

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**FACTEURS QUI FAVORISENT OU FREINENT LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ
MENTALE À L'ADOLESCENCE : UNE PERSPECTIVE DÉVELOPPEMENTALE
APPLIQUÉE A LA PSYCHOÉDUCATION**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
JEAN-FRANÇOIS GUAY**

JANVIER 2026

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Mme Jessica Pearson

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

Mme Jessica Pearson

Prénom et nom

directeur ou codirecteur de recherche

Mme Georgia Vrakas

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

Cette recension des écrits porte sur l'application de l'approche axée sur le rétablissement auprès d'adolescents vivant avec un trouble ou présentant des indices de trouble mental. Ce concept, bien établi chez les adultes, demeure encore peu exploré en jeunesse. Pourtant, certains auteurs (Ballesteros-Urpi *et al.*, 2019; Palmquist *et al.*, 2017) rappellent son importance et insistent sur la création d'un cadre conceptuel propre à cette période de vie. L'objectif de cet essai est de cerner les leviers et les freins du rétablissement à l'adolescence afin d'éclairer les pratiques psychoéducatives. Les sept études retenues mettent en évidence des conditions favorables : la présence d'espoir, la qualité du soutien, la reconnaissance graduelle de l'autonomie et les pratiques centrées sur les forces. Elles soulignent aussi plusieurs obstacles : la prédominance d'une logique biomédicale, la stigmatisation, l'impuissance parentale, la fragmentation des services. Ces constats appuient la nécessité d'adapter l'approche aux réalités développementales et relationnelles propres à l'adolescence.

Table des matières

Résumé	iii
Remerciements	v
Situation actuelle au Québec et au Canada	1
Contexte	2
Particularités des interventions auprès des adolescents	3
L'approche axée sur le rétablissement	5
Objectifs de l'essai	8
Méthode	9
Critères d'inclusion	9
Critères d'exclusion	9
Recherche documentaire	10
Extraction des données	10
Résultats	12
Résultat du processus de recension et description des études retenues	12
Synthèse des résultats obtenus dans les articles retenus	18
Rôle des familles	19
Expérience et voix des jeunes	22
Pratiques cliniques	22
Des modèles à adapter	22
Discussion	24
Limites	27
Apports spécifiques à la psychoéducation	28
Conclusion	33
Références	34

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma conjointe, Jessica, pour son indéfectible soutien et sa patience dans les moments où mes énergies étaient partagées entre le travail, les études et la vie familiale. Son regard lucide et son encouragement constant m'ont permis de garder le cap.

À mes enfants, Romane, Abel, Madison, Eliam, Charli et Lauren, merci de m'avoir rappelé chaque jour, à votre façon, la raison profonde de mon engagement envers la jeunesse. Vos sourires, vos questions et vos silences m'ont donné plus de force que toutes les pages que j'ai pu lire dans ces dernières années.

Je souhaite également souligner la disponibilité et la rigueur de ma directrice de recherche, Mme Jessica Pearson, dont l'accompagnement généreux et précis a façonné ce travail et nourri mon développement académique et professionnel.

Je ne peux passer sous silence les jeunes rencontrés dans ma pratique. Ils m'ont appris que la fragilité peut contenir une force, que le rire fissure parfois l'ombre, que chaque pas, même hésitant, trace un chemin, que la résistance cache souvent un désir d'être rejoint et que le silence peut porter plus de vérité que les mots. Ce travail porte leur empreinte autant que la mienne.

Enfin, je tiens à me remercier moi-même. Pour avoir tenu la route, persévéré dans les soirs tardifs et les matins trop tôt, malgré le doute et la fatigue. Ce projet est aussi le reflet d'un engagement personnel à avancer pas à pas, en assumant volontairement les déséquilibres et en choisissant les défis comme leviers de croissance.

Et puisque chaque essai laisse une trace, je choisis de clore ces remerciements ainsi : *si ce texte était un bateau, il n'aurait jamais quitté le port sans le vent de ma famille, la boussole de ma directrice, les leçons de chaque jeune rencontré... et un marin un peu têtu, qui prend plaisir à naviguer dans le déséquilibre et à chercher les vagues plutôt que l'eau calme...*

Situation actuelle au Québec et au Canada

En matière de santé mentale, la situation actuelle des enfants et des adolescents est préoccupante. Les limitations fonctionnelles qui y sont liées sont estimées à près de 6,5 % chez les enfants âgés de 0 à 4 ans et de 20,8% des enfants de 5 à 11 ans. Il s'agit d'une proportion qui est en constante augmentation depuis 2016 (Office des personnes handicapées du Québec [OPHQ], 2021). Même si la majorité des élèves de cet âge se porte bien, les données soulignent l'ampleur croissante des fragilités observées dès l'enfance. On rapporte que près d'un élève sur cinq du primaire présente un niveau détresse psychologique élevé (Conseil supérieur de l'éducation [CSE], 2019). La situation s'avère encore plus inquiétante dans les contextes de vulnérabilité. En ce sens, on souligne que plus de la moitié des enfants de 6 à 12 ans hébergés en famille d'accueil, présentent au moins un trouble mental. On y inclut les troubles anxieux, des troubles du comportement, du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés liées à l'attachement (Lehmann *et al.*, 2013). Une méta-analyse canadienne confirme cette réalité, indiquant que les jeunes hébergés présentent un risque significativement plus élevé de troubles émotionnels, comportementaux ou cognitifs, comparativement à leurs pairs vivant dans leur milieu familial (Dubois-Comtois *et al.*, 2021). Ces constats rejoignent également la méta-analyse de Masson *et al.*, (2015), qui démontre que les mauvais traitements infantiles entraînent des altérations cognitives significatives, notamment sur le plan de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives. Ces atteintes, souvent durables, contribuent à complexifier les trajectoires développementales, où troubles psychiques et vulnérabilités neurocognitives s'entrecroisent.

Chez les adolescents, la situation s'avère être encore plus préoccupante. Selon l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), la proportion d'élèves qui présente une santé mentale florissante, c'est-à-dire, un niveau élevé de bien-être émotionnel, psychologique et social (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2022a) est passée de 47 % en 2016-2017, à 37 % en 2022-2023 (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2024). Parallèlement, environ 40 % déclarent une détresse psychologique élevée et près de 34 % rapportent vivre des symptômes d'anxiété généralisée (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2019). En ce qui concerne les idéations suicidaires, une adolescente sur cinq et un adolescent sur dix

rapportent en avoir eu au cours des 12 derniers mois (ISQ, 2024). Touchant surtout les adolescentes, les taux de symptômes anxieux ou dépressifs sont environ deux fois plus élevés que ceux observés chez les garçons (ISQ, 2024). Ces écarts s'inscrivent dans une tendance déjà observée. Entre 2010 et 2017, la proportion de jeunes vivant une détresse psychologique élevée est passée de 21 % à 29 %, une progression qui s'est confirmée dans les enquêtes subséquentes (INSPQ, 2023).

Ces constats mettent en évidence des fragilités précoces qui s'amplifient à l'adolescence, période où émergent de nombreux troubles mentaux (Kessler *et al.*, 2005; Sawyer *et al.*, 2018). Lorsqu'ils ne sont ni repérés ni traités, ils tendent à s'installer et à persister à l'âge adulte, augmentant le risque de chronicité (Kessler *et al.*, 2005). De plus, le passage des services jeunesse vers ceux destinés aux adultes, souvent fixé arbitrairement à 18 ans, entraîne fréquemment des ruptures de suivi au moment même où les jeunes se trouvent dans une phase de grande vulnérabilité (McGorry *et al.*, 2022). Ces résultats invitent à repenser la lecture de la santé mentale sous un angle développemental. Ils rappellent la nécessité d'interventions précoces, continues et adaptées, en plus de soutenir des trajectoires de soins cohérentes et inclusives. C'est dans cette perspective que l'approche axée sur le rétablissement trouve toute sa pertinence.

Contexte

Les soins en santé mentale ont longtemps reposé sur une approche paternaliste, où le pouvoir décisionnel revenait aux cliniciens, orientant l'intervention principalement vers la diminution des symptômes (Arbour *et al.*, 2023; Mancini, 2008). Toutefois, cette perspective fait aujourd'hui l'objet de remises en question. Plusieurs auteurs privilégient désormais des pratiques axées sur l'expérience et les besoins des usagers, rompant avec les modèles biomédicaux standardisés au profit de démarches fondées sur la participation active (Strand *et al.*, 2017). Depuis deux décennies, le concept du rétablissement occupe une place croissante dans les politiques et les pratiques en santé mentale, s'adaptant à divers contextes culturels comme l'illustrent Subandi et ses collaborateurs (2023). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) plaide pour une transformation des systèmes de santé mentale fondée sur les droits humains, la dignité et la

participation active des personnes concernées, considérées comme détentrices d'un savoir expérientiel essentiel à la co-construction des services (OMS, 2022). Cette orientation, également soutenue par la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), inscrit le paradigme du rétablissement au cœur des politiques publiques contemporaines (OMS, 2022). Au Québec, cette orientation se reflète dans le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 et dans le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM), qui s'en inspire, sans pour autant constituer un cadre de rétablissement à part entière, afin de favoriser une offre de services gradués, accessibles et centrés sur la personne (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2022b). Toutefois, plusieurs travaux rappellent que la mise en œuvre concrète de ce paradigme demeure parsemée d'embûches. Les intervenants en santé mentale se trouvent souvent coincés entre les valeurs du rétablissement (connexion, espoir, identité, sens et autonomie) (Leamy *et al.*, 2011) et des logiques institutionnelles axées sur la performance, la standardisation et la gestion de la productivité (Khoury et Rodriguez del Barrio, 2015). Certains cliniciens soulignent par ailleurs que, si les grands principes du rétablissement demeurent pertinents pour les jeunes, ils exigent néanmoins des ajustements tenant compte de leur développement et du rôle central des familles (Naughton *et al.*, 2020).

Particularités des interventions auprès des adolescents

Les spécificités développementales de l'adolescence rendent difficile l'application directe de modèles conçus pour des adultes (Arbour *et al.*, 2023). L'identité des jeunes est en construction, leurs appartenances sociales se redéfinissent et leurs capacités décisionnelles se transforment rapidement. Le cerveau poursuit sa maturation jusqu'au milieu de la vingtaine, notamment dans les fonctions exécutives liées au jugement, à la planification et à l'autorégulation, ce qui influence leur aptitude à évaluer les risques, à affirmer leurs valeurs et à exercer un jugement pleinement autonome (Sawyer *et al.*, 2018).

