

Stratégie d'investissement social au service des Indemnités de l'INAMI.
Mise en œuvre de ce paradigme : la réinsertion professionnelle ?

Mémoire réalisé par
JEAN ALVES

Promoteur(s)
PIERRE REMAN

Lecteur(s)
GEORGES LIENARD
FRANÇOIS PERL

Année académique 2015-2016
Master en politique économique et sociale

Remerciement

Je remercie mon comité d'accompagnement pour la relecture fastidieuse de mes différentes versions, les remarques bienveillantes et le soutien au long de ce travail.

Je remercie également les membres du service des Indemnités pour leur soutien moral, tout spécialement François Perl qui a soutenu ma démarche en acceptant de faire partie de mon comité d'accompagnement, et l'INAMI pour son soutien financier.

Citations

« ...Qu'est ce que ce contrat social une fois qu'on l'a dépouillé du droit ? C'est une simple formation sociale et économique, un point du diagramme dans une société de normes, une figure abstraite et ouverte aux différents fonctionnement des institutions. Il règle l'appartenance de l'individu à un collectif, en corrigeant l'inadéquation existant entre la personne sociale et les risques d'insécurité qu'une société définit.

On comprend dès lors que le contrat est vide, c'est une pure forme d'universalité. Il n'y a rien en elle à comprendre, car tout dépend de ce qu'on y met dedans, ce que chaque époque historique plantera.

Tout contrat est l'objet d'une détermination purement pratique, il n'existe que parce que les échanges économiques, de biens et de services, de relation de dépendance et d'autonomie sont à régler. C'est une pure forme sans objet. Et c'est pour cette raison qu'elle est traversée par des formes de rationalité politique, une gouvernementalité qui fait des sauts en avant et en arrière. La preuve en est que, dans notre présent, la contractualisation de la société peut signifier une garantie d'autonomie dans certains espaces, une « reféodalisation » des individus dans d'autres.

On comprend dès lors tout l'effort de Robert Castel pour penser ces activités de transfert, cette technique générale de gouvernement des hommes sans statut qui sous-tend la formation de l'état social. Et c'est la raison pour laquelle l'auteur passe par une généalogie de l'intervention de l'État à l'égard des classes pauvres. Les mécanismes de l'État social font partie de façon intrinsèque de toutes ces relations juridiques ; ils en sont circulairement l'effet et la cause. Et c'est grâce à l'isolement de ce niveau de réalité qu'on appelle le droit civil que le problème de l'État social a pu enfin être pensé, réfléchi, hors de la stricte souveraineté politique.

Ce n'est pas dans la formulation générale du droit public ni dans le simple gouvernement politique que l'on trouve les sédiments conducteurs du contrat qui est sans arrêt remis sur le métier, appropriée à une époque, détournée dans une autre, réduite puis redécouverte, réappropriée par une nouvelle sphère d'activité, transposée et étendue à d'autres réalités et d'où ont émergé des problèmes spécifique liés à la protections des individus. Un concept palimpseste pourrions nous dire, où chaque époque gratte le premier sens pour en tracer un autre, qui ne le recouvre pas entièrement, de sorte qu'on y lit par transparence.¹ »

¹ Castel R., Martin C., « *Changement et pensées du changement – Échanges avec Robert Castel* » Laé J.F, « *La propriété sociale, une transmutation du politique dans le contractuel* », La Découverte, 2012 p282 et 283

« Le droit à l'insertion va plus loin qu'un droit social classique.
Il l'enrichit d'abord d'un impératif moral :

- ✓ au-delà du droit de subsistance, il cherche à donner forme au droit à l'utilité sociale ;
- ✓ il considère les individus comme des citoyens actifs et pas seulement comme des assistés à secourir.

La notion d'insertion contribue en ce sens à définir un droit de l'âge démocratique, en articulant secours économique et participation sociale. Lorsqu'ils sont dérivés de la dette sociale, les droits sont au contraire passifs, fondés sur une relation de dépendance (ils ont d'ailleurs été reconnus et formulés dans un âge pré-démocratique) ; le titulaire des droits reste un sujet subordonné.

L'obligation peut, au contraire, participer d'un mouvement de resocialisation. Elle considère les individus comme membres d'une société dans laquelle ils ont le droit d'avoir une place. Ce n'est pas le droit de vivre mais *le droit de vivre en société* qui est affirmé.

L'obligation n'est pas univoque. Ce n'est pas une contrainte qui pèse sur une seule partie : elle exerce aussi une contrainte positive sur la société elle-même, en l'invitant à prendre au sérieux les droits.

Entre le droit social traditionnel et l'aide sociale paternaliste, se dégage ainsi la voie d'une *implication réciproque* de l'individu et de la société.

A distance égale de l'Etat-Providence, dont il n'est plus possible de financer le coût, et de la vieille société d'assistance, à laquelle personne ne veut retourner, s'ouvre ainsi la voie d'un nouveau droit social » (...) « L'obligation qui l'accompagne n'est pas une forme de restriction de la liberté, mais un moment de la construction du social.

On voit que la notion d'insertion oblige à reconsidérer radicalement les principes organisateurs de la société individualiste. Tant que l'on reste inscrit dans un schéma individualiste classique, il n'y a pas moyen, en effet, de dépasser les apories de l'Etat passif-providence.

Appréhendé dans une perspective historique, la théorie de l'insertion correspond aussi à une étape de la vie sociale dans laquelle le problème n'est plus seulement de conquérir des droits, mais de les faire vivre comme droits réels. Les obligations peuvent bien être qualifiées de positives dans cette mesure. Elles permettent d'échapper au vieil enchaînement de la protection et de la dépendance. C'est d'ailleurs en rappelant les termes historiques du dilemme sécurité/liberté que l'on peut mieux mesurer la rupture qu'instaure la notion d'obligations positives dans la vision du social.² »

² Rosanvallon P. « La nouvelle question sociale, repenser l'état providence » 1995, Points, p178, 179 et 181

Tables des matières

Remerciement.....	2
Citations	3
Introduction	9
1. La réinsertion professionnelle en assurance Indemnités en Belgique.	15
1.1. Incapacité de travail: Maladie ou accident d'origine non professionnelle.....	15
1.1.1. Quelles constatations ?	16
1.1.2. Quelle réponse l'INAMI peut tenter d'y apporter ?	19
1.1.3. Quelles solutions ?	19
1.2. La réinsertion professionnelle	20
1.2.1. Quelle est la motivation du lancement de cette politique ?	21
1.2.2. Changer de paradigme : l'investissement social.....	21
1.2.3. Réhabiliter, pourquoi et comment ?	21
1.2.4. L'investissement dans la réinsertion : une économie ?.....	22
1.2.5. En quoi ces deux mesures sont-elles une source d'économie pour le service des Indemnités de l'INAMI ?	24
1.2.6. La réinsertion professionnelle est parsemée de difficultés.....	24
1.3. Qualité des parcours de réinsertion professionnelle.....	26
1.3.1. Création d'une cellule réinsertion professionnelle	27
1.3.2. Déterminant d'un parcours de réinsertion professionnelle.....	30
1.3.3. Comment peut-on répondre aux besoins des médecins-conseils ?	30
1.3.4. La réinsertion professionnelle doit être la plus précoce possible.....	31
1.4. La création d'un Centre de connaissance en incapacité de travail	32
1.5. Un nouveau métier : le Disability Management.....	32
1.6. Le modèle IPS.....	33
2. Contexte réglementaire du retour au travail des personnes présentant un problème de santé : Contexte International et national	35
2.1. Instruments internationaux	35
2.1.1. Les Nations Unies	35
2.1.2. L'Union européenne	36
2.1.2.2. Accord-cadre sur les marchés du travail inclusifs	37

2.1.2.3. Conseil européen.....	37
2.2. Instrument nationaux	37
2.2.1. Inami : Mesures règlementaires en assurance indemnités dans le cadre de la réinsertion professionnelle.....	37
2.2.2. Quels sont les changements apportés par la loi du 13 juillet 2006 ? ..	38
2.2.3. Loi du 13 juillet 2006 : quelles implications ?.....	39
2.2.4. La « nouvelle philosophie » (mars 2014) : principaux changements.	43
2.2.5. Réinsertion socioprofessionnelle : vision nouvelle	43
2.2.5.1. Nouvelles directives	43
2.2.5.2. Les professions de référence	44
2.2.6. Accord du 11 octobre 2014 du nouveau gouvernement Michel:	45
2.2.6.1. L'offre d'un plan de réintégration socioprofessionnelle Loi programme du 19 décembre 2014	46
3. Analyse organisationnelle du département Réinsertion professionnelle.....	47
3.1. Le département réinsertion professionnelle au sein du service des Indemnités de l'INAMI: entre configuration bureaucratique et configuration professionnelle.	48
3.1.1.1. Introduction	48
3.1.1.2. Conception de la structure : mécanismes de division et coordination du travail dans le département Réinsertion professionnelle.	48
3.1.2. La différenciation	51
3.1.3. Les liaisons entre unités	53
3.1.4. La forme structurelle	54
3.1.5. La communication.....	54
3.2. Les facteurs de contingence	54
3.2.1. L'âge et la taille de l'organisation	54
3.2.2. La technologie	54
3.2.3. Le degré de complexité du domaine de la réinsertion	55
3.2.4. Le degré d'hostilité du domaine de la réinsertion	56
3.2.5. Le degré d'hétérogénéité du domaine de la réinsertion.....	56
3.3. Les buts	56
3.3.1. Buts mission et / ou système	56
3.3.2. Système de buts	57
3.4. Le pouvoir.....	58

3.4.1.	L'acteur influent et la typologie des acteurs	58
3.4.2.	Entre loyalisme et non-implication	58
3.4.3.	La localisation et l'exercice du pouvoir	59
3.5.	Conclusions de l'analyse organisationnelle du département	
	Réinsertion professionnelle	59
4.	Le nouveau Paradigme : la stratégie de l'investissement social	62
4.1.	La stratégie d'investissement social	62
4.1.1.	Que vise l'investissement social ?	63
4.1.2.	Quelles en sont les principales critiques ?	63
4.2.	Politique d'investissement social : la réinsertion professionnelle?	64
4.3.	Organisation du département réinsertion professionnelle	66
4.4.	Forces et résistances	69
4.4.1.	Forces	69
4.4.2.	Résistances	72
	Conclusion générale	74
	Entre réalité opérationnelle et stratégie d'investissement social orientée vers le futur : la réinsertion professionnelle en Belgique	74
	Bibliographie	78
	Sources	80
	Revue	81

Figure 1 : le modèle de Sherbrooke - modèle écologique/gestion de cas	9
Figure 2 : Pyramides des âges : Belgique 2013	17
Figure 3 : Pourcentages d'invalides par groupe de maladies	18
Figure 4 : Return to work after sickness, Belgium 2010	31
Figure 5 : Organigramme de la direction administrative	51
Figure 6 : Processus Réinsertion professionnelle	52
Figure 7 : Organigramme du service des Indemnités de l'INAMI	53
Figure 8 : L'environnement du département réinsertion professionnelle	55
Figure 9 : Traitement de la demande en réinsertion professionnelle	69
Tableau 1 : Le coût budgétaire du vieillissement à long terme	15
Tableau 2 : Taux d'invalidité de la population de 16 à 64 an selon le sexe et l'âge	16
Tableau 3 : Proportion de croissance :les composants de la population active	17
Tableau 4 : Evaluation de la population en Belgique	18
Tableau 5 : Nombre d'invalides comparés sur 25 ans	19
Tableau 6 : Evolution des reprises partielles d'activité	22
Tableau 7 : Evolution du nombre de cas en incapacité primaire	24
Tableau 8 : Evolution du nombre d'invalides de 2004 à 2014	25
Tableau 9 : Nouveaux parcours traités par la CSCMI (de 2010 à 2014)	25
Tableau 11 : Mécanismes de division et de coordination du travail	51
Tableau 12 : Echanges entre l'Inami et les partenaires	70

Introduction

Ce rapport n'a pas pour ambition d'aborder l'ensemble des problèmes rencontrés par les personnes en incapacité de travail ou en invalidité, ni l'ensemble des dispositifs publics mis en place les concernant.

Il a pour objectif de faire le point sur les possibilités de réinsertion professionnelle qui sont proposées à l'heure actuelle aux assurés sociaux en incapacité de travail ou en invalidité pris en charge par l'INAMI, d'ouvrir des pistes de réflexion sur les possibilités de réinsertion professionnelle adaptées à ce public cible.

La structure du rapport

Après avoir contextualisé la question de la réinsertion professionnelle en Belgique (1), et décrit de façon synthétique l'évolution des réglementations et des politiques publiques relatives à la réinsertion professionnelle des assurés dans le domaine de l'assurance soins de santé et indemnités au niveau national et international (2), j'aborderai une analyse organisationnelle du département réinsertion professionnelle chargé de la mise en œuvre, du suivi et du développement de la réinsertion professionnelle (3).

Pour finir, j'interrogerai le concept du nouveau paradigme d'investissement social sous l'angle de la réinsertion professionnelle en Belgique (4) pour mettre en lumière ces forces et résistances.

Les conclusions porteront sur les changements à venir et les besoins identifiés pour rendre possible la réalisation de cet investissement social.

Quelles questions derrière la réinsertion professionnelle de travailleurs atteints de problèmes de santé ?

La nécessité de créer une politique active pour le bien-être au travail et en dehors du travail, met au cœur des services publics l'optimisation des droits des assurés sociaux.

Un changement de paradigme et de mentalité concernant l'être en société, le travail, la solidarité et la sécurité sociale où l'inclusion de tous devient le centre de ces enjeux.

Une société inclusive pour tous, qu'est-ce que cela implique ?

Chacun doit pouvoir se sentir soutenu. Chercher des solutions pour les plus éloignés de la vie sociale et du monde du travail implique de mettre en place des outils de tissage de liens.

Lorsque l'accident de vie, qui peut toucher chaque travailleur survient, il est en droit de ne pas être seul et sans protection.

Il s'agit de construire, avec les moyens existants, un rétablissement du parcours professionnel du travailleur qui doit sentir qu'il ne passe pas à travers les mailles du filet de la sécurité sociale. Cela va bien au-delà de l'indemnisation passive.

D'abord, un suivi doit être organisé pour ses divers problèmes de santé, un accompagnement spécifique pour qu'il reste maître de sa vie, de sa dignité, de son autonomie. Les décisions du travailleur doivent être éclairées par une information adaptée à ses besoins et à son état, au fil du temps de son accident de vie.

Cette vision doit être partagée par l'ensemble des institutions et des personnes qui constituent la chaîne de partenaires qui permet au travailleur de se maintenir en tant qu'humain au sein des humains.

« Dans les dispositifs récents apparaît de façon claire un changement de postulat qui souligne que les problèmes vécus par les personnes handicapées³ ne sont pas seulement dus à la nature de leurs déficiences, mais révèlent également la façon dont la société est agencée, et plus particulièrement les obstacles qui privent ces personnes de leur droit de pouvoir participer à tous les aspects de la vie en société.

Ce modèle du handicap, dénommé social, met en relief la nécessité de considérer les personnes handicapées comme des citoyens à part entière qu'il faut intégrer à la société et non plus comme des malades qu'il faut aider à se guérir eux-mêmes, vision inspirant le modèle dit médical.

Ce passage d'un modèle médical à un modèle social du handicap est souvent qualifié de changement de paradigme, c'est-à-dire d'un renversement de contenu du cadre dominant des idées structurant l'élaboration de la politique dans un domaine particulier (...)

Une approche traditionnelle du principe d'égalité conduit naturellement à considérer l'exclusion des personnes handicapées comme quelque chose, certes de regrettable, mais d'inévitable. En effet, on considère comme le fruit du destin le fait que beaucoup de personnes handicapées ne soient pas en mesure d'accéder à des infrastructures publiques (...)

La vision traditionnelle du principe d'égalité considère que ces situations ne violent pas le principe d'égalité, car ce sont des caractéristiques des personnes et non un traitement inéquitable de la société qui est responsable de leur exclusion (...) En filigranes de ces nouvelles politiques sociales visant l'inclusion, un message puissant et subversif apparaît nettement : les institutions et les processus sociaux doivent être (ré) examinés afin de déterminer si et comment, ils ont tendance à exclure certaines catégories de citoyens (...) Cette idée relie fermement les acteurs sociaux à des devoirs pour faciliter et faire avancer le progrès social (...) En affirmant le droit à l'inclusion, on fait avant tout valoir que tous les individus sont en droit de participer à la vie en société, et que si certains en sont exclus, la carence se trouve certainement dans le système social.»⁴

Qu'est-ce qui rend la vie difficile à une personne en incapacité de travail, handicapée, ou atteinte par des problèmes de santé ?

La vie quotidienne est devenue d'une complexité difficile à soutenir pour la grande majorité de la population : Lois, Arrêtés Royaux, circulaires administratives, dans leurs différentes interprétations et jurisprudences, que seuls les experts peuvent comprendre.

Dans un monde connecté où la communication règne, l'humain est placé face à des réponses standards et automatisées. Ces réponses dépersonnalisées ne permettent pas de relier l'ensemble des matières, domaines, acteurs, qui jouent chacun un rôle clé dans leurs parcours singuliers et uniques.

