les conditions institutionnelles.

Relation au traitement :

La place qu’occupent les traitements dans le parcours des jeunes interrogés souligne des rapports multiples et parfois ambivalents à la médication. Cette relation au traitement constitue un indicateur clé de la manière dont s’instaure (ou non) une co-décision thérapeutique.

Pour certains jeunes, la prise de médicaments est intégrée de manière active, presque rationnelle. Ils montrent une connaissance précise de leur traitement, ce qui peut traduire une forme de participation informée ou un positionnement réflexif dans le soin :

« Je connais mes médicaments, je sais ce que je prends... je sais que je vais d’abord demander un lorazepam plutôt qu’une thymine... »
(Entretien n°2)

Mais à l’opposé, d’autres voix expriment une forte méfiance à l’égard de leur médication, perçus comme inefficaces ou nuisibles, voire comme un outil de contrôle plus que d’aide :

« Les médicaments mentaux, ça n’aide pas. » (Entretien n°6)

Cette méfiance peut aussi s’accompagner de résignation, voire d’une forme de désengagement émotionnel vis-à-vis du traitement. Pour certains, la médication peut sembler comme imposée, dépourvue de sens pour celui ou celle qui la prend :

« Je le prends, je m’en fous du traitement à peu près. » (Entretien n°1)

Enfin, certains témoignages évoquent des situations de contrainte explicite, où la prise de médicaments semble conditionnée par la peur d’une sanction ou d’une mesure coercitive. Le traitement devient alors un passage obligé, vécu sous pression :

« Si je ne prends pas le supplément, on m’attache. » (Entretien n°3)

« Sinon ils nous attachent... ils nous piquent. » (Entretien n°4)

Ces expériences montrent combien il peut être difficile, dans certains contextes, de faire coexister le discours de la co-décision avec une réalité marquée par des rapports de pouvoir et un manque de dialogue thérapeutique. La médication, censée être un outil au service du rétablissement, peut alors être perçue comme un instrument de pouvoir, voire d'aliénation, ce qui va à l'encontre des principes de co-décision, d'empowerment et d'autodétermination.

Cette partie souligne ainsi l'importance d'une relation de soin où les choix thérapeutiques sont discutés, compris et négociés avec le jeune, plutôt que prescrits unilatéralement. La manière dont les usagers parlent de leurs traitements en dit long sur la qualité de leur implication dans les décisions qui les concernent.

Poids des institutions et du pouvoir médical :

Les jeunes interrogés évoquent fréquemment le sentiment que les décisions les concernant échappent à leur contrôle. Qu'il s'agisse de mesures judiciaires, d'orientations médicales ou de choix éducatifs, ces décisions sont souvent perçues comme émanant d'autorités extérieures (juge, médecin, éducateur) dont la légitimité semble difficilement contestable.

Plusieurs témoignages soulignent cette dépossession explicite du pouvoir de décision, au profit de figures perçues comme plus compétentes ou autorisées :

« C'est la juge qui décide, pas moi. », « C'est le médecin et ma mère qui ont décidé. » (Entretien n°1)

« C'est surtout le médecin qui décide. » (Entretien n°2)

« Ce sont les médecins qui décident, pas moi. » (Entretien n°3)

« Je pense que c'est eux qui ont décidé. » (Entretien n°5)

« C'est le SPJ, qui décide. » (Entretien n°6)

Dans certains cas, le retrait des jeunes du processus décisionnel est volontaire et peut s'accompagner d'une certaine confiance envers l'adulte relais :

« Je me mets en retrait parce que j'ai confiance en lui. » (Entretien n°2)

Mais ce retrait peut aussi être le reflet d'une intériorisation des hiérarchies de savoir et de légitimité, comme en témoigne cette phrase :

« Il a un diplôme, moi non. » (Entretien n°2)

Ces paroles montrent à quel point les rapports de pouvoir, fondés sur le statut, l'expertise ou le rôle institutionnel, peuvent inhiber la participation active des jeunes. Loin d'un dialogue équilibré, la décision partagée est alors reléguée à l'arrière-plan, remplacée par une dynamique de délégation ou d'exclusion silencieuse.

Plutôt que de révéler une simple absence de participation, les jeunes dénoncent une certaine forme d'invisibilisation de leur expérience subjective, souvent considérée comme secondaire face aux savoirs légitimes.

Manque d'information ou information descendante :

Cette partie expose la mise en œuvre de la décision partagée : le manque d'information claire, complète et accessible pour les jeunes au sujet de leur prise en charge. Plusieurs adolescents relatent avoir reçu des explications minimales ou très vagues, parfois réduites à une phrase ou à une justification floue, sans discussion. L'information semble alors transmise de manière descendante, unidirectionnelle et ne permet pas aux jeunes de se saisir de leur rôle dans le processus décisionnel.

« *On m'a dit, une phrase et c'est tout, à peu près, c'est pour te calmer.*
(explication pour le traitement) » (Entretien n°1)

Cette forme de communication crée une distance entre le professionnel et le jeune, qui se voit privé des éléments nécessaires pour comprendre, questionner ou consentir de manière éclairée. Certains expriment explicitement une insatisfaction face à ce manque de clarté, et un désir de mieux comprendre ce qui leur arrive :

« *J'aurais voulu savoir plus.* » (Entretien n°6)

D'autres décrivent une situation où on les informe sans les consulter, renforçant l'impression que leur avis n'est pas requis, même lorsque l'information est transmise :

« *On m'a informé, mais on ne m'a pas demandé mon avis.* » (Entretien n°2)

« *On m'a mis de côté.* » (Entretien n°6)

Ce type de communication empêche toute co-construction réelle des décisions et amoindrit les principes de la décision partagée, qui repose sur un échange d'informations équilibré et sur la capacité de chacun à exprimer ses préférences. Ici, l'asymétrie d'information

contribue à maintenir une relation de pouvoir déséquilibrée, dans laquelle l'utilisateur est maintenu dans une posture passive, voire infantilisée.

Perception d'écoute en institution :

La manière dont les jeunes perçoivent l'écoute au sein des institutions varie fortement d'un récit à l'autre, révélant un accès inégal à l'expression de soi et à la reconnaissance de leur parole. Pour certains, l'institution représente un espace de reconnaissance, contrastant avec des environnements antérieurs marqués par l'indifférence ou le silence :

« Mon père ne m'a jamais écouté, ici oui. » (Entretien n°5)

D'autres témoignages soulignent toutefois une écoute partielle ou sélective, conditionnée par la personnalité du professionnel et sa posture :

« Oui, on m'écoute. Pas tous les éducateurs. » (Entretien n°1)

« Il y a des moments où on nous écoute, mais ce n'est pas tout le temps. » (Entretien n°3)

Cette variabilité de l'écoute conduit certains jeunes à développer une forme de réserve ou de méfiance, renforcée par des représentations sociales qui les positionnent comme inaptes à se prononcer sur ce qui les concerne :

« Être mineur, c'est ne pas savoir prendre des décisions. » (Entretien n°3)

« On ne m'a pas écouté. » (Entretien n°6)

Ces propos illustrent des expériences contrastées de la relation institutionnelle. Loin d'être anodine, la qualité de l'écoute influence directement la place laissée au jeune dans les processus décisionnels et donc la possibilité d'un réel engagement dans son propre parcours.