À ces considérations s'ajoutent des paramètres légaux et éthiques. Les obligations liées au consentement aux soins et services, à la confidentialité et à la sécurité exigent de composer avec des parents, des milieux scolaires et des institutions, dans un cadre juridique qui varie selon les

juridictions. Au Canada, la Société canadienne de pédiatrie (2023) recommande d'évaluer la capacité décisionnelle de chaque adolescent au cas par cas, de prévoir un temps confidentiel lors de la consultation et de reconnaître ses droits à la confidentialité. Au Québec, certaines dispositions prévoient même que des mineurs puissent, sous certaines conditions, consentir seuls à leurs soins (Coughlin, 2018). Au-delà de ces paramètres, plusieurs travaux soulignent que de nombreux adolescents en détresse n'accèdent pas aux services formels ou interrompent rapidement leur suivi. Ce phénomène de non-recours peut s'expliquer par la stigmatisation, la crainte d'une rupture de confidentialité et surtout par le sentiment que les services ne répondent pas à leurs besoins (Naughton *et al.*, 2020; Palmquist *et al.*, 2017; Radez *et al.*, 2021).

Pris dans leur ensemble, ces éléments mettent en lumière une contradiction persistante : les services de santé mentale destinés aux jeunes demeurent mal arrimés à leurs besoins spécifiques. McGorry *et al.* (2022) décrivent ces services comme étant greffés de force à des structures médicales historiquement conçues pour le traitement des pathologies physiques. Cette inadéquation souligne la nécessité d'approches souples, ancrées dans la réalité développementale, affective et sociale des jeunes et qui reconnaissent leur trajectoire unique plutôt que de les faire entrer dans un moule peu adapté. Les approches biomédicales, centrées principalement sur la pathologie et les symptômes, demeurent trop restrictives, alimentant un sentiment de décalage et de désengagement. Plusieurs adolescents rapportant une expérience de services qui ne répond pas à leurs attentes et qui favorise l'abandon du suivi (Arbour *et al.*, 2023; Palmquist *et al.*, 2017).

Un autre enjeu crucial concerne la continuité des trajectoires de soins. Le passage de la pédopsychiatrie vers les services pour adultes, souvent fixé arbitrairement à 18 ans, entraîne une discontinuité des suivis au moment où les jeunes se trouvent dans une phase de grande vulnérabilité. Cette discontinuité accroît les risques de détérioration, de chronicité et d'exclusion sociale. Pour y répondre, McGorry *et al.* (2022), appellent au développement de modèles intégrés et continus de soins jeunesse, capables de dépasser la logique de frontières administratives entre services pédiatriques et adultes.

Or, malgré ces constats, peu de cadres théoriques et pratiques sont spécifiquement développés pour la jeunesse. Ce vide conceptuel et clinique constitue un angle mort préoccupant qui risque de fragiliser la réponse aux besoins de cette population. Il devient donc nécessaire de penser un cadre de rétablissement propre aux jeunes, qui intègre leurs particularités développementales (Arbour *et al.*, 2023; Ballesteros-Urpi *et al.*, 2019; Dallinger *et al.*, 2025). Pour poser ces bases, il convient d'abord de revenir aux fondements idéologiques et historiques du rétablissement, afin d'en dégager les valeurs essentielles et d'examiner leur pertinence pour le champ jeunesse.

L'approche axée sur le rétablissement

L'approche axée sur le rétablissement (*recovery-oriented approach*) s'enracine dans un contexte historique marqué par des bouleversements majeurs dans la manière d'appréhender la santé mentale. Dès les années 1970, dans plusieurs pays anglo-saxons, notamment les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, des mouvements sociaux, portés par des personnes vivant avec un trouble mental, émergent pour revendiquer leurs droits fondamentaux, leur dignité et leur participation active aux décisions les concernant (Davidson *et al.*, 2021). Des figures fondatrices comme Judi Chamberlin (1978, 1990) et Patricia Deegan (1988) ont joué un rôle clé dans cette mouvance, en affirmant que le rétablissement était possible même en présence de symptômes persistants et en mettant de l'avant l'autodétermination et la reconnaissance de l'expérience vécue. Ces luttes s'opposent au modèle biomédical dominant, centré sur le diagnostic et la réduction des symptômes, souvent appliqué dans des structures institutionnelles rigides.

Parallèlement, le mouvement de désinstitutionalisation amorce progressivement la fermeture des grands hôpitaux psychiatriques au profit de soins communautaires, porté à la fois par des considérations humanitaires, économiques et cliniques (Chow et Priebe, 2013). Ce virage ouvre la voie à de nouvelles façons d'accompagner les personnes dans leur environnement naturel de vie, plutôt qu'entre les murs d'institutions. De cette double dynamique, revendications de droits et réorganisation des services, émerge un nouveau paradigme, soutenu par des associations de pairs-aidants et des groupes d'usagers, qui affirment que le bien-être ne peut se réduire à la disparition

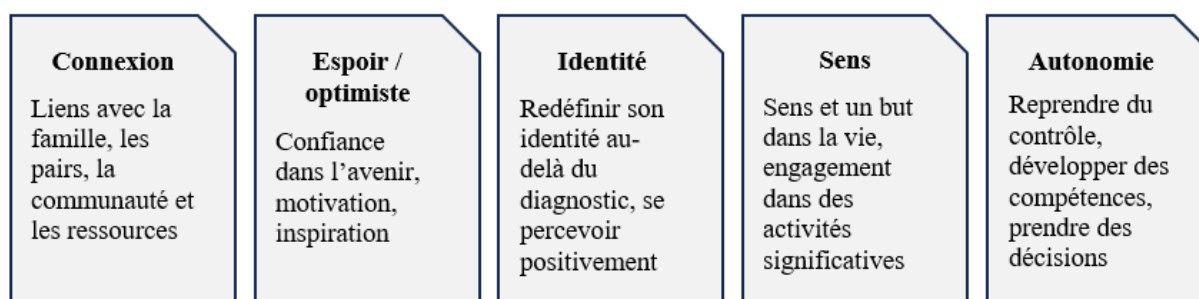
des symptômes (Slade, 2017). Le concept de rétablissement personnel prend alors forme, notamment grâce aux travaux de William Anthony (1980, 1993) et Patricia Deegan (1988), cette dernière ayant apporté une perspective novatrice en décrivant le rétablissement à partir de son expérience vécue et en insistant sur la dimension subjective et singulière du parcours de chaque personne. La contribution d'Anthony, largement reprise dans la littérature scientifique et les politiques publiques, marque un tournant majeur. Elle déplace le regard clinique de la réduction des symptômes vers la reconstruction d'un projet de vie porteur de sens. Anthony définit le rétablissement comme suit :

Le rétablissement est un processus profondément personnel, unique, de transformation des attitudes, des valeurs, des sentiments, des objectifs, des compétences et des rôles. C'est une manière de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et contributive, même avec les limitations imposées par la maladie (traduction libre, Anthony, 1993, p.15).

Depuis sa publication en 2011, le modèle CHIME, issu d'une recension systématique (Leamy *et al.*, 2011), s'est imposé comme cadre conceptuel central dans la recherche et la pratique du rétablissement. Il identifie cinq dimensions essentielles : la connexion (*Connectedness*), l'espoir et l'optimisme face à l'avenir (*Hope*), la reconstruction de l'identité (*Identity*), la recherche de sens (*Meaning*) et le pouvoir d'agir (*Empowerment*). Des travaux récents confirment son statut de référence, tout en examinant la portée culturelle (Subandi *et al.*, 2023) et en proposant une actualisation de ses dimensions afin d'en renforcer la pertinence (Dallinger *et al.*, 2025; Leamy *et al.*, 2011). La Figure 1 illustre de façon synthétique ces cinq dimensions du modèle CHIME, qui se présentent comme des composantes interreliées et dynamiques du processus de rétablissement.

Figure 1 :

Adaptation du Modèle CHIME du rétablissement (adapté de Leamy et al., 2011)



L'approche qui en découle repose sur des valeurs fondamentales : reconnaissance des droits humains, autodétermination, intégration sociale et reconnaissance de l'expertise expérientielle. Concrètement, l'approche axée sur le rétablissement se manifeste par une mise en pratique clinique et organisationnelle. Dans le suivi individuel, elle prend la forme d'une co-construction des objectifs avec le jeune et sa famille, en tenant compte de ses aspirations scolaires, sociales ou relationnelles, plutôt que de se limiter à la réduction des symptômes (Arbour *et al.*, 2023). Des outils cliniques, comme la *Magic Wand Question* issue de la thérapie brève orientée vers les solutions, permettent d'aider les jeunes à exprimer leurs désirs pour l'avenir et à clarifier des objectifs concrets, renforçant ainsi leur engagement et leur espoir (Wells et McCaig, 2016). La *Magic Wand Question*, issue de la thérapie brève orientée vers les solutions (*Solution-Focused Brief Therapy*), constitue un outil projectif visant à soutenir l'expression des aspirations et à mobiliser l'espoir chez les jeunes (Wells et McCaig, 2016). Elle consiste à inviter l'adolescent à imaginer qu'un changement souhaité s'opère de manière quasi magique, afin de décrire ce qui serait différent dans son quotidien si ses difficultés étaient atténuées. Cette projection permet de contourner momentanément les obstacles perçus et de mettre en lumière des désirs souvent difficiles à formuler dans un cadre centré sur les symptômes. Le rétablissement se manifeste également dans la reconnaissance que la situation jugée satisfaisante est celle définie par le jeune et sa famille et non uniquement par l'intervenant, ce qui rejoint les constats de Kelly et Coughlan (2019), qui mettent en évidence l'importance de la perception parentale des progrès quotidiens comme indicateurs tangibles de mieux-être et ceux de Slade (2017) qui rappellent que l'expérience vécue de la personne concernée constitue le critère ultime du rétablissement. Le soutien parental constitue également une application tangible. Accompagner les parents à reconnaître leurs propres forces et à maintenir l'espoir favorise un climat d'apprentissage et de persévérance (Brown, 2018; McKern *et al.*, 2025). Sur le plan organisationnel, le rétablissement se traduit par l'intégration des familles et des jeunes dans les décisions (Kelly et Coughlan, 2019; Naughton *et al.*, 2020), notamment par le développement de cadres conceptuels adaptés au contexte jeunesse (Ballesteros-Urpí *et al.*, 2019) et par l'inclusion de pairs aidants et d'indicateurs axés sur la qualité de vie et la satisfaction, telles que celles proposées dans plusieurs politiques publiques récentes, dont celles de la Commission de la santé mentale du Canada (2023) et de l'Organisation mondiale de la santé

(2022). Ces applications concrètes illustrent que le rétablissement n'est pas un concept abstrait, mais bien un principe directeur qui guide l'action clinique quotidienne et la structuration des services. Comme le modèle CHIME a été élaboré à partir de récits d'adultes, sa transposition au contexte jeunesse demeure questionnée en raison des particularités développementales propres à cette population. Dans cette optique, le protocole de Ballesteros-Urpí *et al.* (2019) constitue un apport majeur, proposant un cadre conceptuel du rétablissement adapté aux enfants et adolescents par la recontextualisation des dimensions du CHIME.