³ Handicap est ici pris au sens large visant toute personne dont la capacité est réduite du fait d'un problème de santé – OCDE « Transformer le handicap en capacité », 2003.

⁴ Gubbels A. « Nouvelles Politiques publiques », Le prix du handicap, La Revue Nouvelle, mars 2008. P52,53

Il n'existe pas deux parcours similaires. Chaque être humain est multidimensionnel et existe dans ses différentes dimensions âge, genre, vie sociale, domicile, vie personnelle, état psychique et physique, parcours de vie, expériences professionnelles et formations.

Une réflexion individualisée doit permettre de définir le parcours d'inclusion le plus adapté.

Vouloir réinsérer professionnellement les travailleurs qui ont subi des accidents de santé au cours de leur vie professionnelle implique de prendre le temps de les rassurer, de leur permettre de faire le deuil d'une partie de leur vie active et de maximiser le potentiel de leurs droits et ceci dès le départ.

La coordination de la longue chaîne d'intervenants et d'organismes compétents au fil du parcours de réinsertion se doit d'être efficace, pertinente et adaptée au vaste plan qui vise l'inclusion socio-professionnelle.

Les implications économiques de la productivité implicites au monde du travail sont omniprésentes. Il est d'autant plus difficile pour une personne fragilisée de retrouver une place auprès d'un employeur qui se doit de faire fructifier son entreprise, alors que le taux de chômage était au deuxième semestre 2015⁵ de 8.4% en Belgique dont 18.3% à Bruxelles, 5.2% en Région Flamande et 11.1% en Région Wallonne.

L'Etat-providence est avant tout un assureur qui substitue aux hasards de l'existence individuelle la certitude de la solidarité sociale⁶.

La sécurité sociale fait partie du contrat social, elle maintient à flot des milliers de personnes qui auraient, sans elle, basculé dans l'indigence. Ce maillage garantit la protection sociale.

« Ces droits et devoirs collectifs ne protègent pas que les plus chanceux d'entre nous, qui par héritage ou par leur travail ont les moyens de s'en passer, ils protègent pour chacun la liberté de vivre dans la dignité ».⁷

« Les politiques sociales sont, depuis une quinzaine d'années, mises en débat dans des termes nouveaux à tel point que l'on parle à leur propos de "Nouvelles figures de la question sociale", de la "Métamorphose de la question sociale", ou du "changement de paradigme de l'État social". Le concept d'exclusion sociale est central dans ce nouveau paradigme. Il signifie que la question sociale ne se réduit pas au paupérisme ou, ce qui revient au même, à une insécurité de l'existence liée à l'insuffisance des revenus, mais à l'incapacité d'exercer pleinement ses droits économiques et sociaux. Selon cette lecture de la question sociale, les raisons principales de l'exclusion concernent à la fois les individus et les institutions. Les individus victimes d'exclusion sociale seraient ceux dont les capacités ne seraient pas suffisantes pour entreprendre et réussir un parcours ou une trajectoire de vie professionnelle et sociale de pleine intégration. La contre figure positive est celle de l'entrepreneur de soi et ce serait donc l'incapacité d'en être un qui conduirait à l'exclusion sociale »⁸.

⁵ <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/travailvie/emploi/trimestriels/>

⁶ Laurent E. «Le bel avenir de l'Etat Providence », Les Liens qui Libèrent, mai 2014. P26

⁷ Castel.R «Les métamorphoses de la question sociale *Une chronique du salariat* »Gallimard, 1995

⁸ Reman P. et Wernerus.S, « Politiques actives et marché du travail », Le prix du handicap, La Revue Nouvelle, mars 2008. p47

Ce n'est pas une révolution sociale qui est visée mais un changement radical de la prise en charge des travailleurs en incapacité de travail ou en invalidité.

Dans un contexte économique difficile, face à des taux de chômage importants, en pleine mondialisation, alors que la société change et s'adapte à la post modernité, il faut se réinventer.

Viser l'optimisation des services publics rendus passe par la rationalisation, la coordination, la communication, la simplification des processus de travail, pour mettre le social là où il doit se trouver, au cœur de la société.

Etat des lieux et perspectives :

Quels sont les défis relatifs à la réinsertion professionnelle qui constitueront la stratégie au sein du service des Indemnités ?

En 2014, le service des Indemnités de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI) a pris en charge les indemnités de 343.926 travailleurs en invalidité (après 1 an) et de plus 389.108 travailleurs en incapacité primaire (1^{ère} année). Un budget annuel de près de 7 milliards d'euros y a été consacré.

Le service des Indemnités de l'INAMI (composé de 67 équivalents temps plein), et ses comités de gestion paritaires assument la responsabilité de leurs missions :

- Veiller à ce que les assurés sociaux, travailleurs salariés et indépendants, reçoivent un revenu de remplacement adéquat en cas d'incapacité de travail.
- Garantir que de réelles opportunités de réinsertion professionnelles leurs soient offertes au terme de l'incapacité de travail.

La croissance du nombre d'assurés sociaux en incapacité de travail a plus que doublé en l'espace de 20 ans.

Le service des Indemnités de l'INAMI en collaboration avec les Unions Nationales et leurs mutualités doivent transformer cette croissance du nombre de travailleurs exclus du monde du travail pour raison de santé, en une opportunité de remettre en question leurs visions et leurs processus.

En maintenant leur mission première, l'indemnisation, l'INAMI et les Unions Nationales doivent construire des outils destinés à porter un nouveau regard sur l'incapacité de travail.

L'évaluation de l'incapacité de travail par le médecin-conseil de la mutualité est accompagnée aujourd'hui d'une évaluation des capacités restantes qui permet d'aller plus loin dans la réflexion sur une potentielle réinsertion professionnelle.

Cette discussion médico-psycho-sociale entre un médecin-conseil et un assuré social vise à poser un diagnostic justifiant de l'incapacité de travail, objectiver les capacités restantes éventuelles, et si cela est possible, de proposer un parcours volontaire de retour vers l'emploi.

Le médecin-conseil et l'assuré social peuvent envisager deux types de parcours : le retour au travail à temps partiel ou un parcours de réinsertion professionnelle (formation).

Focus sur la réinsertion professionnelle

Le public cible de la réinsertion professionnelle est l'assuré social en âge de travailler qui, dans le cadre de l'assurance Indemnités, est temporairement en incapacité de travail (1^{ère} année) ou en invalidité (années suivantes).

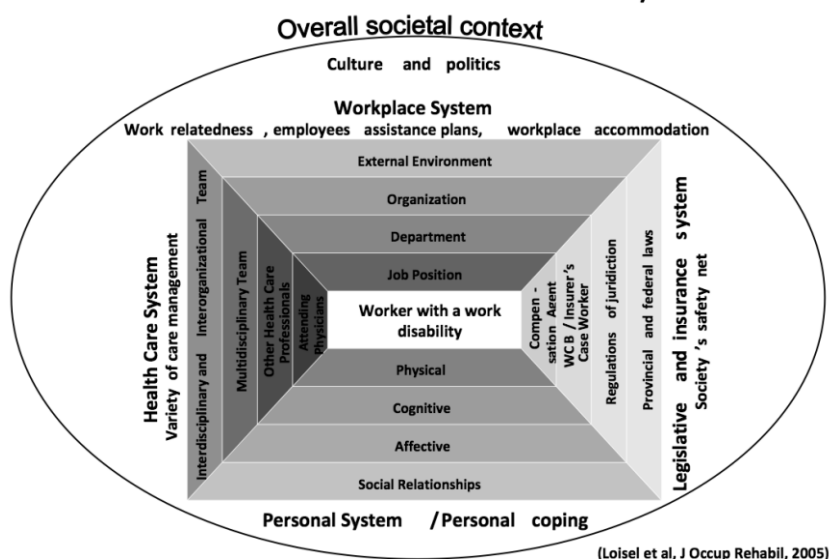
Cela concerne donc des travailleurs salariés ou chômeurs, des indépendants (avec ou sans emploi) qui souhaitent explorer leurs possibilités sur le marché du travail.

Le retour au travail est déterminé par plusieurs éléments selon les niveaux suivants :

- macro-système : contexte social, culturel et politique ;
- méso-système : environnement de travail, soins de santé, cadre légal et régime d'assurance ;
- micro-système : l'individu.

Le modèle de Sherbrooke (fig. 1) schématise l'ensemble des acteurs pouvant être appelés à intervenir dans le cadre d'un processus de retour au travail dans un contexte systématique et systémique⁹. Ce modèle tient également compte des diverses parties prenantes concernées par le processus – chacune avec sa vision et ses attentes¹⁰.

Figure 1 : le modèle de Sherbrooke - modèle écologique/gestion de cas¹¹



Dans le modèle de Sherbrooke, la gestion de cas montre les différents domaines, niveaux et intervenants autour d'un travailleur en incapacité de travail. Au centre se trouve le travailleur et autour de lui :

⁹ « Qui se rapporte à un système ou l'affecte dans son ensemble » *Petit Robert* 2009

¹⁰ Schultz I, Stowell A, Feuerstein M, Gatchel R, "Models of return to work for musculoskeletal disorders". (2007). *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1752, 327-352.

¹¹ Loisel p., 2005A

- Le système médical avec une variété de processus de soins adaptés : médecins généralistes, médecins spécialistes, équipes multidisciplinaires, et équipes interdisciplinaires, qui sont responsables de l'organisation dans la ligne du temps des soins de santé.
- L'environnement du travail avec des possibilités d'adaptation de poste ou des plans d'assistance personnalisée en lien avec le travail : dans le dernier métier exercé chez son employeur dans son environnement professionnel, responsable, médecin du travail, conseiller en prévention, département des ressources humaines, collègues.
- L'environnement réglementaire du système d'assurance indemnités (réglementation en vigueur, lois d'applications) prévoit que le médecin conseil de la mutualité est responsable du suivi du travailleur en incapacité de travail ou en invalidité.
- L'environnement personnel du travailleur avec ses dimensions physiques, cognitives et émotionnelles et son réseau social.

De ce modèle de réinsertion professionnelle en création, « work in process », doit découler une vision stratégique.

Un long cheminement d'essais /erreurs, de récoltes de données pertinentes, de monitorings réguliers seront nécessaires afin de tendre vers une meilleure compréhension des enjeux de la réinsertion professionnelle.

1. La réinsertion professionnelle en assurance Indemnités en Belgique.

1.1. Incapacité de travail¹²: Maladie ou accident d'origine non professionnelle.

Aujourd'hui, l'ensemble des institutions de la sécurité sociale dans le monde fait face aux mêmes difficultés économiques, sociales et démographiques. Celles-ci déstabilisent la viabilité financière et la capacité de lutter contre l'insécurité sociale.

Les institutions de la sécurité sociale sont confrontées aux mêmes évolutions :

- Faiblesse de la fécondité,
- Allongement de l'espérance de vie,
- Diminution de la population en âge de travailler,
- Précarisation croissante du monde du travail,
- Dégradation du taux de pauvreté (Le taux de pauvreté des 16-24 ans atteint 22% en Belgique).
- L'accélération des restructurations des secteurs publics et privés dans un contexte de mondialisation de la société,
- Le consensus sur l'importance de l'éducation et de la formation tout au long de la vie devient un objectif explicite dans les politiques économiques et sociales. Ce qui crée :
 - Des tensions entre l'objectif social de reclassement des chômeurs et l'objectif économique d'investir dans le capital humain en général.
 - Des tensions entre l'objectif de promotion de l'épanouissement individuel et celui de répondre aux besoins socio-économiques.
- l'augmentation des demandes d'indemnisation pour des problèmes de santé mentale et de troubles musculo-squelettiques,
- la faiblesse du taux de sortie des régimes de sécurité sociale.

En l'absence de mesures radicales, ces difficultés s'associeront, entraînant une augmentation des coûts provoquant une déstabilisation de l'équilibre financier fragile de la sécurité sociale en temps de restriction budgétaire.

¹² Vision de Loisel (2005) – qui considère que l'incapacité de travail n'est pas directement liée à la cause médicale initiale mais peut être envisagée comme une nouvelle affection avec des facteurs personnels, sociaux et liés à l'environnement.

Tableau 1 : Le coût budgétaire du vieillissement à long terme
(Selon le scénario de référence du CEV de juillet 2013 en % du PIB en Belgique¹³)

Composantes du coût budgétaire du vieillissement	Scénario de référence du CEV de juillet 2013									Différence avec les résultats d'octobre 2012
	2012	2018	2030	2050	2060	2012-2018	2018-2060	2012-2060	2012-2060	
Pensions	10,2	11,0	13,6	14,9	14,7	0,8	3,7	4,5	0,2	
- régime des salariés	5,6	6,2	7,8	8,5	8,3	0,6	2,1	2,8	0,5	
- régime des indépendants	0,8	0,9	1,1	1,1	1,1	0,0	0,2	0,3	0,0	
- secteur public ^a	3,9	4,0	4,7	5,2	5,3	0,1	1,3	1,4	-0,3	
Soins de santé ^b	8,1	8,3	9,0	10,4	10,7	0,2	2,4	2,6	-0,2	
- soins « aigus »	6,9	7,0	7,4	7,8	7,9	0,1	0,9	1,0	-	
- soins de longue durée	1,2	1,3	1,6	2,6	2,9	0,1	1,5	1,6	-	
Incapacité de travail	1,7	1,8	1,7	1,5	1,4	0,1	-0,3	-0,2	-0,1	
Chômage ^c	2,0	1,8	1,3	1,2	1,1	-0,2	-0,6	-0,9	0,0	
Chômage avec complément d'entreprise	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	-0,1	-0,0	-0,1	0,0	
Allocations familiales	1,6	1,6	1,6	1,4	1,4	0,0	-0,3	-0,3	0,0	
Autres dépenses sociales ^d	1,7	1,7	1,7	1,6	1,5	-0,0	-0,2	-0,2	0,0	
Total	25,8	26,6	29,1	31,2	31,2	0,7	4,6	5,4	-0,1	
p.m. rémunérations du personnel enseignant	4,2	4,0	4,1	4,1	4,1	-0,2	0,1	-0,1	-0,2	

- a. Y compris les pensions des entreprises publiques à charge de l'Etat et la GRAPA.
b. Dépenses publiques de soins de santé, aigus et de longue durée.
c. Y compris crédit-temps et interruption de carrière.
d. Principalement les dépenses pour accidents de travail, maladies professionnelles, Fonds de sécurité d'existence, les allocations pour personnes handicapées et le revenu d'intégration.

Ces faits conduisent à des décisions qui pourraient toucher les niveaux d'indemnisation ou la qualité des prestations et services pour le public cible pour lequel l'assurance indemnité a été créée.

Dans ce cadre, ce mémoire vise à montrer que la réinsertion professionnelle peut être considérée non comme un coût pour la société mais une source d'économie dans le cadre plus large du changement de paradigme qui introduit dans les missions de la sécurité sociale une stratégie d'investissement social¹⁴.

1.1.1. Quelles constatations ?¹⁵

Ces constatations sont valables aussi bien pour les soins de santé que pour les indemnités : Le vieillissement de la population sur le marché du travail ne cesse d'augmenter,

Tableau 2 : Taux d'invalidité de la population de 16 à 64 ans selon le sexe et l'âge¹⁶

	2004				2009			
	16-34	35-54	55-64	Total	16-34	35-54	55-64	Total
Femmes	0,61	4,04	5,20	2,96	0,73	4,94	7,25	3,84
Hommes	0,56	3,83	10,18	3,64	0,55	3,94	9,62	3,74
Total	0,59	3,93	7,65	3,30	0,64	4,44	8,43	3,79

¹³ http://finances.belgium.be/fr/binaries/vieillissement_2013_07_tcm307-242761.pdf

Incapacité de travail dans ce tableau recouvre les dépenses d'incapacité primaire, les dépenses d'invalidité et les dépenses de repos de maternité

¹⁴ Palier.B, « La stratégie d'investissement social » 2014 <hal-01064753>

¹⁵ <http://www.INAMI.fgov.be/fr/publications/Pages/brochure-facteurs-explicatifs.aspx>

¹⁶ INAMI, Service des Indemnités (2004 à 2009)

L'augmentation de la population active¹⁷, dont l'arrivée de 700 000 femmes sur le marché du travail¹⁸ a provoqué un effet mécanique d'augmentation du nombre d'invalides potentiels.