Plutôt que de constituer un simple canal de communication, l'écoute devient ici un indicateur de reconnaissance, de respect et de pouvoir partagé. Son absence, ou sa mise en œuvre inégale, peut contribuer à reproduire des rapports de domination implicites, limitant l'expression de l'autodétermination dans un cadre pourtant censé la favoriser.

5.2.4. Accord interjuges

Afin d'assurer la fiabilité du codage réalisé lors de l'analyse thématique, un travail d'accord interjuges a été mené à partir d'un échantillon de segments issus des retranscriptions. Deux codeurs ont indépendamment appliqué la grille de codage aux mêmes segments, puis les résultats ont été comparés pour évaluer la cohérence de l'interprétation.

Le taux d'accord interjuge obtenu est de 78,71 %, calculé selon la formule suivante :

$$\text{Taux d'accord} = \left(\frac{196 \text{ segments codés de la même manière}}{249 \text{ segments au total}} \right) \times 100 = 78,71$$

Figure 6. : Equation du taux d'accord interjuge : Calcul

Ce taux témoigne d'un niveau de concordance jugé satisfaisant dans le cadre d'une analyse qualitative exploratoire. Il reflète un niveau d'accord qui indique une bonne convergence entre les deux analystes. Ce résultat vient renforcer la crédibilité des thèmes identifiés et soutient la rigueur méthodologique de l'analyse. Il témoigne aussi de la clarté et de la cohérence de la grille de codage, construite à partir des premières lectures croisées du corpus. Les divergences observées ont ensuite été discutées conjointement, permettant un affinement des thèmes et une clarification des critères d'attribution des codes.

Ainsi, ce processus a permis de renforcer la fiabilité de l'analyse tout en contribuant à une meilleure stabilisation du système de codage, en cohérence avec les principes de la théorie ancrée.

VI. Interprétation et discussion

À la lumière des résultats obtenus, cette section vise à mettre en perspective les principaux apports de l'étude en les confrontant à la littérature existante. Elle s'organise autour de quatre sous-points : (1) un rappel des objectifs, de la question de recherche et de la méthodologie adoptée, (2) une interprétation des principaux résultats sur base des travaux antérieurs, (3) une analyse critique des biais et limites de l'étude, et enfin, (4) une réflexion sur les perspectives futures ouvertes par cette recherche. Cette discussion a pour ambition de dépasser la simple description des données pour en proposer une lecture théorique et clinique, en considérant les spécificités du contexte pédopsychiatrique et les implications pour la pratique.

6.1. Rappel des objectifs, de la question de recherche et de la méthodologie

Ce mémoire s'inscrit dans une volonté de mieux comprendre comment le modèle de rétablissement, issu d'un contexte de soins pour adultes, peut être appliqué de manière adaptée dans le champ de la pédopsychiatrie. Cette étude s'attarde plus particulièrement sur la décision partagée auprès d'adolescents, inscrite au cœur de la philosophie du soin portée par le rétablissement. Ce modèle, centré sur l'empowerment et l'autonomie de l'utilisateur, est largement documenté dans la population adulte (Anthony, 1993 ; Davidson, 2010), mais sa transposition à une population adolescente soulève des questions spécifiques liées à l'âge, au développement psychologique, à la dépendance parentale et au cadre légal (Khoury, 2020 ; Ward, 2014). Plus précisément, ce mémoire vise à explorer les enjeux, concepts et limites de la décision partagée lorsqu'elle concerne des patients mineurs pris en charge en santé mentale. Si cette dernière constitue une composante centrale du modèle de rétablissement, sa mise en œuvre auprès des adolescents reste encore peu documentée, tant sur le plan théorique qu'empirique.

La question de recherche qui a guidé ce travail est la suivante : « Comment la décision partagée du traitement psychologique est-elle prise en compte dans la clinique des mineurs et quels sont ses enjeux et ses limites ? ». L'objectif principal est ainsi d'explorer, à travers le vécu subjectif d'adolescents engagés dans un processus de soins, la manière dont ils participent (ou non) aux décisions les concernant. Une investigation de la place qu'ils estiment occuper dans la relation thérapeutique a également été menée, ainsi que les facteurs qui favorisent ou freinent leur implication dans les choix de traitement.

Pour répondre à cet objectif, une méthodologie qualitative a été retenue, fondée sur les principes de la théorie ancrée (*Grounded Theory* ; Glaser & Strauss, 1967 ; Charmaz, 2006). Cette approche inductive permet de générer des connaissances à partir des données recueillies, sans se limiter à un cadre théorique prédéfini.

L'étude repose sur la réalisation de six entretiens semi-directifs menés auprès d'adolescents âgés de 14 à 17 ans, tous engagés dans une trajectoire de rétablissement au sein d'un centre pédopsychiatrique. Le recrutement a consisté à identifier des jeunes hospitalisés depuis au moins quinze jours et depuis moins d'un an. Il s'est fait en respectant les critères d'exclusion déjà mentionnés. Ces entretiens ont permis de recueillir leurs expériences subjectives, leurs représentations de la décision partagée et leur perception du rôle joué par les professionnels, les parents et eux-mêmes dans le processus décisionnel (Robinson, 2014).

Les entretiens ont été analysés au moyen d'une analyse thématique, selon les étapes proposées par Braun et Clarke (2006). Cette méthode a permis de dégager les logiques internes aux discours, d'identifier les régularités et les divergences entre les récits, et de construire une lecture structurée et approfondie du phénomène étudié (Paillé & Mucchielli, 2016). Une collaboration interjuge a été mobilisée tout au long du codage (Dany, 2016 ; Schreier, 2014), permettant d'améliorer la fiabilité de l'analyse et de valider les catégories construites. Elle a été mise en place afin de renforcer la validité des résultats.

Ce travail a conduit à l'émergence de trois grands thèmes, eux-mêmes composés de sous-thèmes, organisés dans un arbre thématique, qui offre une vue d'ensemble des dynamiques perçues par les adolescents dans leur parcours de soin et leur place dans les décisions thérapeutiques.

6.2. Principaux résultats et confrontation à la littérature existante

L'analyse thématique conduite à partir des six entretiens d'adolescents suivis en pédopsychiatrie a fait émerger trois grands thèmes. Ceux-ci témoignent de leur expérience subjective du rétablissement, de leur participation aux décisions les concernant et des conditions qui rendent possible ou non une co-décision effective. Ces résultats rejoignent en grande partie la littérature existante tout en soulevant des tensions spécifiques au contexte de la psychiatrie infantile. Cette section propose une mise en regard détaillée des résultats avec les données théoriques et empiriques issues du cadre conceptuel du mémoire.