Un autre apport conceptuel important est celui du double continuum en santé mentale (Keyes, 2007). Ce modèle postule que la santé mentale positive (bien-être psychologique et social) et les troubles mentaux ne se situent pas aux extrêmes d'un seul axe, mais constituent deux dimensions distinctes. Ainsi, un adolescent peut présenter un trouble mental tout en maintenant une santé mentale positive, ou à l'inverse, ne pas répondre aux critères diagnostiques tout en expérimentant une détresse psychologique importante. Cette conception renforce la pertinence du paradigme du rétablissement, puisqu'elle invite à soutenir le bien-être global et la participation sociale des jeunes, au-delà de la seule atténuation des symptômes (Keyes, 2007).

Objectifs de l'essai

Cet essai propose une recension des écrits scientifiques sur l'approche axée sur rétablissement en santé mentale des adolescents. Il vise à identifier les facteurs qui facilitent ou freinent l'adoption d'une approche axée sur le rétablissement, en considérant à la fois l'expérience des jeunes eux-mêmes et celle de leurs parents. Ces constats permettront d'éclairer les dimensions centrales du processus de rétablissement à l'adolescence, ainsi que les conditions cliniques et organisationnelles susceptibles d'en soutenir l'intégration dans les services et les interventions psychoéducatives.

Méthode

Critères d'inclusion

Des critères d'inclusion ont été appliqués lors de la sélection des articles issus de la recension des écrits. Les études étaient incluses si :

- Elles concernaient des adolescents de 12 à 18 ans vivant des difficultés de santé mentale (avec ou sans diagnostic formel) et portaient sur la perspective des jeunes et/ou de leurs parents ou tuteurs dans le parcours de soins, ou encore proposaient un apport conceptuel ou méthodologique visant à adapter le paradigme du rétablissement au contexte de l'adolescence.
- Certaines études dont l'échantillon couvrait une tranche plus large (ex. 0–18 ans) ont également été retenues, dans la mesure où elles apportaient des éléments conceptuels pertinents pour l'adolescence et que leur analyse a été circonscrite aux données concernant les 12–18 ans.
- Elles traitaient du rétablissement en santé mentale, qu'il soit défini de manière explicite par les auteurs ou exploré à travers l'expérience vécue des adolescents.
- Seules les études publiées en anglais ou en français ont été retenues.
- Elles étaient publiées entre 2015 et 2025 et étaient accessibles en ligne ou via la bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Critères d'exclusion

Les études étaient exclues si :

- Elles portaient sur des populations non ciblées ou mixtes, par exemple les enfants de moins de 12 ans, les jeunes adultes, ou encore des échantillons combinant adultes et jeunes sans résultats distincts pour les 12-18 ans.
- Étaient également exclues les études portant uniquement sur des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), un TDAH ou des troubles du comportement sans lien avec le rétablissement.
- La problématique n'avait pas de lien direct avec le rétablissement (ex. cadres exclusivement symptomatiques sans dimensions de rétablissement personnel).

- L'intervention était exclusivement biomédicale (pharmacologique ou neurobiologique) sans composantes de rétablissement.

Recherche documentaire

La recension des écrits s'est déroulée en trois étapes. Premièrement, des recherches ont été menées en février 2025, dans les bases de données MEDLINE, PsycINFO et ÉRUDIT. Les mots-clés suivants ont été utilisés : « Hope » OR « Recovery » OR « Recovery model » OR « Recovery approach » OR « Recovery framework » AND « Young people » OR « Children » OR « Adolescents » OR « Teens » OR « Teenagers » OR « Adolescen* » OR « Young* » AND « Mental disorder » OR « Mental health » OR « Recovery in mental health » AND « Program » OR « Intervention » OR « Best practice » OR « Evidence-based ».

Deuxièmement, les références bibliographiques des articles identifiés comme pertinents ont été examinées afin d'identifier d'autres études en lien avec le sujet. Troisièmement, une recherche complémentaire a été effectuée via les profils ResearchGate des auteurs les plus cités, permettant d'élargir l'accès à des publications supplémentaires sur l'approche du rétablissement en jeunesse.

Extraction des données

Les éléments suivants ont été extraits des articles retenus afin de documenter l'expérience du rétablissement en santé mentale à l'adolescence. En ce qui concerne les caractéristiques des études, l'année et le pays de publication ont été notés, de même que le devis méthodologique employé (approches qualitatives telles que la phénoménologie ou la théorie ancrée, études de cas, ou devis mixtes, ou encore de protocoles de recherche [Palmquist *et al.*, 2017 ; Ballesteros-Urpí *et al.*, 2019] ou étude conceptuelle fondée sur la méthode Delphi auprès de cliniciens [Naughton *et al.*, 2020]. Pour ce qui est des caractéristiques de l'échantillon, l'âge et le sexe des participants ont été colligés, de même que la présence de diagnostics de santé mentale ou de symptômes spécifiques tels que la dépression, l'anxiété, la psychose ou les troubles de l'humeur ou de comportements. Lorsque disponibles, les données de l'échantillon incluaient aussi des précisions comme l'âge médian des jeunes ou l'absence de diagnostic formel (cas unique de Wells et McCaig, 2016). Dans

le cas des protocoles, ce sont plutôt les critères de sélection des jeunes visés qui ont été notés (par ex. adolescents de 12 à 17 ans suivis en CYMHS pour Palmquist *et al.*, 2017 ; jeunes de 0 à 18 ans avec un trouble mental diagnostiqué selon la classification internationale des maladies troubles mentaux pour Ballesteros-Urpí *et al.*, 2019). Lorsque les échantillons couvraient une tranche d'âge plus large (0–18 ans), seuls les résultats et considérations pertinents pour la population adolescente (12–18 ans) ont été retenus dans la présente analyse, afin d'assurer la cohérence avec le cadre théorique.

Cette diversité méthodologique, combinant études empiriques, protocoles prospectifs et démarche conceptuelle de type Delphi, illustre le caractère encore exploratoire de la recherche sur le rétablissement à l'adolescence. Elle constitue néanmoins une valeur ajoutée, en permettant de croiser l'expérience vécue des jeunes et des parents, l'expertise clinique et les fondements conceptuels, pour brosser un portrait plus riche du phénomène. Les données relatives au rôle des familles et à la participation parentale ont été relevées, de même que les outils utilisés pour explorer le rétablissement : entrevues semi-dirigées, approches centrées sur les forces, dont la *Magic Wand Question* de la *Solution-Focused Brief Therapy* (Wells et McCaig, 2016) et les questionnaires standardisés sur la qualité de vie ou la satisfaction (Palmquist *et al.*, 2017). Les éléments conceptuels ont également été examinés, notamment l'usage du modèle CHIME et l'ancrage dans le paradigme du rétablissement promu par la Commission de la santé mentale du Canada. Les résultats des études ont été analysés selon leur pertinence pour comprendre le rétablissement jeunesse, en identifiant les facteurs facilitateurs : l'éducation psychologique, l'identité, l'espoir, la connexion et l'autonomie (Arbour *et al.*, 2023), ainsi que les expériences parentales liées à l'espoir, à l'impuissance et au sentiment d'efficacité (Brown, 2018). Les principaux obstacles, tels que la stigmatisation, l'exclusion et la discontinuité des services, ont également été relevés. Enfin, les études conceptuelles soulignent la pertinence des dimensions du CHIME et la nécessité d'adaptations développementales intégrant le soutien familial, la dynamique entre pairs et l'autonomie graduelle.

Résultats

Résultat du processus de recension et description des études retenues

La recherche initiale a permis d'identifier 3 002 articles (PsycINFO = 1 500 ; MEDLINE = 1 502). Aucun article n'a été retenu de la banque de données ÉRUDIT. Après retrait des doublons et application des filtres (langue anglaise, période de 2015 à 2025, âge de 12 à 18 ans) 184 articles ont été conservés (68 articles dans PsycINFO et 116 dans MEDLINE).

Une première lecture des titres et résumés a conduit à l'exclusion de 181 articles, ne retenant que trois articles pour lecture intégrale. L'exclusion d'une grande proportion des articles s'explique par un décalage entre les cadres conceptuels dominants dans la littérature et les critères de la présente recension. La majorité des études abordaient la santé mentale des adolescents selon une perspective biomédicale ou symptomatique, sans référence explicite au rétablissement personnel, ou portaient sur des populations non ciblées (adultes, enfants de moins de 12 ans ou échantillons mixtes sans distinction pour les 12–18 ans). D'autres se concentraient exclusivement sur l'efficacité de traitements pharmacologiques ou de protocoles standardisés, ou sur des problématiques spécifiques (TSA, TDAH, troubles du comportement), sans considérer l'expérience vécue des jeunes et de leurs familles. L'examen systématique des références des articles a ensuite permis d'identifier quatre études supplémentaires, portant le total à sept études analysées en texte intégral et retenues dans le cadre de l'essai. Elles proviennent du Royaume-Uni (Kelly et Coughlan, 2019 ; Naughton *et al.*, 2020 ; Ballesteros-Urpí *et al.*, 2019), de l'Australie (Brown, 2018 ; Palmquist *et al.*, 2017), du Canada (Arbour *et al.*, 2023) et des États-Unis (Wells et McCaig, 2016).

Les principales caractéristiques des études retenues sont présentées au Tableau 1. Les devis de recherche reflètent une diversité d'apports méthodologiques. D'une part, des études empiriques qualitatives (Kelly et Coughlan, 2019 ; Brown, 2018 ; Arbour *et al.*, 2023 ; Wells et McCaig, 2016) documentent directement l'expérience vécue des jeunes et de leurs parents. D'autre part deux protocoles méthodologiques (Palmquist *et al.*, 2017 ; Ballesteros-Urpí *et al.*, 2019) et une étude conceptuelle fondée sur la méthode Delphi (Naughton *et al.*, 2020) contribuent de façon essentielle

à l'élaboration d'outils, de protocoles et de cadres conceptuels permettant d'opérationnaliser le paradigme du rétablissement à l'adolescence. L'étude de Naughton *et al.* (2020) occupe une place charnière dans la compréhension du rétablissement de la santé mentale à l'adolescence. À partir d'un consensus Delphi mené auprès de cliniciens en pédopsychiatrie, elle avait pour objectif d'examiner la pertinence du modèle du rétablissement autodirigé pour les enfants et adolescents et d'en évaluer les ajustements nécessaires au contexte développemental. De leur côté, Palmquist *et al.* (2017) ont présenté un protocole méthodologique visant à combiner des mesures standardisées de qualité de vie et de fonctionnement avec des récits subjectifs des jeunes, afin de proposer une approche mixte d'évaluation du rétablissement. Enfin, le protocole de Ballesteros-Urpí *et al.* (2019) s'appuie sur une démarche de revue systématique de la littérature, dont l'objectif est d'élaborer un cadre conceptuel spécifique au rétablissement en intégrant les particularités développementales et relationnelles propres à cette population.

