

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication**

L'accompagnement de personnes en souffrance psychique en maison d'accueil : adaptations ou innovations ?

Regard critique à partir d'une étude de cas

Auteure : Mahieu Fanny
Promotrice: Degavre Florence
Lecteurs : Bouchat Damien, Purnotte Marc
Année académique 2022-2023
Master en politique économique et sociale

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication**

L'accompagnement de personnes en souffrance psychique en maison d'accueil : adaptations ou innovations ?

Regard critique à partir d'une étude de cas

Auteure : Mahieu Fanny
Promotrice: Degavre Florence
Lecteurs : Bouchat Damien, Purnotte Marc
Année académique 2022-2023
Master en politique économique et sociale

Remerciements

Je voudrais remercier les membres de la commission d'accompagnement au mémoire : Florence Degavre, Damien Bouchat et Marc Purnotte d'avoir accepté de soutenir la rédaction de ce mémoire, de m'avoir encadrée pour la réalisation de ce travail.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative de la FOPES , pour leur disponibilité, leur écoute et leurs conseils. Qu'il s'agisse de nos conseiller et conseillère à la formation, Damien Bouchet et Chloé Deltour, ou encore d'Anne-Hélène Pilon pour son enthousiasme lors de nos échanges dans la recherche de documentation.

Pour clore les remerciements en lien direct avec la FOPES, je remercie mes compagnes et compagnons de route, qui, durant ces trois années m'ont permis de maintenir une détermination qui aurait sans doute été moindre si j'avais dû réaliser ce parcours de manière individuelle. Je pense particulièrement à Maude, Marie, et Esmeralda.

Et je tiens à remercier mes deux amies et relectrices : Maud et Catherine. Merci aussi pour vos encouragements qui n'ont cessé de me soutenir.

J'adresse mes plus sincères remerciements à tous les professionnels de l'aide et du soin qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail, et plus particulièrement encore aux intervenants et intervenantes de la maison d'accueil étudiée, ainsi qu'aux personnes externes à cette dernière qui m'ont accordé du temps pour la réalisation d'interviews.

Enfin, je remercie mon mari Jorge d'avoir été, avec moi, au bout de ces trois années d'études, au bout de ce travail de recherche. Merci à mes amis, à mes parents, d'avoir compris qu'il m'était essentiel de faire un pas de côté de la scène sociale et familiale pour parvenir au bout de ce chemin d'apprentissage.

Fanny.

Table des matières

PROLOGUE.....	4
INTRODUCTION GÉNÉRALE	7
PARTIE 1 : CONTEXTUALISATION.....	10
1.1. INTRODUCTION	10
1.1. LE SECTEUR DE L'ACCUEIL POUR PERSONNES SANS-ABRI.....	10
1.1.1. <i>L'histoire d'un secteur.....</i>	10
1.1.2. <i>Le sans-abrisme</i>	11
1.2.3. <i>Les structures d'accueil et d'hébergement</i>	12
1.3. LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE.....	14
1.3.1. <i>L'évolution de la psychiatrie en Europe</i>	14
1.3.2. <i>La réforme des soins en santé mentale</i>	15
1.4. LA PROBLÉMATIQUE DE LA SANTÉ MENTALE EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	17
1.4.1. <i>Précarité et psychiatrie : une cohabitation observée</i>	18
1.4.2. <i>La place du soin</i>	20
1.4.3. <i>Le sanitaire et le social : des liens qui existent.....</i>	21
1.4.4. <i>Le travail social en contexte de santé mentale.....</i>	21
1.5. CONCLUSION.....	22
PARTIE 2 : PROCESSUS DE LA CONSTRUCTION D'UNE QUESTION DE RECHERCHE	24
PARTIE 3 : LES INNOVATIONS SOCIALES	26
3.1. INTRODUCTION	26
3.2. LE PARCOURS D'UN CONCEPT ET DE SON SOUTIEN PAR LES POUVOIRS PUBLICS	26
3.3. L'INNOVATION SOCIALE : ESSAIS DE DÉFINITION	29
3.4. LE PROCESSUS DE L'INNOVATION SOCIALE.....	31
3.5. LES DIMENSIONS DES INNOVATIONS SOCIALES	33
3.6. L'INNOVATION SOCIALE ET LE TRAVAIL SOCIAL	36
3.7. CONCLUSION	42
PARTIE 4 : MÉTHODOLOGIE	43
4.1. INTRODUCTION	43
4.2. CONCEPTION DE L'ÉTUDE	43
4.3. COLLECTE DES DONNÉES	46
4.3.1. <i>Stratégie de collecte des données.....</i>	46
4.3.2. <i>L'échantillon</i>	48
4.3.3. <i>Portraits des interviewés et interviewées.....</i>	48
4.4. LE GUIDE D'ENTRETIEN	53
4.5. CONCLUSION	53
PARTIE 5 : ANALYSE EMPIRIQUE	55
5.1. INTRODUCTION	55
5.2. LE PORTRAIT DE LA MAISON D'ACCUEIL	56
5.3. UN ACCUEIL GÉNÉRALISTE	58
5.4. LE TRAVAIL SOCIAL EN SITUATION DE DIFFICULTÉ DE SANTÉ MENTALE : LES ADAPTATIONS NÉCESSAIRES	59
a. La temporalité	60
a. La convention d'accueil.....	62
b. Une démarche de soins.....	63
c. Les tâches quotidiennes.....	64
d. L'espace d'accueil.....	64
e. Le réseau	65
5.5. DE QUELLES INNOVATIONS SOCIALES PARLE-T-ON ?.....	66
5.5.1. <i>L'infirmière communautaire</i>	67
5.5.2. <i>La psychologue clinicienne.....</i>	71
5.6. CONCLUSION	74

CONCLUSION GÉNÉRALE	75
PISTES POUR ALLER PLUS LOIN.....	77
BIBLIOGRAPHIE.....	78
ANNEXES	82

Prologue

La réalisation de notre travail de recherche prend ses sources dans notre expérience d'intervenante sociale. Avant d'entrer dans l'écrit résultant de notre recherche, nous vous proposons ci-dessous une mise en contexte à travers une vignette situationnelle, issue de notre parcours professionnel. Cette vignette n'a pas pour objectif de généraliser toutes les situations individuelles présentes en structure d'accueil, mais a comme intérêt de pouvoir partager avec vous, la situation nous ayant plongé dans la réflexion préalable à la réalisation de ce travail.

Nous abordons la situation de Michel, la cinquantaine, hébergé dans une maison d'accueil pour la seconde fois. Le premier hébergement remonte à une dizaine d'années. Il était arrivé et reparti, sans difficulté spécifique.

Dans ce nouvel accueil, les intervenants sociaux nous interpellent car ils sont inquiets.

Michel est récemment passé par une hospitalisation dans un service psychiatrique d'un hôpital général, et un accueil en abri de nuit pour personnes sans-abri. Il porte les stigmates d'une santé physique et psychique peu soignée. Michel ne parle pas. Enfin, à part quelques mots que les intervenants entendent en boucle, il est difficile de parvenir à avoir un échange verbal avec lui. L'équipe éducative et sociale tente de réaliser un travail d'accroche, de créer le lien et ainsi de comprendre ce qui l'amène à nouveau sur place et ce qu'il y aurait lieu de mettre en place en termes d'accompagnement.

Au vu de la complexité de la situation et des inquiétudes de l'équipe de la maison d'accueil, nous sommes interpellés en tant que SPAD (service de soins psychiatriques à domicile) pour apporter un éclairage en termes de pistes d'action.

Il nous est alors renvoyé que Michel ne communique pas avec les autres, que lors des repas si les autres gars lui servent trois assiettes, il les mange toutes et si on ne lui en sert qu'une petite, il se contente de cela. Michel reste des heures debout devant le cendrier, portant la cigarette au bec de manière continue. Les éducateurs ont mis en place une gestion du tabac avec lui, le lui donnant au compte-goutte afin de le décoller de ce cendrier, mais surtout avec l'objectif de prendre soin de lui. Les tâches quotidiennes sont difficilement réalisables car il faut sans cesse les lui rappeler. Enfin l'équipe compose malgré tout avec cela, s'ajuste à ce qu'elle observe afin de permettre l'accueil de cet homme.

Toutefois, les inquiétudes évoluent. Chaque jour, Michel se rend près d'une mare, retrouver des canards pour leur donner du pain. Il insiste parfois fortement pour récupérer le pain de la maison

d'accueil, pour les canards. « Canard » est d'ailleurs l'un des quelques mots qui tournera en boucle pendant quelques semaines.

Après avoir rencontré l'équipe pour tenter de comprendre ce qui se passe, nous en discutons en réunion d'équipe avec notre médecin psychiatre. Ce dernier a un rôle d'éclairage médical. Sur son conseil, nous proposons à la maison d'accueil de prendre rendez-vous à l'hôpital, avec un médecin psychiatre pour tenter d'objectiver la situation.

Sur place, Michel ne parle pas. Des examens médicaux sont réalisés, mais il faudra attendre le prochain rendez-vous, quelques mois plus tard, pour en savoir plus. Entre-temps, Michel restera à la maison d'accueil. La situation se dégrade. Michel ne mange plus trop, ne va plus voir les canards, il reste debout au même endroit, le regard vide et si l'on veut qu'il se déplace, on doit le déplacer soi-même. Les repas se compliquent davantage.

Après avoir rencontré Michel pour nous présenter et tenter de créer un lien, nous soutenons l'équipe et les accompagnons à trouver une solution car ils sont amenés à se positionner en soignants alors qu'ils ne sont ni missionnés, ni outillés pour cela. Par ailleurs, la situation est inquiétante.

Nous entamons les démarches et obtenons un nouveau rendez-vous avec un second médecin psychiatre en consultation. Deux éducateurs et nous-même accompagnons Michel à ce rendez-vous, car il lui est de plus en plus difficile de s'orienter dans le temps et dans l'espace.

Nous attendons dehors afin que ce dernier puisse fumer et je m'aperçois que l'éducateur doit frotter le nez de Michel car celui-ci coule sans cesse. Michel ne s'en rend pas compte.

Une fois devant le psychiatre, il est tenté de la part de ce dernier d'effectuer une consultation classique, c'est-à-dire sur base d'une communication verbale, de questions et de réponses.

Cela fonctionne très peu.

Nous prenons alors ensemble, avec les éducateurs, la parole, en appuyant que l'orientation d'aller vers le soin psychiatrique vient d'un confrère. Mais le psychiatre assis devant nous, semble tout autant démuni. Il estime que cela est sans doute lié à une neuropathie, se demandant si les difficultés rencontrées sont, ou ne sont pas, d'ordre psychiatrique.

Nous revenons à la maison d'accueil. En quittant l'équipe, nous comprenons qu'il sera nécessaire de ne pas cesser les démarches pour que Michel arrive en structure de soin, dans le but de comprendre ce qui se passe pour ce dernier et également pour mettre en place un traitement et un accompagnement spécifique.

Nous nous orientons alors vers un service hospitalier spécialisé dans les troubles neurologiques couplés aux troubles psychiatriques. Michel y sera admis. Mais après trois jours, l'équipe de la maison d'accueil sera sommée de venir le rechercher car cela ne se passe pas bien, le patient a fait sa valise, est en opposition constante avec l'équipe et répète le nom de la maison d'accueil. Un contact sera pris avec le service hospitalier. Michel pourrait y retourner mais il faut attendre un certain laps de temps, pour une question de facturation et sans doute pour une question de fonctionnement propre à l'hôpital.

Un second essai est alors mis en place : Michel est de nouveau accompagné par un membre de l'équipe à l'hôpital. Finalement, cela se passe mieux. Très vite, après un changement de traitement, Michel semble aller mieux. Il parle et s'active au sein du service. La sortie d'hospitalisation est prévue. Du point de vue de la maison d'accueil, cela est prématuré. Par ailleurs, les échanges entre la structure hospitalière et la maison d'accueil à propos de ce qu'il serait nécessaire de mettre en place, hormis un traitement, ont été peu nombreux. Néanmoins, l'équipe accueille Michel et fait son possible pour que tout se déroule du mieux possible. Quelques semaines plus tard, nous serons informés que l'hébergement de Michel a été stoppé car il a été violent physiquement avec un éducateur.

Des « Michel » sont monnaie courante au sein de cette maison d'accueil avec laquelle nous avons collaboré durant quelques années. Les situations individuelles sont bien évidemment toutes différentes mais nous avons été subjugués par la capacité qu'ont les intervenants de maison d'accueil à accompagner avec autant de détermination, d'inventivité et de ferveur des situations où les difficultés de santé mentale jalonnent leur quotidien.

C'est en ce sens que nous avons souhaité identifier la présence d'innovations sociales au sein d'une maison d'accueil et ainsi participer, un tant soit peu, à rendre visible un travail de *care* dont on ne mesure ni l'ampleur ni la portée.

Introduction générale

Préalablement à la position de chercheur, nous occupions une position d'acteur au sein d'un service de soins psychiatriques à domicile pour un public en situation de grande précarité. Au fil des années, des expériences de partenariat, de collaborations, de travail en réseau, se sont tissées afin de pouvoir envisager les différentes manières dont les intervenants sociaux de première ligne pouvaient accueillir les différentes formes de souffrance psychique à laquelle ils étaient confrontés.

Les années passant, nous nous sommes rendu compte qu'il leur était primordial d'inventer de nouvelles pratiques, de quitter des habitudes ancrées dans un métier ainsi que dans une organisation, une institution, et plus précisément une équipe, pour pouvoir prendre en charge des problématiques psychiatriques des bénéficiaires de leurs services.

En isomorphisme avec les Londoniens et Londoniennes qui utilisent le métro comme moyen de transport, pour subvenir à leurs besoins quotidiens, où l'on entend sans cesse « mind the gap », et dans lequel ces messages auditifs et visuels finissent par être tellement ancrés que l'on n'y prête plus d'attention particulière, la présence de situations de souffrances psychiques et psychiatriques dans les institutions du secteur de la grande précarité est également devenue une habitude au-dessus de laquelle on passe pour continuer son chemin.

C'est de ce gap que nous nous saisissons dans le présent travail. Et pour en rendre compte, nous aurons l'occasion, avec la première partie, de découvrir le secteur du sans-abrisme, ainsi que celui de la santé mentale, leurs évolutions ainsi que les problématiques auxquelles, ensemble, ils sont confrontés. Cela nous permet de retracer le cheminement nous ayant amené à notre question de recherche, que nous déploierons au sein de la seconde partie.

De fait, il est nous apparu essentiel de pouvoir comprendre de quelle manière les intervenants et intervenantes d'une maison d'accueil pour personnes sans-abri parviennent à accompagner chaque individu en souffrance psychique dans sa singularité et dans sa globalité, en fonction également des aspirations de leur cadre institutionnel. De nous demander ensuite s'il existe des innovations sociales au cœur d'une maison d'accueil, par rapport à l'accompagnement de personnes en difficulté psychique et psychiatrique.

Dans la seconde partie, après avoir dressé le portrait de deux secteurs et des problématiques complexes qui y coexistent, nous déploierons la manière dont nous avons construit la question de recherche pour le présent ouvrage, ainsi que nos hypothèses de départ.

Nous entrerons ensuite dans le cadre théorique des innovations sociales que nous avons trouvé pertinent pour la réalisation de ce mémoire, en lien avec la problématique de la précarité et de la santé mentale. De fait, il nous est apparu que nous étions probablement en présence d'innovations sociales, somme toute fort proches de ce que les intervenants sociaux nomment « le bricolage ». Or, il s'agit de réelles plus-values pour faire face à une transformation sociétale où les soins psychiatriques retrouvent, depuis une dizaine d'années, une place au cœur de la Cité. Dès lors, nous prendrons soin, à travers différentes sous-parties, de définir et de décrire les innovations sociales, pour terminer par un regard spécifique à propos des innovations sociales dans le champ du travail social.

Notre quatrième partie, relevant de la méthodologie, indiquera la manière dont nous avons conduit notre recherche à travers l'étude de cas et les moyens mise en œuvre pour récolter un matériau qui puisse permettre de restituer la réalité d'un terrain spécifique, à savoir une maison d'accueil pour personnes sans-abri. Nous aurons par ailleurs l'occasion de faire connaissance avec les personnes interviewées, ainsi qu'avec les lignes directrices de notre guide d'entretien.

Avant de conclure ce travail, nous nous arrêterons sur notre analyse empirique, permettant de lire les matériaux récoltés au regard de notre cadre théorique des innovations sociales (IS). Dans cette cinquième partie, nous aborderons la place de ces dernières dans l'organisation étudiée, et également les prémices supposés incontournables à toute innovation sociale. Enfin, nous aurons l'occasion de faire état de deux projets innovants socialement. Tout au long de notre analyse, nous émettrons un avis critique sur la théorie choisie, en regard du terrain et de la problématique étudiée.

Au-delà de cette démarche, nous pourrions comprendre les conditions propices à l'émergence des innovations sociales dans le secteur de la grande précarité, et plus particulièrement pour la prise en charge de problématiques liées spécifiquement à une santé mentale abîmée auprès du public ciblé par ce secteur. Et comprendre également la place de l'adaptation semblant se situer en fondation des innovations sociales.

Enfin, nous terminerons ce travail par une conclusion générale, au sein de laquelle nous reviendrons sur les éléments principaux dégagés dans nos parties théorique et empirique.

Partie 1 : Contextualisation

1.1. Introduction

Dans le cadre de la réalisation de ce travail, nous avons essayé de comprendre comment un secteur œuvrant avec des personnes en situation de grande précarité, et plus particulièrement les intervenants sociaux qui le composent s'adaptent aux difficultés de santé mentale que présente une partie de leur public. Il s'agit de deux problématiques qui coexistent depuis de nombreuses années, mêlant à la fois le secteur de l'accueil pour personnes sans-abri, qui connaît depuis l'époque du vagabondage des transformations organisationnelles, et le secteur de la psychiatrie et de la santé mentale qui a également connu diverses transformations tant organisationnelles que scientifiques.

Il nous semble intéressant, dans cette partie de contextualisation, de dresser le portrait de ces deux secteurs et de leurs évolutions, afin de pouvoir appréhender la manière dont notre terrain de recherche, en l'occurrence une maison d'accueil pour personnes sans-abri, est amené à devoir composer avec différentes problématiques inhérentes à l'accueil de personnes en situation de vulnérabilité.

Dans un premier temps, nous ferons connaissance avec le secteur de l'accueil pour personnes sans-abris et des structures qui ont été érigées pour répondre à cette problématique sociale, pour ensuite dessiner les contours de l'évolution de la psychiatrie et de la santé mentale jusqu'à la récente réforme des soins.

Dans un second temps, nous aurons l'occasion d'explicitier les problématiques de santé mentale auprès d'un public en situation de grande précarité, à travers une revue de littérature et de l'expérience acquise en tant qu'intervenant social.

1.1. Le secteur de l'accueil pour personnes sans-abri

1.1.1. L'histoire d'un secteur

Le secteur du sans-abrisme a connu plusieurs évolutions à travers le temps en Belgique. Il s'est au départ construit en fonction des réalités locales et territoriales. La mise en place d'actions dépendait fortement de la considération que les citoyens, et certains en particulier, accordaient aux problématiques de la précarité et du sans-abrisme, mais également des possibilités logistiques et pratiques. De fait, il était difficilement envisageable de créer un lieu d'accueil en

ne disposant pas de bâtiment. Les initiatives émergentes étaient parfois soutenues par les commissions d'assistante publique (actuellement les Centre Public d'Action Sociale), mais étaient principalement soutenues par des dons.

Auparavant, les structures qui existaient accueillait principalement des hommes sans domicile fixe, en réponse à la loi de réprimande de la mendicité et du vagabondage datant de novembre 1891¹ permettant de réprimer, voire de condamner les personnes ayant recours à la mendicité et également les personnes sans domicile fixe. Certaines d'entre-elles se retrouvaient incarcérées.

En 1983, les premiers subsides structurels apparaissent. Ils sont accordés par la Communauté Française qui régit à ce moment-là les centres d'accueil pour adultes en Belgique Francophone, permettant une professionnalisation, une reconnaissance et un cadre au travail social et humain qui est réalisé jusqu'alors.

Les années 1990 sont propices à des négociations pour que le secteur puisse évoluer vers un décret qui verra le jour en 1999.

Par ailleurs, avec la régionalisation, les compétences dont disposait la Communauté Française en matière d'aide aux personnes en difficulté sont transférées à la Région Wallonne. C'est donc la Région Wallonne qui est le pouvoir subsidiant des structures pour personnes sans abri, dans le cadre de l'action sociale (Menning & Vanhessen, 2018).

Aujourd'hui, le secteur est régi par le décret du 12 février 2004 relatif à l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement de personnes en difficultés sociales. Le secteur du sans-abrisme a évolué tant dans la conception du travail réalisé que dans les publics accueillis. De fait, au fil du temps, il a été possible d'accueillir les femmes avec les maisons maternelles (avec ou sans enfants), les couples, les familles. Des accueils de jour et de nuit ont également vu le jour. Ces évolutions ont permis à un nouveau public d'avoir recours à ces institutions, et aux intervenants sociaux de s'adapter à ces changements réguliers.

1.1.2. Le sans-abrisme

L'utilisation du terme « sans-abri » fait référence à une personne qui ne dispose pas de son propre logement ou qui ne parvient pas à le maintenir de manière autonome. Si auparavant, ce terme concernait majoritairement les hommes lors de la période du vagabondage, aujourd'hui

¹ Moniteur belge, 3 décembre 1891

la situation de sans-abrisme peut concerner les femmes, les hommes, les couples, avec ou sans enfants, les personnes mineures, etc. En 2023, le constat réalisé par les professionnels est que cette situation peut également concerner des personnes avec ou sans emploi, avec ou sans revenus, et parfois en souffrances diverses, qu'il s'agisse de difficulté de santé physique ou psychique.

A ce propos, une définition de référence pour la Belgique émane de l'arrêté royal de 2004 visant l'octroi d'une prime d'installation par le centre public d'action sociale (1^{er} article) : « Il faut entendre par sans-abri : la personne qui ne dispose pas de son logement, qui n'est pas en mesure de l'obtenir par ses propres moyens et qui n'a dès lors pas de lieu de résidence, ou qui réside temporairement dans une maison d'accueil en attendant qu'un logement soit mis à disposition » (Arrêté royal visant l'octroi d'une prime d'installation par le Centre Public d'Action Sociale à certaines personnes qui perdent leur qualité de sans abri., 2004).

Le fait de se retrouver en position de sans-abrisme n'est en rien un chemin linéaire. Cela peut arriver à la suite d'évènements personnels ou familiaux (perte d'emploi, rupture familiale, violences conjugales, etc.), à des difficultés financières (impossibilité de faire face à toutes les dépenses liées à l'occupation d'un logement, perte de revenu ou diminution de ce dernier, problèmes de santé nécessitant d'importants coûts personnels), à un trouble de santé mentale mettant en difficulté un projet de vie autonome, etc.