Le premier thème, intitulé « Expériences subjectives du rétablissement », regroupe des éléments qui montrent que les adolescents interrogés perçoivent leur rétablissement comme un processus personnel, progressif et parfois chaotique. Ils décrivent un travail de redéfinition de soi, d'appropriation de leur trajectoire et de quête de sens face à la souffrance psychique. Cette conception du rétablissement rejoint la définition proposée par Anthony (1993). Pour ce dernier, il s'agit d'un processus personnel visant à construire une vie satisfaisante malgré les troubles. Elle rejoint également les recherches de Leamy et ses collègues (2011), concernant les dimensions d'identité, de sens et d'empowerment. Le sentiment d'être acteur de son parcours, d'avoir une prise (même partielle) sur les événements et les soins, constitue une ressource importante pour les jeunes interrogés. Cette perception s'accorde avec les travaux de Davidson (2010), qui insiste sur l'importance de l'autodétermination dans le processus de rétablissement, même chez les personnes jeunes. Young et Ensing (1999) soulignaient déjà que le rétablissement est un chemin non linéaire, ponctué d'avancées et de régressions, ce que confirment les récits des jeunes.

Le deuxième thème, qui aborde les formes de participation aux décisions, souligne la grande variabilité des modalités de participation rencontrées par les adolescents. Certains témoignent de moments où leur parole a été réellement entendue et prise en compte dans les décisions les concernant. Ils relatent des expériences de véritable co-construction des décisions avec les professionnels, qu'ils perçoivent comme respectueuses et valorisantes. Bien que ces formes de participation restent minoritaires dans le corpus, elles montrent qu'il est possible de faire une place aux jeunes dans la décision, à condition de créer un cadre relationnel et institutionnel suffisamment sécurisant. Cet aspect rappelle que la participation ne peut être prescrite de l'extérieur, mais doit être rendue possible par une posture d'ouverture, de considération et de confiance de la part des professionnels. Ces résultats rejoignent les réflexions de Cahill et Dadvand (2018). Ils montrent que la participation des jeunes repose sur la qualité du lien, le respect perçu et la reconnaissance de leur capacité d'agir. Ils prolongent aussi l'échelle de participation de Hart (1992), en insistant sur la différence entre consultation symbolique et réelle influence.

En revanche, d'autres adolescents évoquent une participation partielle, limitée ou même absente, où les décisions sont prises par les adultes sans réelle délibération. Dans certains cas, ils ne reçoivent aucune information préalable sur leur traitement, et n'ont pas la possibilité d'exprimer leur point de vue. Ceci interroge directement la tension entre la visée de protection propre à la clinique des mineurs et l'aspiration à l'autodétermination portée par le modèle de

rétablissement. Il invite à repenser la place du jeune dans les décisions, non pas uniquement en fonction de son âge ou de son statut juridique, mais à partir de ses capacités, de son vécu et de son désir de participation. Ce dilemme a été soulignée par Coyne (2008), ainsi que par Weithorn et Campbell (1982). Ils insistent sur la difficulté à concilier protection et participation et pour une reconnaissance graduée des compétences décisionnelles des mineurs. Tous soulignent la tendance persistante à sous-estimer les capacités décisionnelles des mineurs, au détriment de leur implication réelle (Coyne, 2008 ; Weithorn & Campbell, 1982).

Par ailleurs, le manque d'information apparaît comme un obstacle majeur à la participation. Plusieurs adolescents expriment une méconnaissance de leur diagnostic, des traitements proposés ou des options disponibles. Cette partie rappelle que l'information n'est pas un simple préalable à la décision partagée, mais une condition indispensable pour permettre la participation effective des mineurs. Ceci dans une perspective de tenir compte de leur capacité de compréhension et de leur droit à être associés à ce qui les concerne. Ce constat rejoint les apports de Charles et son équipe (1997), qui identifient l'information comme le socle fondamental du processus de décision partagée. Cette idée est renforcée par Hayes et ses collègues (2018), de plus que par Hoffmann et ses collaborateurs (2022). Ces derniers montrent que l'accès à une information claire et adaptée favorise l'engagement du patient, et améliore la satisfaction à l'égard des soins.

Enfin, le troisième thème aborde les différentes composantes de la décision partagée. Elle met en évidence les conditions concrètes, relationnelles et structurelles qui rendent possible ou, au contraire, entravent l'instauration d'une véritable co-décision. Cette thématique souligne la tension entre les principes du modèle de rétablissement (basés sur l'autodétermination et l'*empowerment*) et la réalité d'un soin souvent hiérarchisé, protocolisé et parfois contraint. Il interroge la place réelle laissée à la voix du jeune dans la pratique, et souligne la nécessité de créer des conditions structurelles et relationnelles favorables à une construction véritable de la décision partagée. Slade (2009) mentionne les contraintes systémiques que la culture institutionnelle, la formation des professionnels et l'organisation du temps limitent souvent la mise en œuvre effective de la décision partagée, notamment dans les contextes hospitaliers.

La posture des soignants constitue un levier essentiel. Il montre l'effet facilitateur ou inhibiteur des attitudes professionnelles. Les adolescents valorisent les professionnels qui les considèrent comme des partenaires, les écoutent, leur expliquent les décisions et qui les considèrent comme des partenaires. Ils sont attentifs à ceux qui cherchent à construire un lien

de confiance. A contrario, ils critiquent les attitudes paternalistes, autoritaires ou distantes. Ces observations rejoignent les travaux de Tait et Lester (2005), qui ont montré que la qualité de la relation thérapeutique est un prédicteur de l'engagement du patient. Gondek et ses associés (2017) insistent également sur la nécessité de former les professionnels à des pratiques relationnelles inclusives et participatives, en particulier dans les services de pédopsychiatrie.

Le rôle des parents apparaît ambivalent. Dans certains cas, leur présence est décrite comme un soutien, et dans d'autres, comme une entrave à l'expression personnelle. Les adolescents ressentent parfois que la parole parentale prévaut sur la leur. Ces témoignages illustrent la complexité de la dynamique triadique entre l'adolescent, le parent et le professionnel, telle Bjønness et son équipe (2022) l'ont mis en avant. Ces auteurs montrent que les parents eux-mêmes se trouvent souvent dans un rôle de médiateurs entre le jeune et les soignants. Ces derniers sont clivés entre leur responsabilité de protection et leur volonté de laisser une autonomie croissante à leur enfant. L'étude trouve également des bases dans les travaux de Mackova et ses collaborateurs (2022). Ils insistent sur la nécessité de reconnaître les parents comme des partenaires du soin, sans pour autant occulter les droits du mineur à participer aux décisions qui le concernent.

Enfin, les contraintes institutionnelles (comme le manque de temps, la pression des protocoles ou le poids des normes) sont fréquemment évoquées par les participants comme des freins à la participation. Diaz-Caneja et ses collègues (2015) ont mis en évidence ces obstacles systémiques dans les services de santé mentale, qui limitent l'implémentation des modèles de soins centrés sur l'utilisateur. Les conditions structurelles pèsent lourdement sur les possibilités de mettre en œuvre une véritable décision partagée dans les pratiques psychiatriques.