En ce qui concerne les échantillons, les études qualitatives retenues incluent principalement des adolescents âgés de 12 à 18 ans vivant diverses problématiques de santé mentale. Dans le présent essai, seuls les adolescents ont été retenus afin d'assurer la cohérence avec le cadre théorique et le corpus empirique, comme en témoignent les caractéristiques des échantillons rapportées. Arbour *et al.* (2023) rapportent par exemple un âge médian de 17 ans dans leur échantillon, alors que Kelly et Coughlan (2019) travaillent avec des jeunes âgés en moyenne de 14,8 ans. Les problématiques incluent la dépression, l'anxiété, les troubles de l'humeur, la psychose ou encore des difficultés de comportement, avec ou sans diagnostic formel (Wells et McCaig, 2016). Les protocoles méthodologiques (Palmquist *et al.*, 2017 ; Ballesteros-Urpí *et al.*, 2019) précisent également que les participants visés sont des jeunes de 0 à 18 ans suivis en santé mentale, présentant un trouble diagnostiqué selon les classifications internationales. Dans ce cas, seules les données concernant la tranche d'âge des adolescents sont considérées dans la présente analyse. Cette diversité d'âges et de profils cliniques reflète la volonté d'inclure des expériences variées du rétablissement à l'adolescence, confirmant que la majorité des études s'ancrent dans cette période charnière du développement, où se révèlent les principaux leviers et obstacles au processus.

Tableau 1*Caractéristiques méthodologiques des études retenues*

Études	Caractéristiques de l'échantillon	Objectifs et devis méthodologique	Facteurs facilitants au rétablissement	Obstacles au rétablissement
Arbour <i>et al.</i> , (2023)	9 adolescents (7 filles, 14-18 ans, âge médian 17), suivis en services spécialisés en santé mentale en Ontario, présentant des diagnostics variés : troubles alimentaires, psychose, troubles de l'humeur, troubles anxieux et dépression.	L'étude permet d'explorer et de comprendre le phénomène du rétablissement personnel en santé mentale spécifiquement du point de vue des adolescents. Étude qualitative, approche phénoménologique.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité à redéfinir leur identité au-delà du diagnostic. • Liens significatifs avec les parents, pairs. • Autonomie progressive et autodétermination. • Information et éducation reçues sur la santé mentale. • Engagement et soutien des parents. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisation et honte liées aux troubles. • Difficultés à maintenir une identité positive. • Manque de connexion avec les autres. • Défis liés à l'autonomie. • Incertitude face à l'avenir.
Ballesteros-Urpí <i>et al.</i> (2019)	Jeunes de 0 à 18 ans avec troubles mentaux et du comportements reconnus par la classification médicale internationale (ICD-10 F01-F99). Les auteurs n'ont pas interrogé	Le protocole vise à élaborer un cadre conceptuel du rétablissement spécifique aux enfants et adolescents, en analysant et en synthétisant les études déjà publiées sur cette population	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmation de la pertinence du modèle CHIME pour les jeunes. • Connexion envisagée à travers les liens avec la famille, les pairs et l'école. • Importance d'intégrer la construction identitaire et les projets scolaires/sociaux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'obstacles identifiés. Les auteurs mentionnent plutôt des limites méthodologiques, liées au fait qu'il s'agit d'un protocole de revue systématique en amont (absence de données empiriques directes)

Études	Caractéristiques de l'échantillon	Objectifs et devis méthodologique	Facteurs facilitants au rétablissement	Obstacles au rétablissement
	directement de jeunes ni recueilli eux-mêmes de données.	Protocole de revue systématique et de synthèse narrative (développement d'un cadre conceptuel du rétablissement jeunesse).	<ul style="list-style-type: none"> • Autodétermination perçue comme un apprentissage progressif soutenu par les adultes. 	sur les jeunes et leurs familles).
Brown (2018)	17 parents d'adolescents de 12 à 18 ans (9 filles, 5 garçons). L'âge moyen n'est pas précisé, suivis en traitement intensif spécialisé (Redbank House, Australie). Les jeunes présentaient des diagnostics variés : anxiété, dépression, psychose, troubles oppositionnels, refus scolaire.	L'étude explore comment la participation parentale influence le sentiment d'efficacité et d'espoir dans le processus de rétablissement. Étude qualitative, phénoménologie interprétative (IPA).	<ul style="list-style-type: none"> • Parents ayant un espoir élevé caractérisé par un pouvoir d'agir et implication réflexive. • Communication ouverte et approche collaborative avec les professionnels. • Reconnaissance des parents sur leur implication possible et leur influence sur la dynamique familiale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Passivité ou impuissance ressentie par les parents. • Parents centrés sur la recherche d'un diagnostic • Détérioration de l'état de l'enfant malgré les soins. • Centration exclusive sur les symptômes. • Approches thérapeutiques perçues comme intrusives ou prescriptives.
Kelly et Coughlan (2019)	14 parents (2 hommes, 12 femmes) d'enfants et adolescents de 8 à 17 ans, avec âge médian	L'étude vise à développer une théorie du rétablissement	<ul style="list-style-type: none"> • Parents impliqués avec un certain pouvoir d'agir. • Développement de la résilience familiale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d'impuissance des parents et des jeunes

Études	Caractéristiques de l'échantillon	Objectifs et devis méthodologique	Facteurs facilitants au rétablissement	Obstacles au rétablissement
	de 14,86 ans, suivis en services de santé mentale (CAMHS, Irlande). Les jeunes présentaient divers diagnostics : <i>anxiété, dépression, TDAH, troubles du comportement.</i>	jeunesse à partir du point de vue parental. Étude qualitative, théorie ancrée constructiviste	<ul style="list-style-type: none"> • Liens significatifs ; <ul style="list-style-type: none"> ○ Professionnels ○ Pairs ○ École ○ Communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruptures dans la continuité des services (délais, transitions). • Stigmatisation sociale et intériorisée. • Deuil de « l'enfant d'avant ».
Naughton <i>et al.</i> (2020)	Étude conceptuelle (Australie) basée sur un Delphi avec 27 cliniciens CAMHS expérimentés. Pas de jeunes directement interrogés.	L'étude vise à évaluer la pertinence du rétablissement autodirigé pour les enfants et adolescents et identifier les adaptations nécessaires. Étude conceptuelle utilisant la méthode Delphi (27 cliniciens CAMHS consultés en trois rondes).	<ul style="list-style-type: none"> • Pertinence du modèle CHIME si adapté au développement des jeunes. • Soutien parental et familial comme condition essentielle. • Développement graduel de l'autonomie selon l'âge. • Vision holistique du rétablissement (sociale, émotionnelle, scolaire, physique). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'obstacles empiriques rapportés. L'étude souligne toutefois des limites conceptuelles : nécessité d'adapter le modèle CHIME au développement des jeunes, autonomie à graduer selon l'âge, et absence de consensus complet parmi les cliniciens sur certaines dimensions (ex. pouvoir d'agir des plus jeunes).
Palmquist, <i>et al.</i> (2017)	19 adolescents âgés de 12 à 17 ans, suivis depuis au	Le protocole BMJ Open vise à construire une théorie du	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance du rétablissement comme un 	<ul style="list-style-type: none"> • Décalage entre la formation des intervenants et

Études	Caractéristiques de l'échantillon	Objectifs et devis méthodologique	Facteurs facilitants au rétablissement	Obstacles au rétablissement
,	moins de 3 mois en services spécialisés (CYMHS) pour un trouble mental diagnostiqué, sans précision du type de trouble.	rétablissement fondée sur les perspectives d'adolescents ayant un trouble mental. Protocole méthodologique (BMJ Open), Grounded Theory prévue, avec combinaison d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.	processus personnel et multiple. <ul style="list-style-type: none"> • Inclusion d'indicateurs quantitatifs pour accompagner le récit subjectif des jeunes. • Équipe formée à l'approche axée sur le rétablissement 	l'application concrète du paradigme de rétablissement. <ul style="list-style-type: none"> • Accès tardif aux soins et services. • Pression des organisations pour produire surtout des indicateurs mesurables.
Wells et McCaig (2016)	1 adolescente de 15 ans suivie en CAMHS (Écosse) pour symptômes dépressifs, isolement et solitude, sans diagnostic psychiatrique formel.	Illustrer l'application de la <i>Magic Wand Question</i> (thérapie brève orientée vers les solutions) comme outil de rétablissement. Étude de cas unique	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de l'espoir. • Accent mis sur les forces individuelles. • Engagement accru grâce à une approche collaborative. • Relation thérapeutique basée sur le respect, l'authenticité et l'empathie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alliance thérapeutique fragile si l'outil est mal utilisé. • Objectifs de traitement flous, pouvant limiter l'efficacité

Synthèse des résultats obtenus dans les articles retenus

La majorité des études examinées s'accordent à reconnaître que le rétablissement en santé mentale à l'adolescence dépasse la seule disparition des symptômes (Arbour *et al.*, 2023; Kelly et Coughlan, 2019; Leamy *et al.*, 2011). Il s'agit d'un processus évolutif, interpersonnel et développemental, où les jeunes sont amenés à composer avec leurs difficultés, à maintenir l'espoir, en plus de mobiliser leurs ressources personnelles (Kelly et Coughlan, 2019; Naughton *et al.*, 2020). Avec le soutien de leur réseau (famille, pairs, l'école, intervenants), ils peuvent façonner un projet de vie porteur de sens et ce, même en présence de symptômes (Kelly et Coughlan, 2019; Leamy *et al.*, 2011). Conformément au paradigme du rétablissement, cette vision exige une compréhension contextuelle des circonstances sensible aux réalités développementales et familiales propres à la l'adolescence (Ballesteros-Urpi *et al.*, 2019; Naughton *et al.*, 2020). Il ne s'agit pas simplement d'appliquer un modèle adulte à plus petite échelle, mais bien d'accepter que l'adolescence soit une période de transitions identitaires et relationnelles qui colorent toute expérience de rétablissement. La présente recension des écrits identifie, pour chaque thème du rétablissement à l'adolescence, des facilitateurs et des obstacles. Du côté de l'identité, la redéfinition de soi au-delà du diagnostic agit comme un facilitateur, alors que la stigmatisation et l'étiquetage ébranlent l'image de soi (Ballesteros-Urpi *et al.*, 2019; Kelly et Coughlan, 2019). Concernant l'espoir, les progrès perçus et la reconnaissance des forces le nourrissent (Arbour *et al.*, 2023; Brown, 2018), mais des attentes irréalistes ou centrées sur la guérison totale peuvent le fragiliser (Naughton *et al.*, 2020). Pour la connexion, les relations bienveillantes avec les pairs, la famille et l'école demeurent déterminantes (Arbour *et al.*, 2023; Kelly et Coughlan, 2019), tandis que l'isolement et les ruptures de services freinent la progression (Kelly et Coughlan, 2019). Quant à l'autonomie, son développement graduel favorise le pouvoir d'agir lorsqu'une autonomie imposée trop tôt ou mal soutenue peut provoquer un désengagement (Kelly et Coughlan, 2019; Naughton *et al.*, 2020). Ces thèmes (identité, espoir, connexion et autonomie), traversent les sections qui suivent où ils sont analysés à travers différents angles, soit le rôle des familles, l'expérience et la voix des jeunes, les pratiques cliniques et les modèles conceptuels.