Tableau 3 : Proportion de croissance : les composants de la population active¹⁹

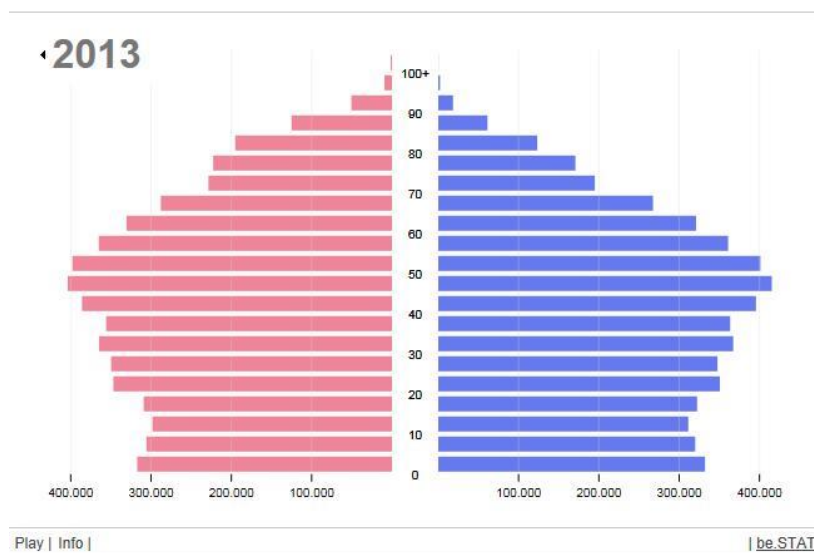
	Part expliquée par l'évolution de la PA:	Proportion de la croissance expliquée par les composants individuels de la population active:							
		Hommes au travail		Hommes sans emploi		Femmes au travail		Femmes sans emploi	
		15-49	50-64	15-49	50-64	15-49	50-64	15-49	50-64
Belgique	27,05	3,29	3,03	-0,66	-0,16	16,66	7,58	-2,93	0,24
Pays-Bas	37,50	9,67	7,62	-4,88	-0,56	19,09	8,08	-1,67	0,13
Danemark	13,18	3,34	5,72	-3,27	-0,42	4,71	6,41	-3,11	-0,21
Suède	12,24	-0,37	4,33	1,36	0,27	0,06	4,90	1,45	0,23

Source : élaboration personnelle sur la base de Clasen et Clegg (2011), OECD.stat (2013).

L'alignement de la pension des hommes et des femmes à l'âge de 65 ans est un exemple très concret d'effet mécanique d'une politique sociale (visant l'accroissement du nombre de travailleur âgé dans notre société) sur l'augmentation du nombre d'invalide.

Une population en âge d'être active qui vieillit et qui augmente dans la classe d'âge 50 à 65 ans, implique donc plus de personnes susceptibles de tomber en invalidité.

Figure 2 : Pyramides des âges : Belgique 2013²⁰



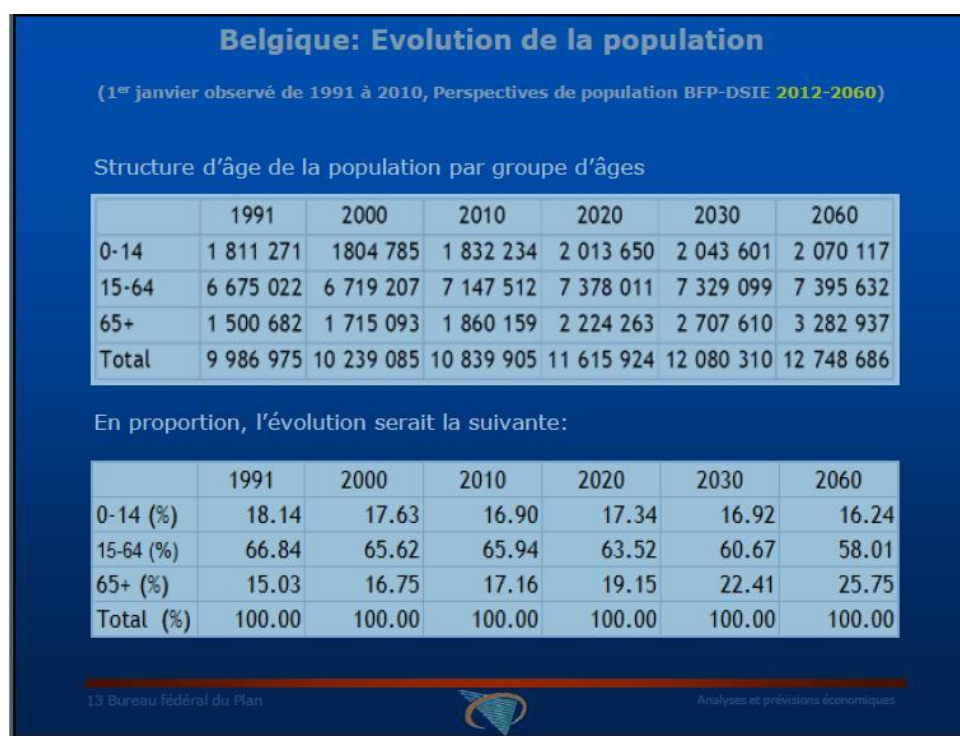
¹⁷ Meeusen L. et Nys.A, « La composition changeante de la population active a-t-elle un impact sur l'incapacité de travail ? Analyses empiriques pour la Belgique les Pays Bas, la Suède et le Danemark », Centrum voor Social Beleid Herman Delleck, Univesiteit Antwerpen <http://socialsecurity.fgov.be/docs/fr/publicaties/btsz/2013/btsz-1-2013-meeusen-nys-fr.pdf>

¹⁸ Cantillon B., « De l'état providence actif à l'état providence pluriactif : les instruments d'une politique », Reflets et perspectives de la vie économique 2001/1 (Tome XL), p 197

¹⁹ Ibid 9

²⁰ <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/structure/agesexe/>

Tableau 4 : Evaluation de la population en Belgique 21



C'est entre 50 et 65 ans que le risque d'entrée en incapacité de travail est le plus important et c'est justement pour cette tranche de travailleurs que se situe une grande partie de l'augmentation.

Ces quatre tableaux mettent en évidence, d'abord l'impact de la charge du vieillissement sur les taux d'invalidité sur la tranche 50/64 ans (Tableau 2), puis l'arrivée importante de femmes sur le marché du travail (Tableau 3), l'élargissement de la pyramide des âges autour de 50 ans pour les femmes comme pour les hommes (Figure 2) et l'augmentation du nombre de personnes en âge de travailler (Tableau 4).

Ce phénomène va nous accompagner jusque dans les années 2020-2030 selon les perspectives de l'INAMI²² et du Bureau du plan²³.

Ces prévisions viennent d'être mises à jour dans le cadre de l'adaptation aux nouvelles mesures prévues par l'accord du gouvernement Michel (NVA,VLD,MR,CDnV), notamment en terme de prépension qui sont amenés à disparaître et d'âge légal de la pension qui devraient être prolongés à 66 ans en 2025, puis 67 ans en 2030.

A ces constatations s'ajoute l'émergence de pathologies lourdes. L'invalidité de 2014 n'est pas l'invalidité des débuts de l'assurance Indemnités. Une conception statique du système doit être remplacée par une conception plus dynamique en cohérence avec l'adaptation nécessaire à l'importance des enjeux. Aujourd'hui, les deux groupes de maladies les plus importants

²¹ http://www.plan.be/admin/uploaded/201305241522220.2013_04_25_M.Lambrecht_SREPb.pdf (p7)

²² <http://www.INAMI.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure-facteurs-explicatifs.pdf>

²³ http://www.plan.be/admin/uploaded/201504241417080.Rapport_consequences_budgetaires_FR.pdf

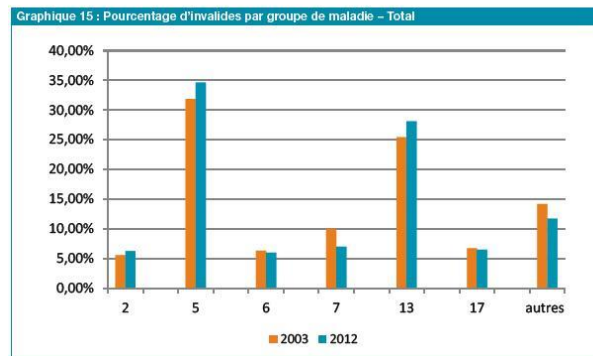
sont, selon les statistiques de l'INAMI, les troubles mentaux et musculo-squelettiques, qui représentent +/- 65% des assurés en invalidité²⁴.(Figure 3)

Figure 3 : Pourcentages d'invalides par groupe de maladies²⁵

Les invalides peuvent être répartis en 17 groupes de maladies. Les graphiques ci-dessous présentent au total les pourcentages des 6 principaux groupes de maladies, par sexe et statut social. Ces groupes de maladies sont les suivants :

2 : tumeurs
 5 : troubles psychiques
 6 : maladies du système nerveux et des organes sensoriels
 7 : maladies du système cardiovasculaire
 13 : maladies du système locomoteur et du tissu conjonctif
 17 : lésions traumatiques et intoxications

Ces 6 groupes de maladies représentent 88,32 % du nombre total d'invalides en 2012.



Une série de décisions, prises par les gouvernements qui se sont succédés, viennent s'ajouter notamment en matière de pension, de prépension et de chômage qui font là aussi augmenter mécaniquement le nombre de personnes titulaires de la sécurité sociale qui sont susceptibles de tomber en invalidité.

Les conditions d'une augmentation massive de l'invalidité ont ainsi été mises en place dans notre pays sans le vouloir et sans le prévoir.

1.1.2. Quelle réponse l'INAMI peut tenter d'y apporter ?

D'abord, l'INAMI se doit d'attirer l'attention de notre société globale sur ce nouveau phénomène sociétal.

La société belge et les pouvoirs publics peuvent soit :

- Accepter que des travailleurs en âge d'être actifs et ayant encore des capacités soient définitivement à charge de la société.
- Saisir cette situation comme un défi, et la transformer en opportunité.

1.1.3. Quelles solutions ?

En 2014, 6.643.498.440 milliards d'euros ont été dépensés pour l'assurance Indemnité soit 989.033.440 millions d'euros de plus qu'en 2011.

L'assurance Indemnité est une des branches de la sécurité sociale qui connaît la plus forte augmentation en termes de population et de coût, après les pensions et les soins de santé²⁶.

²⁴ <http://www.INAMI.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure-facteurs-explicatifs.pdf>

²⁵ <http://www.INAMI.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure-facteurs-explicatifs.pdf>

Tableau 5 : Nombre d'invalides comparés sur 25 ans

Année	1989	2009	2014	2009-1989 écart	2009-1989 écart %	2014-1989 écart	2014-1990 écart %
Invalides	164.204	245.209	343.926	81.005	49,33%	179.722	109,15%

En 25 ans, de 1989 à 2014, la population en invalidité a plus que doublé.

Cette situation est devenue une urgence des politiques sociales pour maintenir la viabilité du système, au même titre que les pensions.

Les pistes de solutions sont les suivantes...

- toucher aux allocations : d'une part les allocations restent dans la moyenne inférieure des pays industrialisés de l'OCDE et donc réduire les indemnités serait une régression sociale pour un pays stable comme la Belgique qui se targue d'avoir une sécurité sociale forte.

- restreindre les conditions d'accès à l'invalidité : la Belgique a déjà un des systèmes sur le plan des conditions d'accès qui est des plus fermés parmi les institutions de sécurité sociale de l'OCDE et ce principalement pour deux raisons :

- la première est liée à « l'état antérieur » : dans les pays industriels et dans beaucoup de pays européens, on ne fait pas de différences entre handicap et invalidité. En Belgique cette différence existe. Seuls les travailleurs ayant prouvé leur capacité de gain (avoir travaillé au moins pendant 6 mois) malgré leur état antérieur peuvent être reconnus en assurance invalidité.
- la deuxième raison est la barrière des 66% d'invalidité²⁷ qui constitue en théorie, un frein important à l'entrée dans le système.

Il serait difficile d'intervenir sur l'un de ces deux aspects pour juguler l'augmentation du nombre d'entrées en invalidité en restreignant encore plus les conditions d'admissibilité.

1.2. La réinsertion professionnelle

L'INAMI, les Organismes Assureurs et les comités de gestion salariés et indépendants avec l'appui des gouvernements successifs depuis la loi du 13/07/2006 ont pris l'option : de tenter d'endiguer l'augmentation croissante d'assurés sociaux en incapacité de travail et en invalidité et d'augmenter le taux de sortie en investissant dans les moyens alloués à la réinsertion professionnelle.

²⁶ Voir tableau 1

²⁷ [Art. 100](#).§ 1^{er} de la loi coordonnées du 14/07/1994 : Est reconnu incapable de travailler au sens de la présente loi coordonnée, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

1.2.1. Quelle est la motivation du lancement de cette politique ?

Tout d'abord, un constat partagé par les Organismes Assureurs ainsi que par le service des Indemnités de l'INAMI et ses comités de gestion paritaires : la nécessité d'en faire plus pour la réinsertion professionnelle des travailleurs en incapacité de travail ou en invalidité.

La réinsertion n'est donc pas la seule volonté du service des Indemnités de l'INAMI, c'est une vision commune développée en partenariat étroit avec les services de première ligne (les mutualités).

Ce partenariat n'a cessé de se développer depuis le transfert de compétence de la réinsertion professionnelle au service des Indemnités et à la Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité au 1^{er} juillet 2009. Elle part d'une idée à la fois empirique et culturelle.

En Belgique, jusqu'en 2009, la culture en matière d'assurance invalidité était centrée sur la garantie des ressources. De façon péjorative, on parle dans ce cas de politique passive.

Avec l'entrée en vigueur d'une réglementation plus volontariste visant la réadaptation professionnelle dans les trois systèmes de sécurité sociale prévoyant l'invalidité, l'INAMI, le Fonds des Maladies Professionnelles et le Fonds des Accidents du travail²⁸, le paradigme change.

1.2.2. Changer de paradigme : l'investissement social.

Ce changement de paradigme est très important, et de nouveau, la Belgique n'est pas pionnière dans ce domaine, mais n'est certainement pas non plus en retard.

Le travail est considéré dans ce nouveau paradigme comme un élément important de guérison²⁹, c'est le terme central de la nouvelle philosophie, il peut être un élément de réhabilitation.

L'usage du travail comme élément de réhabilitation est devenu en quelques années, dans les textes et maintenant sur le terrain, l'élément central de la politique en matière d'invalidité et d'incapacité de travail.

1.2.3. Réhabiliter, pourquoi et comment ?

Réhabiliter parce que le travail reste, un élément central de socialisation et de qualité de vie. C'est dans les termes suivants que Robert Castel parle de réformisme en la matière :

« Le réformisme n'est pas aujourd'hui une position minimaliste qui se résigne à faire du désordre du marché l'ordre des choses en se contentant de proposer des aménagements marginaux pour réparer quelques dégâts.

Le réformisme porte au contraire la charge maximale de volontarisme politique, et même le grain d'utopie qu'il est aujourd'hui possible de défendre en tenant compte du principe de réalité.

S'il est vrai que la version la plus flamboyante et la plus héroïque de la critique du capitalisme, l'alternative révolutionnaire, n'a plus cours, un réformisme résolu représente

²⁸ A.R. du 30.03.2009 fixant la date d'entrée en vigueur du Chapitre III, Section 4, de la loi du 13 juillet 2006 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle.

²⁹ OCDE 2012, « *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi* » p228

aujourd'hui l'orientation la plus avancée si l'on ne renonce pas à la volonté de lutter pour une société plus juste.

Et si les chances qu'il l'emporte sur le réformisme libéral sont loin d'être assurées, son objectif est clair : arriver à articuler, dans un cadre social viable pour tous, ce pilier de la modernité que représente le marché et le travail³⁰. »

Paradoxalement, le travail est aussi un facteur de fragilisation de l'individu. Le défi est de proposer aux assurés sociaux une voie leur permettant de retourner vers un marché de l'emploi où le bien être³¹ devient une priorité, qui puisse tenir compte de leur situation de santé qui souvent a eu comme déterminant en partie le travail...

Les modèles biomédicaux traditionnels utilisés pour expliquer la maladie ne conviennent plus pour définir l'incapacité de travail.

Les modèles personne-environnement³² les plus récents montrent d'ailleurs que le cheminement vers l'incapacité est similaire pour des affections différentes (musculo-squelettiques, mentales...).

Cette nouvelle approche met en évidence qu'il ne suffit pas de se focaliser uniquement sur le rétablissement médical alors que le rétablissement fonctionnel optimal est le but ultime.

La guérison dépasse en effet la stabilisation d'un problème médical. Le rétablissement optimal signifie par conséquent que l'on cherche à se rapprocher le plus possible de l'état de vie antérieur au problème de santé³³ ou à la réduction de capacité fonctionnelle.

Il est ici indispensable d'accorder toute l'attention voulue, si nécessaire par le biais d'une formation, à la reprise des tâches dans les divers domaines de la vie dont le travail.

La question de la barrière entre maladie professionnelle, accident du travail, invalidité et handicap, en ce qui concerne la réinsertion professionnelle est en 2015 de moins en moins pertinente, en tout cas moins pertinente qu'elle ne l'était il y a 30 ou 40 ans.

La réalité vécue par les assurés sociaux due à ces distinctions administratives est très souvent un frein à la réinsertion professionnelle plus qu'une garantie de sécurité juridique.

1.2.4. L'investissement dans la réinsertion : une économie ?

Le service des Indemnités de l'INAMI a débuté ses premières actions en réinsertion professionnelle le 1er juillet 2009, date du transfert de compétence du service des Soins de Santé vers le service des Indemnités de l'INAMI. Les chiffres montrent 2 directions prises à l'époque :

- La première, en investissant dans la réinsertion professionnelle, en travaillant de manière systématique avec les partenaires régionaux, sur base du processus volontaire avec les assurés sociaux, l'INAMI récolte les premiers fruits de l'investissement.