La variété des facteurs de précarisation est à prendre en considération au regard des réalités individuelles et familiales de toutes les personnes s'y retrouvant confrontées.

De plus, ces derniers ne se situent pas uniquement sur le plan individuel d'un individu qui aurait perdu son lieu de vie, mais est également à observer d'un point de vue sociétal. Une société précaire où la crainte de perdre ce dont on dispose, notamment un revenu, un logement, un accès aux soins, une situation sociale un entourage familial est – semble-t-il – omniprésente.

1.2.3. Les structures d'accueil et d'hébergement

Les structures d'hébergement sont régies par le décret du 12 février 2004 « relatif à l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement des personnes en difficultés sociales »². Elles ont pour mission globale d'accompagner les personnes accueillies et hébergées à travers des projets

² 12 février 2004 - Décret relatif à l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement des personnes en difficultés sociales.

collectifs et individuels. La finalité de ces services étant de soutenir les bénéficiaires dans l'acquisition ou la récupération de leur autonomie.

Trois types de structures coexistent : les maisons d'accueil, les maisons communautaires et les abris de nuit. Pour notre travail, nous nous pencherons uniquement sur la première. En l'occurrence, les maisons d'accueil qui permettent un hébergement pour un temps déterminé de neuf mois, avec une possibilité de renouveler trois fois trois mois (18 mois au total). Elles peuvent également mettre en place des projets spécifiques, en fonction d'un cadre réglementaire prévu par la législation et permettant d'élargir leurs missions comme suit : accompagnement psychosocial d'enfants, d'enfants de moins de trois ans, de femmes victimes de violences conjugales, l'accueil d'urgence et l'accompagnement de post-hébergement³.

Selon le rapport de 2019 de l'AMA (fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abri), il existe en Wallonie 57 maisons d'accueil, 15 maisons de vie communautaire et 12 abris de nuit. Pour un total de 2400 places d'hébergement (Menning & Vanhessen, 2018).

Au sein de ces différentes institutions, les équipes sont généralement constituées d'éducateurs et d'éducatrices, d'assistants sociaux et d'assistantes sociales. Des intervenants multitâches, mettant en place des accompagnements de différents types :

- Administratif : mutuelle, revenu, médiations de dettes, administrateurs de biens
- Psychosocial : accueil, écoute, empathie, soutien parental, apprendre à gérer les démarches, les papiers, comprendre ce qui est attendu
- Réinsertion sociale : à travers des espaces sociaux d'activités, de formation, bénévolat ou encore emploi, se rendre aux rendez-vous
- Santé : remise en place du soin physique, accompagnement, prises de rendez-vous, soutien à la personne, accompagnement dans les gestes d'hygiène. Les démarches concernant la santé peuvent se situer au niveau de la santé physique et psychique
- Handicap : accueillir les personnes en situation de handicap physique et/ou mental, s'adapter et leur offrir un accompagnement « sur mesure »

³ Le post-hébergement permet d'accompagner la personne demandeuse au sein de son propre logement. Ces projets ont vu le jour afin d'éviter les ruptures et les pertes de logement, c'est-à-dire les allers-retours vers une situation de sans-abrisme.

Cette liste d'action ne se veut pas exhaustive mais permet néanmoins de donner un aperçu des missions et actions réalisées par les équipes des maisons d'accueil et maisons de vie communautaire.

Les services d'accueil et d'hébergement pour personnes sans-abri sont entourés de plusieurs autres dispositifs d'aide pour un public précarisé relevant de l'aide sociale, de l'aide alimentaire, du soin physique et psychique, etc.

1.3. Le secteur de la santé mentale

1.3.1. L'évolution de la psychiatrie en Europe

Entre le 15^{ème} et le 20^{ème} siècle, la prise en charge de difficultés de santé mentale évolue considérablement. Passant d'une chasse aux fous à la fin du Moyen-âge, au grand enfermement où les vagabonds, pauvres, fous, invalides, mendiants, seront privés de liberté. L'individu fou est vu comme incapable « et l'existence de cet individu déraisonnable justifie les politiques de tutelle et d'internement » (De Munck et al., 2003).

D'ailleurs, la première mission de l'action publique se situe au niveau d'une recherche de sécurité, amenant le placement obligatoire de la personne aliénée. La période de l'aliénation voit naître les hôpitaux, créés en vue de prendre en charge ces personnes dites aliénées. Le régime d'internement est identique pour les personnes délinquantes ou non. Comme le souligne J. De Munck (2003), il y a à l'époque « une implication réciproque entre internement et dangerosité ».

Le 19^{ème} siècle est une époque où la médecine traite la folie, tente de rationaliser sa prise en charge. Nous nous situons là dans la naissance de l'asile, années durant lesquelles l'enfermement est un moyen thérapeutique incontournable au traitement et où la folie est soumise aux pratiques médicales. Elle devient alors un sujet d'études.

Le 20^{ème} siècle voit apparaître les mouvements de l'antipsychiatrie, du désaliénisme et de la désinstitutionalisation. Les institutions asilaires sont critiquées, en même temps que les recherches médicales, psychologiques et sociologiques évoluent. Cela amène des possibilités de traitements médicamenteux et des possibilités de prises en charges globales des patients (*L'autre lieu.R.A.P.A (Recherche-Action sur la Psychiatrie et les Alternatives)*, s. d.)

Dès les années 80, le secteur de la psychiatrie ouvre de nouveaux possibles en matière de prise en charge institutionnelle, pour évoluer davantage vers une réinsertion, une autonomisation des patients. Par ailleurs, les services de santé mentale qui voient le jour sont une alternative à l'hospitalisation.

Les années 1990-2000 connaissent la naissance de lois à propos de la protection des malades mentaux et droits des patients. Il s'agit également d'un moment où les concepts de réseau, de circuit de soins et de groupe cible sont mis au travail.

Une dizaine d'années plus tard, le secteur connaît des réformes, dont la dernière réforme des soins en santé mentale, dont nous nous saisissons ci-dessous.

A travers les années, les secteurs de la santé mentale et de la psychiatrie sont restés, et restent encore, les spécialistes de la prise en charge des difficultés de santé mentale et des maladies mentales. Les différentes organisations et institutions sont en partie subsidiées par le Service Public Fédéral Santé, et depuis peu par la Région Wallonne et plus spécifiquement par l'AVIQ (Agence wallonne pour une vie de qualité) .

1.3.2. La réforme des soins en santé mentale

a) En amont de la réforme des soins en santé mentale

En 2001, un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) met en avant l'importance ainsi que les conséquences de la présence de problèmes de santé mentale au sein de la population, amenant une nécessité d'améliorer l'offre de soins de santé mentale. Dans le même temps, plusieurs observations et études permettent de mettre en avant que dans d'autres pays européens où les lieux de soins sont au plus proche des lieux de vies des patients, ainsi que de leur demande, « des résultats positifs allant dans le sens du rétablissement sont présents » (Jacob et al., 2014)

Par la suite, l'attention est portée sur une adéquation plus marquée entre les besoins des individus et l'offre de soins en santé mentale. Avec pour fil conducteur, la nécessité de replacer le patient au centre de ses soins et de rapprocher ces derniers au plus près de l'environnement naturel des patients (Grard et al., 2015).

En juin 2002, la Conférence Interministérielle (CIM) déclare avoir besoin d'un nouveau concept de soins en santé mentale. Une *task force* (plateforme) voit le jour afin de formuler de nouvelles recommandations pour tendre, en fonction de l'avis qui sera rendu par la conférence

interministérielle, vers une réforme des soins en santé mentale. Ces propositions doivent être cohérentes avec les structures et réseaux de soins existants sur chaque territoire de la Belgique. Le cadre de réflexion de la Task Force, par ailleurs soutenu et facilité par les politiques en santé mentale, est celui-ci :

- Une politique de soins en santé mentale basée sur les besoins du patient ;
- Trois publics cibles, avec une offre spécifique propre à chaque tranche d'âge : les enfants et jeunes (de 0 à 18 ans), les adultes (de 18 à 65 ans) et les personnes âgées (dès 65 ans) ;
- Des accords de collaboration doivent être créés entre partenaires ;
- Les soins sont pensés en « circuit de soins » ;
- Les soins doivent s'offrir au plus près du milieu naturel de vie du patient (en ambulatoire ou au domicile) et le recours aux soins institutionnels ne doit pas se subordonner à ces derniers ;
- Un réseau qui coordonne et qui accorde de l'importance à la prévention et à la promotion des soins ainsi qu'aux initiatives originales.

Ces travaux amènent, lors de la conférence interministérielle de l'OMS en 2005 à Helsinki, à des accords politiques concrets ainsi qu'à un plan d'action de soins en santé mentale.

Cette évolution de l'offre de soins en santé mentale a été marquée par une diminution de l'offre en structure résidentielle hospitalière, amenant le gouvernement belge à construire son dispositif avec la mise en place de « la réforme des soins en santé mentale ».

b) La réforme des soins en santé mentale « 107 »

En 2010, la CIM Santé publique signe le « Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins », marquant alors la nouvelle réforme des soins en santé mentale pour un public dès l'âge de 16 ans.

Ce guide met en avant cinq mouvements afin de « favoriser l'implémentation de la nouvelle orientation des soins en santé mentale » (*Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins.*, s. d.) ;

- La désinstitutionnalisation, ayant pour objectif de maintenir le patient au sein de la Cité, et de limiter les traitements intra-muros d'institutions de soins en santé mentale ;
- L'inclusion, décrite comme étant la « réadaptation et la réhabilitation dans le cadre d'une indispensable collaboration avec les secteurs de l'enseignement, de la culture, du

travail, du logement social... L'inclusion ne concerne donc pas que les secteurs de la santé mentale, mais l'ensemble des professionnels qui interviennent» ;

- La décatégorisation afin de favoriser la concertation autour de l'usager, limitant ainsi les accompagnements découpés par compétences institutionnelles (handicap, santé mentale, justice) ;
- L'intensification, consistant en « une intensification des soins au sein des hôpitaux, correspondant à des durées d'hospitalisation réduites et des soins avec des programmes de soins intenses, permettant de limiter la mise à l'écart de l'usager » ;
- La consolidation, « qui est une régularisation des différents projets pilotes participants, tant sur le plan fédéral que sur le plan communautaire et régional, dans le concept de globalisation des soins en santé mentale. L'idée étant de pouvoir structurer l'offre de soins globale et en réseau » ; (Jacob et al., 2014).

Le numéro 107 émane de la mise en application de l'article 107 de la *Loi concernant les hôpitaux et autres institutions de soins* (De Ceuterick, 2010). Cet article dit que « Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes ». Cela a permis une réattribution des budgets et moyens financiers des hôpitaux dans l'adaptation des soins en santé mentale comme nous les connaissons aujourd'hui. La réforme des soins en santé mentale a donc pour objectif et nouveauté d'associer différents partenaires de soins et d'aide, afin que les soins en santé mentale soient les plus intégrés possible à d'autres formes de prises en charge, le tout organisé par territoire, afin de répondre aux besoins de la population de manière locale.

Le fait de pouvoir placer les soins de santé mentale au plus proche des milieux naturels de vie des patients vise également à réduire l'effet de stigmatisation, de faciliter le parcours de soin et l'accès au soin à bas seuil.

1.4. La problématique de la santé mentale en situation de précarité

S'intéresser à la manière dont une maison d'accueil dans son ensemble parvient à accueillir et à accompagner les personnes en souffrance psychique, et à la manière dont vivent des innovations sociales au sein de ce type de structure, que cette dernière soit ou non ancrée dans des maladies mentales, nous amène tout d'abord à envisager ce que l'on entend par souffrance psychique et maladie mentale.

Selon l’OMS, la santé mentale est « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d’un individu et du bon fonctionnement d’une communauté » (*Constitution.*, 1946).

Les personnes qui, face à des difficultés personnelles, familiales ou encore sociales, sont amenées à pousser la porte d’une structure pour personne sans logement ne sont pas toutes concernées par une santé mentale dégradée au point de ne plus pouvoir fonctionner de manière individuelle et/ou collective. Néanmoins, deux constats majeurs semblent remonter des acteurs de terrain ; celui de l’importance du nombre de situations individuelles où les difficultés de santé mentale que rencontre la personne accompagnée impactent l’accompagnement, et de l’inquiétude liée au nombre de plus important de situations de plus en plus complexes à appréhender.

Nous tenterons, ici, d’éclairer la problématique dont nous nous sommes emparés pour ce travail de recherche.

1.4.1. Précarité et psychiatrie : une cohabitation observée

Lorsque l’on échange avec des professionnels de l’action sociale et des professionnels de la santé, actifs dans des secteurs différents, il arrive d’entendre que les problématiques de santé mentale amènent une précarisation de la situation. Il arrive également d’entendre l’inverse, à savoir : les situations de précarité, lorsqu’elles sont prolongées, amènent des problèmes de santé mentale. Se pose, en quelque sorte, la question de « qui de l’œuf ou de la poule ».

Néanmoins, la question a déjà été abordée sous différents angles et nous permet ici de mieux comprendre la notion de santé mentale en contexte social, ou plus précisément en contexte de précarité.

Tout d’abord, la notion de souffrance psychique a été introduite en France par A. Lazarus en 1995, désignant « un mal-être nouveau, spécifique, des personnes habituellement prises en charge par les travailleurs sociaux » (Lazarus & Strohl, s. d.). Ce qui, d’après M. Bresson (Bresson, 2003), a permis à différents programmes sociaux et politiques français d’inscrire l’accès à la prévention et aux soins dans les programmes régionaux. Cela étant alors basé sur le « postulat d’un lien entre précarité et santé mentale ». Il s’agit d’un lien qui s’avère fréquent dans la littérature sociologique, et également au sein de l’observation réalisée par les recherches empiriques.

M. Bresson fait référence aux travaux produits par M. Foucault à propos de « l'origine historique du rapprochement des pauvres et des fous à l'époque du « grand renfermement »⁴. Et également au fait que « certains sociologues renouvellent aujourd'hui l'idée d'un lien socialement construit, à travers la médicalisation de la précarité » ou de la « sanitarisation du social » (Murard, 1997 dans Bresson, 2003). [...] Dans d'autres travaux, la santé (y compris la santé mentale) apparaît au même titre que les conditions de travail comme un « révélateur » des processus de précarisation sociale depuis la fin des années 1980 (Bresson, 2003).

Cela permet d'observer que les notions de précarité et de soin sont conjointement réfléchies depuis quelques années déjà, par différents courants des sciences humaines et sociales. Néanmoins, certains autres sociologues proposent de réinterpréter la dimension individuelle, permettant de s'écarter de l'hypothèse selon laquelle les troubles mentaux seraient à l'origine de la précarité (Bresson, 2003).

Il s'agit également d'une question dont s'empare J. Furtos, à savoir « est-ce la pathologie psychiatrique qui met les gens à la rue ou en grande précarité, ou est-ce la grande précarité qui entraîne la pathologie et qui rend fou? » (Furtos, 2008)

Définition dite circulaire par ce dernier. Et pour sortir de cette circularité, il nous invite à identifier les deux niveaux logiques, et les deux aspects sur lesquels ce questionnement s'appuie :

- « - Oui, les pathologies psychiatriques favorisent la désocialisation, ce que nous savons depuis longtemps, et contre quoi les traitements et la culture se doivent de lutter ;
- Oui, la précarité excessive peut avoir des effets pathogènes, et pas seulement du fait de la grande précarité, mais aussi de la précarité exacerbée la plus ordinaire » (Furtos, 2008).

Enfin, dans leur écrit de 2016 à propos des pratiques innovantes autour de la santé psychique des groupes vulnérables, P. Jamouille et al. mettent en exergue l'enquête Gisle réalisée en 2013 montrant qu'en Belgique, la santé mentale est plus fragile en contexte de pauvreté (Jamouille et al., 2016).

C'est d'ailleurs ce que le témoignage d'une infirmière de rue met en avant, lorsqu'elle énonce le fait que l'on ne se retrouve pas à la rue – en n'ayant pas la possibilité d'en sortir seul- sans difficulté psychique. Et que, par ailleurs, ces mêmes difficultés psychiques, qu'il s'agisse de

⁴ Foucault, 1961. Cité dans Bresson, 2003.

problèmes d'assuétudes ou de maladie mentale, amènent une difficulté à rebondir pour sortir ou pour s'extraire de la rue.

Cela nous permet de lier les deux secteurs précédemment explicités. De fait, il semble difficile de penser le secteur du sans-abrisme sans le secteur de la santé mentale et vice versa. Des collaborations entre ces deux secteurs sont mises en place afin de prendre en charge de manière la plus globale possible chaque personne qui sollicite ces derniers. Néanmoins, les collaborations ne sont pas toujours aisées, car chaque secteur dispose d'un référentiel différent : l'urgence de l'un n'est pas l'urgence de l'autre, le cadre du soin n'est pas le cadre de l'accueil pour personnes sans-abri, la structuration de l'organisation d'une maison d'accueil n'est pas celle d'un service hospitalier ou extrahospitalier.

1.4.2. La place du soin

Généralement nécessaires, la prise en charge médicale et le psychodiagnostic des situations en situation de précarité sont, selon M. Bresson, assez ardues dans la mesure où la psychiatrie rencontre des difficultés pour mesurer les troubles au sein d'une population précarisée.

D'autant que cela « renvoie à des questions sur la construction sociale des catégories et la nécessité d'étudier plus précisément les transformations de l'offre de soins » (Bresson, 2003). De plus, elle appuie ses propos par ceux de J.D. Wright qui « souligne aussi les défauts des tests psychiatriques élaborés pour des populations domiciliées et il souscrit à l'idée que certains comportements présentés comme 'bizarres' sont en réalité des adaptations à la vie dans la rue ou dans les centres d'hébergement » (Bresson, 2003).

Pour autant, il est fréquent que des intervenants non spécialisés dans la prise en charge de difficultés de santé mentale souhaitent que leur bénéficiaire soit vu par un spécialiste afin de pouvoir apaiser la personne en souffrance, comprendre ce qui se passe, élaborer un plan d'aide et d'accompagnement, enfin dans le but de pouvoir mieux prendre en charge la personne.

Enfin, nous précisons que le présent travail de recherche prendra en compte de manière large la souffrance psychique ; qu'il s'agisse de dépression, de mal-être, de maladies mentales diagnostiquées ou non. Même si selon Bresson, la notion de souffrance psychique ouvre une voie intermédiaire, où la répartition des rôles est encore mal définie (Bresson, 2003), ces réalités psychiques amènent les intervenants sociaux à devoir en tenir compte pour répondre à leurs missions d'accompagnement et d'insertion sociale. D'autant plus qu'actuellement, « la

définition scientifique de la santé mentale correspond à l'absence de maladie psychiatrique » (Bresson, 2003).

Nous retiendrons alors la définition de la souffrance psychique donnée par Furtos, qui désigne « une manière particulière de souffrir par le social, d'être affecté dans son être psychique par son être en société » (Furtos, 2008).

1.4.3. Le sanitaire et le social : des liens qui existent

Le rapport entre le sanitaire, ayant comme action principale la santé publique et le social concernant davantage la société, les individus qui la composent et les relations existantes entre ces derniers, est un rapport tantôt proche, tantôt éloigné.

D'ailleurs, « les définitions du trouble psychique et de la santé mentale sont donc l'objet d'un conflit de légitimité, à l'intérieur du champ sanitaire et social » (Bresson, 2003).

L'existence de ce lien entre deux champs d'intervention ou d'accompagnement n'empêche donc pas les conflits, le manque de confiance, la difficulté de collaborations. De plus, peu importe la mesure de ce dernier, il semble que la notion « d'aller-vers » soit essentielle à leur coexistence.

L'aller-vers était jusqu'à présent une dynamique issue davantage du travail social. Ce positionnement professionnel, cette pratique de travail, permet de travailler à l'instauration d'un lien pré thérapeutique, pouvant évoluer vers un lien thérapeutique amenant la personne en souffrance vers le soin, vers l'aide ou les deux à la fois. De fait, il est parfois incontournable de provoquer la rencontre avec ces personnes en errance, en souffrance, pour éventuellement les amener vers un milieu de vie qui soit plus sécuritaire.

1.4.4. Le travail social en contexte de santé mentale

Les structures sociales déploient diverses initiatives pour prendre en charge les problématiques psychiques, et semblent avoir comme atout et comme moteur l'intérêt du lien. Ce dernier permet de créer un processus redonnant du sens à l'intervention psycho-médico-sociale à l'intérieur d'une structure et également dans le travail en réseau. Où finalement, ce qui prime est la relation et non les caractéristiques intrapsychiques, sociales ou culturelles des personnes accueillies.

Lorsque la question du développement durable en santé mentale a été réfléchi par Jamouille et al, une question est posée : « ne peut-on pas sans exclusivité, s'appuyer sur les forces de

débrouilles créatives des professionnels et des usagers pour réfléchir la clinique? » (Jamouille et al., 2016) plutôt que de catégoriser les pathologies et les classes sociales.

C'est de cela qu'il est question au sein d'une structure telle qu'une maison d'accueil. Les personnes s'appuient sur diverses ressources, qu'elles soient individuelles ou communautaires. Il s'agit d'un lieu où l'on est accueilli pour se réaffilier au social avec l'appui des intervenants et des autres services avec lesquels on peut, si on le souhaite être mis en lien. Il s'agit somme toute d'une forme de système de soin de l'autre, qui se veut global, généraliste, et qui permet par ailleurs aux personnes accueillies de se réaffilier avec elles-mêmes.

Allant à contre-courant d'un « morcellement des pratiques qui peut, à terme, induire une pénurie dans la continuité de soins pourtant essentielle. Il pénalise particulièrement les populations marginalisées qui demandent du temps, de la souplesse, des arts de faire particuliers, de la transdisciplinarité » (Jamouille et al., 2016), la maison d'accueil est généraliste et dans ce sens s'adapte à chaque individualité avec laquelle une relation d'aide se crée.

1.5. Conclusion

Comme nous avons pu le démontrer dans cette première partie de contextualisation, les champs de la grande précarité et de la santé mentale coexistent depuis de nombreuses années. D'une part car les personnes en situation de précarité voient leur santé mentale souvent fragilisée, d'autre part car les difficultés psychiques et psychiatriques associées au parcours de vie des individus les fragilisent à tel point qu'ils se retrouvent en situation de grande précarité, de sans-abrisme.

Il est alors nécessaire que le sanitaire et le social s'articulent, pour répondre aux besoins de ces personnes tantôt en souffrance, tantôt en errance. La coordination de ces deux secteurs, avec au cœur de celle-ci, les problématiques enchevêtrées avec lesquelles vivent les personnes bénéficiaires des différents services est incontournable. Pourtant, chaque secteur a connu des évolutions, des modifications, jusqu'à une réforme des soins en santé mentale, amenant les soins au plus proche du lieu de vie naturel des personnes, et diminuant le nombre de places en structures psychiatriques hospitalières. Cela couplé à une fragilisation d'un public de plus en plus large, les maisons d'accueil sont amenées à accueillir de plus en plus de personnes abîmées, et amenées à trouver des moyens de pouvoir prendre soin de ces dernières. N'étant pas tout à fait généralistes, ni tout à fait spécialistes, les travailleurs sociaux sont amenés à élargir leur conception des pratiques professionnelles, et de pouvoir

trouver des ressources dans les collaborations et dans les partenariats avec le secteur de la santé mentale.