Rôle des familles

Les familles apparaissent comme des acteurs clés dans le processus de rétablissement. Leur soutien peut solidifier le cheminement vers leur épanouissement, ou à l'inverse, fragiliser leur parcours. Dans ce contexte, les parents nourrissent leur espoir à partir de signes tangibles de mieux-être, comme des progrès scolaires, une relation qui s'améliore ou encore l'appui de soutiens significatifs (pairs, école, communauté, professionnels) (Kelly et Coughlan, 2019). Ces repères sont précieux mais demeurent fragiles. Une rechute ou une baisse de performance peut ébranler cette confiance. C'est pourquoi la reconnaissance de micro-progrès quotidiens, tels qu'une prise d'initiative, une bonne action, une routine reprise, devient essentielle pour maintenir l'engagement parental et soutenir le processus de rétablissement (Arbour *et al.*, 2023; Brown, 2018). Ces résultats rejoignent ceux de McKern *et al.*, (2025), qui observent que les parents contribuent à la résilience et à l'autodétermination de leur enfant en célébrant les petites réussites et en ajustant graduellement leur rôle pour favoriser l'autonomie

Il convient également de noter que la transition d'un sentiment d'impuissance vers un véritable pouvoir d'agir parental représente un levier central du rétablissement. Elle est nourrie par la qualité de la relation avec leur enfant, une posture réflexive, par la considération portée envers leur rôle et par une collaboration respectueuse et transparente avec les intervenants (Brown, 2018). À l'inverse, plusieurs obstacles récurrents peuvent compromettre ce rôle essentiel. L'impuissance parentale, le manque d'information en matière de santé mentale, la stigmatisation, la vision sur la diminution des symptômes uniquement, les ruptures de services fragilisent l'équilibre familial et réduisent l'espoir (Arbour *et al.*, 2023; Brown, 2018; Kelly et Coughlan, 2019). Certains parents rapportent que les approches centrées uniquement sur les symptômes ou perçues comme intrusives deviennent contre-productives, en particulier lorsque l'état de leur enfant se détériore malgré les interventions (Brown, 2018). Ainsi, la famille se révèle à la fois être un levier incontournable et une zone de fragilité. Elle soutient le processus de rétablissement lorsqu'elle est outillée, reconnue et incluse, mais laissée seule, stigmatisée ou privée de continuité de services, elle peut perdre son élan et freiner la progression du jeune (Kelly et Coughlan, 2019).

Expérience et voix des jeunes

La recherche menée par Arbour et ses collègues (2023) met en lumière que les adolescents conçoivent leur rétablissement à travers trois dynamiques qui s'entremêlent étroitement : la redéfinition de l'identité, la construction de liens significatifs et l'acquisition progressive de l'autonomie. Chaque dimension joue le rôle d'un levier essentiel. Dans cette perspective, plusieurs constats issus de l'expérience des jeunes viennent illustrer les conditions favorables, mais aussi les obstacles à leur processus de rétablissement. Le fait que le jeune se perçoive autrement qu'à travers un diagnostic favorise une meilleure estime de soi. Le développement de liens de confiance, en particulier avec des pairs ayant vécu des expériences comparables, aide à rompre l'isolement et à raviver l'espoir et enfin, accéder graduellement à davantage d'autonomie soutient le sentiment de compétence et d'efficacité personnelle. Cependant, ces dynamiques reposent sur un équilibre fragile. L'identité du jeune peut être freinée par le poids d'un diagnostic vécu comme une lourde étiquette stigmatisante (Arbour *et al.*, 2023). L'autonomie, lorsqu'elle est imposée trop tôt ou sans accompagnement, peut être source d'angoisse (Naughton *et al.*, 2020). La recherche de liens, bien qu'essentielle, s'accompagne parfois d'exclusion ou d'incompréhension, ravivant la solitude. Ainsi, l'expérience des jeunes révèle un processus de rétablissement à la fois porteur de ressources et exposé à des risques. Ces leviers ne deviennent réellement possibles que lorsqu'ils sont soutenus par un environnement bienveillant, des proches présents et une éducation psychologique en santé mentale qui favorise la compréhension et l'intégration de leur vécu (Arbour *et al.*, 2023).

Pratiques cliniques

Certaines pratiques cliniques apparaissent comme des leviers décisifs pour soutenir l'espoir et orienter le rétablissement. Wells et McCaig (2016) montrent le potentiel de la question de la baguette magique, qui aide les adolescents à se projeter et à identifier des objectifs réalistes. En donnant une place à leurs aspirations, elle favorise l'engagement et le sens des efforts quotidiens. Ce potentiel, s'il n'est pas manié avec discernement, peut se retourner contre son intention première. Les mêmes auteurs soutiennent que, posée sans nuance, la démarche peut sembler infantilisante, déconnectée ou inadaptée selon l'âge et la capacité cognitive du jeune. En contexte de détresse aiguë, elle risque même de banaliser la souffrance et fragiliser la relation de confiance.

Son efficacité repose donc sur une utilisation sensible, ajustée au développement et sur la capacité du clinicien à transformer le souhait exprimé en objectifs concrets.

Palmquist *et al.* (2017) soulignent l'importance de combiner des indicateurs quantitatifs (qualité de vie, fonctionnement) à des récits subjectifs et ce, afin de saisir l'évolution réelle du jeune. Concrètement, cette complémentarité permet aux cliniciens de repérer des progrès souvent invisibles aux approches biomédicales comme par exemple, la reprise d'une activité sociale, une amélioration dans la communication familiale ou un regain d'initiative à l'école et de les valoriser comme des signes tangibles d'espoir. Toutefois, ces repères peuvent perdre de leur portée lorsque les attentes sont trop élevées ou lorsque le retour à une normalité idéalisée tarde, ce qui montre combien l'espoir demeure exposé aux à des risques de vivre des déceptions (Arbour *et al.*, 2023; Naughton *et al.*, 2020). Dans certains cas, cette déception peut s'accompagner d'une perte de sens lorsque les traitements sont perçus comme prescriptifs ou déconnectés de la réalité du jeune, ce qui renforce le désengagement et la méfiance à l'égard des soins (Brown, 2018).

L'espoir apparaît non pas comme un simple état d'esprit, mais bien comme le résultat d'interventions qui rendent tangibles les aspirations en les orientant vers des buts atteignables (Arbour *et al.*, 2023). Lorsqu'elles reconnaissent les progrès, aussi petits soient-ils, respectent l'opinion du jeune et s'adaptent à son développement, les pratiques cliniques consolident la confiance et deviennent un puissant moteur de rétablissement. À l'inverse, centrées uniquement sur la diminution des symptômes ou nourries d'attentes irréalistes, elles risquent de freiner l'élan (Arbour *et al.*, 2023; Naughton *et al.*, 2020). Au-delà des outils, la posture de l'intervenant constitue elle-même un facteur déterminant (Arbour *et al.*, 2023; Naughton *et al.*, 2020; Palmquist *et al.*, 2017; Wells et McCaig, 2016). L'écoute, la bienveillance et la considération ne sont pas de simples qualités relationnelles, mais des conditions essentielles pour instaurer la confiance et soutenir l'engagement. Naughton *et al.* (2020) rappellent qu'il incombe au professionnel d'aller vers le jeune, de s'ajuster à son expérience et de l'accompagner dans sa détresse. Lorsque les adolescents se désengagent, l'équipe doit réfléchir à sa posture et aux conditions qui n'ont pas permis d'établir l'alliance thérapeutique. Brown (2018) insiste plutôt sur l'importance d'impliquer

les parents par des questions ouvertes et une co-construction des objectifs, afin d'éviter le sentiment d'impuissance. Une posture respectueuse et collaborative soutient le pouvoir d'agir des familles et crée un climat sécurisant pour les jeunes. Sans cette vigilance, elle risque au contraire d'alimenter la méfiance, le retrait et la rupture de services (Kelly et Coughlan, 2019). Ces pratiques et postures illustrent leur potentiel, mais encore faut-il que les modèles conceptuels qui guident l'action clinique soient véritablement ajustés aux réalités développementales et relationnelles des jeunes et de leurs familles.

Des modèles à adapter

Les contributions de Naughton *et al.* (2020) et de Ballesteros-Urpí *et al.* (2019) soulignent la nécessité d'adapter les modèles de rétablissement conçus pour les adultes afin qu'ils soutiennent réellement l'expérience des jeunes. À partir d'un consensus Delphi auprès de cliniciens en pédopsychiatrie, Naughton *et al.* (2020) confirment la pertinence du modèle CHIME, mais insistent sur une déclinaison adaptée au développement. Concrètement, l'implication active des familles devient un levier central. La considération portée à leur égard dans le processus d'intervention consolide l'espoir et favorise la continuité des soins (Brown, 2018). De même, l'autonomie graduelle, ajustée à l'âge et aux capacités du jeune, permet de transformer des prises de décision simples en occasions de renforcer le pouvoir d'agir. Enfin, la reconnaissance des étapes de croissance et de transition identitaire offre un cadre qui valide le cheminement singulier des adolescents, plutôt que de mesurer leur rétablissement uniquement à l'aune de critères symptomatiques (Arbour *et al.*, 2023).

