



Pour un plan d'action qui reconnaît l'impact des approches collectives en santé mentale

*Mémoire présenté dans le cadre des Consultations nationales
sur les prochaines orientations en matière de santé mentale,
d'itinérance et de dépendance*

Projet inclusion

Lundi 1^{er} juin 2026

Mémoire à rendre publique

*« La façon dont nous connaissons le monde façonne
notre avenir collectif. »*

Nora Bateson

Table des matières

La création de ce mémoire	3
Qui sommes-nous	4
Introduction : ce que les orientations pourraient faire	5
Ce que nous entendons par « approche collective »	6
Ce que les orientations devraient inclure: l'existence de contradictions au sein même de la compréhension de ce qu'est la santé mentale	6
1. Le « mental » : un phénomène interactionnel, incarné par des individus	7
2. La souffrance individuelle : un signal d'un problème collectif	7
3. Intervenir sur les espaces d'interaction pour prendre soin des individus	8
Recommandations	8
Conclusion	10
Bibliographie de base	11

La création de ce mémoire

Ce mémoire est le fruit de conversations, de consultations, de pratiques collectives, et du vécu accumulé dans les espaces que Projet inclusion anime. Il prolonge un échange continu, avec les participants aux projets, avec les intervenants, avec les partenaires, avec le milieu de la recherche, qui existe bien au-delà du moment de la consultation. Des questions sur la compréhension et les pratiques en santé mentale, dans sa complexité, est un axe transversal qui anime nos projets.

Cette manière de produire un mémoire est elle-même cohérente avec la perspective collective et écologique de la santé mentale. Notre approche conversationnelle, nous a permis de recueillir la parole de la communauté, des participants et des partenaires, en ayant comme cadre d'analyse les réponses collectives aux besoins d'identité, de participation et de compréhension.

Ce travail est rendu possible par la posture des intervenants, qui vivent les espaces, et qui recueillent en continu le sens que les gens construisent à partir de leur expérience, pour l'intégrer dans une compréhension partagée et collective. C'est depuis ce lieu que nous écrivons ce mémoire.

Références bibliographiques :

Pour faciliter la lecture du mémoire, nous n'avons pas inclus de références dans le texte. Nous partageons à la fin du mémoire une bibliographie de base.

Qui sommes-nous

Projet inclusion est une organisation à but non lucratif qui adhère aux critères de l'action communautaire autonome. Depuis une onzaine d'années, l'organisme incarne une approche collective de la santé mentale: un virage pris en constatant le manque de validité et les problèmes concrets engendrés par les approches individualistes, tant pour les personnes accompagnées que pour la collectivité. Cette approche comprend la souffrance psychique comme un phénomène relationnel et contextuel, et y répond par la mise en place d'espaces d'appartenance, de reconnaissance et de participation.

Cette approche se concrétise aujourd'hui à trois niveaux d'intervention :

- **Au niveau intime** : par l'accompagnement de nos espaces avec une posture interactionnelle, écologique et collective, où la relation elle-même est l'intervention ;
- **Au niveau local** : par la participation dans la vie de local, l'accompagnement aux initiatives concertées, le soutien à l'implication des personnes dans les organisations de leur milieu, et l'accompagnement aux organisations pour adapter leurs projets à une approche collective et inclusive de la santé mentale ;
- **Au niveau régional** : par la participation dans des instances de concertation qui visent des changements dans les politiques publiques et les structures systémiques qui déterminent les conditions de vie, et par la sensibilisation aux bénéfices sociaux d'une perspective collective et écologique de la santé mentale.

Introduction : ce que les orientations pourraient faire

Cette démarche de définition d'orientations représente une occasion de définir la direction que le Québec choisit de prendre face à l'augmentation de la souffrance psychique dans notre société. Nous souhaitons contribuer à cette définition en mobilisant nos apprentissages issus de la pratique collective, relationnelle et territoriale et de la recherche actuelle.

La souffrance psychique augmente chaque année en occident, et particulièrement au Québec. Ce constat invite à poser une question : **est-ce que le Plan d'action va reconduire les orientations dominantes, ou va-t-il ouvrir de l'espace à des approches qui font leurs preuves depuis longtemps, mais qui demeurent sous-reconnues et sous-financées ?**

Nous ne demandons pas que le Plan inclue des mesures spécifiques pour les approches collectives en santé mentale, des mesures à la hauteur de leur contribution réelle.

Nous concevons notre participation à cette réflexion comme une occasion de nourrir la compréhension de ce qu'est la santé mentale, afin de mieux répondre à la complexité de la réalité dans laquelle nous vivons, au moyen d'outils et d'un langage adapté à cette complexité.