Partie 2 : Processus de la construction d'une question de recherche

Comme cela a été écrit précédemment, nous avons occupé durant une dizaine d'années un emploi d'intervenant social au sein d'un service de soins psychiatriques à domicile, tout en travaillant en étroite collaboration avec le secteur de la grande précarité (sans-abrisme, aide sociale, accueil et hébergement, assuétudes...).

En début de parcours professionnel, une réforme des soins en santé mentale nommée par son chiffre de nomenclature comptable « 107 » a vu le jour, après avoir été préparée pendant quelques années. Cette évolution dans les soins en santé mentale a bouleversé le quotidien de plusieurs acteurs. Tout d'abord, les patients situés aux premières loges de leur soin ont été amenés à évoluer avec des modalités de prise en charge médicale, sociale et thérapeutique qui se sont modifiées au fur et à mesure des années. Ensuite, les soignants intra-hospitaliers ont été amenés à modifier leur pratique de travail, et pour certains à sortir entièrement des murs de l'hôpital pour découvrir de nouvelles pratiques au domicile, ou encore de type ambulatoire. Ensuite, tous les acteurs psycho-médico-sociaux, ont été amenés à prendre en charge des personnes qui ne pouvaient plus appuyer leur squelette psychique sur le squelette hospitalier, pouvant, pour certains individus et à certains égards, faire office d'épine dorsale.

En tant qu'actrice de terrain à l'intersection de deux secteurs, en l'occurrence, le sanitaire et le social, nous avons eu la chance d'échanger avec les intervenants sociaux du secteur de la grande précarité, pour lesquels l'inquiétude de l'augmentation du nombre de personnes ayant des troubles psychiques, au sein de leur public cible, était indéniable.

Certes, il n'est pas récent que les personnes en situation de grande précarité soient aux prises avec des difficultés de santé mentale, mais depuis dix ans les différents professionnels sont alarmés par la complexité des situations personnelles des usagers de leur service, et également par la difficulté d'obtenir des réponses en termes de possibilité de prise en charge sur le plan médical psychiatrique.

Par ailleurs, il est parfois difficile pour les services d'accueil pour personnes sans-abri d'envisager l'accompagnement vers la remise en logement pour nombre de personnes ayant des difficultés psychiatriques, comme a pu en témoigner un éducateur en maison d'accueil.

Ayant eu l'occasion de collaborer avec ce dernier, ainsi qu'avec d'autres institutions et professionnels, nous nous rendons compte que les équipes du milieu d'accueil ne lésinaient pas sur les efforts et redoublaient généralement de créativité pour parvenir à prendre en charge et à accompagner des personnes qui, initialement, n'étaient pas le public cible du service.

Suite à ces expériences en qualité d'intervenante sociale, il nous est apparu différentes hypothèses. La première se situait autour d'un questionnaire à propos de la réforme des soins en santé mentale « 107 », en se demandant si celle-ci encourageait le fait que les soins de santé mentale soient davantage développés de manière ambulatoire, mettant fin à de longues prises en charge institutionnelles et hospitalières de patients souffrant de pathologies mentales, avait un impact sur les autres services ayant des missions sociales. Notamment dans le secteur de la grande précarité. Afin de développer notre recherche autour de cette hypothèse, nous nous serions davantage confrontés à une analyse des politiques publiques en santé publique.

Or, dans la présente recherche, nous avons le souhait de rendre visible le travail réalisé par les intervenants sociaux d'une structure d'aide pour personnes sans abri, et en nous questionnant sur les modifications que la complexité des problématiques psychiatriques apportait dans le travail habituel de ces travailleurs et travailleuses. Il nous est apparu opportun d'observer la manière dont les acteurs de celle-ci sont amenés à innover socialement pour répondre à des besoins individuels et sociaux⁵, qui ne trouvent pas de réponse ailleurs, à la lumière des lunettes des innovations sociales.

Nous nous sommes demandé, dans un premier temps, si des innovations sociales existaient au sein de ces structures, dans la prise en charge particulière de problématiques de santé mentale. Et comment ces dernières émergent et se pérennisent dans une structure d'accueil pour personnes sans-abri.

Ces réflexions ont abouti à la question de recherche suivante : Comment naissent et vivent les innovations sociales dans une structure d'accueil pour personnes sans abri, dans le cadre spécifique de l'accompagnement de personnes souffrant de difficultés psychiques ?

⁵ « Les besoins sociaux « de base » ou « prioritaires » ont trait au logement, à la santé, au vêtement et à la nourriture, à l'éducation, à la culture, à la démocratie, à l'environnement, etc. Comme le bien-être, les besoins sociaux font intervenir des dimensions objectives – ils sont partagés par tous – et subjectives – chacun va les modeler à sa façon » (Besançon et al., 2013)

Partie 3 : Les innovations sociales

3.1. Introduction

Les innovations sociales (IS) sont reconnues comme telles depuis quelques dizaines d'années et sont, depuis le début du 21^{ème} siècle, inscrites comme étant un nouveau champ disciplinaire en sciences humaines et sociales (Koop et al., 2019). Si auparavant, le concept même d'innovation se situait davantage dans les domaines de la technique et de la technologie, il apparaît à présent comme étant une réponse possible aux nouveaux besoins sociaux émergents, et dont les institutions et politiques publiques doivent se saisir.

Les innovations peuvent être organisationnelles, technologiques, industrielles et sociales, et peuvent prendre place dans différents domaines ; la santé, le travail, l'accompagnement au domicile, etc. Elles constituent un processus qui permet de passer des inventions, des expérimentations à l'innovation.

Dans cette partie, nous débiterons par un éclairage du concept d'innovation sociale qui fait l'objet de plusieurs théories. Cela afin d'en saisir les définitions, les enjeux ainsi que leur processus d'institutionnalisation. Ensuite, nous aborderons plus spécifiquement les innovations sociales au sein du secteur du travail social.

Ceci nous permettra, par la suite, de comprendre les résultats de la recherche menée auprès des intervenants sociaux d'une maison d'accueil, et de quelques-uns de leurs partenaires.

3.2. Le parcours d'un concept et de son soutien par les pouvoirs publics

a. La création et l'évolution d'un concept

Les travaux de Schumpeter J. (1883-1950) permettent de faire émerger une théorie économique de l'innovation où la notion d'entrepreneur-innovateur est à l'initiative du processus d'innovation en tant que moteur de l'évolution économique. Il s'agit d'une approche tournée vers l'innovation industrielle et technologique, souvent imaginée pour mettre en place des changements liés à des techniques ou à des produits, afin de permettre un bénéfice global autour de produits et services d'un point de vue économique. L'utilisation de nouvelles technologies en est la clé.

La fin des années 1960 marque l'utilisation du terme « innovation sociale », notamment dans des entreprises alternatives visant à travailler et à produire autrement. Dans les années 1990, le concept d'innovation sociale est, qu'il concerne les innovations technologiques ou sociales, associé à des principes de performance, notamment en entreprise. Les entreprises pensent alors que les innovations sociales permettront une croissance et un progrès social, tout en étant dans des cadres d'autonomie plus flexibles qu'auparavant. (Fossati et al., 2018)

Par ailleurs, il s'agit d'une période où le concept d'innovation sociale est affilié au champ de l'économie sociale.

Différentes études ont pu montrer que cette vision de l'innovation semble réductrice et n'est pas suffisante pour dynamiser les sociétés. De fait, au fil des années et des recherches, les experts ont élargi leur vision de l'innovation, la décentrant alors de l'unique vision technologique, afin de répondre aux besoins et exigences contemporaines.

Plus précisément, les mutations contemporaines qui jalonnent l'histoire socio-économique amènent des reconfigurations institutionnelles et organisationnelles, que cela soit dans les domaines économiques, technologiques ou sociaux.

Afin de répondre à ces mutations, à ces transformations sociales, et aux besoins notamment sociaux que ces changements font émerger, il y a lieu d'orienter les connaissances vers les innovations sociales, permettant de comprendre à la fois comment les sociétés ont stimulé les innovations technologiques, et également de comprendre l'impact social de ces innovations (traduit de Ayob et al., 2016).

Si dans les années 80, les innovations se situent principalement dans le monde du travail, on « assiste à un déplacement dans les années 90 vers les services collectifs par rapport à leurs usagers » [...] « Elles ont émergé autour de quatre filières différentes ; services aux personnes, employabilité et insertion, développement local et, plus tard, commerce équitable et environnement » (Fossati et al., 2018).

Comme le décrit le Baromètre de l'innovation, cette dernière est « sociale dans ses processus, qui sont collaboratifs, inclusifs, propices à l'expérimentation et au changement de posture, et dans ses résultats, qui propose un changement, une réponse à un besoin social identifié » (Lagacé et al., 2022).

Les IS disposent de leur propre spécificité tant qu'elles répondent à une modification sociétale qui a notamment amené une privatisation de fonctions sociales, aggravant certains problèmes sociaux. Elles donnent suite à une tension importante dont il faut se sortir, elles permettent de

créer des réponses aux nouvelles contraintes rencontrées par la société, notamment à celles qui pèsent sur les finances publiques et dont l'État-providence ne peut s'emparer pour donner des réponses qui soient satisfaisantes pour toutes et tous.

b. L'innovation sociale et les politiques publiques

Comme nous avons pu le voir précédemment, les innovations sociales sont en lien avec l'Etat et avec les politiques publiques, permettant tantôt d'absorber les tensions existantes, tantôt de créer des sorties de situations sociétales et économiques contraignantes. Certains auteurs, comme Bucolo & al. développent l'hypothèse que l'innovation sociale apparaît suite à un essoufflement des synergies entre le marché et l'État (Bucolo et al., 2014).

Il est observé que les crises successives et récentes (économie, sanitaire, sociale, emploi, géopolitique, citoyenneté) ont amené les innovations sociales au centre du débat politique, aux États-Unis et en Europe.

Plus concrètement, Barack Obama a créé de Bureau d'innovation sociale et de la participation civique, David Cameron a parlé de l'IS en Grande-Bretagne, et elle a également été placée au centre des intérêts de la Commission européenne (Borzaga & Bodini, 2014).

Si durant plusieurs décennies, les recherches scientifiques à propos des IS se réalisent davantage dans le monde de l'entreprise et de l'économie. Il se peut que, suite aux recherches menées par l'Union européenne et les initiatives Horizon 2020, les recherches situées dans le cadre des politiques sociales puissent prendre en compte le concept d'innovation sociale.

Nous pouvons soulever la difficulté que rencontre le monde scientifique pour s'accorder sur une définition de l'innovation sociale. Néanmoins, elle tient une place importante dans l'agenda des politiques sociales de l'Union européenne, en étant au cœur de différents programmes.

Dans le cadre du travail social qui nous occupe, il est essentiel que la considération que la politique donne au public concerné (personnes sans abri, en difficultés psychiques et/ou assuétudes) soit importante, car cela détermine d'une manière la possibilité d'innovation.

Richez-Battesti et al., en mettant en avant une approche de l'innovation sociale en tant qu'outil de modernisation des politiques publiques, permettent de mettre en évidence des approches qui « s'intéressent à la capacité de l'IS à transformer les organisations, en particulier, les organisations publiques afin de les rendre plus performantes » (Richez-Battesti et al., 2012).

De fait, afin de pouvoir être institutionnalisées, les IS ne doivent pas uniquement s'appuyer sur la volonté des acteurs sociaux (citoyens, usagers, intervenants sociaux) et institutionnels (institutions sociales), mais ont besoin d'être reconnues et légitimées par les pouvoirs publics. Ces derniers ont tout d'abord un rôle « dans la hiérarchisation des besoins sur la manière dont ils 'crédibilisent' certaines causes aux dépens d'autres » (Arraitz et al., 2022). Ils ont également un rôle de participation à l'institutionnalisation de l'IS à plus large échelle. Enfin, tout comme les acteurs de terrain, ils sont une partie prenante incontournable lorsqu'un processus d'émergence d'IS se met en place, et ce jusqu'à la diffusion de cette dernière.

3.3. L'innovation sociale : essais de définition

Si l'innovation sociale est encore sujette à de nombreux débats scientifiques pour parvenir à un consensus à propos de ce qu'elle représente, il semble au final qu'elle dispose de définitions mouvantes.

Néanmoins, l'IS permet d'observer de « nouvelles expériences formelles ou informelles à caractère social » (J. L. Klein et al., 2014). Et il est à noter qu'elle intervient là où les relations sociales sont importantes.

L'innovation sociale est une réponse construite localement, afin de répondre à un besoin, à un désir, ou à une « recherche de solutions à un problème social » (J. L. Klein et al., 2014). Répondant ainsi à un besoin social⁶ non rencontré par les différents systèmes déjà présents. Elle représente « une valeur ajoutée sociale et environnementale ayant un impact social ou sociétal, poursuivant l'objectif de répondre à des besoins non satisfaits qu'ils soient existants, ou qu'ils naissent au moment où l'IS émerge ». (Bouchard et al., 2017)

Tout comme les innovations en général, les innovations sociales supposent que certains acteurs ayant un esprit d'entrepreneur s'inscrivent dans un processus de résolution de problèmes, et qu'il y ait plusieurs phases, en l'occurrence la recherche, le développement, l'expérimentation et la diffusion. Et qu'elles puissent également prendre en compte, voire se préoccuper des rapports sociaux.

⁶ « Le besoin répond ainsi à un fait social d'abord perçu socialement et publiquement comme problématique » (Arraitz et al., 2022)

Au cours de nos recherches, le centre CRISES⁷ nous est apparu comme étant un fil rouge dans la compréhension du concept d'innovations sociales. Juan-Luis Klein définit une innovation sociale (IS) comme étant « une intervention initiée par les acteurs sociaux pour répondre à une aspiration, subvenir à un besoin, apporter une solution ou profiter d'une opportunité d'action afin de modifier des relations sociales, de transformer un cadre d'action ou de proposer de nouvelles orientations culturelles »(J.-L. Klein, 2017). Elle revêt également un aspect collectif et collaboratif sur lequel nous nous arrêterons par la suite.

Enfin, nous retiendrons une définition de l'IS donnée par l'UNIPSO⁸, permettant de prendre en compte deux visions de l'IS. La première étant une vision fonctionnaliste, se situant dans la résolution et la prévention des problèmes sociaux. La seconde étant une vision transformationniste, faisant émerger de nouveaux modèles pour les acteurs concernés par ces problèmes sociaux.

De plus, selon l'UNIPSO, l'IS « contribue à l'amélioration du bien-être de la collectivité et au renforcement de sa capacité d'agir » (UNIPSO, 2014), similitude importante avec notre terrain de recherche. De fait, ce dernier se situe dans l'accueil et l'accompagnement de personnes sans abri, afin de les soutenir en vue de (re)trouver une place citoyenne, un logement, un lieu de vie et des conditions matérielles et sociales pour mener à bien leur existence.

L'UNIPSO définit l'IS comme :

« l'ensemble des initiatives innovantes et originales permettant d'apporter une réponse nouvelle face aux besoins fondamentaux de la population, émergents ou insuffisamment satisfaits, en matière d'éducation, d'action sociale, de santé, de culture et d'emploi. Ces initiatives s'inscrivent sur un territoire et en collaboration avec les acteurs locaux (usagers, pouvoirs publics, entreprises, etc.). Elles peuvent être technologiques ou non technologiques, concerner un produit, un service ou améliorent l'opérationnalisation des projets à profit social existants via un nouveau procédé (pratique de travail, mode d'organisation, etc.) pour autant qu'elles renforcent sa finalité sociale. Cette innovation est sociale tant dans son activité, son procédé que dans sa finalité. Enfin, elle est également transformationniste puisqu'elle suscite

⁷ CRISES : Centre de recherche sur les innovations sociales.

⁸ UNIPSO ASBL : confédération intersectorielle des employeurs du secteur à profit social en Wallonie et en Fédération Wallonie-Bruxelles.

les changements de comportement nécessaires pour relever les grands défis sociétaux ».(UNIPSO, 2014)

Enfin, dans le travail que nous réalisons, il nous est apparu utile de s'essayer à la création d'une définition de l'innovation sociale spécifique au cadre de notre recherche. Pour cela, nous nous appuyons sur la définition proposée par Fossati et ses collègues (Callorda Fossati et al., 2015). En ce qui nous concerne, au sein d'une maison d'accueil, et plus spécifiquement dans la prise en charge de personnes en difficulté psychique, nous définissons une innovation sociale comme étant : l'ensemble des initiatives émergentes ou émergées, visant à répondre aux besoins des personnes en souffrance psychique, dans le cadre d'un hébergement et d'un accompagnement pour les personnes sans-abri. Les innovations sociales s'adressent aux besoins sociaux nécessaires à combler pour accueillir et accompagner les personnes vers un lieu de vie durable.

3.4. Le processus de l'innovation sociale

Pour pouvoir se développer et se maintenir, l'innovation sociale connaît un parcours de construction relativement commun avec l'innovation technologique, malgré la poursuite d'objectifs différents. Ce processus est amené à aboutir à un résultat, lui-même amené à se diffuser pour produire divers changements. Il est donc jalonné de ruptures, ce qui permet d'accéder à un changement, à une transformation.

Ci-dessous, nous allons parcourir le processus qui ouvre vers l'innovation.

a. L'émergence de l'innovation

Au départ, il s'agit d'expérimentations, d'inventions, mises en place par les acteurs souhaitant, ou ayant pour mission de répondre à des besoins sociaux peu ou pas satisfaits.

Son émergence est liée à une logique *bottom-up*, traduit « de bas en haut ». Il s'agit d'impulsion venant du bas, c'est-à-dire d'acteurs étant au plus près de la demande, du besoin social à satisfaire, que ce dernier soit celui de groupes sociaux marginalisés ou non. Ou comme le décrivent Beançon et Chochoy (2013), « il s'agirait d'un processus ascendant où l'appropriation serait une condition même de l'émergence de l'innovation ».

Le résultat cherché par l'innovation sociale est très souvent immatériel et correspondrait, d'après Besançon et Chochoy en reprenant les propos de la CST (2000), « à la mise en place de

nouvelles pratiques (nouveaux services, nouveaux procédés, nouvelles formes d'organisation du travail, etc.) ou à l'amélioration de pratiques existantes » (Besançon et al., 2013).

Ces nouvelles pratiques émergent également en réaction à des pressions de nature différentes : la pression du marché, une pression sociale et politique, ou environnementale (Besançon & Chochoy, 2013).

Le résultat est toutefois incertain, car les IS sont liées aux conditions sociales, institutionnelles et matérielles dans lesquelles elles s'érigent (Bouchard et al., 2017).

b. La diffusion de l'innovation

La diffusion, élément essentiel à l'innovation, se réalise notamment lorsque les acteurs et les organisations s'en emparent pour l'imiter, l'évaluent positivement et en permettent une reproduction dans d'autres lieux. Cela se réalise après une phase d'expérimentation et c'est ce qui permettra de distinguer une invention d'une innovation.

Néanmoins, comme le décrit Richez-Battessti (2008), l'innovation sociale « ne fait pas l'objet d'un processus de diffusion mais de traduction. Si la diffusion repose sur le principe de reproduction à l'identique, la traduction affiche d'emblée les transformations qui vont s'opérer à travers les processus d'appropriation par les acteurs » (Besançon & Chochoy, 2013).

Dans cette étape du processus, l'innovation sociale se transforme par les acteurs qui se l'approprient, pour pouvoir ensuite se diffuser et « produire des retombées pour les collectivités intéressées » (Lagacé et al., 2022) par l'IS.

La diffusion de l'IS peut se faire « non seulement par essaimage (impliquant un processus de traduction), mais également par apprentissage (reposant notamment sur l'information et l'éducation) » (Besançon & Chochoy, 2013).

Enfin, la diffusion peut se réaliser pour la globalité de l'innovation ou uniquement pour un de ses aspects, une de ses caractéristiques. Cette étape du processus nécessite de disposer de passeurs d'innovation, au sein d'un territoire donné.

c. L'institutionnalisation de l'innovation sociale

L'IS est aboutie et pérenne lorsqu'il y a une forme d'institutionnalisation. C'est-à-dire lorsqu'elle amène un changement dont les différents acteurs s'emparent. A ce stade, les

pouvoirs publics reconnaissent également l'existence et valorisent l'innovation sociale dont les acteurs se sont emparés pour répondre à de nouveaux besoins sociaux. Il s'agit alors de rendre légitime l'innovation sociale, voire d'en faire une priorité. Ainsi, elle peut être pérennisée et éventuellement transformer les pratiques ou normes sociales. Sa reconnaissance peut se traduire en lois, règlements, politiques ou nouvelles institutions.

3.5. Les dimensions des innovations sociales

D'après Bouchard et Lévesque, il existe deux formes d'innovations sociales, à savoir d'une part les IS radicales ou dites de rupture avec l'existant, et allant au-delà de ce qui est connu, et d'autre part, les IS incrémentales permettant d'améliorer l'existant par de nouvelles pratiques (Bouchard et al., 2017). Pour exister, elles font toutes deux appel à différentes dimensions que nous décrivons ci-dessous.

Les innovations sociales peuvent également être fortes lorsqu'elles amènent un changement et se pérennisent tant leur processus de construction est lié à des transformations institutionnelles. Elles peuvent également être faibles et rester alors au niveau organisationnel, fragilisant sa pérennisation. C'est le cas lorsque l'innovation sociale repose sur la volonté de quelques personnes et ne trouve pas d'ancrage dans un compromis fondateur assurant la régulation, c'est-à-dire lorsque le processus n'est pas négocié au niveau de l'État et entre les grands acteurs sociaux (mouvements sociaux, syndicat, patronat, etc.) (Fossati et al., 2018).

a. Une approche collaborative

La dimension collaborative constitue un des fondements de l'innovation sociale. Elle est aussi représentative de cette dernière.

En Belgique, les ASBL (association sans but lucratif) font partie des acteurs où se retrouvent essentiellement les innovations sociales. Pour que celles-ci puissent se développer, il est intéressant voire incontournable, que les différents acteurs (ASBL, sociétés à finalités sociales et coopératives, fondations privées ou publiques, pouvoirs locaux et centre de recherche) puissent travailler en réseau et intégrer les bénéficiaires afin que les besoins spécifiques puissent être identifiés à l'échelle territoriale.

D'ailleurs, dans son interview, Benoit Leveque relève que « former un réseau et être inscrit dans un écosystème sont les éléments déterminants qui assurent une certaine solidité, une certaine continuité des engagements » (Fossati et al., 2018).