Pourtant, des problèmes se sont posés rapidement en termes de capacité d'absorption du nombre de parcours de réinsertion professionnelle :

³⁰ Castel R., « *La montée des incertitudes* », Paris, Seuil, 2009, p294-295

³¹ http://www.emploi.belgique.be/bien_etre_au_travail.aspx

³² Loisel P, Durand MJ, Diallo B, Vachon B, Charpentier N, Labelle J (2003). « *From evidence to community practice in work rehabilitation: the Quebec experience* ». *Clinical Journal of Pain*, 19(2), 105-113

³³ En 1946, le préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »

- Pour les mutualités et leurs médecins-conseils.
- Pour les partenaires régionaux de l'emploi et du handicap avec lequel l'INAMI a signé des conventions de collaborations en réinsertion professionnelle, et qui récemment ont reçu également de nouvelles missions qui incombait à l'ONEM auparavant : contrôle de la disponibilité des chômeurs, y compris pour des chômeurs reconnus à plus de 33% d'incapacité, mesure discrète qui met tout un public fragilisé par des problèmes de santé qui jusqu'alors n'était pas inquiété par les contrôles dans l'obligation de prouver leur disponibilité sur le marché du travail. Là aussi, un effet mécanique est attendu sur l'augmentation du nombre de travailleur invalide...

Bien que la volonté politique soit de développer des propositions de parcours de réinsertion professionnelle pour tous les assurés sociaux, pour lesquels des capacités restantes et un état de santé, sont constatés par le médecin-conseil, nous arrivons rapidement aux limites d'absorption du système.

Il faudra indéniablement, dans les prochaines années, réfléchir à une augmentation des moyens et à des processus de travail plus réalistes et adaptés, vu le nombre important des dossiers en incapacité de travail et en invalidité, la réinsertion professionnelle devra suivre les mêmes tendances.

Il serait impossible en l'état actuel des choses pour un médecin-conseil³⁴ de prendre en charge l'ensemble des parcours de réinsertion professionnelle pour les assurés sociaux en incapacité de travail et/ou en invalidité.

C'est un chantier important pour l'avenir de la politique en réinsertion professionnelle.

La deuxième direction est la reprise partielle d'activité. Dans un contexte de crises économiques où la place du malade dans la société est de plus en plus difficile à maintenir, une augmentation des reprises partielles d'activité montre bien le travail réalisé par les médecins-conseils portent leurs fruits.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. L'augmentation du nombre de reprises de travail à temps partiel (100§2)³⁵ concernait 38.306 invalides en 2010, elle concerne 48.102 invalides en 2013 (+ 9796 reprise de travail à temps partiel).

Tableau 6 : Evolution des reprises partielles d'activité

Année				%		
2010	2011	2012	2013	2011/2010	2012/2011	2013/2012
38.306	41.964	44.355	48.102	9,55%	5,70%	8,45%

³⁴ Le nombre de 350 médecins-conseils en Belgique n'a pas évolué depuis 2009 alors que le nombre d'invalides a plus que doublé.

³⁵ Article 100, § 2 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, est également reconnu comme incapable de travailler le travailleur qui, sous certaines conditions, reprend un travail autorisé à condition que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 % et pour autant que cette reprise soit compatible avec son état de santé.

Ces chiffres englobent également le volontariat et les petites reprises précaires qui parfois débouche sur du travail salarié.

Le relèvement des plafonds journaliers pris en compte pour le calcul de l'indemnisation, des règles de cumul et l'assouplissement en termes de procédures administratives ont joué en ce sens³⁶.

1.2.5. En quoi ces deux mesures sont-elles une source d'économie pour le service des Indemnités de l'INAMI ?

- La réinsertion professionnelle : suite à un parcours de réinsertion professionnelle, un certain pourcentage d'assurés sociaux quittent l'invalidité et ne sont donc plus à charge des indemnités,

- Les reprises du travail à temps partiel : seule une partie des indemnités est payée pendant les périodes de reprise de travail à temps partiel rémunérée au-dessus des plafonds horaires³⁷

1.2.6. La réinsertion professionnelle est parsemée de difficultés

Partir d'une page blanche, devoir aller vite est souvent source d'erreurs.

A titre d'exemple, le carcan juridique des professions de référence limitait les prises en charge dans le cadre d'une réinsertion professionnelle aux seuls cas les plus graves, ceux pour qui il n'existait plus aucune capacité pour aucun de leurs métiers ou formations liées à la carrière. Ceci a provoqué un démarrage plus lent qu'escompté, moins de frais liés à la réinsertion professionnelle que les prévisions budgétaires : Seul 16% du budget prévu a été utilisé en 2014.

Le champ a depuis lors été ouvert à un public beaucoup moins restreint qu'auparavant, une augmentation progressive du nombre de parcours de réinsertion professionnelle montre que c'est une première correction importante.

La communication avec les acteurs du marché du travail doit pouvoir exister dans une ligne du temps cohérente en coordination avec les acteurs de la santé.

Le système de réinsertion professionnelle n'aura vraiment de sens que le jour où effectivement la grande majorité des trajets de réinsertion mèneront vers le travail souhaité et la réinsertion professionnelle ne risquera pas d'être un mode de transfert entre systèmes d'indemnisation de la sécurité sociale.

C'est un pari pour l'avenir. L'ouverture du marché du travail à des personnes souffrant de maladies chroniques, de problèmes psychiques implique là plus encore un changement de paradigme au niveau du monde du travail. Ceci dépasse les compétences de l'INAMI et des mutualités qui ne sont pas seuls à devoir intervenir.

Pour cela, une discussion avec les pouvoirs publics est nécessaire tout comme un renforcement des contacts entre niveaux de compétences et de pouvoirs pour tous les aspects qui constituent une prise en charge globale de ce changement de paradigme dans le monde du travail. Cet objectif implique également une sensibilisation forte des employeurs.

³⁶ http://www.INAMI.fgov.be/SiteCollectionDocuments/circulaire_mutualites_2013_156_si.pdf

³⁷ Ibid

Cette collaboration au niveau politique est absolument indispensable pour freiner l'augmentation du nombre d'entrées en incapacité primaire qui atteint presque les 400 000 cas en 2014.

Tableau 7 : Evolution du nombre de cas en incapacité primaire³⁸

	2010	2011	2012	2013	2014
Actifs	289.161	302.466	296.481	294.689	302.128
Chômeurs	75.853	76.513	75.925	82.794	84.966
Total	367.024	380.990	374.418	379.496	389.108

Les premiers effets au niveau des objectifs de nombre de parcours apparaissent au fil des années.

Tableau 8 : Nouveaux parcours de formation dans le cadre d'une réinsertion professionnelle autorisés par la CSCMI³⁹ (de 2010 à 2014)

Demande reçues salariés + indépendant						
Type	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Orientation professionnelle	191	228	299	331	475	1524
Formation professionnelle	180	198	318	447	661	1804
Total	371	426	617	778	1136	3328

Ce tableau montre la progression du nombre d'assurés sociaux impliqués dans de nouveaux parcours de réinsertion professionnelle entre 2010 et 2014.

Le tableau suivant montre le nombre de demande des Unions Nationales concernant les parcours en cours qui concernent les différentes phases de celle-ci : Orientation professionnelle, demande de formation professionnelle, prolongations, modifications, parcours de réintégration et évaluation.

Ces différentes demandes impliquent systématiquement un suivi administratif et une décision de la Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité⁴⁰ et représente une charge de travail importante pour l'administration.

³⁸ Comité de gestion de l'Assurance Indemnités des travailleurs salariés -Note CI 2015/42 Bruxelles, le 29 juin 2015. Le nombre de cas ne signifie pas que les personnes sont restées en incapacité primaire toute l'année. Il s'agit du nombre de passages, chaque passage en incapacité primaire est d'une durée variable (en fonction de la durée du salaire garanti payé par l'employeur selon la convention collective en vigueur).

³⁹ Commission Supérieure du Conseil Médical du service des Indemnités de l'Inami

Tableau 10 : Nombre de demande de reçues à l'Inami entre 2010 et 2014 annuellement

Nombre de demandes annuelles concernant les parcours de réinsertion professionnelle reçues à l'Inami salariés + indépendants						
Type	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Nombres de demandes	618	735	1013	1273	1865	5504

✓ 1.013 demandes en 2010,

✓ 1.233 demandes en 2013,

✓ 1.865 demandes en 2014.

D'un point de vue purement quantitatif, les choses vont dans le bon sens. Pour 2015, selon les chiffres d j éteints en septembre 2015, les prévisions dépassent les 2500 dossiers de nouveaux parcours de formation.

La question essentielle reste celle de la qualité des parcours et des résultats.

1.3. Qualité des parcours de réinsertion professionnelle

D'abord, il a fallu développer l'expertise du service des Indemnits. Le 1er juillet 2009, ce service recevait la compétence en matière de réinsertion socio-professionnelle venant du Collège des Médecins Directeurs du service des Soins de Santé. La réadaptation professionnelle y existait d j à et tournait à 800 parcours en cours par an (en moyenne). Personne, au sein du service des Indemnits, n'avait de qualifications pour reprendre et développer cette matière. Aucun transfert de personnel compétent en la matière n'a eu lieu entre ces services.

Tableau 11: Nombre de dossiers traités par le Collège des Médecins Directeur du service des Soins de Santé de l'INAMI (en moyenne annuelle de 1995   2005)⁴¹

Type	Salariés	Indépendants	Total
Orientation professionnelle	365	83	448
Formation professionnelle	130	53	183
Total	495	136	631

Ce qui représente en fait en termes de parcours de réinsertion, 183 nouveaux parcours de formation proposés par an en moyenne, cela montre le chemin parcouru depuis 2009.

⁴⁰ Ibid 40

⁴¹ Beroepsherscholing als instrument voor de socioprofessionele re-integratie van arbeidsongeschikt erkende gerechtigden

Een overzicht van het vigerende wettelijke kader op federaal en regionaal vlak
Wouter Van Damme Attaché (jurist) Dienst voor uitkeringen, 2005

1.3.1. Création d'une cellule réinsertion professionnelle

Le service des Indemnités a saisi la responsabilité de la réinsertion professionnelle comme une opportunité. En créant tout d'abord, une cellule dédiée à la réinsertion professionnelle qui depuis lors travaille, en étroite collaboration avec la Direction générale. Cette cellule est devenue la cheville ouvrière d'une nouvelle philosophie et du changement de paradigme en cours, traduits par le biais de circulaires et de processus administratifs visant le développement de cette matière en concertation avec tous les acteurs impliqués dans les processus.

La cellule réinsertion professionnelle, devenue depuis lors, département de Réinsertion professionnelle est responsable du traitement administratif des demandes de parcours de réinsertion professionnelle introduites par les mutualités. Il centralise l'ensemble des dossiers de réinsertion en Belgique, garantit la qualité des dossiers et des projets avant de les soumettre à la Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité⁴² qui est seule compétente pour la prise de décision en réinsertion professionnelle. De plus, il enregistre les données concernant tous les dossiers individuels.

Le département Réinsertion professionnelle développe également des outils permettant d'améliorer cette qualité à destination des acteurs de première ligne via, d'une part, des recommandations sur la manière de procéder et, d'autre part, des outils de reporting qui permettent de mesurer la quantité et la qualité de la réalité de ces dossiers.

Le département Réinsertion professionnelle du service des Indemnités est un département est jeune et en pleine évolution.

Sa création en juin 2010 avait également l'ambition de devenir une cellule stratégique pour le développement de la réinsertion professionnelle en assurance Indemnités en Belgique.

Ses missions étaient la mise en place de processus opérationnels liées aux traitements des dossiers de réinsertion professionnelle envoyés par les médecins-conseils des mutualités en vue d'une présentation et d'une décision de la Commission Supérieure du Conseil Médical de l'invalidité⁴³, compétente depuis le 1^{er} juillet 2009 pour cette matière.

Ni le service des Indemnités, ni les mutualités, ni la Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité n'avaient d'expertise en cette matière excessivement transversale.

Le modèle de Sherbroocke (fig 1) montre à quel point les domaines du monde du travail impliquent de partenaires : en gestion de l'incapacité de travail, en assurance soins de santé et ses multiples services visant la réhabilitation fonctionnelle, et un nombre important de pathologies.

C'est également un carrefour de la médecine : médecins généralistes, spécialistes, du travail, d'assurances publiques et privées (Indemnités, Maladies professionnelles, Accidents du Travail, assurances lois, assurances privées de droit commun, Onem, DG handicapé, CPAS, Medex). Bref, une quantité importante d'acteurs et de plus, chacun de ces acteurs développe une grille de lecture différente concernant le diagnostic de l'état de santé du travailleur, les voies de traitement, le pronostic de santé et le pronostic de maintien ou de retour au travail, cela produit donc en Belgique un panel de diagnostic très composites.

⁴³ Ibid ⁴⁰

Ces métiers de la médecine dépendent de multiples organismes fédéraux, parastataux, régionaux et privés (non-marchand et marchand), ayant pour chaque secteur des réglementations et des timings d'actions tout à fait différents, non coordonnés et ne visant pas toujours les mêmes buts.

A cela s'ajoutent les organismes régionaux pour l'emploi et le traitement du handicap, l'ensemble de leurs partenaires conventionnés, les réseaux de formation qui offrent des possibilités de réinsertion professionnelle.

Pour chacun de ces parcours de réinsertion professionnelle, plusieurs étapes possibles peuvent être suivies isolément ou successivement : alphabétisation, remise à niveau, préformations et/ou formations professionnelles pour tous les types de métiers et voies professionnelles connues en Belgique (et à l'étranger).

Le travailleur en incapacité de travail ou en invalidité a besoin d'informations qui correspondent à ses nécessités : quand il est encore au travail, dans le cadre de la prévention de l'incapacité de travail (Maintien au travail), ou déjà en incapacité de travail, dans le cadre de la prévention de l'incapacité de travail de longue durée (Retour au travail).

Et ce, afin de l'éclairer sur ses potentiels futurs, sur ses étapes, sur les modes opérationnels, financiers et de suivis administratifs.

En effet, ces travailleurs vont devoir traverser tous ces obstacles et, pour atteindre l'objectif qu'ils auront choisi, ils devront mettre en place un plan visant à réaliser leur parcours de réinsertion.

En outre, l'assuré social a besoin d'assurer et de conserver une bonne visibilité, durant toute la période de réinsertion professionnelle pour garantir : ses indemnités, une transparence et l'accessibilité à toutes les informations concernant son dossier.

Cela implique, au-delà de ses ambitions et de ses choix courageux de tenter de se relancer sur la voie du travail, qu'ils doivent continuer pendant leurs parcours : de continuer à suivre leurs traitements, opérations et diverses conséquences particulières à leur état de santé, cela, quels que soient leurs genres, âges, statuts et états familiaux, qu'ils aient autour d'eux des personnes qui les aident ou non, qu'ils aient les moyens financiers au-delà de leurs indemnités ou pas.

C'est un long parcours de reconstruction, semé de questions diverses et complexes, auxquelles ils devront tenter de répondre.

Pourquoi la gestion administrative et humaine du dossier d'un assuré social dans cette situation est-elle complexe ?

Un nombre important d'intervenants et d'institutions doivent se coordonner pour intervenir au cours de ce parcours (qui peut durer plusieurs années). Il existe une nécessité d'adaptation permanente aux changements provoqués par les aléas de leurs états instables de santé. (Pour les maladies chroniques, par exemple, qu'elles soient mentales ou physiques, la difficulté accrue de se maintenir dans le parcours est une réalité quotidienne).

Que provoque cette grande complexité de coordination ?

La nécessité de tisser des liens entre les travailleurs en incapacité de travail ou en invalidité et les intervenants, leurs institutions, leurs modes de fonctionnement, des institutions et secteurs ne parlant pas les mêmes langues juridiques et utilisant souvent les mêmes mots pour des

concepts règlementaires impliquant des processus opérationnels et des acteurs tout à fait différents.

La réinsertion professionnelle est devenue un énorme laboratoire, John Dewey a défendu il y a 100 ans l'idée d'un lien nécessaire entre la démocratie et l'expérimentation⁴⁴.

Les brainstormings entre acteurs et réseaux fusent semaine après semaine pour essayer de mettre en place de nouvelles manières de faire, de nouveaux processus, des outils multidisciplinaires adaptés : à la communication, au suivi, aux financements divers et à toutes actions utiles.

La coordination de ces actions est un enjeu majeur de rationalisation des moyens de l'action sur le terrain afin de repérer et de mettre en œuvre, les acteurs adéquats aux situations, les outils pertinents aux situations humaines et socio-professionnelles, aux moments opportuns. Cet objectif demande un changement de paradigme de travail social, de mentalités et d'habitudes de travail.

Le nombre de dossiers qui, au départ n'était que de quelques centaines de dossiers, dépassera en 2015 les 2500 dossiers.

La dimension de bricolage administratif des premières années liée à la mise en place de nouveaux processus, aux évolutions permanentes et à l'apprentissage continu, permettant le travail au cas par cas, s'est transformée en un complexe processus administratif et réglementaire.