1. Ce que nous entendons par « approche collective »

Projet inclusion s'inscrit dans une compréhension de la santé mentale comme phénomène émergeant des relations entre les personnes, et entre les personnes et les contextes dans lesquels elles vivent. Cette compréhension est une pratique quotidienne, appuyé sur une corp théorique qui s'est développé depuis plus de 60 ans, mais dont sa potentialité transformatrice demeure encore peu explorée au Québec.

Concrètement, une approche collective en santé mentale se caractérise par :

- Un souci partagé du bien-être plutôt qu'une gestion individuelle de la santé : l'environnement relationnel est le focus d'action ;
- La création et l'entretien d'espaces d'interaction inclusifs : des lieux où les personnes peuvent exister, être reconnues, participer, sans avoir à satisfaire à des critères diagnostiques ou de conformité ;
- La compréhension de la souffrance dans son contexte : chaque comportement, chaque détresse, prend sens dans le réseau de relations et de conditions de vie dans lequel il apparaît ;
- Une intervention sur les espaces plutôt que sur les seuls individus : plutôt que de diagnostiquer une personne, on cherche à transformer les espaces où elle évolue, à les rendre plus accueillants, plus sécuritaires, plus vivants ;
- La valorisation des savoirs collectifs et *transcontextuels* : placer l'expression de la personne dans les multiples contextes qui la composent et nourrir l'apprentissage collectif qui résulte d'observer les liens entre ces contextes.

Cette approche s'appuie sur un corpus scientifique solide et en expansion (neurosciences, sciences cognitives, paléoanthropologie, sciences de la complexité) qui converge vers la même conclusion : l'être humain est constitutionnellement social, et sa santé psychique dépend de la qualité de ses espaces d'interaction. Elle est alignée avec les recommandations de l'OMS en faveur d'un paradigme plus relationnel et communautaire.

2. Ce que les orientations devraient inclure: l'existence de contradictions au sein même de la compréhension de ce qu'est la santé mentale

Il y a actuellement une crise du paradigme individualiste dominant en « santé mentale ». Cela signifie qu'on assiste actuellement à la mise en valeurs de corps théoriques, des recherches et des pratiques existantes issues d'autres paradigmes, notamment d'un paradigme relationnel. Ainsi,

les orientations peuvent représenter, implicitement ou explicitement, une des perspectives. Nous pensons qu'un avancement possible dans les futures orientations est de nommer l'existence de différentes perspectives, même si elles sont contradictoires. **En voici les postulats d'une des perspectives qui s'aligne plutôt avec un paradigme relationnel de la santé mentale qu'on aimerait partager dans le cadre de ces consultations.**

1. Le « mental » : un phénomène interactionnel, incarné par des individus

La recherche scientifique et la praxis des dernières décennies converge vers un constat que notre pratique observe quotidiennement : le « mental » n'existe pas en dehors des relations. Les neurosciences ont démontré que la structure du cerveau se forme grâce aux interactions et qu'il existe une plasticité structurelle qui lui permet de changer lors d'échanges tout au long de la vie. Les sciences cognitives confirment que les états psychiques internes naissent et dépendent des interactions avec les autres. La paléoanthropologie et la primatologie suggèrent que l'espèce humaine est l'émergence d'une extrême sociabilité : le cerveau serait avant tout un organe social. La souffrance psychique émerge donc des contextes d'interaction dans lesquels les personnes vivent, de la qualité des liens, de la sécurité des milieux, de la présence ou de l'absence de reconnaissance.

Ne pas en tenir compte a des effets mesurables. Des orientations qui ne prennent avec la rigueur nécessaire la nature collective de notre mental intervient structurellement en aval des problèmes : on mobilise des ressources considérables pour traiter des symptômes sans toucher à ce qui les produit. **Les personnes accompagnées retournent dans les mêmes espaces d'interaction défailants, et le cycle recommence. C'est l'une des explications les plus solides à la hausse continue de la souffrance psychique malgré des décennies d'investissements cliniques dans le paradigme individualiste.**

2. La souffrance individuelle : un signal d'un problème collectif

Si l'on intègre les apports des sciences de l'évolution, une hypothèse émergente mérite d'être prise au sérieux : **les problématiques dites de santé mentale seraient des manifestations individuelles de problèmes dans la structure d'un groupe humain.** L'état mental dit problématique d'un individu serait un signal, un indicateur d'une situation collective: un avertissement que quelque chose dans les espaces d'interaction doit être transformé.

Comprendre un comportement ou une détresse uniquement à travers une grille diagnostique individuelle, c'est couper ce signal de sa source. C'est aussi le premier geste stigmatisant, sujet qui a été bien documenté dans la littérature scientifique : réduire une expérience humaine complexe à une

étiquette médicale met en question l'humanité de la personne, isole celle-ci du groupe, et libère le groupe de sa responsabilité dans la situation. On traite l'individu qui porte le symptôme, mais on laisse intact l'espace qui l'a produit.