En somme, l'ensemble des résultats confirme que, si la participation des adolescents à la décision partagée thérapeutique est souhaitable et bénéfique (tant pour leur engagement que pour leur rétablissement), sa mise en œuvre reste encore très hétérogène et dépendante de plusieurs facteurs : la posture des professionnelles, du contexte institutionnel et du degré de reconnaissance de la capacité décisionnelle du jeune. Toutefois, elle met également en avant des marges de manœuvre concrètes, à la fois relationnelles et structurelles. Les résultats montrent la nécessité de construire des pratiques plus participatives, plus respectueuses de la subjectivité des jeunes, et plus cohérentes avec les principes du modèle de rétablissement. Cela appelle à un changement de culture dans la clinique des mineurs, qui ne se limite pas à

l'inclusion formelle du jeune, mais qui implique une redéfinition en profondeur des rôles, des relations et des pratiques.

6.3. Biais et limites de l'étude

Comme toute recherche, cette étude comporte plusieurs limites méthodologiques et épistémologiques qu'il convient de reconnaître afin d'en situer la portée.

Tout d'abord, la taille restreinte de l'échantillon (six adolescents) limite la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble des jeunes suivis en pédopsychiatrie. Toutefois, la recherche qualitative n'a pas pour vocation de produire des résultats généralisables au sens statistique, mais bien de comprendre en profondeur des expériences singulières (Denzin & Lincoln, 2011). La diversité des profils (en termes d'âge, de problématiques cliniques, de parcours institutionnelle et de vie) a permis d'accéder à des perspectives variées, mais ne saurait rendre compte de l'ensemble des vécus possibles dans le champ pédopsychiatrique. De plus, les entretiens ont été réalisés au sein d'un seul établissement (le Centre Hospitalier Jean Titeca), ce qui renforce le biais contextuel lié à une culture institutionnelle particulière, orientée vers le modèle de rétablissement.

Ensuite, bien que les entretiens semi-directifs permettent de recueillir un matériau riche, ils sont également exposés au biais de désirabilité sociale, notamment dans un contexte où le jeune peut percevoir la chercheuse comme associée à l'équipe de soin. Certains participants ont pu formuler des réponses jugées plus « acceptables » ou « attendues », limitant ainsi la spontanéité ou la critique. Ce biais est bien connu dans les recherches menées auprès de populations vulnérables (Patton, 2015), et encore davantage chez les adolescents, qui peuvent être sensibles aux rapports d'autorité ou de jugement implicite (Coyne, 2008). L'effort de neutralité, d'écoute active et de clarification du cadre a visé à limiter cet effet, sans pouvoir toutefois l'annuler entièrement.

Un autre enjeu concerne la dimension interprétative de l'analyse thématique. Bien que des procédures d'analyse interjuge aient été mises en place pour renforcer la rigueur du codage (Braun & Clarke, 2006 ; Schreier, 2014), il n'en demeure pas moins que le traitement des données repose en partie sur les lectures subjectives des chercheuses. Cette subjectivité constitue toute recherche qualitative, mais elle suppose une posture réflexive constante de la part de l'équipe (Charmaz, 2006). L'utilisation d'un arbre thématique et d'extraits illustratifs a permis d'explicitier les raisonnements interprétatifs, mais certaines nuances ou contradictions

dans les discours des jeunes ont pu être simplifiées au moment de leur regroupement thématique.

Par ailleurs, la temporalité de l'entretien constitue une autre limite : il s'agit d'un moment ponctuel, dans un parcours souvent long, changeant et émotionnellement instable. Les propos recueillis reflètent donc un état subjectif ancré dans une temporalité précise, sans pouvoir capturer l'évolution des représentations et du vécu des adolescents dans le temps. Une étude longitudinale permettrait de mieux comprendre comment se transforme la perception de la participation à la décision, en fonction du développement psychique, de l'évolution des troubles et des interactions avec les professionnels (Khoury, 2020 ; Ward, 2014).

Pour terminer, malgré ses limites, cette étude a permis d'exposer des dimensions subjectives et structurelles de la participation des adolescents dans le cadre de la pédopsychiatrie, en ouvrant la voie à des analyses plus fines, contextualisées et comparatives.

6.4. Perspective

Les résultats de cette étude invitent à repenser en profondeur les modalités de participation des adolescents dans les soins psychiatriques. Ils ouvrent plusieurs pistes de réflexion et d'action, tant sur le plan de la recherche que sur celui de la pratique clinique.

Une première perspective de recherche découle de l'un des angles restés en marge de cette étude : celui des parents. En pédopsychiatrie, les décisions thérapeutiques impliquent rarement que l'adolescent ou le professionnel. Elles se jouent au sein d'une dynamique triadique, dans laquelle le rôle parental est à la fois central et complexe. Il serait donc pertinent de conduire une étude qualitative spécifique auprès des parents. Ceci dans le but d'explorer leur perspective sur la décision partagée, mais aussi la manière dont ils perçoivent et intègrent l'avis de leur enfant dans le processus décisionnel. Cette future recherche pourrait interroger les éventuels conflits de loyauté, les sentiments de responsabilité, ou encore les arbitrages qu'ils opèrent entre la protection, l'éducation, et l'autonomisation de leur enfant. Une telle approche permettrait d'articuler les positions et besoins des trois acteurs du soin – adolescents, parents et soignants – dans une logique réellement collaborative (Bjønness et al., 2022 ; Mackova et al., 2022).

D'un point de vue clinique, les résultats soulignent l'importance de mettre en place des dispositifs concrets favorisant l'expression des jeunes, et ce dès le début de la prise en charge.

Il pourrait s'agir, par exemple, de moments formalisés afin de recueillir leur point de vue, ou encore de la présence d'un tiers facilitateur (infirmier, éducateur, pair-aidant) chargé d'assurer que leur voix soit entendue. De telles initiatives s'inscriraient dans une logique de co-construction progressive, respectueuse du rythme et des capacités du jeune.

Une autre perspective porte sur la formation des professionnels. Il ne suffit pas de recommander une participation plus inclusive, il faudrait donner de véritables moyens pratiques, théoriques et institutionnels. Il serait pertinent d'intégrer à la formation initiale des soignants des modules dédiés à la communication avec les mineurs, à la gestion de la triangulation parents/enfant/clinicien, ainsi qu'aux enjeux éthiques de la décision partagée. Des dispositifs de supervision ou d'analyse de la pratique centrés sur ces dimensions relationnelles pourraient soutenir l'émergence d'une culture de la co-décision. Ce concept ne serait donc plus perçue comme un idéal flou, mais comme une compétence clinique à part entière (Gondek et al., 2017).

Enfin, sur le plan institutionnel, les résultats invitent à interroger les cadres réglementaires des soins, souvent inadaptés à une participation réelle. Des expérimentations organisationnelles pourraient être envisagées, comme la mise en place de temps dédiés à la participation des jeunes (groupes d'expression, comités des usagers jeunes), ou encore l'évaluation systématique de leur satisfaction et de leur sentiment d'implication. Ces dispositifs pourraient être intégrés dans les démarches des établissements, comme indicateurs d'un soin centré sur l'utilisateur.