Elle implique un travail soutenu par une série de processus :

- les encodages et les transferts d'informations médicales, sociales, financières qui augmentent en complexité avec des accords de conventions adaptés aux réalités de chacune des régions de Belgique.
- les comités d'accompagnement, de pilotage, d'étude, de réflexion interne à l'assurance Indemnités (INAMI et Organismes Assureurs) mais également concernant les évolutions, échanges, évaluations, remises en question, ajustements externes à l'assurance Indemnités se multiplient dans chaque région, province, ville.
- le département de Réinsertion professionnelle du service des Indemnités devient au fur et à mesure, la source sûre pour l'information concernant les processus administratifs, financiers et de suivi.

La nouvelle réglementation⁴⁵ prévoit un renforcement des efforts de tous les acteurs en réinsertion professionnelle, une systématisation de l'examen des possibilités et de la mise en route de projets si les capacités restantes des travailleurs en incapacité de travail le permettent, une multiplication par 4 du nombre de dossiers en 2016, selon les prévisions du gouvernement Michel (NVA,VLD,MR,CDnV).

Il est utile ici d'introduire le point de vue suivant à propos de la complexité de la situation politique en Belgique. Celle-ci élève encore les difficultés rencontrées pour ajuster des points de vue, des budgets, des dépenses pour des acteurs politiques défendant des évolutions

⁴⁴ Dewey J., « *Le public est ses problèmes* », Paris , Gallimard, « coll. Folio essais », 2010

⁴⁵ Loi du 19/12/2014 : Plan de réintégration

parfois contradictoires ou simplement une vision de l'avenir différente⁴⁶. En effet, « la fragmentation de la décision politique entre les différents échelons est susceptible d'entraîner un affaiblissement de la cohérence des politiques publiques, dans la mesure où elle ne s'accompagne pas de mécanismes de coordination. Cette question est particulièrement aiguë en Belgique où la régionalisation a agi sur le système politique comme une puissance centrifuge, avec pour conséquence une réticence marquée des entités fédérées pour tout mode de coopération institutionnalisée. Les politiques sectorielles sont morcelées en une multitude de compétences redistribuées entre les différentes autorités. Le renforcement de l'échelon et du territoire régional comme espace pertinent de mobilisation de l'action publique, de répartition des ressources et de redéfinition des identités montre comment les politiques publiques de plus en plus différenciées structurent les transformations en cours dans l'Etat belge. Autrement dit ces enjeux de coordination se posent aussi bien de manière horizontale, entre secteurs, que verticale, entre échelons de gouvernement. (...).

La conjoncture actuelle crée une situation où les différents échelons de pouvoir n'ont pas d'autres choix que de coopérer. A cela s'ajoutent les nombreux engagements internationaux de la Belgique, que celle-ci doit honorer et qui limitent le champ des possibles aux échelons domestiques que ce soient les conventions internationales⁴⁷ ou bien l'adhésion à l'Union européenne. Cette imbrication des échelons impose que la coordination et la coopération soient institutionnalisées entre les entités fédérées, mais aussi entre celles-ci et le gouvernement fédéral.⁴⁸

Le service des Indemnités de l'INAMI et le département Réinsertion Professionnelle se trouvent aux centres de ces enjeux, pour l'opérationnalisation, le suivi, le contrôle et le financement de la politique de réinsertion professionnelle.

1.3.2. Déterminant d'un parcours de réinsertion professionnelle

La motivation de l'assuré est indispensable pour pouvoir élaborer un projet professionnel compatible avec son désir de carrière professionnelle et son état de santé.

Ce parcours vise à la fois des conditions de travail adéquates, et doit permettre de réaliser le pont entre la situation de départ de l'assuré social en incapacité de travail et les acquis nécessaires à la réalisation de son projet professionnel.

1.3.3. Comment peut-on répondre aux besoins des médecins-conseils ?

Il faut répondre aux besoins des médecins-conseils grâce à des outils qui poursuivent les objectifs suivants : Identifier les assurés sociaux pour lesquels suivre un parcours de réinsertion professionnelle a du sens, ne pas augmenter la réglementation existante, déjà fort complexe, continuer le traitement individualisé de chaque parcours, ne pas alourdir les processus de suivi déjà proposés.

⁴⁶ Aubin D., Leloup F. et Schiffino N. « *La reconfiguration de l'action publique en Belgique* » Academia – l'Harmattan ; 2012 (p160, 162 et 163 passim)

⁴⁸ Aubin D., Leloup F. et Schiffino N. « *La reconfiguration de l'action publique en Belgique* » Academia – l'Harmattan ; 2012

L'évaluation médicale en incapacité de travail (période primaire) porte pendant les 6 premiers mois uniquement sur le dernier métier exercé.

À partir du premier jour du 7^{ème} mois, l'évaluation médicale vise l'ensemble des métiers de référence et formations, ce qui provoque une remise au travail pour un grand nombre d'assurés sociaux.

Suite à ces évaluations médicales :

- Une grosse partie des assurés sociaux en incapacité de travail a repris spontanément le travail durant les 6 premiers mois ou à partir du premier jour du 7^{ème} mois de l'incapacité, 76,03% en 2014.
- un nombre important d'assurés sociaux en incapacité de travail ne pourra probablement jamais reprendre un emploi pour raisons de santé.

Depuis 2014, les médecins-conseils sont tenus d'utiliser une grille d'évaluation qui lie l'examen médical aux mesures potentielles de réinsertion professionnelle. Cette grille à déterminer le public cible des actions en réinsertion.

Les effets de cette grille ne sont pas encore objectivable, la mesure étant trop récente.

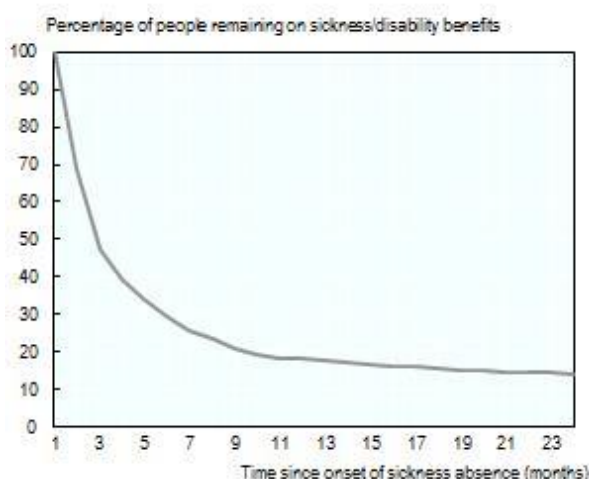
Des mesures techniques mises en place dans le cadre de la réforme de l'invalidité portant effet à partir du 1er janvier 2016 prévoient la récolte systématique de ces données.

L'effort de la réinsertion doit se concentrer avant tout sur le groupe de personnes qui peuvent suivre ce parcours. L'évaluation médico-sociale des médecins conseils doit être en mesure d'identifier ce groupe.

1.3.4. La réinsertion professionnelle doit être la plus précoce possible

L'OCDE dans son rapport « *Mental Health and Work: Synthesis Report*⁴⁹ » (figure 3) montre clairement qu'après 3 mois d'incapacité de travail, les chances de retour vers le dernier emploi sont de 50%, après 1 an de 20%, au bout de 2 ans, elles chutent à 10%.

Figure 4 : Return to work after sickness, Belgium 2010



⁴⁹ Mental Health and Work: Synthesis Report - © OECD 2015 – Section 4: Figure 4.4. “Return to work becomes difficult after four months of sickness absence” Version 1 - Last updated: 12-Feb-2015

Ces constatations donnent des arguments objectifs à une action rapide visant la réinsertion professionnelle, quand elle est possible.

1.4. La création d'un Centre de connaissance en incapacité de travail

La hausse importante du nombre total d'invalides met en évidence la nécessité impérieuse d'améliorer la connaissance du domaine de l'incapacité de travail et de l'invalidité.

La recherche en incapacité de travail en Belgique est insuffisamment soutenue. Il existe d'excellentes ressources dans les universités et dans les mutualités, mais les besoins en ressources humaines et en études impliquent un financement, c'est un élément important dans le contrat d'administration de l'INAMI.

Un Centre d'expertise en incapacité de travail a donc été créé en décembre 2013, doté d'un budget d'un million d'euros par an.

En 2014 et 2015, des recherches visant essentiellement des recommandations concernant la pratique dans le domaine de l'incapacité de travail ont été lancées dont trois d'entre elles touchent directement la question de la réinsertion professionnelle pour des sujets ayant besoin rapidement de premiers éclairages. Ces trois sujets sont :

- « Analyse des possibilités de réinsertion socio-professionnelle pour des personnes atteintes de troubles psychiques »,
- « Analyse des possibilités de réinsertion socio-professionnelle pour des personnes atteintes de douleurs chroniques »,
- « Le développement d'un instrument permettant d'identifier les personnes qui ont une chance accrue de réussir leur réinsertion socio-professionnelle ».

Ces 3 recherches sont en cours et ont été attribuées à des chercheurs universitaires.

1.5. Un nouveau métier : le Disability Management

Un autre point important est l'initiative que le service des Indemnités de l'INAMI a prise en matière de disability management. L'INAMI a conclu un accord de licence avec un organisme canadien qui s'appelle NIDMAR (National Institute of Disability Management and Research) pour mettre en place en Belgique une formation en Disability management.

Qu'est-ce que le Disability management ?

C'est une discipline transversale destinée au suivi (support individualisé) de chaque travailleur en incapacité de travail dans le but du retour au travail. Celle-ci est née au Canada dans les années 80 dans le secteur des accidents de travail.

Qu'est-ce qui avait été constaté à l'époque ?

La perte d'une partie importante de la force de travail est causée par les accidents du travail et l'absence de tout processus permettant un retour à l'emploi.

Un défi souvent insurmontable pour les médecins du travail, qui essayaient avec les accidentés, sans actions structurées et coordonnées par les autorités, de trouver le cheminement adéquat pour un retour au travail.

Le Disability management est une manière d'assurer une transversalité et une coordination des acteurs de manière multidisciplinaire (médecin généraliste, médecin du travail, médecin de l'assurance du travail, centre de réhabilitation fonction, job coach, employeurs, travailleurs de l'entreprise, centre d'orientation et de formation professionnelle ...)

Le Disability management vise une prise en charge des parcours de réinsertion individualisés par des personnes formées et qualifiées (Médecin conseil, médecin du travail, médecin traitant, coordinateur de soins, membres des équipes médico-sociales des mutualités, conseiller en prévention, ...). Ces personnes une fois formées peuvent offrir un service de qualité aux assurés sociaux, quelle que soit la mutuelle de l'assuré, quel que soit le lieu de prise en charge.

Cette formation sera organisée et pourra être suivie par les acteurs de première ligne en assurance indemnité mais également par tout partenaire de terrain faisant partie de la chaîne du suivi du parcours de réinsertion, secteur de la santé, du travail, de l'insertion et de la formation professionnelle.

Ce nouveau métier vise directement la prévention de l'incapacité de longue durée et la réinsertion professionnelle.

1.6. Le modèle IPS

Le service des Indemnités a décidé d'explorer certains modèles de réinsertion professionnelle qui pourraient aider les travailleurs en incapacité de travail ou en invalidité pris en charge par l'INAMI à exercer à nouveau un travail. Le modèle « Individual placement and support » (IPS) est un de ces modèles.

Un projet de recherche, financé et suivi par le centre de connaissance du service des Indemnités de l'INAMI concernant ce modèle poursuivra un double objectif : mettre en œuvre un projet pilote relatif au modèle IPS et évaluer, de façon scientifique, les résultats produits par ce modèle en Belgique.

Présentation du modèle IPS

Le modèle IPS, spécialement conçu pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, est inspiré du concept de soutien à l'emploi (*supported employment*). Le concept de soutien à l'emploi repose sur une approche « Place-then-train » (placer-puis-former) en opposition à l'approche « Train-then-Place » (former-puis-placer), approche encore dominante chez nous et qui l'était aux Etats-Unis jusqu'à la fin des années 80⁵⁰. Le paradigme « Train-then-Place » part de l'idée qu'il faut d'abord que la personne soit entièrement guérie avant de pouvoir penser à sa réhabilitation, y compris sa réintégration professionnelle. A l'inverse, le modèle IPS ne requiert pas qu'une attention particulière soit posée par le professionnel sur le type de maladie de l'allocataire mais sur son souhait de travailler.

Le modèle IPS augmente les chances de la personne ayant connu une inaptitude au travail d'accéder plus rapidement à un réel statut de travailleur tout en tenant compte de ses limitations propres à son état de santé. En effet, l'emploi dit compétitif est privilégié par ce modèle, à savoir un emploi non-précaire dans le circuit régulier ordinaire de travail. Cela signifie que ce modèle n'encourage ni le volontariat, ni les stages non rémunérés, ni les

⁵⁰ Drake R.E., Bond G. R., Becker D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, Preface, New York, Oxford University Press, 2012, p. 24.

emplois protégés. Par ailleurs, la législation en matière de droit du travail s'applique au contrat conclu.

La rémunération du travailleur doit atteindre au minimum le montant du revenu mensuel minimum moyen garanti.

Ce projet pilote prévoit la formation de 25 agents IPS (job coach) ou l'intégration de job coach exerçant déjà sur le terrain leur profession en suivant ce modèle.

2. Contexte réglementaire du retour au travail des personnes présentant un problème de santé : Contexte International et national⁵¹

La question du retour au travail des personnes présentant un problème de santé s'inscrit dans un contexte large, que cela soit en termes d'instances compétentes (institutions internationales, institutions belges de sécurité sociale, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, organismes fédérés chargés de la réinsertion des personnes en situation de handicap...), de personnes concernées (la personne présentant un problème de santé mais également son employeur, ses collègues, divers médecins...) ou des matières dont il faut tenir compte (sécurité sociale, droit du travail, bien-être au travail, mesures en matière de réintégration des personnes en situation de handicap,...).

2.1. Instruments internationaux

Plusieurs instruments internationaux ont été adoptés quant aux droits des personnes en situation de « handicap », cette dernière notion est aujourd'hui plus largement utilisée au niveau international que celle d'« invalidité ».

2.1.1. Les Nations Unies

La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et le Protocole facultatif 2006 sont entrés en vigueur le 3 mai 2008. Une loi du 13 mai 2009, entrant en vigueur le 1er août 2009, porte assentiment à cette Convention. Cette Convention a été formellement signée par l'Union européenne le 23 décembre 2010. Elle a donc un caractère contraignant dans l'Union et fait partie de son ordre juridique. La Convention reconnaît que le handicap est une question liée aux droits de l'Homme.

Cet instrument a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'Homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité.

Cette Convention réaffirme les principes d'égalité et de non-discrimination et détermine les domaines dans lesquels des actions ou mesures devraient être prévues. Il s'agit notamment de la sensibilisation, de l'éducation, de l'adaptation et de la réadaptation en particulier dans le domaine de l'emploi et du travail.

Il est à noter qu'au sens de cet instrument international, sont considérés comme des aménagements raisonnables, les modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou induite qui sont apportés, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour assurer aux personnes handicapées la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'Homme et de toutes les libertés fondamentales.

En matière de travail et d'emploi, la Convention reconnaît le droit au travail et prévoit des mesures pour interdire la discrimination, garantir des conditions de travail justes et favorables, y compris notamment l'égalité des chances et de rémunération à travail égal, le

⁵¹ Notes publiées par le Conseil National du Travail dans le cadre de la Task Force Retour au travail – Réalisé avec la participation du Département réinsertion Professionnelles <http://www.cnt-nar.be/AVIS/avis-1923.pdf>

respect des droits professionnels et syndicaux et l'accès aux programmes d'orientation technique et professionnelle.

Cet instrument veut également promouvoir les possibilités d'emploi et d'avancement et les possibilités d'accès à une activité indépendante. Il entend en outre favoriser l'emploi dans le secteur privé notamment par des programmes d'actions positives et faire en sorte que des aménagements raisonnables soient apportés aux lieux de travail.

La Convention tend également à promouvoir des programmes de réadaptation technique et professionnelle, de maintien dans l'emploi et de retour à l'emploi.

Un protocole de collaboration entre le Centre pour l'Égalité des Chances et l'Etat fédéral concernant ce nouveau mandat a été signé. Il est entré en vigueur le 1er septembre 2011. Ce texte sert de base pour les protocoles similaires signés avec les Communautés et les Régions.

Afin d'accomplir sa nouvelle mission, un service « Convention Droits des Personnes handicapées » (CDPH) a été créé au sein du Centre pour l'Égalité des Chances.

2.1.2. L'Union européenne

2.1.2.1. Directive en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail.

Ce cadre général favorise la lutte contre la discrimination fondée notamment sur le handicap, en ce qui concerne l'emploi et le travail. (Directive 2000/78/CE du Conseil européen du 27 novembre 2000).

La Directive s'applique aux conditions d'accès à l'emploi ainsi qu'à tous les types et à tous les niveaux d'orientation professionnelle, de formation professionnelle, de perfectionnement, de formation et de reconversion, aux conditions d'emploi et de travail et à l'affiliation et à l'engagement dans une organisation de travailleurs ou d'employeurs.