Ne pas en tenir compte a des effets concrets : renforcement de la stigmatisation, chronicisation des situations, et surtout, absence de transformation des contextes qui génèrent la souffrance. Les orientations doivent ouvrir de l'espace à des pratiques qui travaillent avec le sens de la souffrance, et pas uniquement à des protocoles individualisants qui cherchent à la contenir.

3. Intervenir sur les espaces d'interaction pour prendre soin des individus

On assiste à un changement de cible d'intervention. Grâce à la plasticité et à la nature interactive du cerveau, de notre interdépendance aux autres, il est possible de mettre à disposition des structures collectives, groupales et organisationnelles dont la dynamique permet aux personnes qui y participent de s'adapter plus activement à la réalité. Plutôt que de diagnostiquer les individus, on travaille à transformer les espaces où ils interagissent : à les rendre plus accueillants, plus sécuritaires, plus vivants.

Ne pas en tenir compte produit une stratégie que l'on peut nommer « évitement et individualisation » : on éloigne symboliquement ou physiquement l'individu qui véhicule le symptôme, on renforce une identité collective basée sur ce que les autres « ne sont pas, les normaux », et on ne règle pas le problème fondamental du groupe. Cette stratégie peut sembler efficace à court terme (elle soulage la tension visible) mais elle ne fait que déplacer la souffrance et fragilise la cohésion à long terme.

Les organismes qui créent et entretiennent des espaces d'interaction sensibles à la vie de personnes et aux contextes dans lesquels elles évoluent font un travail de santé mentale au sens le plus rigoureux du terme. Ne pas les reconnaître comme tels dans le Plan, c'est choisir par défaut la stratégie de l'évitement.

3. Recommandations

Sur la base de notre expérience et des orientations décrites ci-dessus, Projet inclusion, formule les recommandations suivantes :

Orientations générales

- 1. Pluralité de perspectives en santé mentale :** Inclure une posture consciente et responsable du manque du consensus d'ordre

scientifique dans le domaine de la santé mentale, et inscrire explicitement l'existence de tensions entre différentes visions de la santé mentale.

- 2. Approches collectives en santé mentale :** Reconnaître les approches collectives en santé mentale comme partie intégrante des volets à financer dans le Plan — et non comme soutien périphérique — dans les orientations stratégiques.
- 3. Souci de cohérence entre langage et pratique :** Veiller à maintenir la cohérence entre les formulations parlant du bien-être collectif, de la qualité des espaces d'interaction et des déterminants sociaux avec la mise en place des actions.
- 4. Innovations pour la lutte contre la stigmatisation :** Utiliser les perspectives collectifs et systémiques pour la création des stratégies pour lutter contre la stigmatisation.
- 5. Évaluation inclusive :** Adapter les outils d'évaluation pour inclure une perspective collective — indicateurs de bien-être collectif, de qualité des espaces d'interaction, de réduction de l'isolement — et impliquer les organisations communautaires dans la conception de ces outils.
- 6. Apprentissages collectifs :** Soutenir la production et la diffusion de connaissances issues des pratiques collectives et interactionnelles en santé mentale, afin d'alimenter la recherche et les pratiques dans l'ensemble du réseau.
- 7. Création partagée :** Prévoir des espaces formels de cocréation sur une perspective collective de la santé mentale, avec les organisations qui incarnent ces approches, dans la mise en œuvre et le suivi des plans.

Perspective transversale

La perspective collective et interactionnelle de la santé mentale portée dans ce mémoire est transversale aux autres plans d'action gouvernementaux en itinérance et toxicomanie : porter un regard sur les dynamiques relationnelles, sur les d'interaction défailants, sur les stratégies d'évitement et d'individualisation qu'y sont à l'œuvre dans notre système. Nous invitons le gouvernement à assurer une cohérence entre ces plans sur cette dimension fondamentale, sans réduire se trois réalités diverses à une seule en vue de la réduction de couts.

Conclusion

Projet inclusion porte la voix d'espaces construits avec les personnes vivant les effets d'un contexte de plus en plus contraignant. On partage ce mémoire grâce aux liens tissés patiemment dans un quartier, et d'une compréhension de la santé mentale qui vise à inclure les différents contextes qui composent l'expérience humaine.

Cette pratique a été développée, depuis des décennies, des réponses à la souffrance psychique que les approches individualistes et cliniques seules ne peuvent pas offrir.

Les nouvelles orientations ont la possibilité d'inclure des mesures spécifiques pour les approches collectives. Ce serait reconnaître non seulement ce qui fonctionne — mais aussi ce que la recherche internationale recommande depuis des années.