Pour terminer, loin de constituer une problématique accessoire, la participation des adolescents aux décisions les concernant engage des enjeux cliniques, éthiques et politiques majeurs. Elle nécessite de dépasser la vision juridique de l'autorisation parentale pour envisager le jeune comme un sujet capable d'agir, de comprendre, et de participer à son propre processus de soin (dès lors que les conditions sont réunies pour cela).

VII. Conclusion

Ce mémoire s'est préoccupé d'interroger la place des adolescents dans les décisions qui jalonnent leur parcours de soin en pédopsychiatrie. Ce travail s'est réalisé à travers le prisme du modèle de rétablissement et de la décision partagée. Cette étude propose d'écouter les jeunes comme des sujets capables d'élaborer un sens, d'exprimer un désir, et de prendre part aux choix qui les concernent.

Les entretiens réalisés ont révélé que, loin d'être inaptes ou indifférents, les adolescents aspirent à être reconnus comme des partenaires dans leur trajectoire de soin. Leur parole, lorsqu'elle est accueillie dans un cadre suffisamment sécurisant, peut devenir un levier puissant de réappropriation de soi, de renforcement du lien thérapeutique, et d'adhésion aux soins. Toutefois, la participation demeure encore très inégale, soumise à des logiques institutionnelles, relationnelles et culturelles qui en restreignent l'effectivité. Entre injonction à l'autonomie et pratiques encore médicalisée, les jeunes oscillent souvent entre espoir d'être entendus et expérience d'être mis à l'écart.

Cette étude, portée par leur vécu subjectif, souligne à quel point la décision partagée ne peut se réduire qu'à une procédure ou à un objectif de bonne pratique. Elle constitue une éthique relationnelle, qui suppose de repenser les rapports de pouvoir, les représentations du soin, et les cadres dans lesquels s'inscrivent les décisions. La posture du professionnel, le rôle des parents, les contraintes du système de santé sont toutes des dimensions qui doivent être travaillées de manière transversale si l'on souhaite créer un espace réel de décision partagée des choix thérapeutiques.

Sur le plan clinique, cette recherche invite à multiplier les occasions d'expression des jeunes, à adapter les outils de communication à leur âge et à leur niveau de compréhension, et à considérer leur parole comme une donnée à part entière dans le processus décisionnel. Sur le plan théorique et institutionnel, il appelle à une reconnaissance du mineur comme sujet valable, dans une logique de collaboration ajustée.

Enfin, ce travail ouvre la voie à des recherches futures, notamment du côté des parents, dont la voix demeure encore peu explorée dans la littérature sur la décision partagée en pédopsychiatrie. Comprendre comment eux-mêmes vivent cette co-construction, comment ils oscillent entre protection et autonomie, et comment ils perçoivent l'avis de leur enfant dans le

processus décisionnel. Toute ces composantes seraient une étape essentielle pour enrichir les pratiques d'accompagnement.

Pour conclure, écouter les adolescents, c'est déjà partager avec eux une part du pouvoir décisionnel. C'est reconnaître qu'ils ne sont pas uniquement des objets de soin, mais des sujets capables de dire ce qui fait sens pour eux. Et c'est peut-être là que commence véritablement le rétablissement.

VIII. Bibliographie

- Activités sociales* | Unafam. (n.d.). <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/activites-sociales>
- Adolescent shared Decision-Making: Where we have been and where we are going. (2021, July). *Journal of Adolescent Health*. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.04.009>
PlumX Metrics
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23
- Arnett, J. J. (2016). The socialization of young adults: Research and policy implications. *Future of Children*, 20(1), 21-42
- Author-health. (2024, January 31). *Réseaux dans les soins de santé mentale pour enfants et adolescents. Vers Une Belgique En Bonne Santé*. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/soins-en-sante-mentale/soins-en-sante-mentale-pour-les-enfants-et-les-adolescents/reseaux-dans-les-soins-de-sante-mentale-pour-enfants-et-adolescents>
- Bardin, L. (1998). *L'analyse de contenu* (11e éd.). Paris : PUF
- Belgique. (2004). Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine. *Moniteur belge*, 18 mai 2004.
https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?DETAIL=2004050732%2FN&caller=list&row_id=1&numero=1&la=F&fromtab=loi&sql=dt+%3D+%2707%2F05%2F2004%27&rech=1&tri=dd+AS+RANK&imgcn.x=47&imgcn.y=12
- Bjønness, S., Grønnestad, T., Johannessen, J. O., & Storm, M. (2022). Parents' perspectives on user participation and shared decision-making in adolescents' inpatient mental healthcare. *Health Expectations*, 25(3), 994–1003. <https://doi.org/10.1111/hex.13443>
- Bomhof-Roordink, H., Gärtner, F. R., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2019). Key components of shared decision-making models: A systematic review. *BMJ Open*, 9(12), e031763
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bryant, A., & Charmaz, K. (2007). *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. SAGE Publications
- Cahill, H., & Dadvand, B. (2018). Re-conceptualising youth participation: A framework to inform action. *Children and Youth Services Review*, 95, 243–253
- Casey, B. J., Heller, A. S., Gee, D. G., & Cohen, A. O. (2019). Development of the emotional brain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 103, 3-22

- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter. *Social Science & Medicine*, 44(5), 681–692
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis*. SAGE
- Copeland, M. E. (1997). *Wellness Recovery Action Plan*. Peach Pr
- Coyne, I., Amory, A., Kiernan, G., & Gibson, F. (2014). Children’s participation in shared decision-making: Children, adolescents, parents and healthcare professionals’ perspectives and experiences. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(3), 273–280. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.01.006>
- Dany, L. (2016). Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. In G. Lo Monaco, S. Delouvée & P. Rateau (Éds.), *Les représentations sociales* (pp. 85-102). Bruxelles : De Boeck
- Daval, R. (2008). Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. *Approche Centrée Sur La Personne*, n° 8(2), 5–20. <https://doi.org/10.3917/acp.008.0005>
- Davidson, L. (2010). *The Recovery Movement: Implications for Mental Health Care and Enabling People to Participate Fully in Life*
- De Beer, C. R. M., Nooteboom, L., Van Domburgh, L., De Vreugd, M., Schoones, J. W., & Vermeiren, R. (2022). A systematic review exploring youth peer support for young people with mental health problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02120-5>
- Deegan, P. E. (2005). Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation. *Socrate* *Réhabilitation*. https://www.apurquebec.org/_domains/apurquebec.org/files/Retablissement_processus_autogere_guerison_transformation.pdf
- Demazière, D., & Dubar, C. (1997). *Analyser les entretiens biographiques*. Nathan.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2020). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781529770278.n19>
- De Oliveira Padilha, P. P., Gagné, G., Iyer, S. N., Thibeault, E., Levasseur, M. A., Massicotte, H., & Abdel-Baki, A. (2023). La pair-aidance pour soutenir le rétablissement en intervention précoce pour la psychose : enjeux autour de son implantation au Québec et dans la francophonie. *Santé Mentale Au Québec*, 48(1), 167. <https://doi.org/10.7202/1106400ar>
- Diaz-Caneja, C. M., et al. (2015). Barriers to implementing shared decision making in mental health care: A qualitative study. *Psychiatric Services*, 66(8), 764–770
- Di Schiena, R., Morsa, M., Joiret, E., & Piccinin, B. (2024, April 26). *Le “Rétablissement” en santé mentale: Spécificités et limites de son application à une population adolescente*. <https://hdl.handle.net/2268/321873>