Le consensus obtenu par Naughton *et al.* (2020) n'est toutefois pas complet. Si l'importance des familles et le rôle de l'espoir font l'unanimité parmi les cliniciens consultés, plusieurs points demeurent débattus. À ce sujet, certains considèrent que les jeunes devraient avoir la capacité de refuser ou d'accepter des services, alors que d'autres jugent qu'ils ne disposent pas toujours de la maturité nécessaire pour assumer de telles décisions (Naughton *et al.*, 2020). La place de la spiritualité divise également. Pour certains participants, elle constitue une ressource essentielle, alors que d'autres la perçoivent comme secondaire ou peu pertinente (Naughton *et al.*, 2020). Enfin,

l'utilisation des jalons développementaux comme critères de rétablissement suscite des avis divergents : certains y voient des repères utiles, tandis que d'autres estiment qu'ils ne reflètent pas la diversité des trajectoires adolescentes (Naughton *et al.*, 2020). Ces tensions illustrent que le modèle CHIME appliqué à la jeunesse demeure en construction et rappellent que, sans intégrer la voix des jeunes eux-mêmes, il risque de rester partiel et centré surtout sur la perspective des cliniciens (Palmquist *et al.*, 2017).

Dans cette même perspective, Ballesteros-Urpí *et al.* (2019) proposent un protocole visant à établir un cadre conceptuel spécifiquement orienté vers la jeunesse. Leur apport se concrétise par des leviers précis : la place centrale des familles et des pairs (qui soutiennent la connexion sociale et réduisent l'isolement, la dynamique identitaire (qui permet aux adolescents de redéfinir qui ils sont à travers les transitions propres à cette période de vie) et un espoir arrimé à des projets scolaires et sociaux concrets, qui offre aux jeunes des objectifs accessibles et porteurs de sens.

Discussion

Les résultats de cette recension des écrits mettent en évidence que l'approche axée sur le rétablissement en santé mentale auprès des adolescents ne correspond pas à une disparition définitive des symptômes, mais à un processus dynamique d'adaptation et de construction identitaire par lequel les jeunes apprennent à composer avec leurs difficultés (Anthony, 1993; Leamy *et al.*, 2011). Ce parcours, marqué par des avancées et des reculs, fait de la résilience une composante centrale du rétablissement (Arbour *et al.*, 2023; Deegan, 1988; Kelly et Coughlan, 2019). Celle-ci se manifeste dans la capacité du jeune à reconnaître ses défis, à mobiliser ses ressources personnelles et à s'appuyer sur des relations soutenant (Naughton *et al.*, 2020). Loin d'être une disposition innée, la résilience se construit à travers un tissu relationnel où familles, pairs et services contribuent à maintenir l'espoir et à soutenir l'adaptation (Arbour *et al.*, 2023; Brown, 2018; Kelly et Coughlan, 2019). Le modèle CHIME demeure pertinent, mais requiert une lecture développementale adaptée aux réalités des jeunes 12 à 18 ans (Leamy *et al.*, 2011). Comme le rappellent Arbour *et al.* (2023) et Naughton *et al.* (2020), l'enjeu consiste à reconnaître l'importance de l'identité en construction, de l'autonomisation graduelle et du rôle conjoint des pairs et des familles dans un processus de rétablissement qui reste avant tout relationnel. Ces constats soulignent que le rétablissement à l'adolescence s'inscrit à la croisée de plusieurs systèmes (familial, social, scolaire et institutionnel), dont l'articulation conditionne à la fois la santé mentale et le pouvoir d'agir du jeune (Dallinger *et al.*, 2025; McKern *et al.*, 2025). La section suivante approfondit ces enjeux en examinant, pour chacun des piliers du modèle de rétablissement, ainsi que la manière dont les caractéristiques développementales de l'adolescence et le contexte organisationnel québécois, marqué par ses logiques de gestion, ses pratiques cliniques et ses contraintes structurelles, influencent leur mise en œuvre concrète.

Les liens significatifs

À l'adolescence, la connexion sociale constitue le noyau du rétablissement. C'est à travers la qualité des relations que les jeunes se construisent et retrouvent un sentiment d'appartenance (Arbour *et al.*, 2023; Brown, 2018; Kelly et Coughlan, 2019). La famille, les pairs, l'école et les intervenants agissent comme milieux de sens où se négocient confiance et reconnaissance. Les

relations soutiennent la régulation émotionnelle et la continuité identitaire, mais elles se fragilisent sous l'effet de la stigmatisation ou des ruptures de services (Brown, 2018; Naughton *et al.*, 2020). Au fil du développement, l'influence parentale se transforme, d'autres figures significatives prennent le relais, offrant un espace d'exploration sécurisant (Kelly et Coughlan, 2019). L'appartenance à un groupe et la reconnaissance par les pairs deviennent alors des leviers de valorisation sociale et de reconstruction du soi. Le rétablissement à l'adolescence s'enracine ainsi dans un tissu relationnel vivant, d'abord écologique avant d'être individuel (Bronfenbrenner, 1979).

L'espoir

Moteur du rétablissement, l'espoir s'enracine dans la temporalité propre à l'adolescence : brève, émotionnelle et dépendante du regard d'autrui (Ballesteros-Urpi *et al.*, 2019; Casey *et al.*, 2008). Il naît d'expériences partagées, de réussites concrètes et de la confiance reçue avant d'être intériorisée (Arbour *et al.*, 2023; Brown, 2018). À cet âge, espérer ne relève pas de la planification, mais de la possibilité à ressentir qu'un avenir reste possible. Les attentes centrées sur la guérison ou la performance fragilisent cette dynamique (Naughton *et al.*, 2020), surtout lorsque les interventions paraissent prescriptives ou déconnectées du vécu (Brown, 2018). Reconnaître les micro-progrès, ajuster les objectifs et valider l'expérience permettent de maintenir la flamme. L'espoir devient ainsi un processus relationnel et collectif, porté tour à tour par le jeune, sa famille et les adultes de confiance.

L'identité

Le trouble mental, à l'adolescence, peut interrompre la construction du soi et réduire la personne à son diagnostic (Kelly et Coughlan, 2019). Le rétablissement suppose plutôt une redéfinition : se percevoir au-delà de la maladie et intégrer la fragilité comme partie de l'histoire personnelle (Arbour *et al.*, 2023; Palmquist *et al.*, 2017). Les environnements qui valorisent l'expression de soi et la reconnaissance permettent de transformer la souffrance en apprentissage. À l'inverse, les approches normatives centrées sur la correction invalident ce processus exploratoire et nourrissent l'impuissance. À cette étape de vie, soutenir l'identité signifie offrir au jeune des espaces d'essai

et d'erreur où il peut expérimenter de nouvelles manières d'être, plutôt que de chercher à redevenir comme avant.

Le sens

Donner sens à ce que l'on vit permet de relier émotions, épreuves et apprentissages dans une trajectoire cohérente (Arbour *et al.*, 2023; Brown, 2018). Or, les adolescents trouvent ce sens moins dans le discours que dans l'action : participation à un projet, engagement communautaire, activité valorisante (Ballesteros-Urpi *et al.*, 2019). Ces expériences ancrent la compréhension dans le vécu plutôt que dans la rationalisation (Davidson, 2016), confirmant que le sens, à cet âge, est donc expérientiel et contextuel. C'est en agissant que le jeune comprend et se transforme. À l'inverse, lorsque les pratiques se montrent prescriptives et dénuées de signification, elles tendent à provoquer désengagement et perte de cohérence (Brown, 2018).

L'autonomie

L'autonomie à l'adolescence repose sur un équilibre entre dépendance et autodétermination. Elle se développe dans un processus de guidance partagée où le jeune apprend à décider, à se tromper et à réparer, tout en bénéficiant d'un encadrement sécurisant (Wood *et al.*, 1976). Une autonomie sans soutien devient anxiogène, tandis qu'un soutien dépourvu de marge de manœuvre peut finir par étouffer. Les pratiques de décision partagée, l'éducation psychologique adaptée à l'âge et la reconnaissance du rythme développemental renforcent le sentiment de compétence et le pouvoir d'agir des adolescents engagés dans un processus de rétablissement (Arbour *et al.*, 2023; Sawyer *et al.*, 2018). Ainsi, le pouvoir d'agir ne dépend pas tant de la quantité de choix offerts que de la qualité de l'accompagnement dans la décision.

Si ces piliers constituent les fondations de l'approche axée sur le rétablissement, leur mise en œuvre peut se heurter à l'organisation même du réseau. Les établissements affichent leur adhésion au paradigme du rétablissement, et son vocabulaire s'est progressivement imposé dans les plans d'action, les formations et les communications institutionnelles, comme en témoignent le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : S'unir pour un mieux-être collectif

(MSSS, 2022) et le guide *Mettre le rétablissement en pratique : une introduction au guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement* (Commission de la santé mentale du Canada, 2020). Cependant, cette adhésion relève parfois davantage du discours que d'une véritable transformation des pratiques. Or, lorsqu'on considère ce que cette approche implique réellement (du temps relationnel, de la flexibilité, des interventions contextualisées et une reconnaissance du vécu expérientiel), une question s'impose : souhaite-t-on véritablement ce que l'on prétend promouvoir ? Comme le soulignent Khoury et Rodriguez del Barrio (2015), la logique de performance qui structure les services de première ligne au Québec entre en contradiction avec les principes mêmes du rétablissement. Les indicateurs de succès valorisent la rapidité, la clôture de dossiers et la standardisation des pratiques, plutôt que la continuité, la présence et la co-construction du sens. Les gestionnaires et les intervenants se retrouvent ainsi dans un paradoxe professionnel : tendre vers une approche que le système fragilise structurellement. Cette tension se traduit concrètement dans l'organisation des soins. Alors que le discours valorise la normalisation et l'autonomisation du jeune, les modalités d'intervention traduisent souvent une conception administrée de la relation d'aide. Les rencontres se déroulent majoritairement dans les bureaux des intervenants, à l'intérieur d'horaires serrés où le temps alloué devient un paramètre de performance plutôt qu'un espace de présence. Ces plages calquées sur des cibles de productivité et des plages de disponibilité prédéterminées, laissent peu de place à la spontanéité et à la co-construction du lien. Le cadre temporel de temps alloué par rencontre, combiné à la lourdeur des tâches de consignation et de reddition de comptes, réduit la disponibilité psychologique et émotionnelle nécessaire à un travail relationnel authentique (Khoury et Rodriguez del Barrio, 2015). Cette standardisation de la pratique, bien qu'elle vise l'efficacité, restreint la capacité d'adaptation aux besoins réels du jeune et de son environnement. Elle déplace la rencontre vers un modèle de prestation de service plutôt que vers un espace de co-construction, où le rythme du jeune, ses fluctuations et ses contextes de vie deviennent secondaires face à la cadence administrative. En ce sens, la logique institutionnelle privilégie la conformité procédurale (remplir, consigner, fermer), au détriment de la présence, de la souplesse et de la continuité, pourtant essentielles au rétablissement. Dans cette perspective, les interventions qui s'inscrivent hors du cadre formel (à domicile, à l'école ou dans la communauté) deviennent difficilement soutenables car elles

échappent aux paramètres de mesure et de contrôle valorisés par le système. Le temps passé sur la route, souvent solitaire et non reconnu comme du temps clinique, est perçu comme un coût plutôt que comme un investissement, alors qu'il conditionne précisément la possibilité d'une rencontre signifiante. Ce décalage illustre la manière dont la logique de performance tend à invisibiliser les dimensions qualitatives du travail : ce qui ne se mesure pas ne se valorise pas et ce qui ne se valorise pas tend à disparaître.