Par ailleurs, la Directive prévoit que l'employeur doit réaliser des aménagements raisonnables pour les personnes handicapées. Cela signifie que l'employeur prend les mesures appropriées, en fonction des besoins dans une situation concrète, pour permettre à une personne handicapée d'accéder à un emploi, de l'exercer ou d'y progresser, ou pour qu'une formation lui soit dispensée, sauf si ces mesures imposent à l'employeur une charge disproportionnée. Cette charge n'est pas disproportionnée lorsqu'elle est compensée de façon suffisante par des mesures existant dans le cadre de la politique menée dans l'Etat membre concerné en faveur des personnes handicapées.

En outre, en ce qui concerne les personnes handicapées, les Etats membres peuvent maintenir ou adopter des dispositions concernant la protection de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail ou des mesures visant à créer ou à maintenir des dispositions ou des facilités afin de sauvegarder ou encourager leur insertion dans le marché du travail.

2.1.2.2. Accord-cadre sur les marchés du travail inclusifs

Le 25 mars 2010, les partenaires sociaux européens ont conclu un accord-cadre autonome sur des « marchés du travail inclusifs ». Dans le cadre du processus de mise en œuvre de cet accord-cadre, le Conseil National du Travail⁵² a adopté les textes suivants :

Recommandation 22 du 25.05.2011 : Recommandation adressée aux secteurs et aux instances régionales de concertation en vue de transposer l'accord-cadre européen sur les marchés du travail inclusifs.

Rapport 81 du 23.05.2012 : Rapport intermédiaire de mise en œuvre de l'accord-cadre européen sur les marchés du travail inclusifs conclu le 25 mars 2010. Les contributions des secteurs et des instances régionales de concertation sont annexées au présent rapport.

Les marchés du travail inclusifs permettent et encouragent tous les individus en âge de travailler à prendre part à un travail rémunéré et fournissent un cadre pour leur développement.

Cet accord-cadre européen a pour objectif de « considérer les questions de l'accès, du retour, du maintien et du développement dans le but de réaliser l'intégration pleine et entière des individus sur le marché du travail ; de renforcer la sensibilisation, la compréhension et la connaissance des employeurs, des travailleurs et de leurs représentants envers les avantages des marchés du travail inclusifs ; de fournir aux travailleurs, aux employeurs et à leurs représentants à tous niveaux, un cadre d'actions pour identifier les obstacles aux marchés du travail inclusifs et les solutions pour les surmonter ».

Dans son rapport n° 81 du 23 mai 2012 puis dans son rapport n° 83 du 28 mai 2013, le Conseil National du Travail de Belgique rassemble de façon non exhaustive les diverses initiatives prises ou envisagées par chacun des niveaux de concertation en vue de favoriser des marchés du travail inclusifs (instances de concertation fédérales interprofessionnelles, régionales et sectorielles).

2.1.2.3. Conseil européen

La Charte sociale européenne (STE n° 35), 1961, et la Charte sociale européenne (révisée) (STE n° 163), 1996, ont pour objectif d'assurer le respect des droits civils et politiques et les libertés qu'elles spécifient.

La Charte sociale européenne, 1961 prévoit entre autres que toutes les personnes invalides ont droit à la formation professionnelle et à la réadaptation professionnelle et sociale, quelles que soient l'origine et la nature de l'invalidité. La Charte sociale européenne (révisée), 1996 prévoit pour sa part que toute personne handicapée a droit à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté.

2.2. Instrument nationaux

2.2.1. Inami : Mesures réglementaires en assurance indemnités dans le cadre de la réinsertion professionnelle.

Liste des lois, des arrêtés royaux, des arrêtés ministériels, des circulaires réglementant la réinsertion professionnelle :

⁵² <http://www.cnt-nar.be/Dossier-FR-travail-inclusifs.htm>

- Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
- Loi du 13 juillet 2006 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle
- A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
- A.R. du 30 mars 2009 modifiant, en ce qui concerne la réadaptation professionnelle, l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
- A.R. du 30 mars 2009 fixant la date d'entrée en vigueur du Chapitre III, Section 4, de la loi du 13 juillet 2006 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle
- Circulaire O.A. n° 263/2009 du 25 juin 2009 relative aux documents comptables H21 et H41
- Circulaire O.A. n° 2012/423 du 29 octobre 2012 Réadaptation professionnelle dans le cadre de l'assurance indemnités : questions pratiques
- Circulaire O.A. n° 2012/490 du 12 décembre 2012 Contrat de collaboration INAMI – CIN – VDAB – GTB conclu dans le cadre de la réinsertion socioprofessionnelle des assurés reconnus en incapacité de travail
- Circulaire O.A. n° 2013/10 du 14 janvier 2013 Formulaire de demande réadaptation professionnelle
- Circulaire O.A. n° 2013/180 du 30 avril 2013 Contrat de collaboration entre l'INAMI, les organismes assureurs, l'AWIPH et le FOREM, conclu dans le cadre de la réinsertion socioprofessionnelle des assurés reconnus en incapacité de travail
- Circulaire OA n° 2014/127 du 10 mars 2014 INAMI-CIN-ACTIRIS-Bruxelles Formation-VDAB-Phare
- Circulaire OA n° 2014/143 du 18 mars 2014 La Réinsertion socioprofessionnelle dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés (Article 109bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994)

2.2.2. Quels sont les changements apportés par la loi du 13 juillet 2006 ?

La loi de 2006 est partie du constat que « bon nombre de personnes bénéficiant d'indemnités d'incapacité de travail dans le régime incapacité de travail invalidité ou dans le régime accidents du travail ou maladies professionnelles conservent en effet une certaine capacité d'activité rémunérée qui pourrait être valorisée » mais que « les moyens actuellement disponibles en matière de réinsertion socioprofessionnelle s'avèrent insuffisants »⁵³.

Le rôle du médecin-conseil change et poursuit 2 objectifs :

1. Il continue à être responsable de l'évaluation de l'incapacité de travail des assurés sociaux qui ouvre, en cas de reconnaissance, un droit aux indemnités d'incapacité de travail.

⁵³ Exposé des motifs du ministre de l'Emploi, M. P. Vanvelthoven, dans le projet de loi de 2006, Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales par Mme Greet Van Gool, Doc. parl., Chambre, 1er juin 2006, n°1334-004, p. 11.

2. Il a désormais pour mission de préparer son processus de réinsertion professionnelle. Le médecin-conseil a donc un rôle clef dans le processus à mettre en place pour la réinsertion de l'assuré : « il doit veiller à la réinsertion professionnelle de l'assuré et contacter avec l'accord du titulaire, toute personne physique ou morale susceptible de contribuer à la réinsertion professionnelle de celui-ci »⁵⁴

La Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité autorise la prise en charge des programmes de réadaptation professionnelle.

Ce changement prévoit qu'un processus de réadaptation professionnelle individualisé soit suggéré de manière systématique pour tous les assurés préservant une capacité de gain.

Le 17 novembre 2011, une déclaration d'intention est conclue entre l'INAMI, les unions nationales des mutualités et les organismes régionaux et communautaires en charge de l'insertion et de la formation professionnelle.

Cette déclaration d'intention a pour objectif de conclure des conventions avec les services régionaux de l'emploi et de la formation professionnelle des personnes handicapées pour organiser une prise en charge professionnelle et individualisée de ces assurés.⁵⁵

Ces conventions seront signées avec le VDAB le 1^{er} octobre 2012 pour la région flamande, le Forem et l'AWIPH le 15 janvier 2013 pour la région wallonne et Actiris, VDAB Bruxelles, Bruxelles Formation et PHARE le 05 novembre 2013.

En mai 2011, le gouvernement fédéral lance le programme Back To Work et instaure une taskforce au sein de l'INAMI pour opérationnaliser ce programme. Ce programme vise à amplifier la collaboration entre l'Institut, les unions nationales des mutualités et les organismes régionaux et communautaires en charge de l'insertion et de la formation professionnelle.

En 2013, la taskforce au sein de l'INAMI a élargi la réflexion à tous les acteurs impliqués dans le processus de retour au travail volontaire des personnes présentant un problème de santé en créant une plateforme instituée comme cadre de concertation structurel regroupant les interlocuteurs sociaux au Conseil national du Travail et les acteurs institutionnels (INAMI, FAT, FMP, ONEM, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale). Le Conseil national du Travail joue un rôle de coordination et de réflexion.

2.2.3. Loi du 13 juillet 2006 : quelles implications ?

La loi coordonnée du 14 juillet 1994 est adaptée en ce sens que le Roi est autorisé à prendre les arrêtés permettant d'exécuter les dispositions légales et d'en déterminer la date d'entrée en vigueur. Les dispositions d'exécution nécessaires sont prises et la date d'entrée en vigueur est fixée au 1^{er} juillet 2009 par deux arrêtés royaux distincts, datés du 30 mars 2009 (M.B. du 2 juin 2009).

En vigueur à partir du 1^{er} juillet 2009, la compétence en matière de réadaptation professionnelle est transférée du Collège des médecins-directeurs (Service des Soins de Santé) au Conseil médical de l'invalidité (Service des Indemnités) conformément au Chapitre III, Section 4, de la loi susmentionnée.

⁵⁴ Article 153, §2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

⁵⁵ Inami Rapport annuel 2011, p.72

Explications concernant les modifications apportées à la loi coordonnée du 14 juillet 1994 par la loi précitée du 13 juillet 2006 et les dispositions d'exécution qui en découlent

En vertu de l'article 86 de la loi du 13 juillet 2006, l'article 100, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 est complété afin de permettre au Roi de fixer les conditions et le délai dans lesquels l'incapacité de travail sera à nouveau évaluée au terme d'un programme de réadaptation professionnelle.

L'article 87 de la dite loi remplace l'article 106 de la loi coordonnée pour permettre au Roi de fixer les conditions auxquelles des avantages financiers peuvent être accordés au titulaire qui a suivi un programme de réadaptation professionnelle et de déterminer le montant de ces avantages.

En vertu de l'article 88, une Section Vbis comprenant l'article 109bis est insérée au titre IV, Chapitre III, de la loi coordonnée du 14.7.1994. Cet article stipule que le Conseil médical de l'invalidité peut accorder la prise en charge des programmes de réadaptation professionnelle en faveur des bénéficiaires de l'assurance indemnités. Le Roi peut par ailleurs fixer les conditions dans lesquelles cette mission peut être remplie par les médecins-conseils visés à l'article 153 et il peut déterminer le montant des interventions en matière de réadaptation professionnelle, ainsi que les conditions et les règles de prise en charge de ces programmes.

En vertu de l'article 109bis, « le Conseil Médical de l'Invalidité a pour mission d'autoriser la prise en charge par l'assurance indemnités des programmes de réadaptation professionnelle en faveur des bénéficiaires de l'assurance Indemnités. »

L'article 153 de la loi coordonnée a été modifié en vertu de l'article 89 afin de laisser aux médecins-conseils le soin de veiller à la réinsertion socioprofessionnelle des titulaires en incapacité de travail.

Dispositions d'exécution

Par A.R. du 30 mars 2009, publié au M.B. du 2 juin 2009, une section VIter comprenant les articles 215quater à 215septies inclus a été insérée à l'A.R. du 3 juillet 1996. Les articles 110bis, 170, 239, § 2, 247, § 1^{er}, 4^o, et 248, alinéa premier, b), ont par ailleurs également été adaptés. L'article 234 a été abrogé.

Définition des prestations ou programmes de réadaptation professionnelle

L'article 215quater de l'A.R. précité définit les interventions en matière de réadaptation professionnelle, visées à l'article 109bis précité, alinéa 2, de la loi coordonnée.

Sont ainsi considérées comme interventions en matière de réadaptation professionnelle, toutes les interventions ou services – formation ou apprentissage – constituant un programme visant à restaurer ou à valoriser, en tout ou en partie, la capacité de travail résiduaire du titulaire en vue de son intégration complète dans un environnement professionnel.

Sont également considérées comme interventions dans le cadre de la réadaptation professionnelle : les examens réalisés au préalable tels que les examens d'orientation de la carrière professionnelle en vue de déterminer dans quelle mesure un programme de réadaptation professionnelle est possible, peut-être utile et a des chances de réussir.

Processus de réadaptation professionnelle et organes compétents

Le « processus de réadaptation professionnelle » comporte trois phases : la phase d'orientation professionnelle, la phase de formation professionnelle et la phase de réintégration professionnelle.

Phase d'orientation professionnelle

Le médecin-conseil peut décider, de manière autonome, de faire réaliser un examen d'orientation. Dans cette première phase, le médecin-conseil se forge une idée précise de la nécessité d'une réadaptation professionnelle et des possibilités de réadaptation de l'assuré social.

La demande – toujours motivée - est transmise a posteriori à la Commission supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité. Les demandes sont suivies au niveau qualitatif et quantitatif. Le médecin-conseil qui demande un examen d'orientation professionnelle a une garantie d'être payé sur présentation de l'état de frais.

Si toutefois le médecin-conseil connaît les possibilités de réadaptation professionnelle, la demande de réadaptation peut être introduite sans examen d'orientation préalable.

Phase de formation professionnelle

Dès le début de cette deuxième phase, le médecin-conseil introduit le dossier de formation professionnelle complet auprès de la Commission supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité qui évalue si l'intéressé répond aux critères de réadaptation professionnelle. Sur la base de cette évaluation, il est décidé si le trajet de réinsertion professionnelle à proprement parler peut débuter.

Phase de réintégration professionnelle

Cette phase d'évaluation comporte : une évaluation immédiatement après la phase de formation, une évaluation six mois après la fin de formation.

L'incapacité de travail est réévaluée par le Conseil Médical de l'Invalidité (CMI) au terme d'une période de six mois maximum à partir du mois qui suit le mois au cours duquel le programme de réadaptation professionnelle s'est achevé avec succès.

Lors de cette évaluation, il est tenu compte des nouvelles compétences acquises dans le cadre de la réadaptation professionnelle (article 215septies de l'A.R. du 3.7.1996).

Pendant la période précitée de six mois (la « phase de réintégration »), le médecin-conseil supervise l'intéressé dans la recherche d'un emploi en vue de sa réinsertion sur le marché du travail.

Le médecin-conseil joue un rôle essentiel dans l'enregistrement des résultats de la réadaptation professionnelle et dans la réinsertion de l'intéressé sur le marché du travail. Au terme du programme de réadaptation professionnelle suivi par l'intéressé, le médecin-conseil complète la rubrique prévue, par une évaluation immédiatement à l'issue de la période de formation et 6 mois maximum à partir du premier jour du mois qui suit le mois durant lequel la formation s'est terminée.

Conséquences de la réinsertion professionnelle sur le droit aux indemnités

Durant le programme de formation professionnelle suivi par l'intéressé et approuvé par la Commission supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité est prévue une présomption légale d'incapacité de travail (article 239, § 2, de l'A.R. du 3.7.1996). L'assuré social ne peut être réévalué médicalement quant à sa reconnaissance d'incapacité de travail pendant ce parcours. Il continue à toucher ses indemnités.

Prise en charge des coûts liés à l'orientation et à la réadaptation professionnelle

De manière générale les coûts générés sont remboursés par les organismes assureurs aux instances qui ont fourni des prestations dans le cadre de l'orientation et de la réinsertion professionnelle, ces coûts sont pris en charge par la suite par le service des Indemnités de l'INAMI. (Frais de formation, de déplacement, de séjour, de matériel)

Détermination du coût de la réinsertion effective du titulaire au terme d'un programme de réadaptation professionnelle

L'article 215quinquies de l'A.R. précité concerne les coûts liés à la réinsertion effective d'un titulaire au terme d'un programme de réadaptation professionnelle, visés à l'article 109bis, alinéa 3, de la loi coordonnée.

Le coût de la réinsertion effective d'un titulaire qui a suivi un programme de réadaptation professionnelle comprend les différentes dépenses faites en vue de sa réinsertion professionnelle. Elles doivent être proportionnelles à l'objectif poursuivi. Il s'agit plus particulièrement des coûts pour l'encadrement du titulaire dans sa recherche d'un emploi, des frais de correspondance ou des frais liés à la sollicitation, par exemple pour les déplacements.

Incitations financières pendant et après le programme de réadaptation professionnelle

L'article 215sexies de l'A.R. précité concerne les interventions financières qui peuvent être accordées aux titulaires pendant et après un programme de formation professionnelle, prévues à l'article 109bis, alinéa 3, de la loi coordonnée : Le titulaire qui suit un programme de formation professionnelle peut prétendre à une prime de 5 euros par heure de formation, d'encadrement ou d'apprentissage effectivement suivie. Le titulaire qui a suivi avec succès un programme de formation professionnelle peut prétendre à une intervention forfaitaire de 500 euros.

Calcul de l'indemnité pour un titulaire qui tombe de nouveau en incapacité de travail après avoir suivi un programme de réadaptation professionnelle.

Une mesure de garantie prévoit à l'article 43 du Règlement des indemnités du 16.4.1997 que si un titulaire, après une période d'incapacité de travail primaire de plus de six mois ou après une période d'invalidité, est reconnu incapable de travailler hors des délais de rechute (donc à partir de 14 jours pendant l'incapacité de travail primaire et à partir de trois mois en invalidité), mais dans les 24 mois qui suivent la fin de la période d'incapacité de travail antérieure, la rémunération journalière moyenne pour le calcul des indemnités ne peut être inférieure à la rémunération perdue sur la base de laquelle l'indemnité aurait été calculée si la période visée ci-dessus s'était prolongée sans interruption.