- Di Schiena, R., Piccinin, B., & Joiret, E. (2022). Spécificités et limites de l'application du modèle du rétablissement à une population adolescente : L'expérience des unités Karibu et Kallima du Centre Hospitalier Jean Titeca. *Acta Psychiatrica Belgica*, 122(2)
- Di Schiena, R., Reciputi, P., & Morsa, M. (2025). Beyond Shared Decision-Making in Youth Psychiatry: A Dynamic Continuum of Decision-Making Practices. *Research Square (Research Square)*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7254817/v1>
- Durand, B. (2019). Le rétablissement. *Raison Présente*, N° 209(1), 19–31. <https://doi.org/10.3917/rpre.209.0019>
- Ellingham, I., & Grisart, J. (2015). Le mouvement du rétablissement : un développement significatif pour le champ du counselling et de la psychothérapie. *Approche Centrée Sur La Personne*, n° 20(2), 27–35. <https://doi.org/10.3917/acp.020.0027>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. Norton & Company
- Faire du rétablissement une réalité. (2008, March). *Sainsbury Centre for Mental Health*. <https://www.researchintorecovery.com/files/SCMH%202012%20Making%20recovery%20a%20reality%20%28French%29.pdf>
- Ferrari, P., Lequin, P., Milovan, M., Suter, C., Golay, P., Besse, C., Chinet, M., Bonsack, C., & Favrod, J. (2018). Autodétermination et décision partagée dans les phases critiques du rétablissement. *Réseau Santé Région Lausanne*. https://arodes.hes-so.ch/record/3439/files/FerrariEtal_2018_ReseauSanteLausanne.pdf
- Filipe, E. (2025). Note de lecture critique. La santé mentale en mouvement. Entre nouvel ordre thérapeutique et dispersion des pratiques, Nadia Garnoussi, Françoise Champion et Elsa Forner (dir.). *Revue Française Des Affaires Sociales*, N° 251(1), 199–203. <https://doi.org/10.3917/rfas.251.0199>
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory*. Sociology Press
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., et al. (2017). Facilitators and barriers to person-centred care in child and young people mental health services: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(4), 437–447
- Hamann, J, Holzhueter, F., Stecher, L., & Heres, S. (2017). Shared decision making PLUS – a cluster, r-randomized trial with inpatients suffering from schizophrenia (SDM-PLUS). *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1240-3>
- Hart, R. A. (1992). *Children's participation: From tokenism to citizenship*. UNICEF
- Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations*. Guilford Press

- Hayes, D., Edbrooke-Childs, J., Town, R., Wolpert, M., & Midgley, N. (2018). Barriers and facilitators to shared decision making in child and youth mental health : clinician perspectives using the Theoretical Domains Framework. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(5), 655-666. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1230-0>
- Henderson, V. A., Barr, K. L., An, L. C., Guajardo, C., & Newhouse, W. (2018). Community-based participatory research and shared decision making: An approach to implementing evidence-based patient education. *Patient Education and Counseling*, 101(8), 1412-1419
- Hoffmann, T., Bakhit, M., & Michaleff, Z. A. (2022). Shared decision making and physical therapy: What, when, how, and why? *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 26(1), 100382. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2021.100382>
- INAMI. (2010, April 26). Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents. *INAMI*. https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/guide_nouvelle_politique_sante_mentale_enfants_adolescents.pdf
- Katz, A., Koerner, C., & Arcia, A. (2014). The impact of family support on adolescent adherence to mental health treatment. *Journal of Adolescent Health*, 55(6), 812-817
- Kelly, M. M., & Coughlan, B. (2018). A theory of youth mental health recovery from a parental perspective. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(2), 161–169. <https://doi.org/10.1111/camh.12300>
- Kon, A. A., Davidson, J. E., Morrison, W., Danis, M., & White, D (2016) An American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society Policy Statement. *Critical Care Medicine*, 44(1), 188-201. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001396>
- Khoury, É. (2020). Narrative Matters: Mental health recovery – considerations when working with youth. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(4), 273–276. <https://doi.org/10.1111/camh.12419>
- Larcher, V., Craig, F., Bhogal, K., Wilkinson, D., & Brierley, J. (2015). Making decisions to limit treatment in life-limiting and life-threatening conditions in children: a framework for practice: *Archives of Disease in Childhood*, 100(Suppl 2), s1–s23. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306666>
- Larousse, É. (n.d.-a). *Définitions : guérir, se guérir, être guéri - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gu%C3%A9rir/38510>
- Larousse, É. (n.d.-b). *Définitions : rétablir, se rétablir, être rétabli - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9tablir/68798>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452

- Leicht-Deobald, U., Busch, T., Schank, C., & Knoll, M. (2021). The role of structured support in adolescent recovery processes. *Journal of Youth Studies*, 24(8), 1023-1041
- Lipstein, E. A., Brinkman, W. B., & Britto, M. T. (2011). What Is Known about Parents' Treatment Decisions? A Narrative Review of Pediatric Decision Making. *Medical Decision Making*, 32(2), 246–258. <https://doi.org/10.1177/0272989x11421528>
- Mackova, J., Veselská, Z. D., Gecková, A. M., Jansen, D., Van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2022). The role of parents in the care for adolescents suffering from emotional and behavioral problems. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1049247>
- Marron, J. M. (2021). Adolescent Shared Decision-Making: Where We Have Been and Where We are Going. *Journal of Adolescent Health*, 69(1), 6–7. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.04.009>
- Masten, A. S. (2018). Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1), 12-31
- Morsa, M., Lombrail, P., Boudailliez, B., Godot, C., Jeantils, V., & Gagnayre, R. (2018). A qualitative study on the educational needs of young people with chronic conditions transitioning from pediatric to adult care. Patient preference and adherence, 2649-2660.
- Nations Unies. (1989). Convention relative aux droits de l'enfant. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Pachoud, B. (2017). Pourquoi la visée du rétablissement en santé mentale implique une priorisation de la dimension éthique ? *Annales Médico-psychologiques*, 175(9), 816–820. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.09.005>
- Pachoud, B. (2018). La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale. □ *Les Cahiers Du Centre Georges-Canguilhem*, N° 7(1), 165–180. <https://doi.org/10.3917/ccgc.007.0165>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Armand Colin.
- Palmquist, L., Patterson, S., O'Donovan, A., & Bradley, G. L. (2017). Protocol: A grounded theory of 'recovery'—perspectives of adolescent users of mental health services. *BMJ Open*, 7(7), e015161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015161>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (4th ed.). Sage