Ces contraintes structurelles ne sont pas sans effet sur la relation thérapeutique, pourtant au cœur du processus de rétablissement. Lorsque le temps devient une ressource rare, la rencontre tend à se réduire à un échange fonctionnel plutôt qu'à un espace de présence et d'écoute (Khoury et Rodriguez del Barrio, 2015). L'intervenant, pris entre l'exigence d'efficacité et la nécessité de créer un lien signifiant, risque d'adopter une posture davantage axée sur la productivité que sur l'humain. De leur côté, les adolescents perçoivent cette tension : certains s'adaptent en se conformant aux attentes perçues, tandis que d'autres se désengagent ou se ferment, interprétant la brièveté et la rigidité des échanges comme un désintérêt à leur égard (Kelly et Coughlan, 2019). Ce climat contribue à fragiliser l'alliance thérapeutique, pourtant reconnue comme le principal prédicteur du changement (Arbour *et al.*, 2023). La relation perd alors sa fonction de base sécurisante et réflexive pour devenir l'espace d'une prestation à rendement mesuré. Dans un tel contexte, la continuité affective et la confiance mutuelle, conditions pourtant essentielles au rétablissement, deviennent difficiles à maintenir. À cette réalité s'ajoute une instabilité structurelle du personnel, qui fragilise la continuité relationnelle, pourtant au cœur du rétablissement. Selon les données ministérielles, entre 72 % et 76 % des nouvelles embauches demeurent en poste après un an (MSSS, 2025). Ce constat, bien que non spécifique à la santé mentale jeunesse, demeure préoccupant pour un modèle fondé sur la stabilité des liens et la cohérence des accompagnements. La rotation fréquente du personnel compromet non seulement la confiance instaurée entre le jeune et son intervenant, mais aussi la transmission des savoirs expérientiels et des pratiques ancrées dans le rétablissement. En rendant les équipes continuellement mouvantes, le système empêche la consolidation d'une expertise collective et la construction d'une mémoire clinique partagée, deux leviers essentiels à la continuité, à la qualité du lien et à l'ancrage des apprentissages relationnels.

Or, le rétablissement exige une sécurité professionnelle suffisante pour que les intervenants puissent se laisser guider par les besoins des jeunes, ajuster leur posture et tolérer l'incertitude inhérente aux trajectoires non linéaires. Ce lâcher-prise clinique suppose une confiance organisationnelle et une expérience qui se construit dans la durée. Le fort roulement de personnel engendre toutefois des équipes souvent jeunes et en apprentissage, où l'appropriation du paradigme du rétablissement demeure inégale. L'animation de cette approche s'y déploie donc à géométrie variable, selon la maturité clinique, le soutien du gestionnaire et la stabilité du milieu. Cette hétérogénéité conduit à une mise en œuvre fragmentée du modèle : certains contextes parviennent à en incarner l'esprit, tandis que d'autres se limitent à en parler sans le traduire dans les pratiques.

Limites

Cette recension comporte plusieurs limites qui invitent à la prudence dans l'interprétation des résultats. Le nombre restreint d'études retenues (7) constitue une première limite importante. Cette faible représentativité s'explique en partie par les critères d'inclusion stricts (adolescents de 12 à 18 ans, attention explicite sur le rétablissement) et par le caractère émergent du phénomène, ce qui restreint la généralisation et la robustesse des conclusions. L'hétérogénéité des devis méthodologiques complexifie également les comparaisons : phénoménologie interprétative (Brown, 2018), théorie ancrée constructiviste (Kelly et Coughlan, 2019), phénoménologie (Arbour *et al.*, 2023), étude de cas unique (Wells et McCaig, 2016), protocoles méthodologiques (Ballesteros-Urpi *et al.*, 2019; Palmquist *et al.*, 2017) et étude conceptuelle de type Delphi (Naughton *et al.*, 2020). Cette diversité enrichit la compréhension du phénomène, mais limite les comparaisons systématiques. Les échantillons demeurent modestes (9 à 17 participants), ce qui est cohérent avec la recherche qualitative, mais insuffisants pour saturer la diversité des expériences adolescentes. Enfin, l'étude de Naughton *et al.* (2020), bien que pertinente sur le plan clinique, repose uniquement sur le point de vue de 27 professionnels, sans participation directe des jeunes ni de leurs familles. La majorité des études proviennent de contextes anglo-saxons (Canada, Australie, Royaume-Uni, États-Unis), limitant ainsi la transférabilité culturelle des résultats à d'autres systèmes de soins. Les échantillons représentent surtout des adolescents suivis en services spécialisés (CAMHS, CYMHS, milieux hospitaliers), ce qui exclut les jeunes non rejoints par le

réseau formel. Cette sélection introduit un biais vers des trajectoires de rétablissement institutionnalisées, au détriment d'expériences plus informelles ou communautaires.

Le champ du rétablissement à l'adolescence demeure en émergence (Ballesteros-Urpi *et al.*, 2019; Naughton *et al.*, 2020; Palmquist *et al.*, 2017). L'absence de cadre conceptuel consensuel entraîne une dépendance aux modèles adultes dont l'adaptation demeure partielle. Les divergences soulevées par Naughton *et al.* (2020) sur l'autonomie décisionnelle, la place de la spiritualité ou l'utilisation de jalons développementaux illustrent ce manque de consolidation. De plus, la prédominance de perspectives parentales (Brown, 2018; Coughlin, 2018) et clinique (Naughton *et al.*, 2020) laisse peu de place à la voix directe des jeunes, présente seulement chez Arbour *et al.* (2023) et McCaig (2016), alors même que le paradigme du rétablissement appelle la centralité de l'expérience vécue. La fenêtre temporelle (2015–2025) et la restriction linguistique (anglais, français) peuvent avoir exclu des travaux pertinents. Les critères d'inclusion, bien que justifiés, orientent les résultats : l'exclusion des études auprès de jeunes présentant un TSA ou le TDAH limite la compréhension du phénomène chez ces populations. Certaines dimensions centrales au rétablissement adolescent, telles que la régulation émotionnelle, les compétences sociales, l'expérience scolaire et les transitions développementales, demeurent encore peu documentées. De plus, les indicateurs utilisés dans la recherche restent largement centrés sur des dimensions cliniques (symptômes, fonctionnement, satisfaction de service), au détriment d'indicateurs centrés sur la personne et sa famille, tels que le pouvoir d'agir, l'espoir ou la participation sociale (Arbour *et al.*, 2023; Palmquist *et al.*, 2017). Cette prédominance d'indicateurs biomédicaux limite la compréhension du rétablissement comme processus subjectif et relationnel.

Apports spécifiques à la psychoéducation

À la lumière de ces constats, la psychoéducation offre un cadre cohérent avec le paradigme du rétablissement. Cette conception s'arrime directement à la structure d'ensemble, où l'axe central sujet, objectifs, intervenants et la dynamique entre le potentiel adaptatif (PAD) et le potentiel expérientiel (PEX) visent l'atteinte d'un niveau de convenance (Gendreau, 1978, 2001) entre besoins, capacités et conditions environnementales. Dans cette optique, les dimensions du modèle

CHIME demeurent pertinentes, mais leur opérationnalisation doit être ajustée au développement adolescent : autonomie progressive, appartenance aux pairs et collaboration avec la famille dans une posture de co-construction (Ballesteros-Urpi *et al.*, 2019; Naughton *et al.*, 2020). À cette structure d'ensemble s'ajoutent les schèmes relationnels (Gendreau, 2001; Renou, 2005), qui constituent le fondement du climat éducatif nécessaire au rétablissement. L'empathie, la congruence, la sécurité, la confiance, la disponibilité et la considération soutiennent l'alliance thérapeutique, favorisent l'expression authentique du jeune et consolident la cohérence entre l'intention clinique et la posture éducative. Elles rappellent que la qualité du lien constitue un levier d'intervention aussi déterminant que les techniques d'intervention, en ce qu'elle soutient la confiance, l'expression de soi et l'engagement dans le processus de rétablissement.

Dans cette perspective, les opérations professionnelles du modèle psychoéducatif servent de leviers concrets pour accompagner la progression des adolescents vers un mieux-être durable. **L'observation** ne vise plus seulement à décrire les difficultés, mais aussi à repérer les forces, les micro-progrès et les indices d'espoir qui apparaissent dans le quotidien du jeune. Ces indices deviennent des repères tangibles pour comprendre la trajectoire du rétablissement, soutenir la résilience et renforcer la motivation (Arbour *et al.*, 2023; Brown, 2018). **L'évaluation pré-intervention**, menée en dialogue avec le jeune et sa famille, donne sens à ces observations. En privilégiant le faire avec au lieu de faire pour, le psychoéducateur permet de dégager une compréhension partagée qui éclaire les priorités de chacun. Cette démarche valorise la parole de l'adolescent, soutient la réflexion parentale et établit les bases d'un jugement clinique co-construit, où pouvoir d'agir et vision commune se rencontrent (Kelly et Coughlan, 2019). Quand les priorités du jeune et celles de ses parents divergent, l'objectif n'est pas d'imposer un consensus, mais de mettre en dialogue ces perspectives afin d'en dégager une décision partagée. Cette médiation favorise l'émergence d'objectifs à la fois signifiants pour le jeune et rassurants pour les parents (Naughton *et al.*, 2020). À partir de cette compréhension, la **planification** prend la forme d'une co-construction d'objectifs significatifs pour le jeune, renforçant ainsi son engagement et son autodétermination. Des outils collaboratifs, tels que la *Magic Wand Question* (Wells et McCaig, 2016), facilitent l'exploration des aspirations et la formulation de défis gradués qui stimulent la

confiance et l'espoir. L'**organisation** qui suit consiste à aménager le PEX (temps, espace, règles, responsabilités), afin de créer des conditions de réponse adaptées et mobilisatrices. Ces ajustements favorisent un déséquilibre dynamique entre les capacités actuelles et les défis proposés, propice au développement et à la recherche d'un nouvel équilibre adaptatif (Gendreau, 2001; Renou, 2005). Dans ce cadre, l'**animation** occupe une fonction centrale. Le psychoéducateur agit comme facilitateur de l'apprentissage adaptatif en instaurant un climat sécurisant qui encourage l'essai, l'erreur et la reprise. Ce processus nourrit la motivation, le sentiment d'appartenance et la confiance relationnelle, des dimensions reconnues comme essentielles au rétablissement à l'adolescence (Arbour *et al.*, 2023). L'**utilisation** prolonge ce mouvement en accompagnant le jeune dans la mise en lien de ses comportements, de ses émotions et de leurs effets. Cette réflexivité, soutenue par le psychoéducateur, favorise la généralisation des apprentissages à d'autres contextes et contribue à consolider l'identité et l'autonomie (Caouette et Pronovost, 2013). L'**évaluation postintervention** vient ensuite reconnaître les progrès perçus par le jeune et sa famille, nourrissant la motivation tout en favorisant la continuité du processus de rétablissement (Brown, 2018; Naughton *et al.*, 2020).