Pendant une période de chômage entièrement contrôlée, la période de 24 mois est en outre suspendue.

2.2.4. La « nouvelle philosophie » (mars 2014) : principaux changements

Bien que la réglementation reste inchangée, la « nouvelle philosophie » présentée par le Conseil technique médical et approuvée par le Comité de gestion du service des Indemnités du 3 juillet 2013 et mise en œuvre à partir 19 mars 2014 va introduire des changements significatifs dans les pratiques.

Le Conseil technique médical⁵⁶ a développé une méthodologie permettant une approche nouvelle et plus large de la notion réinsertion socioprofessionnelle, en répertoriant les trajets de réinsertion en fonction de différents niveaux d'évaluation de l'incapacité de travail présentés par les assurés. Il s'agit d'une vision dynamique où l'assuré social et le médecin-conseil tendent tous deux vers une approche précoce de retour sur le marché du travail.

En outre, le Conseil technique médical a précisé le concept de « réadaptation professionnelle » étant donné que la terminologie déterminée à l'article 215quater de l'A.R. du 3 juillet 1996 (beroepsherscholing en néerlandais et réadaptation professionnelle en français) entraîne une certaine perplexité dans l'application de cet article, dans la mesure où le texte rédigé en français donne une marge d'appréciation plus large pour accorder des interventions que le texte rédigé en néerlandais.

Par conséquent, dans les textes légaux, le terme *réadaptation professionnelle* doit être compris comme *réhabilitation professionnelle* et *réorientation professionnelle*.

En outre, le Conseil technique médical a précisé le concept réinsertion socioprofessionnelle : ce sont toutes les mesures visant la réintégration professionnelle.

2.2.5. Réinsertion socioprofessionnelle : vision nouvelle

2.2.5.1. Nouvelles directives

Dans sa vision, le Conseil technique médical a développé différents niveaux correspondant à l'évaluation de l'incapacité de travail. Nous distinguons les niveaux suivants⁵⁷ :

Niveau 1 : l'évolution des problèmes de santé est favorable et permet d'envisager le retour au travail habituel ;

Niveau 2a : les problèmes de santé ne permettent pas le retour vers le poste de travail, mais le niveau d'aptitude médicale de l'assuré permet d'envisager l'exercice d'une autre profession de référence ;

Niveau 2b : L'assuré est en incapacité de travail définitive dans le cadre de l'exercice de son dernier emploi et en incapacité de travail (non définitive) dans le cadre de l'exercice de l'une de ses professions de référence, c'est-à-dire qu'il existe un « pronostic favorable » selon lequel l'assuré pourrait reprendre, à terme, l'exercice de l'une de ses professions de référence (prise en charge des frais par l'assurance indemnités) c'est-à-dire qu'il existe un « pronostic favorable » selon lequel l'assuré pourrait reprendre, à terme, l'exercice de l'une de ses professions de référence. L'assuré est donc incapable de travailler au sens de l'article 100,§1 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Niveau 3 : les problèmes de santé ne permettent plus l'exercice d'une quelconque profession de référence.

Niveau 4 : Aucun travail à visée économique n'est possible.

⁵⁶ <http://www.inami.fgov.be/fr/inami/organes/Pages/indemnitees-organes-consultatifs.aspx>

À chacun de ces niveaux sont alors associés des trajets de réinsertion. Nous distinguons les trajets de réinsertion suivants :

Niveau 1 : retour vers le dernier poste de travail ;

Niveau 2a : inaptitude définitive pour le dernier métier, mais aptitude médico- socio-professionnelle pour une autre profession de référence ;

Niveau 2b : La réhabilitation professionnelle dans le cadre de l'assurance indemnités peut aussi bien concerner :

- une des professions de référence (maintien et adaptation des compétences professionnelles dans une de ces professions)
- qu'une autre profession, dès l'instant où un diagnostic socio-professionnel laisse entrevoir que le non exercice d'une activité professionnelle a pour conséquence l'écartement durable du marché de l'emploi de l'assuré.

Niveau 3 : L'inaptitude pour toutes les professions de référence ouvre les portes à la réorientation professionnelle, orientation vers un métier compatible avec l'état de santé.

Niveau 4 : L'inaptitude à tout travail à visée économique, ouvre les portes à des actions d'inclusions sociales. (Volontariat, bénévolat).

2.2.5.2. Les professions de référence

En principe, le médecin-conseil doit tenir compte de la/des profession(s) exercée(s) et de la/des formation(s) suivie(s) pour déterminer si le titulaire est incapable de travailler. Il y a toutefois lieu de faire remarquer que cela ne peut pas entraîner une décision d'aptitude au travail pour un titulaire dont la connaissance requise pour l'exercice d'une profession déterminée est à ce point dépassée (p. ex. en raison de l'évolution technologique) qu'il ne pourrait de toute façon pas exercer cette profession, qui, de ce fait, ne peut plus être considérée comme une profession de référence.

En bref, pour les formations professionnelles qui sont sujettes à d'importantes évolutions (au niveau technologique ou social), le service des Indemnités de l'INAMI estime qu'une formation non actualisée dans ces catégories professionnelles ne fait pas partie des professions de référence.

Le service Règlementation du service Indemnités de l'INAMI est d'avis que pour l'évaluation de la capacité de gain, il n'y a pas non plus lieu de tenir compte d'une profession non exercée par un assuré social depuis longtemps.

Le lien avec le niveau d'évaluation de l'incapacité de travail

La réintégration peut consister en une réhabilitation professionnelle (mise à niveau des compétences professionnelles pour une des professions de référence), ou bien dans une réorientation professionnelle (l'apprentissage d'une autre profession).

L'utilisation de la grille d'évaluation de l'incapacité de travail encourage le médecin-conseil à mener une réflexion systématique et à prendre des initiatives en matière de réinsertion socioprofessionnelle dès le début de l'incapacité de travail ; prévoit un contrôle par le Conseil Médical de l'Invalidité et une interaction avec celui-ci dès l'entrée en invalidité (1 an) et à chaque prolongation de l'invalidité (réexamen des possibilités de réinsertion professionnelle en fonction de l'évolution de la pathologie) ; rend visible l'ensemble des efforts et des initiatives de l'assurance indemnités en matière de réinsertion socioprofessionnelle.

Début de l'incapacité de travail

Dès le premier entretien avec l'assuré, le médecin-conseil évalue le niveau d'incapacité de travail à l'aide de la grille d'évaluation et fait lien avec les mesures de réinsertion.

Entrée en invalidité

Lorsqu'il établit la fiche médicale pour l'entrée en invalidité, le médecin-conseil évalue à nouveau l'incapacité de travail à l'aide de la grille et il transmet au Conseil Médical de l'Invalidité toutes les données utiles sur les actions entreprises pour la réinsertion socioprofessionnelle pour les niveaux 2.B (réhabilitation professionnelle) et 3 (réorientation professionnelle).

Lorsqu'il traite la fiche médicale, le Conseil Médical de l'Invalidité s'intéresse aux possibilités de réinsertion socioprofessionnelle et il transmet immédiatement au médecin-conseil, via les directions médicales, ses questions ou remarques éventuelles.

Prolongation de l'invalidité

La procédure suivie pour l'entrée en invalidité est utilisée également pour chaque demande de prolongation.

La réhabilitation professionnelle (niveau 2. B) et la réorientation professionnelle (niveau 3) à charge de l'assurance indemnités se distinguent par le groupe cible auquel elles s'appliquent.

- Dans le cas d'une réhabilitation professionnelle, l'assuré est inapte définitivement à exercer la dernière profession exercée. En ce qui concerne les professions de référence, il existe un pronostic favorable de pouvoir, à terme, reprendre une de ses professions de référence.
- Dans le cas d'une réorientation professionnelle, l'assuré est également inapte définitivement à exercer la dernière profession exercée ainsi que ses professions de référence. L'espoir que l'assuré pourra un jour reprendre une de ses professions de référence est, en l'occurrence, inexistant. Dans les 2 cas, l'assuré répond aux conditions de l'article 100§1 (66% d'incapacité)

Similitudes entre la réhabilitation professionnelle et la réorientation professionnelle :

Le processus de réhabilitation professionnelle ou de réorientation est concerné par les 3 phases de réinsertion professionnelle : la phase d'orientation professionnelle, la phase de formation et la phase de réintégration.

2.2.6. Accord du 11 octobre 2014 du nouveau gouvernement Michel:

Vision du gouvernement en réinsertion professionnelle des travailleurs en incapacité de travail ou en invalidité.

L'examen devient systématique pour l'ensemble des entrants en incapacité de travail dans les 3 premiers mois.

L'approche est multidisciplinaire, elle implique une coordination entre le médecin généraliste, le médecin du travail et le médecin-conseil de la mutualité pour chaque travailleur entrant en incapacité de travail et des actions de réinsertion pour les assurés

sociaux pour lesquels une telle réintégration peut être envisagée compte tenu de ses capacités restantes.

2.2.6.1. L'offre d'un plan de réintégration socioprofessionnelle Loi programme du 19 décembre 2014⁵⁸

Mesure insérée par la Loi-programme du 19 décembre 2014 (MB 29.12.2014) dans l'article 100, §1/1 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 :

- Mesure visant à prévoir l'offre obligatoire d'un plan de réintégration socio-professionnelle établi par le médecin-conseil au plus tard trois mois (précocité) après le début de la période d'incapacité de travail.
- En faveur de l'assuré social pour lequel une telle réintégration peut être envisagée compte tenu de ses capacités restantes (évaluation clinique des niveaux en lien avec la réinsertion)
- Après une consultation approfondie entre le médecin-conseil et tous les acteurs concernés (le travailleur, le médecin-traitant, l'employeur, le conseiller en prévention-médecin du travail, le conseiller des organismes régionaux) – approche multidisciplinaire.
- Un plan de réintégration professionnelle doit être présenté à la Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité.
- Ce plan de réintégration fera l'objet d'un suivi régulier.
- Le Roi doit déterminer le contenu et les modalités du plan de réintégration ainsi que les modalités du suivi régulier (projet d'arrêté royal en cours).

La loi programme du 19 décembre 2014 implique une croissance importante du nombre de dossiers à traiter, le service des Indemnités et dans ce cas le département Réinsertion professionnelle doit se transformer pour se permettre d'atteindre les objectifs poursuivis par cette nouvelle réglementation. Les chiffres avancés parlent de plus de 15.000 parcours en 2016 alors qu'en 2015, 2000 parcours ont été traités par le département.

Une analyse organisationnelle devient indispensable pour permettre au département Réinsertion professionnelle et à l'ensemble des acteurs de la chaîne de suivi des parcours de réinsertion professionnelle de travailler avec plus d'efficacité et d'efficience ce qui devrait dans le cadre des perspectives d'avenir donner les arguments pour une proposition de changement radical de processus. Ce qui introduit la troisième partie concernant l'analyse organisationnelle.

⁵⁸ Tout le reste de la réglementation reste inchangée

3. Analyse organisationnelle du département Réinsertion professionnelle

L'approche théorique adoptée pour cette analyse organisationnelle des acteurs du processus de réinsertion professionnelle est la grille d'analyse de Nizet et Pichault. »⁵⁹

L'objectif est de réaliser une analyse organisationnelle dans le but de mieux comprendre les enjeux liés à la situation particulière du département Réinsertion professionnelle au sein du service des Indemnités de l'INAMI. Certaines étapes directement liées au processus et qui impliquent d'autres départements que le service des Indemnités seront également examinées. Les documents internes au service des Indemnités ainsi que les documents externes serviront de base à cette analyse. Les références seront mentionnées au fur et à mesure de leurs citations dans le travail.

L'analyse portera sur le service des Indemnités de l'INAMI et plus précisément sur son département Réinsertion professionnelle.

En ce qui concerne la présentation du travail, cette partie est consacrée à l'étude des configurations de Mintzberg appliquées au service des Indemnités et à son département Réinsertion professionnelle.

Les questions de départ sont :

- À quelle(s) configuration(s) organisationnelle(s) le département réinsertion professionnelle peut-il être rattaché ?
- Sommes-nous en présence d'un modèle de configuration « pur » ou « hybride » ?

L'étude de différents indicateurs tels que les mécanismes de division et de coordination du travail, la qualification des opérateurs, la différenciation et la liaison entre unités, mais aussi l'âge et la taille de l'organisation, sa technologie et son domaine devrait pouvoir éclairer cette question.

La question des buts de système et de mission fera également partie de l'analyse, pour finir sur la question du pouvoir et de sa localisation notamment.

L'hypothèse principale ici est une configuration hybride dont la principale serait la configuration bureaucratique instrument et la secondaire, la configuration professionnelle.

L'objectif est de mieux comprendre l'influence de ces facteurs pour essayer d'améliorer avec les mêmes moyens, la qualité du service rendu et la rapidité d'exécution des missions à réaliser.

⁵⁹ Nizet J. et Pichault F. « *Comprendre les organisations, Mintzberg à l'épreuve des faits* » ED. Gaetan Morin, 313p. 01/06/1995

3.1. Le département réinsertion professionnelle au sein du service des Indemnités de l'INAMI: entre configuration bureaucratique et configuration professionnelle.

3.1.1.1. Introduction

L'hypothèse est une configuration hybride complexe se répartissant entre un modèle à dominante bureaucratique selon la variante « instrument » principalement liée aux contraintes externes que sont les normes législatives édictées par le pouvoir politique mais avec aussi des caractéristiques importantes de la configuration professionnelle. Elle se caractérise par la prédominance d'une ou plusieurs missions, constituant un système de buts intégrés, la standardisation des normes, la loyauté aux normes et aux missions, et la relative liberté d'influencer les décisions managériales ou opératoires qui font partie intégrante de la fonction publique. Sans oublier que la responsabilité des décisions stratégiques est aux mains de la direction générale ainsi que le système de contrôle.

Certaines caractéristiques de configuration professionnelle devraient être présentes, ceci semble être confirmé par la présence d'opérateurs qualifiés dans le département Réinsertion professionnelle et par des contraintes stables et complexes pour les usagers.

3.1.1.2. Conception de la structure : mécanismes de division et coordination du travail dans le département Réinsertion professionnelle.

En ce qui concerne la division du travail entre opérateurs du département de Réinsertion professionnelle :

Le département Réinsertion professionnelle est composé 9 travailleurs dont 7 travailleurs sociaux auquel s'ajoutent 4 agents administratifs de support.

Le processus de traitement des dossiers implique le travail de 4 agents administratifs qui réceptionnent tous les dossiers et enregistrent leur arrivée à l'INAMI. Ils créent ainsi un dossier administratif concernant le document entrant et, si l'assuré n'est pas déjà connu par le service des Indemnités, un dossier médical.

Une fois l'enregistrement réalisé, ils transmettent les dossiers aux experts sociaux du département Réinsertion professionnelle. L'équipe des experts sociaux est composée de 5 assistants sociaux et de 2 infirmières sociales. Ce sont les agents administratifs qui également réalisent les communications écrites suite aux décisions prises par la Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité aux Unions Nationales des mutualités.

Les tâches des travailleurs sociaux du département Réinsertion professionnelle peuvent s'énumérer comme suit :

- Recevoir les dossiers (papiers) de demandes de réinsertion professionnelle envoyés par les médecins-conseils des mutualités via leurs Unions Nationales ;
- Analyser et encoder les données correspondantes à chacun des dossiers en fonction des types de demandes et ce, pour chacun des assurés sociaux,
- Donner un avis sur le projet professionnel ou le suivi du projet professionnel,

- En cas de dossiers incomplets se procurer les informations manquantes auprès des mutualités ou directement auprès des opérateurs d'orientation ou de formation professionnelle,
- Répondre par téléphone ou par mail aux nombreuses questions des opérateurs de première ligne, médecins-conseil et équipes multidisciplinaires des mutualités, aux opérateurs de l'insertion professionnelle et aux assurés sociaux.
- Quand les dossiers sont complets, ils sont transmis aux médecins inspecteurs responsables du traitement des dossiers de réinsertion professionnelle pour qu'ils puissent émettre un avis.

Ces dossiers sont ensuite transmis au secrétariat en charge de la logistique de la Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité (CSCMI) qui est, elle-même, compétente pour la prise de décision.

Le secrétariat prépare les documents à distribuer à chaque membre de cette commission composée de médecins directeurs des Unions Nationales de mutualités, de médecins inspecteurs du Service d'Evaluation et Contrôle Médical de l'INAMI et de médecins inspecteurs du service des Indemnités de l'INAMI.

Les travailleurs sociaux du département réinsertion professionnelle participent en tant qu'experts sociaux à cette commission uniquement pour les points qui concernent la réinsertion professionnelle.

Cette commission se réunit une fois par semaine pour traiter l'ensemble des dossiers qui lui sont soumis. L'examen de cette étape de l'organisation ne concernera que les dossiers de réinsertion professionnelle.

Les dossiers sont présentés par les travailleurs sociaux qui donnent leur avis pour la partie concernant le projet réhabilitation ou de réorientation professionnelle, puis les médecins inspecteurs du service des Indemnités donnent également leur avis pour la partie qui concerne le diagnostic médical, le pronostic et l'évaluation de la compatibilité du programme de formation et de la profession visée par rapport à l'état de santé de l'assuré.