- Pérez-Revuelta, J. I., González-Sáiz, F., Pascual-Paño, J. M., Juan, J. M. M., Rodríguez-Gómez, C., Manchado, L. I. M. —, Mestre-Morales, J., Berrocoso, E., & Moreno, J. M. V. (2023). Shared decision making with schizophrenic patients: a randomized controlled clinical trial with booster sessions (DECIDE Study). *Patient Education and Counseling*, 110, 107656. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107656>
- Psycom - Santé Mentale Info. (n.d.). *L'entraide et la pair-aidance - Psycom - Santé Mentale Info*. <https://www.psycom.org/comprendre/le-retablissement/lentraide-et-la-pair-aidance/>
- Reciputi, P., & Di Schiena, R. (2024). *La définition partagée dans la prise en charge en charge en pédopsychiatrie : une étude qualitative sur la perspective des professionnels* [Mémoire]. Université de Liège. <http://hdl.handle.net/2268.2/21934>
- Règlement général sur la protection des données (RGPD), UE 2016/679
- Robinson, O. C. (2014). Sampling in Interview-Based Qualitative Research: A Theoretical and Practical Guide. *Qualitative Research in Psychology*, 11(1), 25–41. <https://doi.org/10.1080/14780887.2013.801543>
- Schreier, M. (2014). Qualitative content analysis. In U. Flick (Ed.), *The SAGE handbook of qualitative data analysis* (pp. 170–183). London: SAGE
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275
- Sturm, G., Guerraoui, Z., & Jean-Philippe, R. (2016). Améliorer l'alliance thérapeutique avec enfants et familles en situation interculturelle. □L'□Autre, Volume 17(2), 223–233. <https://doi.org/10.3917/lautr.050.0223>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. SAGE
- Tait, L., & Lester, H. (2005). Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(3), 168–175
- Timonen, V., Foley, G., & Conlon, C. (2018). "Challenges When Using Grounded Theory: A Pragmatic Introduction to Doing GT Research." *International Journal of Qualitative Methods*, 17(1), 1-10
- UNESCO. (2020). *Recommandations de l'UNESCO sur une approche éthique des sciences sociales et humaines*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374991>

- Valentino Pomini, Katz, A., Pomini, V., & Bonsack, C. (2016). *Le rétablissement personnel en psychiatrie : une revue actualisée de la littérature* [Mémoire, Université de Lausanne]. <https://core.ac.uk/download/pdf/90216826.pdf>
- Vaismoradi, M., Jones, J., Turunen, H., & Snelgrove, S. (2016). Theme development in qualitative content analysis and thematic analysis. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(5), 100–110. <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n5p100>
- Ward, D. A. (2014). ‘Recovery’: Does it fit for adolescent mental health? *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 83–90. <https://doi.org/10.2989/17280583.2013.877465>
- Weithorn, L. A., & Campbell, S. B. (1982). The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. *Child Development*, 53(6), 1589–1598
- Willig, C. (2019). What can qualitative psychology contribute to psychological knowledge? *Psychological Methods*, 24(6), 796–804. <https://doi.org/10.1037/met0000218>
- Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219–231

IX. Annexes

9.1. Annexe 1 : Guides des entretiens

- 1) Pour toi, qu'est-ce que ça veut dire, « aller mieux" ou "se rétablir » ?
- 2) Est-ce que tu penses que c'est se sentir mieux dans la vie de tous les jours, réussir à faire les choses qui comptent pour toi ?
Est-ce que tu penses que ça veut dire être « guéri », ne plus avoir certaines difficultés, ou est-ce que c'est autre chose ?
- 3) Quand on parle de décider ensemble avec les médecins et ta famille, qu'est-ce que ça signifie pour toi ?
- 4) Selon toi, qui doit donner son avis pour les décisions importantes ?
Les professionnels ? Ta famille ? Toi-même ?
Est-ce que tu as senti que ton opinion était écoutée ?
- 5) Comment penses-tu qu'on devrait prendre en compte l'avis des jeunes comme toi dans ce genre de situation ? Tu sais bien que légalement, étant mineur, certaines décisions tu ne peux pas les prendre tout seule, mais tu sais aussi que on est tenu de t'écouter.
- 6) Est-ce que tu penses que c'est important de pouvoir exprimer ton avis ? Pourquoi ?
- 7) À quels moments tu aimerais que ton avis compte plus ? Est-ce que ça a été pris en compte dans ton parcours ?
- 8) Y a-t-il eu des moments où tu as senti que c'était mieux de se mettre en retraite par rapport à ces décisions et laisser faire les autres? Si oui, pourquoi ? à quel moment ?
- 9) Est-ce que c'était à cause de la confiance que tu avais dans les médecins, ou parce que tu te sentais perdu ?
Penses-tu que comprendre plus de choses t'aurait aidé ?

9.2. Annexe 2 : Relevé des sous-thèmes pour chaque entretien

Entretien n°1

Représentations personnelles du rétablissement

Il définit le rétablissement comme un retour progressif à un mieux-être, observable à travers des efforts, des changements personnels et la fin des crises. Il parle d'un sentiment de mieux-être général, émotionnel et comportemental.

Rétablissement comme processus personnel

Le rétablissement est également conçu comme un travail psychologique sur soi. Le jeune évoque l'importance de faire face à son passé, d'accepter certaines difficultés et d'agir sur ses comportements.

Rétablissement et quête d'émancipation institutionnelle

Il perçoit l'institution comme un frein à son rétablissement et rêve d'en sortir pour retrouver sa liberté et ses projets. L'école et la vie en dehors de l'institution deviennent alors des indicateurs concrets de progrès.

Qualité du lien en institution

Il évoque la variabilité du lien avec les adultes : certains écoutent, d'autres non. Il compare ce qu'il vit ici avec son histoire familiale, marquée par un manque de prise en compte.

Participation réelle ou perçue comme telle

Il se sent parfois inclus dans les décisions, notamment lorsqu'il peut donner son avis ou que les professionnels prennent en compte sa parole.

Participation limitée ou partielle

Le jeune nuance cette inclusion en expliquant que tout dépend des situations, de son état, ou des sujets abordés. Parfois, il se met en retrait volontairement.

Absence ou négation de participation

Il décrit aussi des situations où sa parole n'est pas prise en compte ou où il n'a pas vraiment le choix.

Relation au traitement

Il connaît ses traitements et leur effet mais exprime aussi une forme de distance ou d'indifférence face à ceux-ci.

Poids des institutions et du pouvoir médical

Le jeune évoque une répartition du pouvoir où son rôle est marginal : les décisions sont prises par le médecin, la mère, le juge.

Manque d'information ou information descendante

Il indique avoir reçu peu d'information claire ou individualisée.

Perception d'écoute en institution

La perception de l'écoute est ambivalente : il souligne qu'il est entendu par certains, mais pas tous, ce qui affecte sa participation.

Entretien n°2**Représentations personnelles du rétablissement**

Le jeune décrit le rétablissement comme un mieux-être mental, émotionnel et comportemental. Il met l'accent sur des repères personnels comme le calme, la joie de vivre et le sentiment de changement.

Rétablissement comme processus personnel

Il évoque un travail intérieur, une transformation progressive. Le mieux-être est perçu comme un effort personnel, un changement de posture et de rapport à soi.