Enfin, l'approche axée sur le rétablissement influence le schème de la **communication**, en rééquilibrant les rapports entre savoirs professionnels et savoirs expérientiels. La communication n'a plus uniquement fonction de transmettre une expertise, mais l'émergence d'un sens partagé. Elle appelle une posture d'écoute, d'humilité et de reconnaissance du pouvoir narratif du jeune, en lien avec sa construction identitaire et expérientielle. La parole professionnelle devient un outil de co-construction du sens plutôt qu'un instrument de persuasion ou de normalisation. En ce sens, le langage du rétablissement, ancré dans l'espoir, la reconnaissance et la subjectivité, redéfinit la finalité même de la communication : non plus informer ou orienter, mais rendre possible une participation active au processus d'intervention.

Conclusion

En somme, les études récentes montrent que le rétablissement à l'adolescence résulte d'une interaction entre dimensions personnelles, relationnelles et écologiques, qui peuvent tour à tour soutenir ou freiner le parcours. La littérature depuis 2015 converge vers une vision du rétablissement jeunesse comme un processus évolutif, façonné par la voix des jeunes, l'implication des familles et la qualité de l'accompagnement professionnel. Ce regard intégré invite à dépasser une lecture symptomatique pour ancrer le rétablissement dans les transitions et les appartenances propres à l'adolescence. L'arrimage avec le modèle psychoéducatif renforce cette lecture. Il met en lumière une pratique qui articule, autour d'un même objectif, les opérations professionnelles, la structure d'ensemble et les schèmes relationnels. Cette compréhension appelle enfin des ajustements cliniques et organisationnels visant à renforcer la continuité, la participation et la cohérence du rétablissement dans la vie quotidienne des jeunes, tout en ouvrant la voie à de futures recherches intégrant plus systématiquement la perspective des adolescents et de leurs familles. Intégrer le paradigme du rétablissement en psychoéducation implique de reconnaître le jeune non comme un bénéficiaire de soins, mais comme un partenaire actif de son mieux-être. Cela exige une posture clinique fondée sur la relation, la co-construction et l'expérimentation, où chaque opération professionnelle devient une opportunité de développement, d'autonomie et d'espoir.

Références

- 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. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Arbour, S., Chiu, M., Paul, S., Battistelli, R. et Harris, H. (2023). Exploring the recovery phenomenon from adolescents' perspective: A qualitative study. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 10(1), 15-24. <https://doi.org/10.1007/s40737-022-00283-7>
- Ballesteros-Urpi, A., Slade, M., Manley, D. et Pardo-Hernandez, H. (2019, Aug 15). Conceptual framework for personal recovery in mental health among children and adolescents: a systematic review and narrative synthesis protocol. *BMJ open*, 9(8), e029300. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029300>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Brown, J. (2018). Parents' experiences of their adolescent's mental health treatment: Helplessness or agency-based hope. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(4), 644-662. <https://doi.org/10.1177/1359104518778330>
- Caouette, M. et Pronovost, J. (2013). L'utilisation psychoéducative : une compétence du psychoéducateur. *Revue de psychoéducation*, 42(2), 281-297.
- Casey, B. J., Jones, R. M. et Hare, T. A. (2008). The Adolescent Brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124(1), 111-126. <https://doi.org/10.1196/annals.1440.010>
- Chamberlin, J. (1979). *On our own : patient-controlled alternatives to the mental health system*. New York : McGraw-Hill. <https://archive.org/details/onourownpatientc0000cham/page/n4/mode/1up>
- Chow, W. S. et Priebe, S. (2013, 2013/06/18). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*, 13(1), 169. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-169>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2020). *Mettre le rétablissement en pratique : une introduction au guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/09/Mettre-le-retablissement-en-pratique-Une-introduction-au-Guide-de-reference-pour-des-pratiques-axees-sur-le-retablissement.pdf>

- Commission de la santé mentale du Canada. (2023). *Vers un changement de paradigme : soutenir le rétablissement en santé mentale*. C. d. l. s. m. d. Canada.
<https://mentalhealthcommission.ca/>
- Coughlin, K. W. (2018). Medical decision-making in paediatrics: Infancy to adolescence. *Paediatrics & Child Health*, 23(2), 138-146. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx127>
- Dallinger, V. C., Krishnamoorthy, G., du Plessis, C., Pillai-Sasidharan, A., Ayres, A., Waters, L., Groom, Y., Sweeney, K., Anderson, L., Rees, B. et Burton, L. (2025, 2025/04/01). Conceptualisation of Personal Recovery and Recovery-Oriented Care for Youth: Multisystemic Perspectives. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 23(2), 1308-1332. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01170-3>
- Davidson, L. (2016, Jun 1). The Recovery Movement: Implications For Mental Health Care And Enabling People To Participate Fully In Life. *Health Aff (Millwood)*, 35(6), 1091-1097. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>
- Davidson, L., Rowe, M., DiLeo, P., Bellamy, C. et Delphin-Rittmon, M. (2021). Recovery-Oriented Systems of Care: A Perspective on the Past, Present, and Future. *Alcohol Res*, 41(1), 09. <https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.09>
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation journal*, 11(4), 11-19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Dubois-Comtois, K., Bussi eres, E.-L., Cyr, C., St-Onge, J., Baudry, C., Milot, T. et Labb e, A.-P. (2021, 2021/08/01). Are children and adolescents in foster care at greater risk of mental health problems than their counterparts? A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 127, 106100. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740921001766>
- Gendreau, G. (1978). *L'intervention psycho-éducative : solution ou défi?*  ditions Fleurus.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*.  ditions Sciences et culture.
- Institut de la statistique du Québec [ISQ]. (2024). *La santé mentale, le soutien social et les relations des jeunes du secondaire*. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/sante-mentale-soutien-social-relations-jeunes-secondaire>
- Kelly, M. et Coughlan, B. (2019). 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>

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Khoury, E. et Rodriguez del Barrio, L. (2015). Recovery-Oriented Mental Health Practice: A Social Work Perspective. *The British Journal of Social Work*, 45(suppl_1), i27-i44. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv092>
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J. et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T. et Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: A study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=38ef5ff3-c8b4-3642-b604-706b2d3b7daa>
- Mancini, A. D. (2008). Self-determination theory: a framework for the recovery paradigm. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(5), 358-365. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004036>
- Masson, M., Bussi eres, E.-L., East-Richard, C., R-Mercier, A. et Cellard, C. (2015, 2015/07/04). Neuropsychological Profile of Children, Adolescents and Adults Experiencing Maltreatment: A Meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 29(5), 573-594. <https://doi.org/10.1080/13854046.2015.1061057>
- McGorry, P. D., Mei, C., Chanen, A., Hodges, C., Alvarez-Jimenez, M. et Killackey, E. (2022, Feb). Designing and scaling up integrated youth mental health care. *World Psychiatry*, 21(1), 61-76. <https://doi.org/10.1002/wps.20938>
- McKern, D. B., Krishnamoorthy, G., Dallinger, V. C., Heart, D. et Maybery, D. (2025, Jun 17). The Role of Caregivers in Supporting Personal Recovery in Youth with Mental Health Concerns. *Children (Basel)*, 12(6). <https://doi.org/10.3390/children12060787>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2022a). *LA SANTÉ MENTALE FLORISSANTE DES JEUNES DU SECONDAIRE AU QUÉBEC SELON LE PROFIL DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-202-03W.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2022b). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : S'unir pour un mieux-être collectif*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2025). *Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000258/>
- Naughton, J. N. L., Maybery, D., Sutton, K., Basu, S. et Carroll, M. (2020, 2020/08/01). Is self-directed mental health recovery relevant for children and young people? *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 661-673.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12699>
- Office des personnes handicapées du Québec [OPHQ]. (2021). *Portrait statistique des enfants de 5 à 11 ans ayant une incapacité liée à la santé mentale selon le Recensement de 2021*. OPHQ. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/ophq/Statistiques/incapacite-enfants_acc.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2022). *Santé mentale : renforcer notre réponse*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Palmquist, L., Patterson, S., O'Donovan, A. et Bradley, G. (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>
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G. et Waite, P. (2021, Feb). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 30(2), 183-211. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4>
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode*. Éditions Sciences et culture.
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D. et Patton, G. C. (2018, Mar). The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*, 2(3), 223-228. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30022-1)
- Slade, M. (2017). *100 ways to support recovery: A guide for mental health professionals* (2^e éd.). Rethink Mental Illness.
<https://www.researchintorecovery.com/files/100%20Ways%20to%20support%20recovery%202nd%20edition.pdf>

- Société canadienne de pédiatrie. (2023). *Confidentialité et vie privée dans les soins de santé destinés aux adolescents*. Société canadienne de pédiatrie.
<https://cps.ca/fr/documents/position/les-considerations-en-matiere-de-confidentialite-et-de-protection-de-la-vie-privee-lors-de-la-prestation-des-services-de-sante-aux-adolescents>
- Strand, M., Gammon, D. et Ruland, C. M. (2017, 2017/04/07). Transitions from biomedical to recovery-oriented practices in mental health: a scoping review to explore the role of Internet-based interventions. *BMC Health Services Research*, 17(1), 257.
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2176-5>
- Subandi, M. A., Nihayah, M., Marchira, C. R., Tyas, T., Marastuti, A., Pratiwi, R., Mediola, F., Herdiyanto, Y. K., Sari, O. K., Good, M. D. et Good, B. J. (2023). The principles of recovery-oriented mental health services: A review of the guidelines from five different countries for developing a protocol to be implemented in Yogyakarta, Indonesia. *PLoS ONE*, 18(3), e0276802. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276802>
- Wells, K. et McCaig, M. (2016). The Magic Wand Question and Recovery-Focused Practice in Child and Adolescent Mental Health Services. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 29(4), 164-170. <https://doi.org/10.1111/jcap.12159>
- Wood, D., Bruner, J. S. et Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 17(2), 89-100.