Le travail en réseau, que nous aurons l'occasion d'aborder par la suite, prend tout son sens, d'autant que, comme le soulignent Bouchard et al. (2017), l'innovation sociale est favorisée par la « coopération entre parties prenantes », ces coopérations installent des valeurs de solidarité dans les processus de création d'activités. Activités qui sont en conséquence adaptées aux nouvelles aspirations, aux nouveaux besoins des personnes, et aux nouvelles attentes sociétales ... » (Bouchard et al., 2017).

Elle rassemble alors des acteurs aux logiques tantôt diverses, tantôt compatibles afin de tendre vers des coopérations, toujours en vue de répondre aux besoins émergents, et idéalement de développer de nouveaux projets ou de renforcer ceux qui existent. Cela est relevé par E. Besançon, appuyant sur le fait que « la dimension sociale de l'innovation réside dans sa dimension relationnelle induite par l'intensité des interactions et l'ampleur des réseaux mobilisés » (Besançon, 2015).

Par ailleurs, si les acteurs en présence sont davantage identifiés comme étant au plus près des bénéficiaires, faisant partie des organisations ou encore étant situés dans le cadre de la recherche, les gouvernements sont tout autant importants « par leur capacité et leur responsabilité à créer un environnement et un cadre institutionnel soutenant et dynamisant la recherche, la mise en œuvre, la démultiplication et l'institutionnalisation des projets socialement innovants » (UNIPSO, 2014).

b. Un contexte multidimensionnel

Les innovations sociales sont liées, de manière étroite au contexte dans lequel elles émergent, qu'il s'agisse des conditions sociales, du contexte organisationnel, social, politique. Cela explique entre autres l'incertitude que les IS laissent à leur avenir.

D'ailleurs, Norbert Alter parle de l'innovation comme étant un « processus collectif ambigu [...] reposant sur la mobilisation d'acteurs aux rationalités variées » (Alter, 2002).

Comme nous avons pu le voir précédemment, il est essentiel pour une innovation sociale d'être appréhendée par différents acteurs, et ce peu importe le champ qu'elle recouvre.

Nous pouvons par ailleurs noter qu'au sein du champ de l'action sociale, la multidisciplinarité qui paraît essentielle à la mise en place d'IS est très souvent présente. Nous pouvons nous demander s'il s'agit d'un terreau favorable à leur émergence.

c. Une approche transformationniste

Nous avons abordé la vision transformationniste au sein d'une définition (UNIPSO, 2014) , et il nous semble utile de situer à nouveau cette notion qui paraît essentielle à toute innovation sociale, car elle permet d'apporter des transformations au sein de la société.

Il s'agit ici, pour les acteurs concernés, de dépasser leur cadre classique d'intervention, car comme le disait Schumpeter, « il ne suffit pas d'inventer le savon, il faut aussi convaincre les gens de se laver » (Schumpeter, cité dans J. L. Klein et al., 2014). Le processus d'innovation sociale peut créer un choc, une rupture avec les savoirs et savoir-faire habituels. Les méthodes mises en place pour favoriser cette « tempête créatrice »(J. L. Klein et al., 2014) devront idéalement être institutionnalisées.

Cela sera possible à travers une « gouvernance élargie, participative et inclusive, reposant sur le partenariat entre acteurs privés et publics » (Besançon, 2015).

d. Une localisation

L'IS émane d'un besoin identifié sur un territoire donné. Au sein de ce dernier, différents acteurs seront mobilisés pour répondre au besoin, de manière cohérente, coordonnée, se situant dans une proximité à la fois sociale et géographique. Le territoire donné est le lieu au départ duquel se développe une co-construction en vue de répondre à un besoin local, permettant ainsi l'émergence d'une innovation sociale. La proximité revêt d'une triple dimension : géographique, institutionnelle et organisationnelle. Les ressources sont alors diversifiées et permettent une complémentarité essentielle à leur hybridation.

3.6. L'innovation sociale et le travail social

a. La place de l'IS dans le travail social

Le travail social est un champ d'action qui compose, depuis sa création, avec les réalités et les besoins des citoyens, de la société, des politiques publiques.

Alors même que toutes les structures sociales ont été amenées, à travers l'histoire du travail social, à devoir s'adapter, changer, inventer, modifier leurs cadres d'actions afin de mieux répondre aux nouveaux besoins que font émerger les crises successives, peu d'écrits sont disponibles à propos de la place des innovations sociales dans ce champ précis.

Cela rejoint ce que Stéphane Rullac souligne, lorsqu'il écrit que « le travail social peine à faire valoir sa capacité à innover, du fait de son incapacité à la démontrer et aussi en raison d'une certaine forme de répugnance à le faire » (Rullac, 2021). Ce qui peut être lié au fait que l'innovation, au sein des services sociaux, émerge dans l'espace où se réalise la rencontre entre l'offre et la demande (Bucolo et al., 2014).

C'est en cela que nous nous exercerons, à travers ce travail, de répondre à notre objectif de départ qui est de rendre compte et de rendre visible des innovations sociales au sein d'une maison d'accueil et d'hébergement, active dans le champ de l'action sociale et plus particulièrement du sans-abrisme.

De plus, il apparaît également d'après Klein J-L (2017) que les IS peuvent être invoquées par diverses instances « comme une source de solutions à divers problèmes sociaux auxquels le cadre institutionnel n'arrive pas à donner une réponse satisfaisante (pauvreté, exclusion, cohésion sociale, services, travail précaire, etc.) ».

Comme nous le verrons au cours de cet écrit, les organismes institutionnels qui chapeautent le secteur du sans-abrisme n'initient pas spécialement de modifications dans les politiques prévues pour ce dernier. Chaque structure d'accueil met en place des solutions nouvelles pour accueillir dignement des personnes qui se trouvent en nécessité de soutien psychique. Il revient alors aux acteurs que sont les travailleurs sociaux de trouver des réponses pour combler les sillons politico-institutionnels, et ainsi tendre vers des réponses satisfaisantes.

Nous sommes ici en « présence de nouveaux arrangements sociaux, institutionnels et organisationnels », qui transgressent les normes et c'est cela qui est au départ de l'émergence

d'innovations sociales (J.-L. Klein, 2017). De manière globale, la recherche en innovation sociale se centre sur ces dernières comme vecteur de transformation sociale, et également comme réponse aux transformations sociales.

Comme nous l'avons vu précédemment, les innovations sociales s'envisagent comme des co-constructions pour faire face aux crises que nos sociétés traversent, dont les marqueurs sont : une fragilisation de la cohésion sociale, la précarisation du travail, une fragmentation sociale avec une augmentation des inégalités sociales. Au départ de cette réalité, la co-construction doit se réaliser avec ceux qui rencontrent ces problèmes et qui expérimentent des solutions alternatives, c'est-à-dire avec les acteurs sociaux. Il est alors essentiel de valoriser les initiatives positives, de les faire reconnaître dans leur capacité de transformation, de réinvention de petites parties du monde, en l'occurrence du monde de la précarité et de la santé mentale.

En 2011, Anne Parpan-Blaser a proposé une définition du concept d'innovation en travail social, le définissant comme « un processus intégrant des concepts, des procédures et des formes d'organisation nouveaux basés sur des connaissances nouvelles ou nouvellement combinées, développées, qui génèrent une valeur ajoutée, notamment pour les destinataires » (Rullac, 2021). Ce processus amène une mobilisation d'une pluralité de savoirs de la part des travailleurs et travailleuses sociales qui déploieront de nouvelles pratiques avec les bénéficiaires.

Nous pouvons exemplifier les innovations sociales par le modèle *Housing First*, qui émerge depuis une dizaine d'années, afin de prendre en charge des personnes en situation de grande précarité, sans logement ou mal logées depuis deux années et souffrant de problématique de santé mentale et/ou d'assuétude.

Il s'agit d'un modèle d'innovation sociale qui est apparu en 2013 en Belgique, proposant un accès direct au logement pour des personnes se situant dans une situation explicitée ci-dessus. Les équipes offrent un accompagnement global et intensif au départ du domicile, et travaillent également le passage de la rue ou de l'institution au logement privé. Il s'agit d'un modèle créé aux États-Unis au début des années 90, qui a essaimé dans plusieurs pays européens tant les résultats de maintien en logement sont positifs.

Le guide de l'UNIPSO permet de mettre en évidence plusieurs innovations sociales qui ont été soutenues et étudiées, qu'elles aient ou non abouti, suite à un accord-cadre de financement pour le secteur du non marchand privé wallon en 2010-2011. Il s'agissait de services d'aide et soin

à domicile, d'entreprise de travail adapté, des soins de santé par rapport au vieillissement de la population, de travail en réseau, de simplification administrative pour des plannings familiaux, de projets d'insertion sociale, de logement, etc. (UNIPSO, 2014).

b. Identifier une innovation sociale dans un service social

Seule, une définition de l'innovation sociale en contexte de travail social ne suffit pas à appréhender le concept de manière pragmatique.

Pour identifier une innovation sociale dans un service social, nous devons considérer l'ensemble du processus : nouveauté, amélioration, durabilité, et également prendre en compte les valeurs, les fondements socioculturels, la nature du contexte ainsi que la typologie des acteurs (Bucolo et al., 2014).

Au sein des services sociaux, l'IS vise à la fois l'amélioration du bien-être et le changement. Ce processus prend du temps et c'est cela qui est à l'initiative de l'IS. Ce temps permet également la diffusion de l'innovation, après qu'elle ait pu voir le jour, être appropriée par les utilisateurs et qu'elle ait pu s'articuler avec les différentes pratiques déjà en place et ainsi être en phase avec son contexte d'émergence.

Enfin, pour pouvoir aller plus loin dans cette étape d'identification, nous reprenons ci-dessous, d'une part les indicateurs relevés par S.Rullac qui « se caractérisent au sein de chaque projet et s'articulent entre eux de manière unique, à l'échelle de chaque territoire, rendant compte de l'unicité de chaque démarche » (Rullac, 2021). Et reprenons d'autre part le schéma du cycle de vie d'une innovation sociale (RQIS, 2022), que nous nous sommes autorisés à revoir en fonction de nos besoins, présenté en figure 1.

Tant les indicateurs que le schéma sont pour nous des grilles de lecture nous permettant d'identifier le processus d'innovation sociale dans lequel les projets présentés en section empirique se sont érigés. Il s'agit d'un cadre flexible permettant d'observer et de soutenir les projets et pratiques innovants.

- Les indicateurs d'une IS en travail social

D'après S.Rullac, les projets innovants doivent pouvoir agir sur ces différentes caractéristiques⁹, détaillées ci-dessous en indicateurs et explications s'y rapportant. Un projet novateur disposera des caractéristiques suivantes :

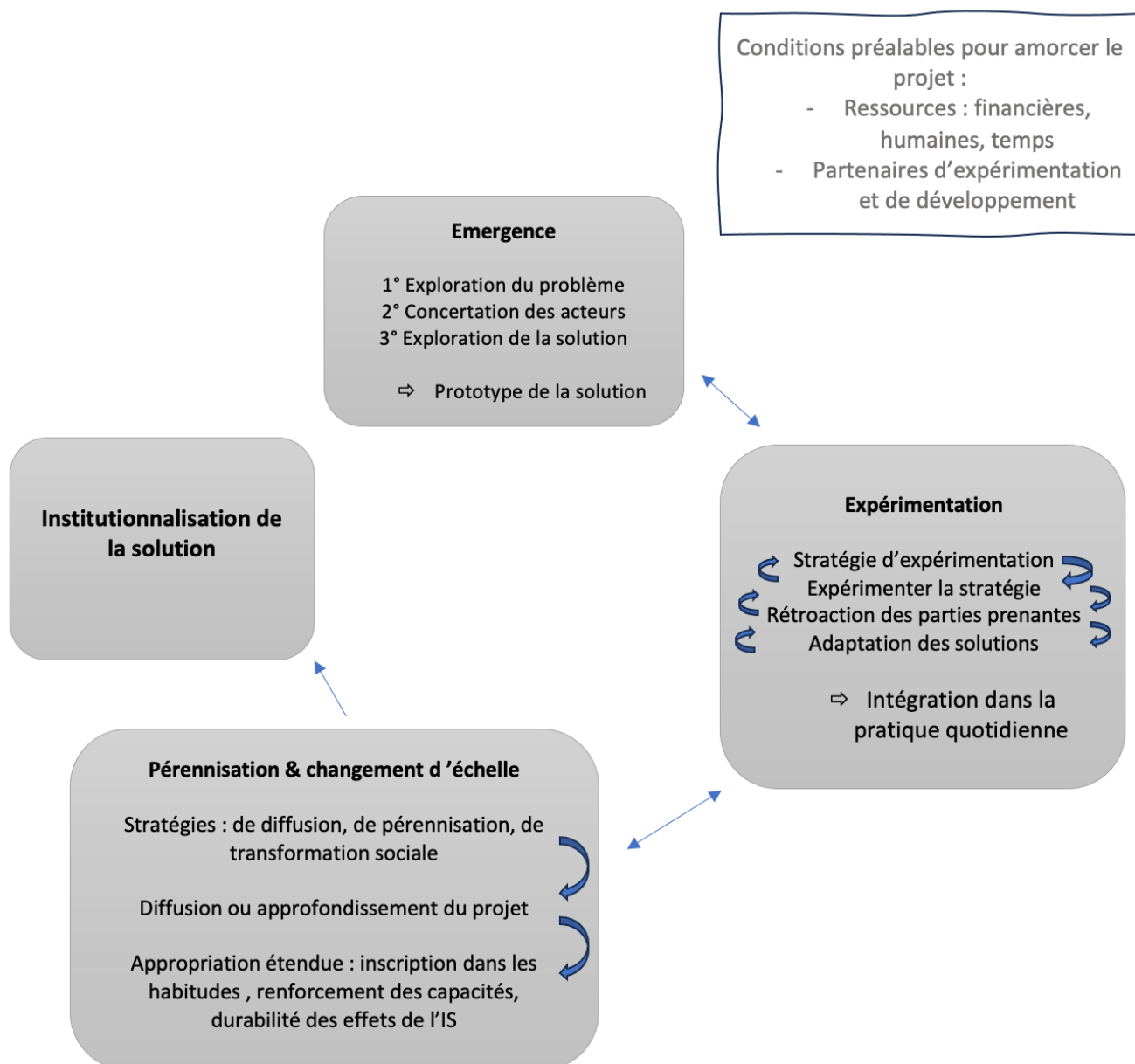
- « Gouvernance participative : La responsabilité et la gestion du projet sont réparties entre tous les acteurs associés. On retrouve de la complémentarité, de la mobilisation transversale sans tenir compte des statuts.
- Hybridation des savoirs : A travers la mobilisation de savoirs disciplinaires, professionnels et expérientiels des personnes qui ont recours au dispositif.
- Ancrage territorial : Inscription du projet dans un territoire (institutionnel, géographique ou communautaire), avec une mobilisation des acteurs, des ressources et une transformation des normes.
- Cohérence éthique et déontologique : Les valeurs des individus et des collectifs mobilisés sont explicitées. L'évaluation du projet et de ses effets est confrontée en permanence à ces dernières « dans la recherche d'une cohérence entre les mots et les choses, entre le dire et le faire, afin d'éviter les risques de technicisme appliqué au travail social, en tentant de comprendre et/ou agir, en pratiquant des pratiques singulières qui se cherchent et qui ont besoin de s'éprouver et de s'évaluer ».
- Créativité : L'imagination de tous est mobilisée pour favoriser la création de changement dans les positions institutionnelles et l'invention de nouvelles modalités d'accompagnement.
- Réduction de non-recours : Limiter les situations de non-recours (en cas de non-connaissance des droits, de non-demande, ou de non-réception).
- Transformation de l'existant institutionnel : Les changements concernent tant le processus, la mise en œuvre que le résultat en termes d'accompagnement.
- Capacitation individuelle : S'inscrit dans le développement du pouvoir d'agir, qui vise la mobilisation des compétences individuelles, mais également des subjectivités.
- Changement social : Contribue à la réduction de la misère, de l'exclusion sociale, en soutenant le renforcement des droits humains, de la justice sociale et de la solidarité,

⁹ Pour le présent travail, nous reprenons intégralement les caractéristiques écrites par Rullac Stéphane afin de nous appuyer sur ce modèle pour notre analyse empirique (Rullac, 2021)

pour réduire les inégalités sociales au cœur du fonctionnement social et de ses institutions et dispositifs » (Rullac, 2021).

- Le cycle de vie d'une IS en travail social

Figure 1. Schéma du cycle de vie d'une innovation sociale, revisité au départ de l'outil du RQIS¹⁰



¹⁰ Schéma du cycle de vie d'une innovation sociale, d'après le RQIS. https://www.rqis.org/wp-content/uploads/2022/01/Outils-evaluation-is-Schema-cycle-de-vie_VF.pdf (consulté le 22 juin 2023).

c. L'innovation sociale et le réseau ou l'hybridation des ressources

La pratique, ainsi que les recherches permettent de mettre en exergue le fait que les innovations sociales sont étroitement liées à un processus collaboratif. Il s'agit là d'une dimension nécessaire à l'émergence de ces dernières. Idéalement, les acteurs doivent venir de différents secteurs, de différentes institutions, car l'hétérogénéité a ici une plus-value prépondérante.

En effet, pour qu'elles puissent répondre à un besoin social, ce dernier doit être compris de manière collective afin de pouvoir être identifié en tant que problématique dont la mobilisation de plusieurs acteurs s'emparera.

Comme cela est évoqué dans le rapport de projet de « 1digneToit » ; « la réussite des innovations sociales reposerait sur le décroisement des acteurs et sur une bonne gouvernance des différents protagonistes » (Arraitz et al., 2022).

Ce décroisement entre acteurs pour une recherche de solution est également essentiel avec les bénéficiaires, et cela fait référence à la notion d'hybridation des ressources, propre au concept d'innovation sociale. De plus, cela évoque « un équilibre entre les types de ressources [économie non monétaire, économie marchande et non marchande] que les associations mobilisent depuis longtemps. [...] Ainsi qu'un équilibre entre ces ressources, négocié avec les partenaires dans le respect de la logique des projets » (Bucolo et al., 2014). Tout en garantissant une certaine autonomie à chacun des acteurs, l'hybridation des ressources soutient la viabilité de l'innovation sociale.

Tout ceci nous amène également à penser en termes de travail en réseau, qui est une notion plus familière du secteur de l'action sociale. En effet, le réseau est envisagé comme étant une « modalité d'organisation innovante permettant de répondre à des besoins opérationnels actuels » (Cultiaux, 2018). Par ailleurs, la visibilité d'une IS est d'autant plus importante qu'elle est soutenue et investie par des acteurs hétérogènes.

Cela est d'ailleurs soutenu par Dembinski dans un article abordant la place de l'innovation sociale au sein du secteur de la psychiatrie lorsqu'il est souligné que « sans réseau qui les porte, ces dispositifs restent des inventions dont la majorité des chefs de secteurs ne parvient pas à se saisir par crainte ou par manque de compétences pour les mettre en œuvre » (Dembinski, 2012). Si cela a été écrit dans un contexte de réflexion à l'intérieur d'un secteur sociosanitaire, il est tout autant juste pour d'autres secteurs de l'action sociale.

3.7. Conclusion

Comme nous avons pu le déployer tout au long de cette approche théorique des innovations sociales, ces dernières occupent une place au sein des entreprises depuis de nombreuses années. Si la question d'une définition scientifique ne fait pas consensus, il semble intéressant que les IS puissent être multiformes, en fonction du cadre dans lequel elles apparaissent, permettant alors au travail social de s'en emparer pour rendre compte de ce qu'il y a d'innovant en son chef.

Le processus de vie, ou cycle de vie d'une innovation sociale est adaptatif, traversant différentes phases, et exerçant des aller-retours entre celles-ci. Mais comme nous l'avons souligné, parler d'innovation sociale suppose que différents acteurs puissent s'en emparer pour la faire exister au-delà des frontières dans lesquelles elle apparaît, avec l'intérêt d'être institutionnalisée, répliquée, et avec un idéal de transformation sociale.

Enfin, nous retiendrons également que les innovations sociales se solidifient dans la co-construction de réponses à des besoins sociaux non satisfaits, étant sans doute une composante essentielle à leur force de changement social.

Partie 4 : Méthodologie

4.1. Introduction

Cette quatrième partie permettra de tracer les contours de notre démarche de recherche, et plus particulièrement de la méthodologie de l'étude de cas que nous avons choisi d'appliquer.

Dans un premier temps, nous aurons l'occasion de présenter la manière dont l'étude a été conçue. Ensuite, nous reprendrons la manière dont nous avons récolté et collecté le matériau, et aurons l'occasion de présenter brièvement les personnes interviewées, pour lesquelles nous prenons soin d'anonymiser les données. Enfin, nous terminerons cette partie sur la manière dont nous avons conçu le guide d'entretien.

4.2. Conception de l'étude

Ayant le souhait de nous situer dans une démarche hypothético-déductive, nous avons dans un premier temps érigé un processus itératif au départ d'une question de recherche, nous permettant de faire évoluer nos hypothèses et pistes de réflexion. Ces évolutions réflexives ont pris leur source à la fois dans la théorie scientifique mobilisée, et également au sein des entretiens réalisés. Nous avons alors été amenés à formuler une question de recherche, comme cela a été décrit en partie deux.

Après avoir réalisé des entretiens exploratoires comprenant d'une part, une fédération du secteur du sans-abrisme et d'autre part, des intervenants sociaux en maison d'accueil, nous sommes retournés vers la littérature scientifique de la théorie mobilisée dans le présent travail. Il nous était apparu, lors des réflexions préalables à cette recherche, que le cadre des innovations sociales était intéressant à mobiliser, et cela a été confirmé par notre exploration. Suite à cela, nos recherches théoriques ont été rédigées dans la troisième partie de ce mémoire.

Dans un premier temps, nous nous sommes questionnés à propos de la méthodologie pertinente à mobiliser pour répondre à l'objectif que nous nous étions fixé. C'est ainsi que, lors de l'élaboration de notre question de recherche, et de l'intérêt porté à la manière dont les intervenants du secteur de l'accueil pour personnes sans-abri étaient amenés à prendre en charge les personnes ayant des problématiques de santé mentale, nous avons le souhait de réaliser une étude portant sur l'ensemble du territoire de la province du Hainaut, afin de rassembler les

structures d'accueil de jour et les structures d'hébergement pour personnes sans-abri ou mal logées.

La méthode envisagée à ce moment-là était quantitative, permettant une consultation d'experts. Il s'agissait de mobiliser la technique Delphi, qui est appréciée « de par sa capacité à faire apparaître les possibilités d'évènements et à regrouper les jugements en vue de converger vers un consensus » (Booto Ekionea & Bernard, 2011). Cela nous aurait permis d'accéder à un panel suffisamment large d'experts de terrain, afin de pouvoir dessiner les contours d'une typologie d'innovation sociale dans le domaine qui nous intéresse. Néanmoins, nous nous trouvions dans un moment où le secteur de la précarité vivait une période d'accélération de ses actions avec le « plan grand froid ». Cela nous est apparu risqué pour la mise en place de cette recherche qui, tout comme les intervenants qui auraient été sollicités, est confrontée à une contrainte temporelle.