Participation réelle ou perçue comme telle

Il se sent parfois intégré aux discussions le concernant. Il évoque une parole partagée avec les professionnels et un espace où chacun peut s'exprimer.

Participation limitée ou partielle

Même s'il évoque une implication, il nuance en soulignant que la balance décisionnelle reste en faveur des professionnels. Il exprime aussi une tendance à se mettre en retrait volontairement par confiance.

Relation au traitement

Le jeune semble relativement au fait de son traitement et exprime des préférences claires. Il décrit un rapport d'autonomie dans la gestion de la médication.

Poids des institutions et du pouvoir médical

Il évoque le poids du corps médical dans les décisions, même s'il accepte cette autorité en raison de leur expertise.

Entretien n°3**Représentations personnelles du rétablissement**

Le jeune associe le rétablissement à une amélioration visible de son état mental et émotionnel. Il parle d'un retour à un soi plus calme, moins impulsif, et d'une meilleure adaptation aux situations.

Rétablissement comme processus personnel

Il décrit le rétablissement comme un travail sur soi, lié à ses propres problématiques, qui nécessite des efforts continus. Il ne nie pas la persistance des difficultés mais cherche à mieux les vivre.

Participation limitée ou partielle

Il évoque des situations où il participe à certaines décisions, mais où son rôle reste secondaire ou ponctuel. Il ressent parfois que sa parole est prise en compte, mais pas toujours de façon continue.

Absence ou négation de participation

Il exprime clairement un sentiment d'exclusion de certaines décisions importantes, avec l'idée que les choix sont déjà faits sans lui ou que son désaccord n'aurait aucune incidence.

Poids des institutions et du pouvoir médical

L'adolescent souligne le déséquilibre entre les jeunes et les adultes décisionnaires, notamment le corps médical. Il exprime le sentiment d'avoir peu de pouvoir d'action réel dans son parcours de soin.

Perception d'écoute en institution

Il note une écoute inégale au sein des équipes soignantes, et un sentiment que l'on peut être entendu, mais seulement dans certaines conditions ou par certains professionnels.

Entretien n°4

Représentations personnelles du rétablissement

Le jeune décrit le rétablissement comme une progression observable, marquée par le retour au calme, à la stabilité émotionnelle et à une meilleure gestion de ses réactions.

Rétablissement et quête d'émancipation institutionnelle

Il évoque son désir de retrouver sa liberté, d'en sortir, de « vivre sa vie » et d'avoir des projets. Il perçoit le soin institutionnel comme un cadre limitant.

Qualité du lien en institution

L'adolescent souligne le rôle des soignants dans son parcours. Il distingue ceux qui l'ont écouté et aidé à progresser, et ceux qui n'ont pas respecté sa parole.

Participation réelle ou perçue comme telle

Il rapporte une expérience de participation où sa parole a été prise en compte. Il sent qu'il peut s'exprimer et que ses préférences sont entendues.

Relation au traitement

Il connaît ses médicaments et évoque des préférences. Il se montre acteur dans la gestion de sa médication.

Perception d'écoute en institution

Il insiste sur l'importance d'avoir été écouté dans certaines situations, tout en mentionnant aussi des expériences où la parole a été ignorée ou sanctionnée.

Entretien n°5

Représentations personnelles du rétablissement

Le jeune décrit le rétablissement comme un retour au calme intérieur, une amélioration émotionnelle et relationnelle. Il évoque un mieux-être lié au changement comportemental et à un apaisement global.

Rétablissement comme processus personnel

Il souligne l'idée que le rétablissement est un processus qui demande du temps, des efforts et une prise de conscience. Il parle d'une évolution personnelle et d'un travail sur ses difficultés.

Rétablissement et quête d'émancipation institutionnelle

Il exprime une forte volonté de quitter l'institution pour retrouver sa liberté. Il identifie l'école et les projets futurs comme des signes concrets d'amélioration et de sortie.

Participation limitée ou partielle

Il reconnaît avoir pu donner son avis à certains moments, mais dans des limites imposées par les adultes. Il se sent entendu de manière ponctuelle.

Absence ou négation de participation

L'adolescent dénonce des situations où sa parole a été ignorée ou où les décisions étaient déjà prises. Il exprime une forme de résignation.

Poids des institutions et du pouvoir médical

Il évoque l'emprise de figures d'autorité sur son parcours, en particulier le médecin et sa mère, qui ont pris les décisions à sa place.

Manque d'information ou information descendante

Il dit n'avoir reçu que peu d'explications sur son traitement. Il déplore une information descendante, sans réel échange.

Entretien n°6

Représentations personnelles du rétablissement

Le jeune voit le rétablissement comme un retour à un état où il peut se sentir libre d'être lui-même, sans contrainte. Il insiste sur l'idée d'une vie normale et d'un équilibre retrouvé, mais à sa propre façon, pas forcément celle imposée par l'institution.

Rétablissement comme processus personnel

Pour lui, le rétablissement est un cheminement individuel, qui prend du temps et où chaque étape compte. Il valorise le fait de pouvoir avancer à son rythme sans pression extérieure.

Rétablissement et quête d'émancipation institutionnelle

Il exprime clairement son désir de s'affranchir d'un cadre institutionnel trop rigide. Il parle de vouloir sortir du rôle de patient passif et de son désir d'être acteur dans son soin, ce qui représente pour lui une forme d'émancipation.

Qualité du lien en institution

Il évoque la qualité du lien avec les professionnels comme un facteur clé du rétablissement. Il se sent aidé quand ils écoutent vraiment et respectent son rythme, ce qui lui donne confiance et facilite son engagement.

Participation réelle ou perçue comme telle

Le jeune rapporte avoir eu des moments où il a pu vraiment choisir ou dire ce qu'il voulait, ce qui l'a encouragé à s'impliquer davantage. Il valorise la transparence et l'explication dans la prise de décision.

Participation limitée ou partielle

Il évoque aussi des situations où la participation était seulement en surface, où il avait l'impression que les décisions étaient déjà prises sans vraiment tenir compte de son avis.

Absence ou négation de participation

Parfois, il ressent qu'on décide à sa place sans le consulter, ce qui crée de la méfiance et un sentiment d'impuissance. Il souligne l'importance de ne pas subir le soin.

Relation au traitement

Il parle de sa relation au traitement comme un compromis où il cherche à comprendre pourquoi on lui propose tel médicament ou telle approche, pour mieux s'y engager.

Poids des institutions et du pouvoir médical

Il perçoit parfois un rapport de force avec l'institution, où le pouvoir médical peut écraser sa parole, notamment quand il sent qu'on ne le considère pas vraiment comme partenaire.

Manque d'information ou information descendante

Il dénonce un défaut d'information claire et accessible, évoquant des moments où il a eu l'impression qu'on ne lui disait pas tout ou que les explications étaient trop techniques.

Perception d'écoute en institution

Le jeune valorise fortement quand il se sent écouté sans être jugé, ce qui contribue à créer une relation de confiance. Il insiste sur le fait que cette écoute doit être active et respectueuse pour favoriser une bonne co-décision.