Nous sommes à une époque où la recherche de solutions à nos crises écologiques, sociales et humaines doit s'ouvrir à des perspectives cohérentes avec la nature de nos environnements naturels, sociaux et intimes.

Nous sommes disponibles pour approfondir l'une ou l'autre des positions exposées ici, et pour participer à tout espace de dialogue que le gouvernement souhaitera ouvrir.

Bibliographie de base

- Bateson, G. (1977). « Vers une écologie de l'esprit ». Paris : Éditions du Seuil.
- De Jaegher, H., Pieper, B., Clénin, D., & Fuchs, T. (2017). Grasping intersubjectivity: An invitation to embody social interaction research. « Phenomenology and the Cognitive Sciences », 16(3), 491–523.
- De Jaegher, H., & Froese, T. (2009). On the role of social interaction in individual agency. « Adaptive Behavior », 17(5), 444–460.
- De Jaegher, H., & Di Paolo, E. (2007). Participatory sense-making. « Phenomenology and the Cognitive Sciences », 6(4), 485–507.
- Di Paolo, E. A., Cuffari, E. C., & De Jaegher, H. (2018). « Linguistic Bodies: The Continuity between Life and Language ». MIT Press.
- Di Paolo, E. A., & De Jaegher, H. (2012). The interactive brain hypothesis. « Frontiers in Human Neuroscience », 6, 163.
- Di Paolo, E., Rohde, M., & De Jaegher, H. (2010). Horizons for the enactive mind: Values, social interaction, and play. Dans « Enaction: Towards a New Paradigm for Cognitive Science ».
- Elizalde, A., Martí Vilar, M., & Martínez Salvá, F. (2006). Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el enfoque centrado en la persona. « Polis. Revista Latinoamericana », (15).
- Etkin, J., & Schvarstein, L. (1992). « Identidad de las organizaciones ». Buenos Aires : Editorial Paidós.
- Flahault, F. (2002). « Le sentiment d'exister ». Paris : Descartes & Cie.
- Flahault, F. (2006). « "Be yourself!" : Au-delà de la conception occidentale de l'individu ». Fayard/Mille et une nuits.
- Flahault, F. (2018). « L'Homme, une espèce déboussolee : Anthropologie générale à l'âge de l'écologie ». Fayard.
- Fuchs, T., & De Jaegher, H. (2009). Enactive intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual incorporation. « Phenomenology and the Cognitive Sciences », 8(4), 465–486.
- Gallagher, S. (2020). « Action and Interaction ». Oxford University Press.
- Goffman, E. (1974). « Les rites d'interaction ». Paris : Minuit.
- Harjunpää, K., Mondada, L., & Svinhufvud, K. (2018). The coordinated entry into service encounters in food shops. « Research on Language and Social Interaction », 51(3), 271–291.
- Hoffman, G. A. (2019). Collectively ill: a preliminary case that groups can have psychiatric disorders. « Synthese », 1–25.
- Hoffman, G. A. (2019). Aren't Mental Disorders Just Chemical Imbalances? Dans « The Bloomsbury Companion to Philosophy of Psychiatry », 59.
- Max-Neef, M., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (1990). « Human Scale Development: An Option for the Future ». CEPUR.
- Mondada, L. (2011). The interactional production of multiple spatialities within a participatory democracy meeting. « Social Semiotics », 21(2), 289–316.
- Mondada, L. (2013). Interactional space and the study of embodied talk-in-interaction. Dans « Space in Language and Linguistics », 247–275.

- Morin, E. (2013). « La méthode : la nature de la nature ». Le Seuil.
- Morin, E. (2013). « La méthode : la vie de la vie ». Le Seuil.
- Pichon-Rivière, E. (2004). « Le processus groupal ». Érès.
- Schvarstein, L. (2002). « Psicología social de las organizaciones ».
- Schvarstein, L. (2003). « La inteligencia social de las organizaciones ». México : Paidós.
- Stern, D. N. (2003). « Le moment présent en psychothérapie : un monde dans un grain de sable ». Odile Jacob.
- Stern, D. (1989). « Le monde interpersonnel du nourrisson ». PUF, éd. Le fil rouge.
- Stern, D., Bruschiweiler-Stern, N., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Nahum, J., Sander, L. S., & Huet, P. (2004). Intersubjectivité. « Le Carnet PSY », (9), 31–40.
- Todorov, T. (1989). « Nous et les autres : La réflexion française sur la diversité humaine ». Paris : Éditions du Seuil.
- Todorov, T. (2013). « La vie commune : Essai d'anthropologie générale ». Le Seuil.
- Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. Dans « Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny », 15, 46.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. « Journal of Child Psychology and Psychiatry », 42(1), 3–48.
- Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1993). « L'inscription corporelle de l'esprit : sciences cognitives et expérience humaine ».
- Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (2016). « The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience ». MIT Press.