Notre question de recherche étant toujours bien présente, nous avons souhaité identifier une méthodologie réellement accessible permettant d'« étudier des phénomènes complexes nouveaux en situation réelle ou étendre les connaissances sur des phénomènes déjà investigués » (Barlatier, 2018).

C'est alors que notre choix méthodologique s'est porté sur l'étude de cas ou de site, car cette dernière « se caractérise par la volonté du chercheur de ne pas dissocier le phénomène de son contexte et au contraire de prendre en compte dans l'analyse les relations entre le phénomène et son contexte, en étant ouvert à une pluralité de dimensions, inscrites dans une perspective historique » (Albarelo, 2011).

De plus, en pouvant s'intéresser à différents protagonistes ou groupes de protagonistes, et en permettant une récolte de données diversifiées ; documents écrits, interviews, observation participante, etc., la méthodologie choisie nous a semblé pertinente, d'autant que cette dernière est régulièrement utilisée dans le domaine des sciences sociales.

Pour réaliser notre démarche empirique, il nous a fallu tout d'abord délimiter notre champ de recherche, ainsi que les outils qu'il nous semblait utile d'utiliser.

Les méthodes de recueil de données utilisées sont ; les entretiens individuels, l'observation directe et l'analyse documentaire.

Pour débiter notre étude de cas, la première étape a été de rencontrer la direction de l'institution choisie, afin d'explicitier la démarche et d'obtenir les accords de collaboration.

Très vite, notre interlocuteur a accepté l'ouverture des portes de son institution, car la question de la prise en charge des personnes en souffrance psychique au sein du secteur de l'action sociale générale, et plus particulièrement au sein du secteur de la grande précarité fait souvent débat. Chaque acteur, chaque institution, chaque réseau fait comme il peut, avec les moyens existants, les compétences mises à dispositions et avec les relations professionnelles tissées au fil des années. Il semble logique, voire habituel, d'inventer, de « bricoler » comme le disent les acteurs sociaux. Néanmoins, il nous a semblé intéressant de pouvoir relever la manière dont chaque protagoniste travaille au quotidien à prendre en charge cette problématique multisectorielle et de plus en plus complexe.

De plus, il s'agit d'une problématique sociale qui fait de plus en plus parler d'elle. Nous pouvons entendre que « les situations se complexifient », qu'« elles sont de plus en plus nombreuses », que « on fait ce qu'on peut mais on n'est pas vraiment le service le plus adéquat ». Il nous est alors apparu de pouvoir situer tout ceci dans un contexte qui est celui d'une maison d'accueil, de son histoire, et de son évolution, en lien avec un autre contexte qui est celui de l'évolution de la prise en charge des maladies mentales.

Il aurait été intéressant de pouvoir croiser des analyses entre ces deux secteurs, ou bien de rassembler leurs acteurs pour travailler ensemble, mais comme l'indique Alabrello à propos de l'étude de cas, « le chercheur doit dans un premier temps identifier les frontières qu'il va étudier » (Alabrello, 2011). Nous avons alors réfléchi à circonscrire le plus précisément possible le terrain étudié. Il s'agit d'une maison d'accueil située dans une ville Hennuyère, en Belgique.

Enfin, notre objectif est le suivant : au départ d'une analyse de cas, identifier si, et dans quelle mesure, une innovation sociale ou des innovations sociales sont présentes au sein de cette maison d'accueil. En cas de présence, le second objectif est de pouvoir comprendre la manière dont elles se sont construites et diffusées. Par ailleurs, l'intérêt de cette recherche empirique est également situé dans le fait de rendre visible une partie des réalités d'un secteur qui est en constante réflexion sur sa manière d'accueillir les vulnérabilités, et de composer avec les complexités des situations individuelles, sociétales et politiques.

4.3. Collecte des données

4.3.1. Stratégie de collecte des données

Il a été choisi d'étudier une maison d'accueil dans une ville du Hainaut, et plus particulièrement deux de ses services. A savoir, le service d'accueil et d'hébergement et le service post-hébergement. Au vu de notre angle de recherche, nous avons d'abord rencontré la direction, afin que cette dernière puisse nous accorder l'accès à son fonctionnement, ainsi qu'à son équipe. C'est alors que les aspects éthiques et déontologiques de la recherche ont été discutés avec la direction de l'institution qui a accordé les différentes étapes de cette recherche.

Une des spécificités de l'étude de cas se situe dans l'utilisation de plusieurs sources. Voici le type de sources que nous avons récoltées :

- Deux observations directes au sein des réunions d'équipe ;
- Onze entretiens semi-directifs ; trois réalisés avec des protagonistes externes et huit avec des membres du personnel interne ;
- Une analyse de traces objectivées ; site internet, projet d'accompagnement institutionnel, convention d'hébergement, statuts de l'ASBL.

Préalablement à notre présence au sein de l'institution, nous avons eu l'opportunité de consulter quelques documents que nous avons sollicités auprès de la direction. Il s'agit là de traces objectivées. L'intérêt de cette étape est de pouvoir rencontrer les différents acteurs en ayant une connaissance, au moins superficielle, du cadre dans lequel ils évoluent. Cela facilite, selon nous, la mise en relation avec le cas dans la mesure où nous sommes quelque peu familiarisé avec l'institution avant même d'en rencontrer les protagonistes. Il s'agit là d'une ressource appréciable.

Dans un premier temps, nous avons pratiqué l'observation directe en participant à deux réunions d'équipe. L'une dans le centre d'accueil et d'hébergement, l'autre dans les bureaux du service post-hébergement. Cette observation directe permet d'une part aux différents membres de l'équipe de faire connaissance avec la chercheuse et à cette dernière de présenter l'objet de recherche. Et permet d'autre part d'observer le positionnement, ainsi que les interactions de chacun et chacune des personnes présentes, par rapport à la thématique étudiée. Ces réunions nous ont permis de prendre des notes à propos d'actions mises en place par l'équipe, d'identifier

la manière dont le service est structuré et organisé, ainsi que la place qui est laissée à la parole de chacune et chacun.

La participation en qualité d'observatrice dans une réunion d'équipe, nous a également permis de proposer notre offre de recherche et plus précisément d'inviter les différents membres à participer aux interviews qui se dérouleraient par la suite. A ce moment, nous avons eu l'occasion de fixer un rendez-vous, mais cela nous a surtout laissé l'opportunité de contacter l'équipe par téléphone, pour convenir de rendez-vous à des moments qui leur convenaient le mieux.

Par la suite, nous avons rencontré les intervenants sociaux de l'institution (éducateurs et assistants sociaux), qui ont souhaité participer. Les rendez-vous étant planifiés à l'avance, nous nous étions mis d'accord sur une disponibilité de une heure, afin de ne pas empiéter sur le travail.

Au fil des entretiens, trois acteurs externes sont apparus comme étant actifs au sein de l'institution, et incontournables pour les situations individuelles où s'entremêlaient les problématiques, notamment de santé mentale. Nous avons choisi de les rencontrer ; une infirmière en santé communautaire, deux personnes du Relais santé émanant du Relais social, ainsi qu'une coordinatrice de planning familial qui permet la venue d'une psychologue au sein de l'institution étudiée.

Lors de notre recherche, nous avons pu observer la présence constante de la notion d'informel, ce qui amène certaines difficultés à pouvoir rejoindre le terrain en qualité de chercheuse. De fait, lorsque nous demandions de pouvoir avoir accès aux écrits, il nous était souvent relaté que l'écrit n'occupait pas une grande place dans la vie institutionnelle, car beaucoup de choses se passent dans l'informel, y compris les échanges à propos des situations des personnes accompagnées, des habitudes de travail, des nouvelles pratiques, etc.

Cela nous amène à penser qu'il serait utile, pour approfondir la recherche, de se saisir d'une démarche ethnographique afin de pouvoir rejoindre les intervenants dans leur réalité et formaliser les précieuses dynamiques qui sont invisibilisées par le volet informel qui est omniprésent.

4.3.2. L'échantillon

Afin de pouvoir rencontrer les personnes de terrain, des contacts individuels ont été pris afin de pouvoir procéder à des interviews de type semi-directifs. A chaque rencontre, nous avons recontextualisé notre recherche et demandions l'accord pour enregistrer les échanges, ce qui facilite grandement la retranscription écrite et permet de vivre pleinement l'échange, décollant alors les yeux de notre cahier de notes. Le cadre éthique et déontologique était également précisé. A savoir : les informations traitées le seraient de manière anonyme, des prénoms d'emprunt seraient utilisés.

Néanmoins, nous avons informé les participants que malgré l'anonymisation, il était possible que la structure soit identifiable à travers les descriptions en termes de travail social et de travail en réseau. La plupart des entretiens ont été enregistrés et ensuite retranscrits intégralement, afin d'en faciliter leur analyse.

Nous avons pris contact avec treize personnes citées précédemment, et avons obtenu douze réponses intéressées pour la participation à cette recherche.

La récolte des données, ainsi que les entretiens ont eu lieu entre la mi-janvier 2023 et la fin du mois de mars 2023.

4.3.3. Portraits des interviewés et interviewées

[Les prénoms ont été modifiés]

a. Didier, responsable de l'institution, le 18 janvier 2023.

L'entretien a eu lieu dans un bureau, ouvert sur un second bureau. Le sujet anime Didier, qui débutera l'entretien prématurément à la première question du guide d'entretien que nous avons réalisé.

Didier est responsable de la maison d'accueil depuis 2010-2011. Il est âgé d'une quarantaine d'années et est actif au niveau de la politique locale.

Ce dernier est tantôt dans l'analyse de la thématique qui nous occupe, tantôt dans la critique d'un système socio-sanitaire qui se coordonne encore trop peu. Il accompagne ses équipes dans le changement de pratiques et laisse une place importante à l'informel.

b. Julien, éducateur, le 2 mars 2023.

L'entretien a lieu dans une pièce destinée à l'infirmière ou à des entretiens individuels. Nous sommes loin des allers-venues des bénéficiaires et des membres du personnel.

Julien est âgé de 38 ans et est éducateur au sein du service hébergement. Il a débuté dans l'institution en tant que jobiste et en tant que veilleur de nuit. A l'issue de ses études, il a été engagé au sein de la maison d'accueil en tant qu'éducateur. Il y travaille depuis 2008. Cela fait 15 ans d'expérience au sein de cette institution.

Julien est toujours dans l'action, et met en avant que *«le propre du travailleur social de terrain et de base, c'est d'avoir trente-six casquettes»*, il est par ailleurs très attentif à l'impact que son travail a et peut avoir sur les personnes qu'il accompagne.

c. Julie, assistante sociale, le 10 mars 2023.

L'entretien a lieu dans son bureau, qui se situe entre deux autres bureaux : celui des éducateurs et celui de la direction. Pendant notre échange, il y aura du passage et des échanges avec les différents travailleurs qui passent et repassent.

Julie est assistante sociale au sein du service hébergement et entame sa 24^{ème} année au sein de cette maison d'accueil. Depuis ses études, et plus particulièrement depuis un stage d'assistante sociale au sein d'une autre maison d'accueil, son objectif d'emploi a été très clair : travailler en maison d'accueil.

Son expérience lui permet d'avancer que le public accueilli a changé : *«avant, on avait des grands gaillards, et maintenant on reçoit des grands gaillards, en même temps que des familles ou des femmes avec leurs enfants»*.

Julie veille à la sécurité des personnes, tant sur le plan physique, psychique et matériel et s'adapte à chaque personne avec laquelle elle est amenée à travailler. Elle renverra que, en présence de trouble de santé mentale, toutes les actions qu'elle réalise avec les personnes sont décuplées : *plus de temps, beaucoup de réconfort, expliquer avec des mots plus simples, nécessité de plus d'accompagnement quand le départ arrive, etc.*

Enfin, elle s'adapte en travaillant *«à tâtons»*, par *«essai-erreur»*, en *«relevant des défis»*.

d. Véronique, éducatrice, le 23 février 2023.

L'entretien a lieu le bureau de Véronique.

Véronique est âgée d'une quarantaine d'années et est éducatrice depuis 1996. Au début de sa vie professionnelle, elle a travaillé avec un public plus jeune et ayant des troubles du comportement et ensuite avec des enfants polyhandicapés. Elle arrive en 2005 au sein de la

maison d'accueil et explique que son travail est enrichissant et génial, car *«on côtoie toute la population, toutes les problématiques, toutes les caractéristiques, toutes les différences»*.

Véronique accorde beaucoup d'importance à gérer le bien-être dans la maison : *«faire en sorte que la personne se sente bien quand elle arrive ici, et cela touche à tous les secteurs»*.

e. Michel, assistant social, le 3 mars 2023

L'entretien se déroule dans le bureau de l'équipe, où une de ses collègues est présente. Dans le courant de notre échange, Michel recevra plusieurs appels de bénéficiaires et recevra également la visite d'une personne.

Michel, âgé de 60 ans, est assistant social au sein du service post-hébergement, il coordonne le service. Il est entré dans l'institution au sein de l'hébergement et a ensuite créé le dispositif permettant d'accompagner les personnes au sein de leur propre domicile. Aujourd'hui, il est davantage présent pour le volet financier et administratif d'une grande partie des personnes que le service accompagne, même s'il se décrit comme ayant *«beaucoup de facettes»*.

Dans la mise en place de la réforme des soins en santé mentale, Michel est allé aider les professionnels qui étaient amenés à travailler en dehors de l'institution hospitalière, en apportant l'expertise de l'institution dans le travail au domicile.

f. Lucie, éducatrice, le 24 février 2023

L'entretien a lieu dans la cuisine, située entre la porte d'entrée du bâtiment et le bureau de l'équipe.

Lucie est éducatrice au sein du service post-hébergement depuis 2009. Auparavant, elle a travaillé dans le secteur du handicap. Elle est une des premières personnes, après Michel, à composer l'équipe post-hébergement. Elle est reconnue par ses collègues pour le travail avec des personnes souffrant d'alcoolisme ou dans des situations de violence conjugale.

Dans ses accompagnements, Lucie essaie tout ce qui est possible pour que la personne puisse maintenir son logement, et si cela n'est pas possible, les droits sociaux et une source de revenu. Lorsqu'il y a des problèmes de santé (physique ou psychique), il faut *«interpeller la personne sur son état de santé, attendre qu'elle soit prête et proposer d'accompagner»*. En quelque sorte, être là pour accueillir la demande.

g. Céline, éducatrice, le 24 février 2023.

L'entretien se déroule dans le bureau de l'équipe. Céline n'y est pas seule, nous aurons des allers-retours de collègues et également d'une petite fille qui se jettera avec beaucoup de reconnaissance dans les bras de Céline, venue accompagner sa maman pour une démarche.

Céline souffle à peine les bougies de son trentième anniversaire. Elle arrive en qualité d'éducatrice à la maison d'accueil sans que ce chemin ait été forcément tracé à l'avance. Si elle ne s'imaginait pas nécessairement être active dans ce secteur, pour rien au monde elle ne ferait marche arrière. Céline est éducatrice dans le service de post-hébergement et s'adapte *« beaucoup à la personne et travaille beaucoup avec le réseau »*. Céline est intéressée par le travail en situation de difficulté psychique et travaille parfois avec différents médias, comme le photolangage.

h. Marie, éducatrice, le 3 mars 2023

L'entretien a lieu dans la cuisine, située entre la porte d'entrée du bâtiment, et le bureau de l'équipe. Durant notre échange, nous aurons de la visite d'autres membres de l'équipe et également de deux enfants en bas âge, dont une d'entre elles viendra s'attabler avec nous.

Marie est âgée de 28 ans et est éducatrice. Elle a, tout comme d'autres de ses collègues, réalisé un stage au sein de la maison d'accueil, y a travaillé en tant que jobiste, pour ensuite y être engagée. Si dans un premier temps, son emploi était au sein de l'hébergement, elle travaille depuis environ 3 ans au sein du service post-hébergement.

Marie est attentive à la temporalité, surtout lorsqu'une personne est en souffrance psychique, elle veille à ne pas la brusquer, afin de ne pas la fragiliser davantage. Pour elle, *« les besoins des personnes en souffrances psychiques sont complètement différents, notamment un besoin de réseau qu'il soit médical ou social, pour rompre l'isolement »*.

i. Mathilde, infirmière communautaire, le 2 mars 2023

L'entretien se déroule dans un local qui est mis à sa disposition, dans lequel nous sommes éloignées des allers-retours de l'équipe éducative.

Mathilde est âgée de 38 ans. Elle est infirmière en santé communautaire et a une expérience dans les secteurs de la toxicomanie et de la psychiatrie. Cette expérience lui est précieuse pour la fonction qu'elle occupe. Elle est infirmière pour les maisons d'accueil de la région, employée par une maison médicale grâce à un projet subsidié par le Relais social de la ville. Elle se rend au sein de chaque maison d'accueil deux demi-journées par semaine.

Mathilde réalise un travail de liaison entre le secteur de la santé/santé mentale et la maison d'accueil, elle gère la médication, accompagne les patients aux rendez-vous médicaux et réalise des comptes rendus de coordination. Elle observe sa fonction comme apportant « *une richesse sur la vision, permettant d'offrir une prise en charge pluridisciplinaire dans la maison d'accueil* ». Elle et l'équipe socio-éducative se complètent.

j. Mickaël et Lise, infirmiers au relais santé, le 24 février 2023.

L'entretien a lieu dans le bureau du Relais santé, situé dans une grande salle séparée par des armoires.

L'équipe du Relais santé est composée de d'un infirmier et d'une infirmière communautaires : Mickaël, âgé de 40 ans, formé à la santé mentale disposant d'une expérience au sein d'une structure de soin pédopsychiatrique, et Lise, âgée d'une trentaine d'année, également formée à la santé mentale. Elle a travaillé dans le secteur de la psychiatrie ainsi que dans le secteur des assuétudes et est formée à la pédicurie. Ils travaillent ensemble depuis 2016, mais pendant 2 ans, le Relais santé n'était composé que d'un seul intervenant à savoir Mickaël. Le Relais santé a pour mission principale de rendre l'accès aux soins possible.

Les deux membres de l'équipe sont des personnes référentes pour la maison d'accueil que nous avons étudiée. Il s'agit d'un partenariat précieux qui ressemble à un « *travail de dentelle* » (Mickaël), basé sur l'expérience, sur la confiance et sur le respect du cadre de l'autre. Un travail de lien, que cela soit avec les bénéficiaires ou avec les professionnels.

k. Nancy, coordinatrice du planning familial, le 2 mars 2023.

L'entretien se déroule au sein du planning familial, dans un espace utilisé habituellement pour y recevoir les bénéficiaires.

Nancy, âgée d'une quarantaine d'années, est coordinatrice d'un groupe de planning familial, et y travaille depuis 1991. Avec d'autres partenaires, ils ont créé un projet avec un financement de l'INAMI pour qu'une psychologue – au départ du planning familial – puisse être disponible au cœur des maisons d'accueil et d'hébergement.

Il s'agit d'un projet érigé sur les bases des « soins psychologiques intégrés dans la première ligne », mis en place par les réseaux de soins en santé mentale dans toute la Belgique.

Nancy, son organisation et les partenaires ont permis d'ouvrir une nouvelle offre de service en 2022.

4.4. Le guide d'entretien

Notre guide d'entretien a été construit de manière à aller à la rencontre des intervenants sociaux et de leur pratique, avec l'intention de ne pas orienter les échanges à propos de la thématique précise des innovations sociales.

De fait, lors de nos différentes rencontres dans le cadre de notre travail ou dans le cadre de la préparation à la recherche, lorsque nous évoquions la notion d'innovation sociale, nous avons généralement un retour dubitatif de la part de nos interlocuteurs. Par exemple, lors de notre prise de contact avec le terrain, le responsable du site nous a dit « *vous ne trouverez rien d'innovant ici* ». Dans ce cas, afin de pouvoir tendre vers cette notion, nous avons d'abord cherché à identifier les besoins que la présence de problématiques faisait émerger au sein de la structure. Ensuite, nous avons axé nos interviews sur la manière dont les intervenants qu'ils soient assistants sociaux ou éducateurs, répondent à ces derniers et travaillent quotidiennement avec le public accueilli lorsqu'ils sont confrontés à des difficultés de santé mentale (assuétude, dépression, idées délirantes, schizophrénie, etc.).

Nous avons également cherché à identifier les ressources auxquelles les intervenants font appel, ainsi que la manière de les mobiliser.

Pour terminer, nous avons questionné la vision de l'interviewé à propos de la présence des troubles de santé mentale depuis la mise en place de la réforme des soins en santé mentale.

Notre guide d'entretien a été, dans un premier temps réalisé pour la structure étudiée, ensuite deux autres guides ont vu le jour : l'un l'a été pour interviewer l'infirmière détachée d'une maison médicale au sein de la maison d'accueil, ainsi que les infirmiers du relais santé et l'autre pour la personne responsable du planning familial, à l'initiative d'un projet de soins psychologiques de première ligne au sein de la maison d'accueil.

4.5. Conclusion

Concevoir une étude, une recherche demande du temps. Il y a tout d'abord le temps d'identifier très précisément ce que l'on cherche à connaître ou à montrer et ensuite le temps nécessaire à l'identification de la méthode la plus adéquate pour parvenir à notre objectif.

En filigrane de cela, il est essentiel que l'objectif fixé soit réaliste. Modifiant la trajectoire d'une recherche sur le territoire de la province du Hainaut visant à réaliser une typologie d'innovations sociales au départ du secteur de la grande précarité, notre réflexion critique nous a permis de nous rediriger vers une étude d'un seul site.

La méthodologie de l'étude de cas (ou de site) s'est avérée intéressante et pertinente pour une recherche en travail social, réalisée au sein d'une institution. L'intérêt de cette méthodologie est de pouvoir disposer d'une variété de sources, qu'elles soient écrites, publiques ou privées, orales, issues d'observation directe ou de la réalisation d'entretiens. Il nous a semblé bénéfique de pouvoir préparer notre récolte de données en amont, en ayant effectué des recherches préalables à notre première rencontre avec la direction de l'institution.

Pour finir, nous retenons que la diversification de sources, propre à l'étude de cas, est un réel avantage pour une recherche de ce type.

Partie 5 : Analyse empirique

5.1. Introduction

Comme nous l'avons expliqué précédemment, nous nous sommes intéressé aux travailleurs sociaux d'un secteur relevant de la grande précarité, afin de relever à travers nos rencontres, les possibles innovations sociales présentes spécifiquement dans la prise en charge de personnes en souffrance psychique.

Notre démarche empirique s'axe sur une récolte de données diversifiée. Néanmoins, nous avons pu apprendre beaucoup de choses grâce aux récits des différents protagonistes interviewés.

Au fil de nos rencontres, interviews et étude de ces derniers, nous avons observé les nombreuses compétences dont font preuve les intervenants sociaux pour répondre aux difficultés que pose une santé mentale défaillante auprès d'un public, que celui-ci soit accueilli en structure d'hébergement ou accompagné en logement individuel. Les inventions sont très nombreuses, néanmoins, elles ne sont pas faciles à identifier. Cela peut être rejoint par les propos de Didier, directeur, lorsqu'il évoque que *« on est un peu généraliste, on ne sait pas faire grand-chose si ce n'est accompagner la personne là où elle nous demande de l'accompagner, et puis aussi percevoir avec la personne la variété des choses auxquelles elle doit faire face actuellement »*. Ces propos nous permettent d'imaginer l'ampleur du travail réalisé par Didier et ses équipes, tant celui-ci sera adapté aux besoins des individus.

L'objectif de la présente recherche est de pouvoir identifier des innovations sociales mises en place par les intervenants sociaux dans la prise en charge de ce public spécifique. Suite à nos rencontres, et dans l'état actuel de notre recherche, il nous est périlleux de démontrer la présence d'IS uniquement dans le chef des intervenants sociaux.

Toutefois, nous avons eu la possibilité de découvrir un certain nombre d'adaptations, que nous parcourrons par la suite, et qui nous semblent être un jalon essentiel à l'évolution de pratiques vers une émergence d'IS.

Notre étude de cas permet de relever la place de l'informel dans le travail social, ce qui ne facilite pas l'émergence d'innovations sociales en ce sens que ces dernières doivent, pour se maintenir en IS, avoir une capacité transformatrice, notamment lors de leur institutionnalisation.

Cela est d'ailleurs avancé par le directeur de la maison d'accueil lorsqu'il explique que l'institution a une *« stratégie de réforme par l'informel où on commence des choses, et ce qui*

ne fonctionne pas, on abandonne pour laisser place à d'autres choses ». Cela permet de comprendre la capacité de l'institution et de ses membres de s'adapter et de créer de nouvelles réponses aux besoins des bénéficiaires. De ce fait, il nous semble utile de souligner toutes les adaptations mises en place par la structure, permettant alors de visibiliser un *gap* existant entre adaptabilité et innovation sociale.

Dans cette avant-dernière partie du travail, nous commencerons par aborder le portrait de l'institution étudiée, ensuite nous aurons l'occasion de découvrir la manière dont les intervenants s'adaptent aux besoins des personnes en souffrance psychique. En dernier lieu, nous proposons de parcourir deux innovations sociales émergées en collaboration avec d'autres services, au regard des caractéristiques auxquelles nous avons annoncé nous référer dans le chapitre propre à la théorie des innovations sociales, afin de pouvoir en extraire certaines de notre terrain d'étude. Nous nous permettrons de détailler ces dernières, en prenant appui tant sur les caractéristiques mises en avant par Rullac, que sur les dimensions, catégories et domaines d'intervention proposés par Fossati *&al.* dans leur recherche WINDSOM.

Tout au long de cette partie du travail, nous nous appuierons principalement sur les données récoltées lors de nos interviews.

5.2. Le portrait de la maison d'accueil

L'étude de cas s'est déroulée dans une maison d'accueil¹¹ d'une commune du Hainaut en Belgique. Cette maison d'accueil est constituée depuis 1976 en ASBL. La structure a vu le jour grâce à deux médecins qui étaient, à l'époque, stagiaires en hôpital psychiatrique, et à d'autres personnes sensibilisées à la problématique de l'accueil de personnes longuement institutionnalisées (prison ou hôpital psychiatrique). A l'époque, l'encadrement était réalisé par un assistant social et des personnes bénévoles. Les subsides émanaient du post-pénitentiaire et de la santé publique. Il nous semble pertinent de relever que déjà en 1976, l'institution apportait une attention particulière à un public pour lequel aucune structure existante ne pouvait apporter de réponse à leur besoin. Nous aurions sans doute pu, à ce moment-là, parler d'innovation sociale. Mais comme nous l'avons précisé précédemment, il s'agit d'un concept en plein essor qui, auparavant, était spécifique aux dimensions technologiques.

¹¹ L'institution sera référencée « x » afin de préserver l'anonymat de cette dernière.

La maison d'accueil, ainsi que ses différents services et notamment le post-hébergement, est située dans une ville où un hôpital psychiatrique de grande taille existe également. Il se pourrait que la coexistence de ces deux types de structures favorise davantage la coexistence des problématiques, mais cela devrait faire l'objet d'une étude spécifique.

Par ailleurs, la ville a récemment (mars 2023) bénéficié d'un dénombrement de sans-abri et d'absence de chez soi. Avec l'aide de partenaires œuvrant dans le champ de l'action sociale et de la précarité, ce recensement a permis de relever qu'au sein de la population dénombrée, 24,8% de la population a un trouble psychique/psychiatrique avéré ou supposé, 38% ont des problèmes d'assuétudes et 31,9% ont un passé en psychiatrie.

Cela nous permet de revenir sur notre première rencontre avec l'équipe d'hébergement où nous avons eu la possibilité de participer à une de leur réunion d'équipe. A ce moment, une intervenante relatait que dans toutes les personnes accueillies à cet instant, la moitié vivait avec des difficultés de santé mentale. Ce ratio n'est pas nécessairement une habitude au sein de la maison d'accueil. De fait, les intervenants disent que cela est fluctuant; tantôt, il y a moins de personnes en souffrance psychique, tantôt il y en a plus.

La maison d'accueil, comme relevé dans le « projet d'accompagnement collectif de 2020 » que nous avons eu l'opportunité de consulter, a pour mission « l'accueil et l'aide inconditionnels de toute personne majeure, accompagnée ou non de ses enfants, qui se trouve momentanément sans logement, dans l'incapacité psychologique ou matérielle de vivre de manière autonome » (Maison d'accueil « x », 2020).

L'équipe socio-éducative a comme objectif de travail d'aider les personnes à mieux se situer personnellement, à se retrouver, à structurer leur existence. Enfin, elle accompagne les personnes dans la mise en place d'outils afin de pouvoir accéder à un logement choisi, décent et abordable. L'autonomie ainsi que la mise en logement sont des objectifs centraux des maisons d'accueil.

Finalement, comme le dit Julien, éducateur dans l'hébergement, son travail consiste en *« s'assurer que les personnes qui sont amenées à être hébergées soient bien accueillies, qu'elles trouvent leur marque et qu'elles aient de quoi tout doucement se remettre en route. Dans un premier temps, veiller avec eux à ce qu'ils trouvent du bien-être, de la tranquillité, le temps qu'il faut pour être dans de bonnes conditions pour réenvisager ou commencer à envisager des projets ou des pistes de sortie »*.

Enfin, si la question du lien a été le fil conducteur d'une rencontre avec un travailleur de la maison d'accueil, il semble que ce même lien soit en définitive le fil rouge de toutes les étapes

permettant à une personne d'être accueillie au sein de la structure. Qu'elle souffre ou non de difficulté psychique bien entendu.

Avec les années d'expérience, la maison d'accueil a « *ouvert ses portes* » et « *laissé tomber des barrières* » (Didier). Elle accueille à présent des personnes se trouvant dans des situations qui n'auraient jamais été accueillies précédemment. Mais, en ayant créé du lien avec un réseau social et médical, quittant à certains égards la sensation d'être seul face aux difficultés, la maison d'accueil peut aujourd'hui se targuer d'accueillir des situations complexes où s'entremêlent souvent différentes problématiques (sociales, sanitaires, psychiques, familiales...).

Cela nous permet d'observer que la maison d'accueil étudiée se positionne dans un accueil à large spectre, permettant à des personnes en souffrance et en difficulté d'y trouver une place, à un moment donné de leur parcours de vie. Ce qui semble avoir un effet sanitaire et social important pour les personnes concernées, car « qu'elle soit liée ou non à une vulnérabilité intrapsychique, l'exclusion sociale – et ce qu'elle produit comme effet sur la santé mentale – interroge les capacités d'adaptation au contexte social et de résistance des sujets » (Jamoulle et al., 2016).

Pour autant, Julien précisera qu'il n'est « *pas outillé que pour pouvoir faire du travail de soins avec les personnes. Même si du soin, on en fait à vrai dire, dans le contact, dans le lien qu'on a tout le temps qu'on passe dans le formel, mais aussi dans l'informel, à pouvoir veiller à ce que les personnes se sentent bien, trouvent leur compte* ».

5.3. Un accueil généraliste

Le cadre initial de l'institution, au vu de son histoire, prévoit notamment l'accueil de personnes en souffrance psychique. Néanmoins, comme l'explique le directeur « *on est un peu généraliste. On ne sait pas faire grand-chose, si ce n'est d'accompagner la personne là où elle nous demande de l'accompagner, et puis aussi percevoir avec la personne la variété des choses auxquelles elle doit faire face actuellement* » (Didier). Et pourtant, malgré le fait que la majorité des intervenants internes à l'institution estiment ne pas être outillés pour cela, en termes de temps disponible, en nombre de personnes travaillant dans le service, en expertise et connaissances spécifiques, les personnes présentant des troubles de santé mentale, sont accueillies avec la même attention que les autres personnes. Par ailleurs, il se pourrait également que l'accueil généraliste puisse offrir un lieu sécurisé et moins stigmatisant

à une population en souffrance psychique. De fait, cela permet de s'intéresser à des besoins qui n'ont pas été comblés jusqu'à leur entrée en maison d'accueil, permettant à l'équipe de *« s'occuper de choses concrètes dont les gens ne se sont parfois pas occupé avant. Par exemple avoir un téléphone et comprendre son fonctionnement, aller chercher une carte l'installer et expliquer... »*, comme le souligne le directeur.

Au sein du service de post-hébergement, il s'agit également d'un accompagnement généraliste dans la mesure où les intervenants sont amenés à effectuer différentes actions. Comme nous l'a expliqué Lucie, éducatrice, il s'agit principalement *« d'aider la personne à habiter son logement et à le garder »*, et cela comprend par exemple : rencontrer les candidats, informer, distribuer des colis alimentaires, faire la gestion financière, accompagner aux rendez-vous médico-sociaux, distribuer l'argent des bénéficiaires, installer les personnes en logement, ouvrir les compteurs gaz-électricité-eau, faire des démarches administratives. L'intensité de l'intervention est variable en fonction des possibilités d'autonomie de la personne.

Dès lors, si l'institution était reconnue comme innovante socialement dans la prise en charge de problématique psychique/psychiatrique, il est possible que cette dernière soit repérée par les partenaires et ainsi soit amenée à être identifiée comme spécialisée. Ce cheminement n'est pas souhaité par la direction par crainte de se retrouver comme étant la porte de sortie d'un hôpital psychiatrique lorsque la personne est sans-abri. Du moins, sans être davantage outillé en termes de personnel supplémentaire et de compétences spécifiques.

5.4. Le travail social en situation de difficulté de santé mentale : les adaptations nécessaires

Comme nous avons eu l'occasion de le décrire dans la première partie de notre travail, les champs de la santé mentale et de la grande précarité sont en constante interrelation.

Comme nous l'avons vu également, au début 2010, une réforme des soins de santé mentale a été mise en place au départ du Fédéral avec comme objectif une désinstitutionnalisation favorisant alors les soins au plus près du milieu de vie des patients. Une de nos hypothèses de départ était que cette réforme avait amené massivement des personnes en souffrance psychiatrique au sein de maisons d'accueil. Mais en questionnant nos interlocuteurs à ce propos, la réponse n'est pas univoque. Pour certains, la réforme « 107 » n'a pas nécessairement amené plus de personnes en souffrance, mais rend difficile l'accès au soin psychiatrique lorsqu'il est nécessaire, et rend les hospitalisations de plus en plus courtes. Il

y a également une « *impression que le public en grande précarité n'entre pas dans les cases du secteur hospitalier* » (Véronique).

Marie nous fera d'ailleurs part de son incompréhension « *lorsque les services spécialisés rejettent les personnes, qui finissent pas décompenser autrement, et donc on doit combler cette décompensation, c'est pas notre métier non plus ou du moins nos missions de base. Alors, on est obligés de se spécialiser dans certaines choses pour aller plus loin alors que ce n'est pas notre rôle* ». Tout cela, en comprenant qu'il y a sans doute un manque de temps, de moyens, de possibilités, au niveau des services spécialisés.

Enfin, ce qui marque tous les intervenants rencontrés, c'est la complexité des situations individuelles et familiales qui arrivent au cœur d'une structure d'accueil. Julien, éducateur, dira que « *les personnes sont de plus en plus abîmées, et de plus en plus jeunes* ».

Ce changement de public, en même temps que cette modification institutionnelle propre à la psychiatrie, nécessite une forte faculté d'adaptation de la part des intervenants sociaux œuvrant dans la grande précarité. Et comme le soulignent Menning & Vanhessen : « soutenir un travail d'accompagnement constructif et durable avec ce type de problématiques demande une forte individualisation du suivi, une grande souplesse dans l'approche ainsi que dans les réponses éducatives mises en place » (Menning & Vanhessen, 2018).

Afin de préciser ce que nous entendons par adaptation, nous retiendrons la définition d'adapter, venant du Larousse¹² : appliquer, ajuster une chose à une autre. Dès lors, il semblerait que l'adaptation soit essentielle dans une maison d'accueil. Celle-ci se réalise à différents niveaux.

Voici les adaptations réalisées au sein de la maison d'accueil étudiée dans le cadre précis de l'accompagnement de personnes en difficulté psychique/psychiatrique.

a. La temporalité

- La temporalité des personnes

En questionnant les intervenants sociaux sur les besoins que font émerger les difficultés de santé mentale, on me répond : le temps. Tout d'abord, il faut du temps pour créer un lien,

¹² Source : www.larousse.fr, consulté le 20 juillet 2023.

une relation de travail permettant à la personne de se poser et à l'équipe de comprendre les besoins et de faire connaissance avec la personne. Marie, qui est éducatrice, nous explique que ces situations amènent un « *besoin de beaucoup plus de temps pour mettre des choses en place avec la personne, pour être certains de ne pas venir renforcer une fragilité qui est là, qui est présente* ». C'est ainsi que dans son propre logement, un homme mettra cinq années pour accepter la venue d'une aide-ménagère.

Ensuite, Véronique nous explique la situation d'un homme souffrant de schizophrénie « *cela fait 4 mois qu'il est ici et mon travail avec lui c'est déjà de se mettre en confiance, à travers des discussions et des activités. Essayer de le sortir de la maison tout doucement* ».

Muriel qui est assistante sociale depuis des années dans le cadre de l'hébergement nous confiera qu'il faut très régulièrement « *tout faire avec la personne tout le temps* », ce qui n'est pas le cas dans d'autres situations où la santé mentale des personnes n'est pas trop fragilisée. Cela va dans le sens de Véronique lorsqu'elle avance que c'est « *un travail constant et de longue haleine* ».

Enfin, lorsque l'accompagnement se réalise en logement, le temps peut également être relatif à l'intensité des interventions générée par certaines situations. Lucie nous relate l'exemple d'une dame qui est accompagnée en logement. Souffrant de dépression et d'alcoolisme, elle entre à un moment donné de l'accompagnement dans une phase de consommation massive et de mise en danger d'elle-même. Lucie ira, chaque jour, voir si la personne est en vie, et ce jusqu'à ce que la personne accepte de faire appel à une structure hospitalière pour une mise à l'abri et un énième trajet de soin.

Pour terminer, parfois la personne en souffrance exprime un besoin immédiat. Dans ce cas, « *l'équipe peut accompagner la personne dans le fait de décaler l'immédiateté pour une étape de soin, mais pas pour tout processus* » (Didier).

- La temporalité du réseau en santé mentale

Lorsqu'une personne rencontre des difficultés de santé mentale, les équipes de la maison d'accueil veillent à ne pas rester seules dans la situation. Si cela n'est pas déjà fait, elles mettront en place avec le bénéficiaire un réseau spécialisé en santé mentale, ou du moins un service spécialisé, afin de s'assurer que le soin prodigué puisse être suivi, évalué et adapté par rapport à ce que vit la personne en arrivant en maison d'accueil. Cette nécessité de ne pas rester seul dans une situation est un des axes principaux tant du service d'hébergement, que de post-hébergement. Mais à certains moments, la temporalité de réponse des services

spécialisés en santé mentale ne cadre pas avec la réalité d'un public en grande précarité ni avec la réalité institutionnelle d'une maison d'accueil où l'intérêt du groupe est tout autant essentiel que l'accompagnement individuel.

Dans ce type de configuration où la prise en charge dans un laps de temps relativement court est nécessaire mais ne peut se faire, les intervenants sociaux en MA sont amenés à pallier le décalage entre le temps de la demande et le temps de la réponse, amenant Didier à nous confier que *« pour cette personne qui a des problèmes de santé mentale, on est une solution, même si on est pas adapté »*.

La question de la temporalité est incontournable en maison d'accueil, pour l'hébergement car les personnes peuvent y être accueillies au maximum 18 mois. Et pourtant parfois, il s'avère qu'une mise en logement sera difficilement possible. Cela est d'ailleurs expliqué par Véronique, éducatrice, *« 18 mois d'accueil pour une dame, sans solution de mise en logement car elle a besoin d'une structure adaptée, et malgré la demande effectuée, il n'y a pas encore de place en habitation protégée »*.

Comme nous venons de le voir, la question de la temporalité nécessaire tant à la personne accompagnée, qu'aux intervenants gravitant autour d'elle est omniprésente dans le travail social. Il s'agit d'un facteur clé pour parvenir à créer un lien avec la personne, et parfois pour la relier à elle-même.

a. La convention d'accueil

Lorsqu'une personne est accueillie dans la structure d'hébergement, elle signe une convention, s'engageant à respecter le cadre institutionnel, les règles de fonctionnement internes dans le but que la vie en communauté se passe le mieux possible. Auparavant, la convention indiquait une règle précise par rapport à la consommation de produits licites et illicites (alcool, cannabis, drogues dures) stipulant que l'entrée dans l'institution sous influence n'était pas autorisée. Au fil des années, la convention a été revue afin que cette règle soit assouplie. En ce sens que si une personne a consommé et que son comportement ne pose pas de problème, elle est autorisée à entrer dans la structure, pour retrouver son espace personnel (sa chambre). Cet assouplissement a été débattu en équipe, et nécessite un réajustement constant ainsi qu'une vigilance de la part des travailleurs afin de ne pas se retrouver face à des situations débordantes. La modification du cadre fait suite aux besoins des usagers consommateurs et surtout à la nécessité d'évaluer les situations au cas par cas.

Enfin, si la convention d'accueil reste le cadre de référence tant pour les personnes hébergées que pour les membres de l'équipe, celle-ci est amenée à être adaptée en fonction des particularités et spécificités des situations accueillies et accompagnées.

b. Une démarche de soins

Si une personne se présente en demandant l'accueil en hébergement, l'équipe va faire en sorte que cette dernière puisse disposer de son traitement, tout en s'assurant qu'elle le comprenne. Le traitement médicamenteux concerne toutes les difficultés de santé, qu'elles soient physiques ou psychiques. La spécificité de la maison d'accueil est que les intervenants sociaux ne sont pas habilités à donner des médicaments et/ou préparer un pilulier pour les bénéficiaires.

C'est, entre autres, pour cela que les équipes travaillent avec une infirmière qui se rend deux fois par semaine au sein de la structure, ou avec des infirmières au domicile lorsque les personnes sont accompagnées en dehors de l'hébergement.

La médication, ainsi que le suivi médical sont incontournables à la stabilité de la santé de la personne et *« si cela n'est pas respecté, cela risque de poser problème, car on constatera, par expérience, qu'après quelques jours ou semaines, l'état de santé psychique et émotionnel de la personne hébergée peut se détériorer et peut du coup avoir un fort impact sur lui-même mais aussi sur la dynamique du groupe et de la maison »* (Julien).

Enfin la présence de l'infirmière permet une réelle ouverture avec le milieu du soin qu'il soit somatique ou psychiatrique, ce qui avant sa présence n'était pas aisé. De fait, il nous a été relaté à quelques reprises, que les intervenants de la maison d'accueil n'avaient parfois pas accès au médecin psychiatre référent d'un patient, alors que ce dernier venait de sortir de l'hôpital avec un traitement médicamenteux considérable. Relevant également que ce type de difficulté de collaboration impacte l'état de santé du bénéficiaire.

En dehors de la médication, l'équipe veille à ce que les personnes accompagnées s'inscrivent dans une démarche de soin globale, afin que le bien-être de la personne puisse toujours être au centre de l'accompagnement.

Enfin, l'orientation et l'accompagnement vers le soin ne sont pas évident, même pour des infirmiers. De fait, lors de notre rencontre avec l'équipe du Relais santé, il nous est exposé qu'il arrive, lorsqu'une personne déploie des symptômes psychiques qui semblent s'apparenter à des troubles psychiatriques (idées délirantes, propos décousus, agitation

extrême) et qu'un travail est réalisé pour amener cette personne vers le soin psychiatrique d'urgence, il est parfois renvoyé par le médecin psychiatre qui effectue la consultation, qu'il n'y a pas de problème de cet ordre. Les intervenants du secteur de la précarité se retrouvent alors avec un sentiment d'être des « *extraterrestres* » (Mickaël), n'objectivant pas, semble-t-il, les mêmes observations que le médecin spécialiste.

c. Les tâches quotidiennes

Au sein du centre d'hébergement, chaque personne reçoit un tableau des tâches à effectuer de manière hebdomadaire. Cela concerne le rangement, le nettoyage, la cuisine, la vaisselle, en somme, les actes de la vie quotidienne.

Pour certaines personnes en souffrance psychique, la réalisation de ces tâches sera moins évidente. Parfois certaines d'entre elles auront besoin de plus de repos, d'autres auront peu la capacité de s'organiser pour réaliser leurs tâches. Dans ces situations particulières, le référent de la personne aborde cela en réunion d'équipe afin de pouvoir trouver une manière d'adapter le règlement à la personne. Ces adaptations ne sont pas écrites ou institutionnalisées car il s'agit d'avoir « *un regard particulier sur la situation d'une personne afin d'aménager le cadre* » (Julien).

Ces aménagements et adaptations sont réalisés de manière singulière.

d. L'espace d'accueil

Au sein de la structure d'hébergement, il existe plusieurs types de chambre. Nous retrouvons des chambres doubles, des chambres individuelles et chambres de famille. Il arrive, lorsqu'une personne en difficulté psychiatrique est accueillie, selon les symptômes psychiques qu'elle déploie, qu'une chambre originellement double doive finalement accueillir une seule personne. Certains exemples nous ont été relatés. Notamment lorsqu'une dame souffrant de trouble psychiatrique est accueillie seule dans une chambre double, étale en quantité ses effets personnels partout dans l'espace, ne permettant plus d'accueillir une seconde personne. Il semble que de forcer l'ouverture à une seconde personne mettrait en péril l'équilibre fragile que cette dame vient de trouver dans la maison d'accueil.

Une autre expérience vient préciser l'exemple d'un homme également accueilli dans un espace double. Ce Monsieur présente une symptomatologie psychiatrique et rencontre des

difficultés d'hygiène personnelle, avec lesquelles les autres bénéficiaires ne peuvent vivre. Le temps qu'une chambre simple se libère, il y restera.

Ces modalités d'accueil questionnent souvent l'équipe car si nous nous référons à ces deux exemples, cela montre que durant ces deux accueils, deux autres personnes ne pourront pas accéder à l'hébergement.

C'est d'ailleurs ce que soulève Didier en tant que directeur, lors de notre rencontre lorsqu'il témoigne d'un besoin de moyens pour réaménager les espaces d'accueil. Si la structure disposait de plusieurs chambres individuelles, cela permettrait d'éviter ces situations où une personne en souffrance psychiatrique est accueillie, pendant qu'une autre attend son tour, dehors.

e. Le réseau

Le réseau, qu'il s'agisse d'aide sociale ou de soin, est décrit comme étant essentiel à la prise en charge de personnes en difficultés psychiatriques. La difficulté que revêtent ces situations, pour les intervenants de la structure d'accueil, est de se retrouver seul avec le bénéficiaire sans ressource sur lesquelles s'appuyer.

La dynamique institutionnelle de la maison d'accueil que nous avons étudiée permet aux intervenants de s'inscrire dans des pratiques de réseau, tant ce dernier semble précieux pour l'exercice de leur fonction. Selon Marie, le réseau ne doit pas être interpellé et contacté uniquement quand on en a besoin, de fait *« en y étant active en dehors de situations particulières, cela ouvre des portes et permet des réactions plus rapides et efficaces si nécessaire »* (Marie).

Par ailleurs, le réseau est également riche d' *« endroits où prendre le temps de s'arrêter en tant que professionnel. Des lieux où on peut en parler, où on peut prendre de recul, avec quelqu'un de neutre »* (Marie). C'est cela que les différents membres de l'équipe trouvent également comme ressources au sein du réseau, qui se tisse et s'agrandit au fur et à mesure des rencontres et des collaborations autour de situations de bénéficiaires.

Enfin, le réseau est essentiel à l'hybridation des ressources, qui est elle-même un incontournable de l'innovation sociale.

Pour conclure, nous pensons que ces adaptations pourraient s'ériger en innovations sociales, si elles pouvaient se formaliser et ensuite être reconnues utiles pour d'autres services et institutions. De fait, il se pourrait qu'elles soient le premier changement nécessaire pour être

plus efficace et pour tendre vers des innovations. Toutefois notre recherche ne nous permet pas, actuellement, d'identifier et de classer ces dernières dans des catégories d'innovation sociale propres à la structure rencontrée, car elles n'en rassemblent pas toutes leurs caractéristiques. Par ailleurs, comme le souligne Marie, il serait nécessaire de disposer de davantage de temps et de moyens humains pour innover socialement. Enfin, nous avons remarqué que ces adaptations ont permis d'ouvrir les portes et les habitudes de travail à deux projets, qui apparaissent comme étant des innovations sociales au regard du cadre théorique que nous avons posé en début de ce mémoire.

5.5. De quelles innovations sociales parle-t-on ?

Afin de présenter la manière dont l'articulation entre le cadre théorique mobilisé et le terrain de recherche approché peut se réaliser, nous vous présentons deux types de réponses aux besoins liés à la santé mentale des usagers, apparues comme étant des innovations sociales. Malgré la réalité d'un concept difficile à appréhender, elles peuvent, selon nous, être catégorisées en tant qu'innovations sociales car « l'innovation dans les services sociaux consiste à fournir des services d'une autre façon, pour répondre aux défis actuels et à venir dans la société. Cela suppose donc de concevoir et implanter des services susceptibles de satisfaire des besoins non couverts antérieurement, et d'introduire de nouvelles pratiques, de nouvelles interfaces avec les destinataires » (Bucolo et al., 2014).

De plus, lorsque nous les avons observées sous l'angle de notre grille d'analyse reprise de S. Rullac et également au regard du schéma du cycle de vie d'une innovation sociale, la concordance entre théorie et pratique nous est apparue évidente.

Concrètement, il s'agit de deux projets d'âge différent. Le premier est relatif à la présence d'une infirmière en santé communautaire au sein de la maison d'accueil et existe depuis une dizaine d'années. Le second permet la présence d'une psychologue clinicienne au sein de la maison d'accueil, et a vu le jour il y a une petite année.

Dans cette dernière section consacrée aux innovations sociales au sein de notre terrain de recherche, nous prenons soin de détailler chacune d'entre elles.

5.5.1. L'infirmière communautaire

Voilà une dizaine d'années que le projet de la présence d'une infirmière en maison d'accueil a vu le jour. Celui-ci émane du besoin de soins pour les personnes en situation de grande précarité, et du besoin de pouvoir travailler les aspects sanitaires avec les personnes accueillies de manière coordonnée.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, certaines personnes accueillies ont un traitement médicamenteux à suivre. Or, les travailleurs sociaux ne sont pas habilités à préparer et à donner un traitement étant donné qu'il s'agit d'un acte médical. De plus, lorsqu'une personne souffre de maladie mentale et nécessite une prise en charge concertée avec un médecin psychiatre, il arrivait que les intervenants de la MA ne parvenaient pas à entrer en contact avec le secteur médical ou hospitaliser. Un des constats était qu'il était périlleux de collaborer avec le secteur de la psychiatrie, ce qui pouvait mettre en tension tant le bénéficiaire que les équipes.

Par ailleurs, une prise en charge globale est nécessaire pour un public qui arrive en maison d'accueil. C'est dans ce sens que les différentes organisations œuvrant dans l'accueil de personnes sans-abri, en collaboration avec le Relais Social Urbain¹³ et une maison médicale, ont ensemble réfléchi à la manière de pouvoir intégrer du soin au sein de ces structures.

Pour reprendre le schéma du cycle de vie d'une IS, il s'agit là de la phase d'émergence où la problématique est déposée dans un lieu de concertation entre acteurs et où une solution est envisagée.

La solution a pu être expérimentée grâce à l'hybridation des ressources en ce sens que le Relais social urbain permet de financer la présence d'une infirmière au sein des différentes structures. L'infirmière est engagée par une maison médicale, qui la détache du service pour se rendre dans cinq maisons d'accueil, y compris au sein de notre terrain de recherche.

L'expérimentation a eu lieu et a permis à la fonction de co-exister au sein de la structure d'accueil.

L'infirmière communautaire a une vision participative de la santé. En ce sens, le travail qui est réalisé se fait en étroite collaboration avec les patients (ou bénéficiaires), ainsi qu'avec les différents intervenants médicaux ou sociaux qui gravitent autour de la personne.

¹³ Les relais sociaux ont pour mission d'assurer la coordination et la mise en réseau des acteurs publics et privés impliqués dans l'aide aux personnes en situation d'exclusion. (<https://www.wallonnie.be>, consulté le 24 juin 2023)

L'infirmière a différentes fonctions au sein de la structure. Tout d'abord, elle réalise un bilan de santé avec les personnes qui y sont accueillies, afin de pouvoir identifier les actions à mettre en place avec elles.

Lorsque cela est nécessaire elle gère la médication des personnes et les accompagne également aux rendez-vous médicaux.

Ensuite, elle effectue un travail de liaison afin de « *transmettre les informations médicales et faire le lien pour décharger les éducateurs de ce travail qui prend beaucoup de temps et qui est chronophage* » (Mathilde).

Constatant que les patients sont parfois esseulés par rapport à leur santé et spécifiquement à leur santé mentale, elle veille également à mettre en place des concertations avec et autour de ces derniers. Cela permet alors de rassembler différents professionnels ; médecin, infirmière, éducateurs, assistants sociaux, psychologues,... Tous venant de secteurs différents afin de pouvoir accompagner le patient le plus globalement possible.

Par ailleurs, Mathilde a également un rôle de conseil et de sensibilisation auprès de l'équipe. De par son bagage expérientiel et théorique, elle organise des moments de sensibilisations sur différentes thématiques en fonction des besoins de l'équipe, eux-mêmes conditionnés par la réalité de la vie au sein de l'institution.

Par exemple, lors de la crise du Covid-19, elle a soutenu et accompagné l'équipe dans la mise en place des règles sanitaires. Elle a également donné une information à propos d'une maladie de peau contagieuse dont une des personnes accueillies souffrait. Elle prévoit également d'aborder la thématique des consommations, suite à la demande de l'équipe.

Enfin et de manière globale, la présence de Mathilde est une réelle richesse pour une maison d'accueil « *permettant une prise en charge supplémentaire* » (Mathilde).

A ce jour, nous pouvons avancer que la solution de la présence de Mathilde en qualité d'infirmière communautaire au sein de la maison d'accueil est institutionnalisée.

La fonction est reconnue et diffusée au sein de cinq institutions d'accueil et d'hébergement, est soutenue par le subventionnement de la Région Wallonne à travers le Relais Social Urbain, et par une maison médicale locale qui agit essentiellement en qualité d'employeur.

Nous trouverions intéressant que ce dispositif puisse être transposé dans d'autres régions, à travers une séance d'(in)formation par exemple. De plus, notre interlocutrice affirme la possibilité de transposer ce modèle à d'autres régions, au-delà des frontières locales et organisationnelles.

En conclusion de la présentation de ce projet « infirmière communautaire », nous présentons ci-dessous un tableau décrivant succinctement la manière dont notre analyse de l'innovation sociale s'est construite.

Indicateurs	Projet « infirmière communautaire »
Domaine d'innovation sociale	Santé physique et psychique : accompagnement dans l'appropriation de la santé
Raison d'innover	Répondre aux besoins de soins des personnes bénéficiaires de la maison d'accueil et du service d'hébergement au-delà des réponses que les intervenants de la MA peuvent amener
Gouvernance participative	Plusieurs acteurs sont concernés : Relais social urbain, maison médicale, cinq maisons d'accueil, l'infirmière, les bénéficiaires, les partenaires du soin psychiatrique.
Hybridation des ressources	- Partage des connaissances et des compétences - Hybridation de moyens humains et financiers (présence de l'infirmière 2 demi jours au sein de l'institution, et disponible par téléphone en dehors de ces moments)
Ancrage territorial	- Construction du projet de manière locale, sur la commune dans laquelle est localisée la maison d'accueil. - Les équipes de l'institution ont accueilli l'infirmière. Elle fait dorénavant partie de l'institution.
Cohérence éthique et déontologique	Mathilde et les services avec lesquels elle travaille veillent régulièrement à évaluer leurs collaborations. Le fait qu'une infirmière soit en contact avec le secteur du soin facilite grandement l'échange d'informations nécessaires à l'accompagnement d'une personne en souffrance, tout en respectant le secret médical et professionnel, une réelle communication amenant une plus-value dans la prise en charge des patients est présente.
Créativité	- Les réunions d'équipe sont un lieu où Mathilde et les intervenants sociaux créent ensemble de nouvelles manières d'accompagner, en fonction de la particularité de la situation du patient/bénéficiaire
Réduction du non-recours	Le lien et la coordination effectués par Mathilde et les intervenants de la maison d'accueil permet : - la continuité des soins - de faciliter l'accès aux soins - de travailler le « prendre soin de soi » avec les patients/bénéficiaires.
Transformation de l'existant institutionnel	- Permet la présence d'un professionnel médical au sein d'une maison d'accueil pour sans-abri, ce qui n'est pas prévu dans les statuts
Capacitation individuelle	- Soutient les bénéficiaires à prendre soin d'eux - Vise l'autonomisation face à la santé - Accompagne vers un mieux-être, ce qui a un impact sur l'insertion sociale et l'autonomie
Changement social	- Réduction des ruptures dans le trajet de soin - Accompagne le patient dans son droit d'accéder au soin - Collaboration plus aisée entre le secteur de la psychiatrie et de la grande précarité

5.5.2. La psychologue clinicienne

Au cours de notre recherche, les différents intervenants rencontrés ont fait part de l'intérêt pour un nouveau projet mis en place pour les bénéficiaires de la maison d'accueil. Il s'agit d'une « psychologue de première ligne ».

Nous avons rencontré la coordinatrice du planning familial, institution porteuse du projet, afin de comprendre la manière dont celui-ci a pu voir le jour.

Suite au constat et à l'inquiétude des équipes de travail social œuvrant localement, à propos de la santé mentale des personnes en situation de grande précarité et à la difficulté pour ces dernières d'aller vers le soin psychologique, différents acteurs se sont rassemblés afin d'appréhender la manière dont il était possible de répondre à ce besoin de soin psychologique, jusqu'alors trop peu satisfait.

Cette dynamique de concertation constitue une étape préalable dans l'émergence de l'IS. Le planning familial a réalisé une concertation avec différents acteurs socio-sanitaires : Relais Social Urbain, infirmière communautaire, maisons d'accueil, structures pour la prise en charge d'assuétudes, Relais santé, etc. Pour la coordinatrice du service porteur du projet, *« c'est la première fois où sur un plan psychologique, on est autant dans la co-construction »*.

Cette démarche s'est appuyée sur une possibilité ouverte par un volet de la réforme des soins en santé mentale. En effet, depuis 2019, les réseaux de soins en santé mentale ont pour mission d'organiser le déploiement de « psychologues de première ligne ». Il s'agissait à ce moment-là de faciliter l'accès à des séances de soins psychologiques prises en charge par l'INAMI¹⁴, limitées à la fois par un diagnostic et par le nombre de séances. Le patient devant payer la consultation 4€ ou 11€ et devant au préalable consulter un médecin traitant généraliste afin d'obtenir une prescription pour être orienté vers ces soins.

En janvier 2022, ce dispositif a connu une évolution importante, permettant aux citoyen.ne.s d'accéder à des soins psychologiques remboursés, facilement accessibles, au plus proches de la communauté et intégrés dans la première ligne. Les budgets ont été considérablement augmentés et la philosophie modifiée allant vers davantage d'intégration du soin psychologique dans la première ligne (aide et soin), permettant à des structures de développer des projets en intégrant un psychologue au sein de leur service. C'est sur ce

¹⁴ INAMI: Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

dispositif que le projet d'une psychologue en maison d'accueil s'est appuyé pour s'ériger de manière locale.

Il s'agit d'une co-construction, permettant un partage des savoirs et savoir-faire, amenée à s'ajuster au fur et à mesure des différentes expériences rencontrées dans la pratique quotidienne. Pour que cela puisse se réaliser, il est nécessaire de faire preuve « *d'une grande souplesse quant à l'agenda, aux lieux de consultations, et c'est ce cadre souple qui permet de rencontrer les besoins des personnes* » (planning familial).

Au moment de la construction de la solution, il semble essentiel « *d'avoir les mêmes constats, se fixer les mêmes objectifs et être d'accord avec les moyens et la méthodologie que l'on va mettre en place* » (planning familial). Pour cela, le temps est un précieux allié, car il permet aux services et intervenants de faire connaissance de leurs cadres organisationnels respectifs et ainsi de pouvoir envisager la manière dont le projet peut s'intégrer dans la pratique quotidienne. La créativité est une ressource tout à fait incontournable afin de pouvoir expérimenter de nouvelles stratégies et s'adapter aisément aux effets de ces dernières.

Le constat de ce projet est univoque : les personnes hébergées ou accompagnées en logement font appel, lorsque cela leur est nécessaire, à la psychologue. Celle-ci peut réaliser des consultations au sein de la maison d'accueil, au domicile, ou dans tout autre lieu d'accroche, ou encore au sein du planning familial. Si le public en situation de grande précarité nécessite de la part des intervenants un aller-vers, cela est réalisable par le biais de ce projet, permettant ainsi à des personnes qui ne recourraient pas au soin psychologique dans un service extérieur, de débiter un chemin vers un mieux-être.

Afin de conclure la présentation de ce projet « psychologue de première ligne », nous présentons un tableau décrivant succinctement la manière dont notre analyse de l'innovation sociale s'est construite.

Caractéristiques	Projet « psychologue de première ligne »
Domaine d'innovation sociale	Santé mentale : soins psychologiques proposés en individuel ou en groupe pour les bénéficiaires + soutien à l'attention des professionnels par rapport aux bénéficiaires.
Raison d'innover	Approcher le soin psychologique d'un public vulnérable pour qui la démarche d'aller vers le soin est difficile à mettre en place. Et soutenir les équipes de la MA dans la compréhension des difficultés psychiques.
Gouvernance participative	Plusieurs acteurs sont concernés : planning familial, cinq maisons d'accueil, la psychologue, les bénéficiaires, le réseau de soins en santé mentale « Réseau partenaires 107 », l'INAMI.
Hybridation des ressources	- Partage des connaissances - Hybridation de moyens humains et financiers.
Ancrage territorial	- Construction du projet de manière locale, sur la commune dans laquelle est localisée la maison d'accueil. - Les équipes de l'institution apprennent à travailler avec la psychologue, qui est en cours d'intégration au sein de la maison d'accueil. - La psychologue est à l'intérieur de l'institution.
Cohérence éthique et déontologique	La psychologue réalise un travail au plus près des équipes des maisons d'accueil, et au plus près des réalités des hébergés et hébergées. Sa disponibilité, son adaptabilité, ainsi que le fait qu'elle puisse être au cœur de l'institution facilite l'orientation d'une part, et l'accès au soin d'autre part. De plus, elle soutient les acteurs et actrices de la maison d'accueil pour faire face à la complexité des situations.
Créativité	- La psychologue et l'équipe de la maison d'accueil réfléchissent ensemble à la manière d'amener les personnes à prendre soin de leur santé mentale - Essais de mise en place de groupes à visée de psychoéducation et de prévention avec les personnes hébergées désireuses d'y participer. Les groupes sont co-animés par la psychologue et un intervenant social de l'institution
Réduction du non-recours	- Faciliter l'accès au soin psychologique en venant au plus près du lieu de vie, ou dans le lieu de vie des personnes - Faciliter l'accès par la temporalité de réponse à la demande qui est plus court étant donné que la psychologue travaille essentiellement dans ce projet
Transformation de l'existant institutionnel	- Permet la présence d'un professionnel du soin psychologique au sein d'une maison d'accueil pour sans-abri, ce qui n'est pas prévu dans les statuts - L'accès ainsi facilité évite aux personnes désireuses d'entreprendre un travail thérapeutique, d'attendre des semaines ou des mois pour être reçu dans un service autre (service de santé mentale, par exemple).
Capacitation individuelle	- Soutient les bénéficiaires à prendre soin d'eux - Accompagne vers un mieux-être, ce qui a un impact sur l'insertion sociale et l'autonomie
Changement social	- Rendre le soin psychologique tout aussi important que le soin somatique

5.6. Conclusion

Le temps d'investissement préalable à la construction d'une IS comme les deux modèles présentés, permet une réelle plus-value en terme de réponse aux besoins sociaux non satisfaits. Cela ne semble pas simple à mettre en place par les intervenants sociaux car le temps et les moyens humains manquent souvent.

Nous observons ici que les innovations sociales, au sens où nous les avons définies précédemment, sont existantes lorsque ces dernières sont constituées sur base d'une hybridation des ressources, notamment avec d'autres partenaires. Là, nous nous situons dans un cas où la collectivité s'est emparée de l'innovation, permettant alors la viabilité de cette dernière.

Enfin, rendre visible des innovations sociales au sein d'une structure peut potentiellement amener les partenaires à envisager cette dernière comme étant experte dans un domaine, ou par rapport à la prise en charge de difficultés spécifiques comme la maladie mentale, dans le cas qui nous occupe. Cela pourrait à terme, gommer la plus-value d'un accueil généraliste et faire de cette maison d'accueil « LA » spécialiste des troubles de santé mentale. Alors qu'une innovation sociale émergée ou émergente, coconstruite avec des partenaires permet de ne pas se retrouver seul face à des problématiques de plus en plus complexes et de plus en plus nombreuses, et ainsi de s'assurer d'un travail en réseau continu.

Conclusion générale

De ce travail de recherche, nous retenons plusieurs enseignements. Un premier constat est que les deux secteurs nous ayant permis de réaliser la mise en contexte, à savoir la santé mentale et le sans-abrisme, ont tous deux connu des évolutions au fil du temps. Ces évolutions ont trait notamment aux reconfigurations sociétales amenant par ailleurs de nouveaux besoins sociaux.

Néanmoins, notre intérêt s'est principalement porté sur le secteur du sans-abrisme et sur la manière dont celui-ci compose avec les problématiques de santé mentale. Sur la manière dont les différents acteurs et différentes actrices œuvrent auprès de personnes se trouvant dans des situations personnelles, familiales, sociales, relativement complexes.

Au cours de nos entretiens, il est apparu que la complexité des situations expose les différents travailleurs à activer des compétences et des connaissances diversifiées, allant parfois au-delà de leurs missions.

Nous avons également retenu que l'accueil de personnes en situation de précarité, avec ou sans difficulté de santé mentale associée, demande une constante adaptation afin de privilégier la qualité du lien, permettant alors un accueil sécurisé pour que la personne se dépose là où elle se trouve.

L'adaptation, dont font preuve les travailleurs sociaux, apparaît comme étant naturelle à leurs yeux. Et lorsque notre cadre de recherche à propos de la présence d'innovation sociale s'entrouvrait, il apparaissait périlleux de les identifier.

Effectivement, comme nous avons pu le préciser dans le corps de notre mémoire, nous avons fait le choix de nous saisir des lunettes des innovations sociales. Toutefois, ce cadre théorique transposé à la réalité d'une maison d'accueil pour personnes sans-abri nous a permis d'entrevoir un *gap* entre toutes les adaptations qui se réalisent quotidiennement dans une maison d'accueil et ce que nous pouvons lire comme étant des innovations sociales. Ce qui amène une invisibilité de ce qui pourrait s'ériger en innovation sociale, dans la prise en charge spécifique de troubles de santé mentale, gommant quelque peu la reconnaissance des savoirs et savoir-faire de ces métiers du social.

Pour reprendre les propos de Norbert Alter (Alter, 2002), « analyser une innovation amène à raconter une histoire, celle qui conduit - ou ne conduit pas - de l'état A à l'état B ». A ce jour,

nous ne sommes pas en mesure d'affirmer qu'à l'interne de l'institution étudiée, des innovations sociales, au sens où nous les avons définies, existent. Mais supposons que dans le cas où les adaptations professionnelles seraient reconnues, valorisées et institutionnalisées, nous pourrions parler d'innovations sociales, comme c'est le cas pour les projets de l'infirmière communautaire et la psychologue de première ligne. De fait, les adaptations étant un état entre A et B, elles sont finalement frappées d'invisibilité. Or, c'est bien cela qui permet à des personnes en souffrance psychique et psychiatrique, d'être soutenues et accompagnées par les équipes d'une maison d'accueil.

Pistes pour aller plus loin

Réaliser un accompagnement dans le champ du travail social pour que toutes les actions et initiatives informelles puissent se formaliser et ainsi être rendues visible pourrait s'avérer intéressant. D'une part car cela permettrait aux intervenants sociaux et intervenantes sociales de se rendre compte du travail titanesque qu'ils mènent au quotidien. D'autre part, car cela pourrait permettre une valorisation de ce dernier.

De même, la recherche sur l'innovation sociale en travail social devrait se réaliser de manière plus systématique, cela ayant comme atout de rendre visible toutes les richesses informelles propres à ces métiers, à ce secteur, à ces problématiques.

Nous pensons sincèrement que le travail social regorge d'innovations sociales, toutefois comme nous l'avons développé précédemment cela est difficile à appréhender. Afin de pouvoir observer et rendre compte de celles-ci, il serait intéressant de mener une étude en utilisant une méthodologie différente, de type ethnographique. Cela pouvant être concomitant à une étude à plus large spectre, notamment avec une méthode qui permette de rendre compte, au départ d'une définition des IS, d'une typologie de ces dernières, pour le secteur de la grande précarité.

Enfin, la recherche à propos des IS dans ce secteur pourrait sensibiliser les pouvoirs publics aux moyens nécessaires pour le renforcer.

Bibliographie

- Livres

Albarello, L. (2011). *Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche*. (De Boeck).

Furtos, J. (2008). *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Elsevier Masson.

Cultiaux, J. (2018). *Travail social et réseau. Pourquoi ? Comment ?* (Chronique sociale).

De Munck, J.(dir.), Genard, J.-L., Kutty, O., Vrancken, D., Delgoffe, D., Donnay, J.-Y., Moucheron, & Macquet, C. (2003). *Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique*. Academia Press et Politique scientifique fédérale, Gand.

Klein, J. L., Laville, J.-L., & Moulaert, F. (2014). *L'innovation sociale*. Erès. <https://doi.org/10.3917/eres.moula.2014.01>.

- Chapitres de livre

Alter, N. (2002). La diffusion de l'innovation. Dans *Les logiques de l'innovation. Approche pluridisciplinaire*. La découverte (recherches), 13-61.

Barlatier, P.-J. (2018). Chapitre 7. Les études de cas. Dans *Les méthodes de recherche du DBA* EMS Editions, 126-139.

Besançon, E., & Chochoy, N. (2013). Chapitre I. L'élargissement du concept d'innovation. Dans E. Besançon, N. Chochoy, & T. Guyon, *L'innovation sociale* (P.15-28). L'Harmattan.

Booto Ekionea, J.-P., & Bernard, P. (2011). Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. *Recherches qualitatives*, 29, 168-192.

Bouchard, M. J., Lévesque, B. (2017) (2017). Les innovations sociales et l'économie sociale et solidaire. Dans Dufourny J et Nyssens M. (dir.), *Économie sociale et solidaire. Socio économie du 3e secteur* (p. 398-427). De Boeck.

Bucolo, E., Eynaud, P., & Laville, J.-L. (2014). Innovations sociales et services sociaux, une approche européenne. Dans J.-L. Klein, J.-L. Laville, & F. Moulaert (dir.), *L'innovation sociale* (p. 143-174). ERES.

Koop, K., Fourny, M.-C., & Landel P-A. . (2019). L'étude des capacités transformatrices des innovations sociales à travers leurs formes de dissémination. Dans Klein J-L., Boucher J-L., et al (dir.), *Trajectoires d'innovation : Des Émergences à La Reconnaissance (1st ed., p. 81-90)*. Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctvggx4hk.12>.

- Articles de revues

Ayob, N., Teasdale, S., & Fagan, K. (2016). How Social Innovation ‘Came to Be’ : Tracing the Evolution of a Contested Concept. *Journal of Social Policy*, 45(4), 635-653. Dans Cambridge Core, (<http://www.cambridge.org>), consulté le 5 mai 2023.

Besançon, E. (2015). La diffusion de l’innovation sociale, un processus de changement multiforme. Une illustration à partir d’une recyclerie. *Presses de sciences po*, 2(31), 31-40. <https://doi.org/10.3917/sopr.031.0031>.

Besançon, E., & Chochoy, N. (2015). Les marqueurs d’innovation sociale : Une approche institutionnaliste. *Revue internationale de l’économie sociale : Recma*, 336, 80-93. <https://doi.org/10.7202/1030162ar>

Besançon, E., Chochoy, N., & Guyon, T. (2013). Annexe III. L’innovation sociale, une synthèse. Dans E. Besançon, N. Chochoy, & T. Guyon, *L’innovation sociale*, 133-138. L’Harmattan. <https://doi.org/10.3917/har.besan.2013.01.013>.

Borzaga, C., & Bodini, R. (2014). What to Make of Social Innovation? Towards a Framework for Policy Development. *Social Policy and Society*, 13(3), 411-421 (<http://www.cambridge.org>), consulté le 5 mai 2023.

Bresson, M. (2003). Le lien entre santé mentale et précarité sociale : Une fausse évidence : *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 115(2), 311-326. <https://doi.org/10.3917/cis.115.0311>.

Callorda Fossati, E., Degavre, F., Bensliman, R., Casini, A., & Schmitz, O. (2015, décembre). *Les innovations sociales dans l’accompagnement des personnes âgées en Wallonie. Une application de la méthode Deplhi à l’identification et la sélection des innovations sociales en vue d’une étude multi-cas*. 7ème conférence méthodologique de l’Institut Wallon de l’Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS), « Quelles méthodes pour mesurer et décrire les enjeux du vieillissement en matière d’entraide ? », Namur.

Dembinski, O. (2012). 12—L’innovation en psychiatrie entre militantisme et pragmatisme. Dans : *La politique de santé mentale en France : Acteurs, instruments, controverse*, p. 165-172. Paris : Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.demai.2012.01.0165>.

Dorvil, H. (1990). La maladie mentale comme problème social. *Service social*, 39(2), 44-58. <https://doi.org/10.7202/706476ar>.

Fossati, E. C., Degavre, F., Bensliman, R., Casini, A., & Schmitz, O. (2015). *Quelles méthodes pour mesurer et décrire les enjeux du vieillissement en matière d’entraide?*

Fossati, E. C., Degavre, F., & Lévesque, B. (2018). L’innovation sociale : Retour sur les marches d’une construction théorique et pratique : Entretien avec Benoît Lévesque. *Revue de la régulation*, 23. <https://doi.org/10.4000/regulation.12980>

Franssen, A., de Coninck, F., Cartuyvels, Y., Vignes, M., & Van Campenhoudt, L. (2007). La ritournelle du travail en réseau; *Bruxelles santé, Les réseaux de santé*, 79-102.

Grard, A., Nicaise, P., & Lorent, V. (2015). « Evaluation de la réforme “ Vers de meilleurs

soins en santé mentale”- Résultats 2014 ». *Acta psychologica Belgica*, 115(1), 40-49.

Jacob, B., Macquet, D., & Natalis, S. (2014). Une réforme globale des soins en santé mentale basée sur une approche communautaire : L’expérience belge. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 209-242. <https://doi.org/10.7202/1025915ar>

Jamoulle P., (2016)., Santé psychique des groupes vulnérables. Des pratiques innovantes. Dans Nicolas, E., Van Huffel, L., & Van Rossem, R. (eds), *Pauvreté en Belgique. Annuaire 2016*, Academia Press, 71-92.

Klein, J.-L. (2017). L’innovation sociale au cœur de l’analyse de la transformation sociale. Le programme scientifique du CRISES 2014-2020. *Cahiers du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES)*, UQAM, ET1703. https://crises.uqam.ca/wp-content/uploads/2019/02/CRISES_ET1703.pdf

Krinsky, J., & Simonet, M. (2012). Dénî de travail : L’invisibilisation du travail aujourd’hui Introduction: Introduction. *Sociétés contemporaines*, n° 87(3), 5-23. <https://doi.org/10.3917/soco.087.0005>

Lapierre, S., Moreau, N., & Larose-Hébert, K. (2011). La psychologisation de l’intervention sociale : Enjeux et perspectives. *Reflète: Revue d’intervention sociale et communautaire*, 17(1), 10-13. <https://doi.org/10.7202/1005230ar>

Lazarus, A., Strohl, H. (1995). *Une souffrance qu’on ne peut plus cacher : Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale »* (La Documentation française.). https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/954050300.pdf

Benelli N., Modak M. . (2010). Analyser un objet invisible : Le travail du care. *Editions Technip & Ophrys Revue française de sociologie*, 51(1), 39-60. <https://doi.org/10.3917/rfs.511.0039>.

Nicolas Marquis, Susswein, R. (2020). « Rétablir par le réseau ». Enjeux et tensions issus de la réforme des soins de santé mentale « Psy 107 » (Belgique). *Open Edition Journals*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.13711>

Richez-Battesti, N., Petrella, F., & Vallade, D. (2012). L’innovation sociale, une notion aux usages pluriels: Quels enjeux et défis pour l’analyse ? *Innovations*, n°38(2), 15-36. <https://doi.org/10.3917/inno.038.0015>

Rullac, S. (2021). Les perspectives de l’innovation en travail social. *Empan*, 2(122), 145-152. <https://doi.org/10.3917/empa.122.0145>

- Autres documents

12 février 2004—Décret relatif à l’accueil, l’hébergement et l’accompagnement des personnes en difficultés sociales. <https://wallex.wallonie.be> (consulté 8 novembre 2022).

Arraitz, Besançon, E., Chochoy, N., Guyon, T., & Martell, Y. (2022). *L’innovation sociale : La réussite ailleurs. Les enseignements du programme #Idignetoit*. (p. 107). Institut Godin, Hope, Caritas.

Arrêté royal visant l'octroi d'une prime d'installation par le Centre Public d'Action Sociale à certaines personnes qui perdent leur qualité de sans abri., Pub. L. No. 2004002115 (2004). <https://www.ejustice.just.fgov.be/> (consulté le 8 novembre 2022).

Constitution. (1946, juillet 22). Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution> (consulté le 14 novembre 2023).

Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins. <http://www.cresam.be> (consulté le 15 novembre 2022).

Lagacé, M.-C., Léonard, M., Guimont, D., & Dubé, P. (2022). *Baromètre de l'innovation. Innovation sociale*. Baromètre de l'innovation du Québec. www.lebarometre.ca (consulté le 5 mai 2023).

Maison d'accueil « x ». (2020). *Projet d'accompagnement collectif 2020*.

L'autre lieu R.A.P.A (Recherche-Action sur la Psychiatrie et les Alternatives). <https://www.autrelieu.be/> (consulté le 15 avril 2023).

Menning, C., & Vanhessen, C. (2018). *Les maisons d'accueil agréées par la Commission Communauté Française. Rapport sectoriel 2018*. (p. 115) [Rapport sectoriel/ Maison d'accueil COCOF 2018]. AMA Fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abris. <https://www.brudoc.be/> (consulté le 26 décembre 2023).

RQIS. (2022). *Outils d'évaluation en innovation sociale. Schéma du cycle de vie d'une innovation sociale*. www.rqis.org (consulté le 6 juin 2023).

UNIPSO. (2014). *Le guide de l'innovation sociale. Innover c'est dynamiser la solidarité*. UNIPSO ASBL. <https://www.unipso.be> (consulté le 20 décembre 2022).

Annexes

Annexe 1. Guides d'entretien

Guides d'entretiens

Question de recherche

Comment une maison d'accueil (la maison d'accueil l'Etape) fait face aux difficultés de santé mentale de la population accueillie ? Et comment répond-t-elle aux besoins spécifiques que les problématiques de santé mentale amènent au quotidien ?

Grilles d'entretien

I. Grille d'entretien à l'attention de la direction

- Pouvez-vous vous présenter, à travers un récit qui soit en lien avec votre métier et votre fonction au sein de l'institution ?
- Quelle est l'histoire de la maison d'accueil ?
- Pouvez-vous expliquer les missions de la maison d'accueil ?
- Pouvez-vous décrire le cadre (règles, valeurs) qui régit le fonctionnement de vos services d'hébergement et de post-hébergement ?
- Selon vous, quelle place occupent les difficultés de santé mentale dans le quotidien de l'Etape ?
Pouvez-vous préciser par des exemples les situations dont il est question ?
- Selon vous, les difficultés de santé mentale sont-elles plus nombreuses aujourd'hui ?
Si oui, comment expliquez-vous cela ?
- Quels sont les besoins que votre service a pu identifier et qui n'étaient pas ou peu présents auparavant ?
- Quelles sont les pratiques qui ont été mises en place pour répondre à ces nouveaux besoins ?
- Selon vous, quelles sont celles qui ont eu du succès ?
- Avez-vous été amené à adapter le cadre institutionnel ? De quelle manière ?
- Quelles sont les ressources auxquelles vous faites appel pour répondre aux difficultés liées aux troubles de la santé mentale des hébergé.e.s ?
- Comment ces nouvelles pratiques sont-elles soutenues par les pouvoirs publics ?

II. Grille d'entretien à l'attention des travailleurs sociaux (éducateurs et assistants sociaux)

Avant d'aborder la question de la présence des troubles psychiatriques dans le public accueilli et la manière dont vous répondez aux nouveaux besoins que cela amène, pouvez-vous me dire qui vous êtes, à travers un court récit qui soit en lien avec votre métier et votre fonction au sein de la maison d'accueil ?

1. L'accueil, l'accompagnement et la santé mentale : les besoins

Pouvez-vous, à travers une situation, m'expliquer les besoins sociaux qu'une problématique de santé mentale pour vos bénéficiaires ?

Et pour vous en tant que professionnel ?

- Selon vous, en quoi ces besoins sont différents ?
- Comment y répondez-vous ?
- Quelles sont les actions mises en place dans ce type de situations ?

D'après votre expérience, que pouvez-vous dire de la présence des psychiques/psychiatriques auprès votre public ?

- Quel regard vous portez sur l'augmentation du nombre de ces situations ?
- Comment pensez-vous que cela s'explique ?
- Comment faites-vous face à cette augmentation ? Que mettez-vous en place ? (individuellement, en équipe, en réseau).

2. Les pratiques professionnelles et les innovations

A travers une anecdote, ou plusieurs, pouvez-vous m'expliquer ce que vous avez été amené à faire dans une situation où la personne était en difficulté psychiatrique, que vous n'auriez pas fait habituellement ?

En quoi ce que vous faites/mettez en place avec les personnes en souffrance psychique est différent du reste de votre travail ? Exemple ?

Qu'est-ce que l'institution a mis en place pour cela ?

Est-ce nouveau ?

Comment et où trouvez-vous les ressources pour accompagner ces situations ?

Est-ce que ça génère de nouveaux besoins dans vos pratiques ?

Lorsque de nouvelles solutions d'accompagnement sont trouvées, est-ce qu'elles sont utilisées par d'autres ? Comment ?

A travers le temps, quelles sont les solutions qui ont été trouvées pour ce type de situations et qui perdurent encore aujourd'hui ? Comment expliquez-vous cela ?

3. Le public en souffrance (si pas abordé précédemment)

Pouvez-vous expliquer quelle place l'utilisateur a, dans la recherche de solutions par rapport aux besoins spécifiques liés aux difficultés de santé mentale ?

4. Pour conclure

Quel est votre regard, par rapport aux politiques publiques, autour de ces situations ? D'ailleurs, si vous étiez face à un responsable politique, que voudriez-vous lui dire ?

Par rapport à ce qui a été dit jusqu'à présent, souhaitez-vous ajouter ou préciser quelque chose ?

Précisions par rapport à mon interlocuteur (si cela n'a pas été abordé) :

Comment vous appelez-vous ? Depuis combien de temps travaillez-vous ici ? De quelle formation de départ êtes-vous ? Avez-vous été formé à la santé mentale ?

Qu'est-ce que vous a amené cet échange ? Avec quoi repartez-vous ?

Si peu de développement dans le point précédent, à propos d'une situation :

- *Pouvez-vous me parler d'une personne ou situation que vous avez accompagné où des troubles psychiques existaient et qui vous a marqué ? Quelles sont les démarches que vous avez effectuées avec et pour la personne ? (Logement, médical, etc.) A quoi avez-vous été attentif.ve ?*

D'où venait cette personne ? Comment est-elle arrivée dans votre institution ?

III. Questionnaire pour les partenaires

a. Le relais santé (infirmiers de rue)

Avant d'aborder la question de la manière dont vous répondez à la présence des troubles psychiatriques dans le public avec lequel vous travaillez et surtout les solutions construites pour y répondre avec les maisons d'accueil, pouvez-vous me dire qui vous êtes, à travers un court récit qui soit en lien avec votre métier et votre fonction au sein de la maison d'accueil ?

a.1. Les difficultés de santé mentale

Quel regard portez-vous à propos la présence de troubles psychiatriques auprès de personnes sans abri ? Que pensez-vous de leur nombre ? Comment, selon-vous, cela peut-il être expliqué ?

Selon vous, quels sont les nouveaux besoins que cela fait/ a fait émerger ?

Comment y répondez-vous ?

Pouvez-vous expliquer quelle place l'usager a, dans la recherche de solutions par rapport aux besoins spécifiques liés aux difficultés de santé mentale ?

a.2. Le travail avec le secteur de l'accueil pour sans abri

Comment travaillez-vous avec la maison d'accueil l'Etape ?

Pouvez-vous m'expliquer la manière dont se construisent les collaborations avec la maison d'accueil ?

A travers une situation que vous souhaitez partager, pouvez-vous m'expliquer comment les nouvelles solutions d'accompagnement sont trouvées ?

Est-ce qu'elles sont utilisées par d'autres ? Dans quels cas et comment ?

A travers le temps, quelles sont les solutions qui ont été trouvées pour ce type de situations et qui perdurent encore aujourd'hui ? Comment expliquez-vous cela ?

Que donneriez-vous comme conseil à des intervenants qui travaillent avec des personnes en situation de fragilité psychique et en situation de grande précarité, en regard à ce que vous avez vous-même mis en place ?

Quel est votre regard, par rapport aux politiques publiques, autour de ces situations ? D'ailleurs, si vous étiez face à un responsable politique, que voudriez-vous lui dire ?

a.3. Pour conclure

Par rapport à ce qui a été dit jusqu'à présent, souhaitez-vous ajouter ou préciser quelque chose ?

Précisions par rapport à mon interlocuteur (si cela n'a pas été abordé) :

Comment vous appelez-vous ? Depuis combien de temps travaillez-vous ici ? De quelle formation de départ êtes-vous ? Avez-vous été formé à la santé mentale ?

Qu'est-ce que vous a amené cet échange ? Avec quoi repartez-vous ?

b. Infirmière détachée de la maison médicale à l'intérieur de la maison d'accueil

Avant d'aborder la question de la manière dont vous répondez à la présence des troubles psychiatriques dans le public avec lequel vous travaillez et surtout les solutions construites pour y répondre avec les maisons d'accueil, pouvez-vous me dire qui vous êtes, à travers un court récit qui soit en lien avec votre métier et votre fonction au sein de la maison d'accueil ?

b.1. La fonction d'infirmière au sein d'une maison d'accueil et les difficultés de santé mentale

Comment votre fonction a-t-elle été créée ? Et comment cela s'est mis en place ?

A travers une situation vécue, pouvez-vous m'expliquer la manière dont se construisent les collaborations avec la maison d'accueil ?

Autour d'une ou de plusieurs situations ou anecdotes, pouvez-vous développer votre rôle par rapport aux personnes accompagnées qui souffrent de troubles psychiatriques à l'Etape ? Et votre rôle par rapport à l'équipe de la maison d'accueil ?

Quel regard portez-vous à propos de la présence de troubles psychiatriques auprès de personnes sans abri/en situation de grande précarité ? Que pensez-vous de leur nombre ? Comment, selon-vous, cela peut-il être expliqué ?

Selon vous, quels sont les nouveaux besoins que cela fait/ a fait émerger ?

Comment y répondez-vous (anecdotes) ?

Pouvez-vous m'expliquer la manière dont se construisent les collaborations avec la maison d'accueil ? Comment expliquez-vous que cela fonctionne ?

Lorsque de nouvelles solutions d'accompagnement sont trouvées, est-ce qu'elles sont utilisées par d'autres ? Comment ?

A travers le temps, quelles sont les solutions qui ont été trouvées pour ce type de situations et qui perdurent encore aujourd'hui ? Comment expliquez-vous cela ?

Quel est votre regard, par rapport aux politiques publiques, autour de ces situations ? D'ailleurs, si vous étiez face à un responsable politique, que voudriez-vous lui dire ?

b.2. Pour conclure

Par rapport à ce qui a été dit jusqu'à présent, souhaitez-vous ajouter ou préciser quelque chose ?

Précisions par rapport à mon interlocuteur (si cela n'a pas été abordé) :

Comment vous appelez-vous ? Depuis combien de temps travaillez-vous ici ? De quelle formation de départ êtes-vous ? Avez-vous été formé à la santé mentale ?

Qu'est-ce que vous a amené cet échange ? Avec quoi repartez-vous ?

c. Planning familial qui détache une psychologue de première ligne pour les structures d'accueil.

Avant d'aborder la question de la manière dont vous répondez à la présence des troubles psychiatriques dans le public avec lequel vous travaillez et surtout les solutions construites pour y répondre avec les maisons d'accueil, pouvez-vous me dire qui vous êtes, à travers un court récit qui soit en lien avec votre métier et votre fonction au sein du planning familial ?

Comment la fonction de psychologue de première ligne au sein de maison d'accueil a vu le jour ?

Sur base de quels besoins ?

Autour d'une ou de plusieurs situations ou anecdotes, pouvez-vous développer le rôle de la psychologue par rapport aux personnes accompagnées qui souffrent de troubles psychiatriques à l'Etape ?

Et son rôle par rapport à l'équipe de la maison d'accueil ?

Quels sont les défis que cela vient mettre en évidence ?

Pouvez-vous m'expliquer la manière dont se construisent les collaborations avec la maison d'accueil ?

Pensez-vous que ces actions/ces projets peuvent être mis en place par d'autres ? Comment ?

En quoi ce qui est mis en place est différent du travail habituel d'un psychologue de Planning Familial ?

Quel regard portez-vous à propos de la présence de troubles psychiatriques auprès de personnes sans abri/en situation de grande précarité ? Que pensez-vous de leur nombre ? Comment, selon-vous, cela peut-il être expliqué ?

Quel est votre regard, par rapport aux politiques publiques, autour de ces situations ? D'ailleurs, si vous étiez face à un responsable politique, que voudriez-vous lui dire ?

b.2. Pour conclure

Par rapport à ce qui a été dit jusqu'à présent, souhaitez-vous ajouter ou préciser quelque chose ?

Précisions par rapport à mon interlocuteur (si cela n'a pas été abordé) :

Comment vous appelez-vous ? Depuis combien de temps travaillez-vous ici ? De quelle formation de départ êtes-vous ? Avez-vous été formé à la santé mentale ?

Qu'est-ce que vous a amené cet échange ? Avec quoi repartez-vous ?