La Commission Supérieure tient une discussion collégiale sur chacun de ces dossiers. Une décision est alors prise par la commission pour chaque dossier individuel. Suite à la Commission, les décisions sont rédigées par les experts sociaux du département de Réinsertion professionnelle, vérifiées par les médecins inspecteurs du service des Indemnités et communiquées par le personnel du département administratif aux Unions nationales qui se chargent de les transmettre à leurs mutualités.

Tous les dossiers une fois traités sont scannés dans le dossier individuel de chaque assuré social.

La division horizontale est forte puisque chaque opérateur reste confiné aux tâches qui sont formalisées par les missions du département Réinsertion professionnelle et les travailleurs sociaux ne sont affectés qu'aux tâches concernant leur service.

La répartition entre le nombre de tâches où les travailleurs sociaux sont en même temps concepteur et réalisateur de leur travail (ex. manière de répondre aux demandes, d'en estimer l'urgence, etc.) et le nombre de tâches où ceux-ci doivent exécuter des tâches qui sont définies par ailleurs, penche principalement vers la seconde situation.

Les travailleurs sociaux ont relativement peu d'autonomie dans leur manière de préparer leurs présentations compte tenu du fait que celles-ci sont définies préalablement par le processus et les documents à compléter, ce qui correspond à une division verticale forte.

En ce qui concerne la coordination du travail entre opérateurs, tous les travailleurs sociaux qui réalisent le travail de fond sont titulaires d'un diplôme d'assistant social ou d'infirmier social tel que délivré par les établissements d'enseignement supérieur⁶⁰.

Nous avons donc à faire principalement à une coordination de type par « standardisation des qualifications » qui influe, de par leur avis sur les programmes de réinsertion professionnelle, sur la politique menée concernant cette matière par le service des Indemnités de l'INAMI.

Cependant, une forte « standardisation des processus » est également présente. Le logiciel informatique pensé en fonction des impératifs de la réglementation et des besoins essentiels pour des prises de décisions éclairées de la CSCMI assure cette standardisation. Ce logiciel conçu en étroite collaboration avec les experts sociaux répond exactement aux besoins d'encodages concernant les dossiers. En effet, les phases et les codes des différentes étapes d'un parcours de réinsertion professionnelle ne laissent que peu de marge de manœuvre aux assistants sociaux. Ce, y compris, dans le contenu de leurs rapports sociaux étant donné que ceux-ci doivent contenir un certain nombre d'informations obligatoires. Ces constatations renforcent la logique de bureaucratie professionnelle instrument mais maintient la dimension hybride par la standardisation des qualifications. Malgré le cadre relativement rigide prévu pour une présentation complète des dossiers, les travailleurs sociaux sont libres de défendre leurs avis pour chaque dossier. Des supervisions permettant une discussion, sur les dossiers difficile ou de principe, est organisée chaque semaine, chaque travailleurs social peut s'exprimer librement, les décisions sont prises par consensus. Le logiciel suite aux recommandations concertées des experts sociaux peut encore être adapté et amélioré au fil du temps.

Pour le département Réinsertion professionnelle, la division du travail s'apparenterait donc au modèle -taylorisme et bureaucratie- : travail à la chaîne/travail répétitif avec peu de mobilité. Mais également, dans une certaine mesure, à un deuxième modèle de standardisation par qualification où les travailleurs sociaux doivent réaliser un nombre important de tâches différentes, chaque dossier étant unique et correspondant à une situation particulière où chaque travailleur social est amené à donner son avis. Le troisième modèle vise la standardisation des normes, avec un contrôle bureaucratique où le département a son rôle à jouer auprès de la direction générale en intervenant de manière pratique sur les objectifs et les processus à mettre en place pour les atteindre.

Je peux donc représenter les mécanismes de division et de coordination du travail dans le département réinsertion synthétiquement à l'aide du tableau suivant :

⁶⁰ Loi du 07 juillet 1970 relative à la structure générale de l'enseignement supérieur. Une personne est titulaire d'un diplôme d'infirmière sociale mais ses tâches correspondent exactement à celles des assistants sociaux.

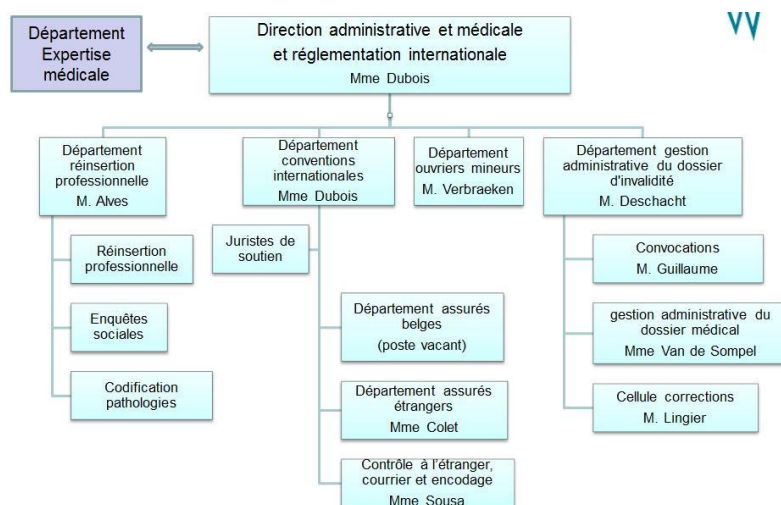
Tableau 9 : Mécanismes de division et de coordination du travail

Travail Service	Division	Coordination	Structure
Traitement des dossiers de demande	Horizontale Forte	Verticale Forte	Standardisation Qualification/ Standardisation des Processus / Standardisation des normes

3.1.2. La différenciation

La différenciation verticale est faible dans le département Réinsertion professionnelle. Elle est plus importante dans le contexte de la structure globale du service des Indemnités de l'INAMI, où de celle beaucoup plus imposante de l'INAMI dans son ensemble. Il existe un nombre limité d'échelons de hiérarchie, les travailleurs sociaux présentent leurs dossiers directement auprès de la Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité⁶¹. Pour les dossiers difficiles, une supervision est prévue avec le responsable de département avant tout passage en commission.

Figure 5 : Organigramme de la direction administrative



⁶¹ Qui fait partie de la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité ?

La Commission supérieure (CSCMI) a son siège principal à Bruxelles et se compose de :

- 9 médecins-conseils des organismes assureurs
- 9 médecins-inspecteurs du Service des indemnités de l'Inami

Quelles sont les missions de la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité ?

La CSCMI assume les missions suivantes :

- Elle se prononce dans des dossiers individuels :
- sur l'incapacité de travail de la personne en période d'invalidité (travailleur salarié ou travailleur indépendant).
- sur la durée de l'invalidité
- sur le trajet de réinsertion proposé par le médecin-conseil. La CSCMI décide si les frais liés au trajet de réadaptation professionnelle sont pris en charge par le Service des indemnités
- sur l'octroi d'une autorisation de reprise partielle de l'activité indépendante au travailleur indépendant en incapacité de travail
- Elle définit les directives pour les médecins-conseils et les médecins-inspecteurs dans le cadre de l'évaluation médicale de l'incapacité de travail.

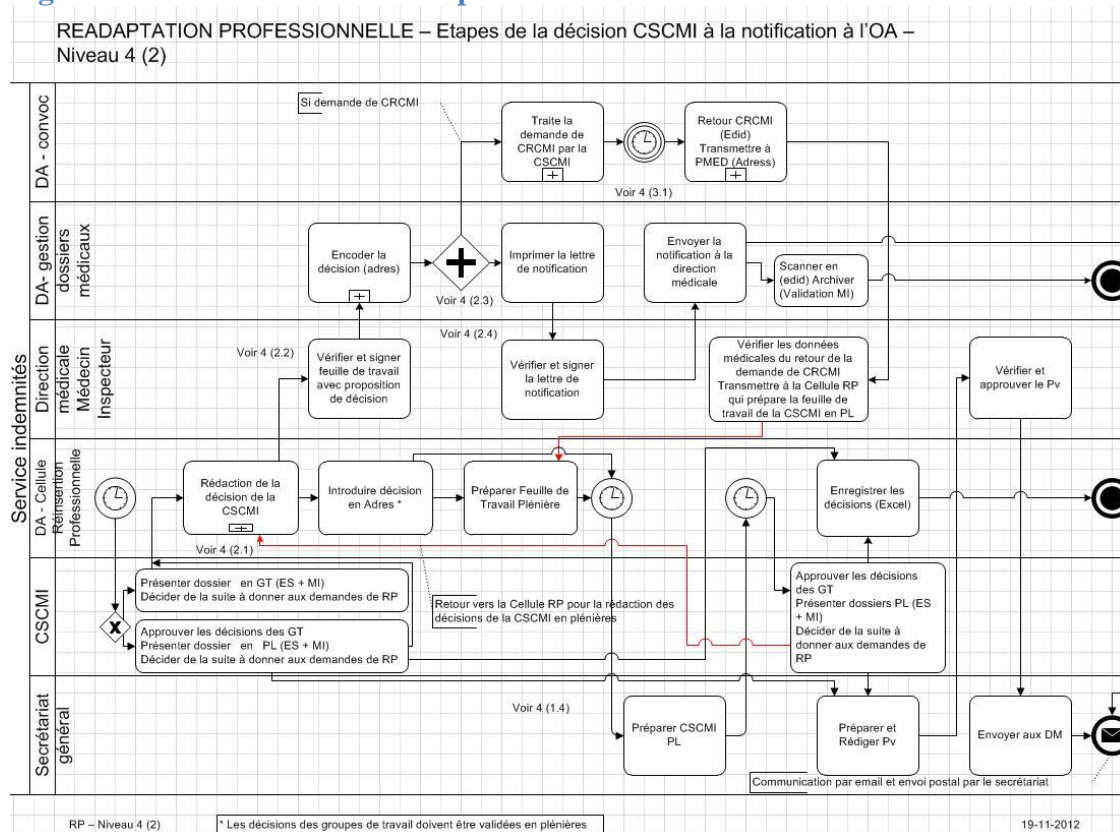
Pour évaluer la liaison entre le degré de différenciation au sein du département Réinsertion professionnelle et le type de départementalisation, je retiendrai les deux critères retenus par Nizet et Pichault à savoir : les interdépendances entre flux de travail d'une part, les interdépendances d'échelles d'autre part⁶².

En ce qui concerne le département de Réinsertion professionnelle du service des Indemnités de l'INAMI, nous avons une interdépendance qui se veut être principalement de type séquentiel au niveau du travail car la Commission Supérieure ne peut prendre de décision concernant les demandes de réinsertion professionnelle sans que : Le médecin-conseil et l'assuré social n'aient introduit une demande à l'Union Nationale de la mutualité ; La direction médicale de l'Union Nationale de la mutualité donne un avis et transmette le dossier au service Indemnités de l'INAMI ; Le dossier de demande soit enregistré administrativement ; La préparation et la présentation de la demande soient réalisés par les travailleurs sociaux du département Réinsertion professionnelle et par les médecins inspecteurs du département médical du service des Indemnités ;

La décision ne sera communiquée à l'Union Nationale de la Mutualité concernée que quand : Le travailleur social aura rédigé la décision ; Le médecin inspecteur l'aura vérifiée ; Le service administratif aura préparé la communication et l'envoi à l'Union Nationale,

Cette décision sera alors envoyée à l'Union nationale qui transmettra une notification à la mutualité régionale concernée ; La mutualité informera de la décision le médecin-conseil et son équipe multidisciplinaire ; Le médecin-conseil communiquera la décision à l'assuré social.

Figure 6 : Processus Réinsertion professionnelle



⁶² Nizet J. et Pichault F, op. cit., pp. 50 à 52

La figure 6 montre assez clairement la complexité du traitement d'un dossier de réinsertion professionnelle...

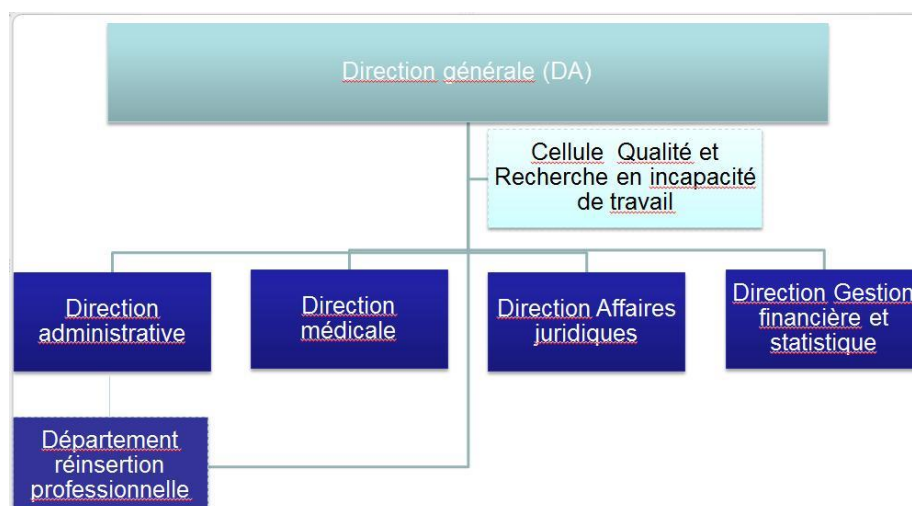
La différenciation horizontale dépasse le cadre du service des Indemnités par la présence même du parcours de réinsertion professionnelle qui implique, d'une part en externe, les Unions Nationales des mutualités, les mutualités régionales, les médecins-conseils et leurs équipes multidisciplinaires et finalement l'assuré social mais d'autre part également en interne, la direction médicale, le service administratif et la Commission Supérieure du Conseil médical de l'Invalidité.

Le département Réinsertion professionnelle a un lien fort à l'intérieur de l'organisation. L'organigramme interne du service des Indemnités de l'INAMI répertorie cinq directions à savoir : la direction générale, la direction médicale, la direction gestion financière et statistiques, la direction administrative et conventions internationales, la direction des affaires juridiques.

Le département dépend de la direction générale pour toutes les décisions stratégiques et opérationnelles, de la direction administrative pour ce qui est lié à la gestion des ressources humaines du département.

Le département Réinsertion professionnelle travaille en étroite collaboration avec la cellule qualité et recherche en incapacité de travail, la direction gestion financière et statistiques pour le suivi des statistiques et le financement de la réinsertion professionnelle, la direction médicale dans le cadre des suivis individuels de dossiers mais également dans le développement d'une vision commune de la réinsertion professionnelle, la direction des affaires juridiques pour la réflexion sur la réglementation concernant la réinsertion et les différentes adaptations et les nouvelles circulaires pour cette matière.

Figure 7 : Organigramme du service des Indemnités de l'INAMI



3.1.3. Les liaisons entre unités

Au service des Indemnités de l'INAMI, nous avons à faire à une liaison portant principalement sur la formalisation. Plus particulièrement, nous avons bien une « planification des activités » vu que celles-ci sont très largement prédéfinies.

3.1.4. La forme structurelle

La forme structurelle du service des Indemnités de l'INAMI est une structure en « clocher pur »⁶³ avec ses différentes directions qui, elles-mêmes chapeautent différents sous-départements.

Cette caractéristique correspond d'ailleurs au type de liaison entre unités à savoir la formalisation.

3.1.5. La communication

Elle est massivement descendante et ce, via des notes de service puisque les communications internes émanent du sommet stratégique, lors des réunions de direction par exemple.

Néanmoins, il faut noter aussi que les réunions mensuelles de staff élargi du service des Indemnités (avec l'ensemble des chefs de service) et les réunions d'équipe permettent une certaine ascendance de l'information lorsqu'il est demandé aux travailleurs de faire part de leurs points de vue sur certaines questions : processus, nouveaux problèmes, bien-être,...

Au niveau informel, il arrive souvent qu'un travailleur aille trouver le chef de département pour donner son opinion concernant des adaptations ayant du sens pour le service, l'avis est toujours pris en compte.

3.2. Les facteurs de contingence

3.2.1. L'âge et la taille de l'organisation

En ce qui concerne l'âge de l'administration, le service des Indemnités de l'INAMI tel que nous le connaissons aujourd'hui a finalement une longue histoire derrière lui. Les 50 ans de l'Inami ont été fêtés en 2014.

En ce qui concerne la taille de l'organisation, et si nous nous basons sur l'importance numérique du personnel pour déterminer celle-ci, nous avons à faire à une grande organisation (+/- 1300 ETP tous services confondus pour 2015). Cette taille semble justifier de recourir plutôt pour la division et coordination du travail et des unités, à des mécanismes fondés sur la formalisation et/ou la constitution de représentations mentales appropriées. Le service des Indemnités de l'INAMI comprend, en 2015, environ 65 équivalent temps plein, tous départements confondus.

3.2.2. La technologie

La standardisation des procédés informatiques est une réalité de tous les départements. Chaque département travaille avec des logiciels informatiques différents ou identiques pour l'ensemble du département concerné (parfois un même logiciel utilisé par différents départements).

Cela ne va pas sans faire penser à une production de masse où l'outil informatique sert à gérer, le plus rapidement possible et d'une manière uniforme, un nombre important de dossiers concernant les assurés sociaux, plusieurs dizaines de milliers de dossiers à suivre et à mettre à jour annuellement.

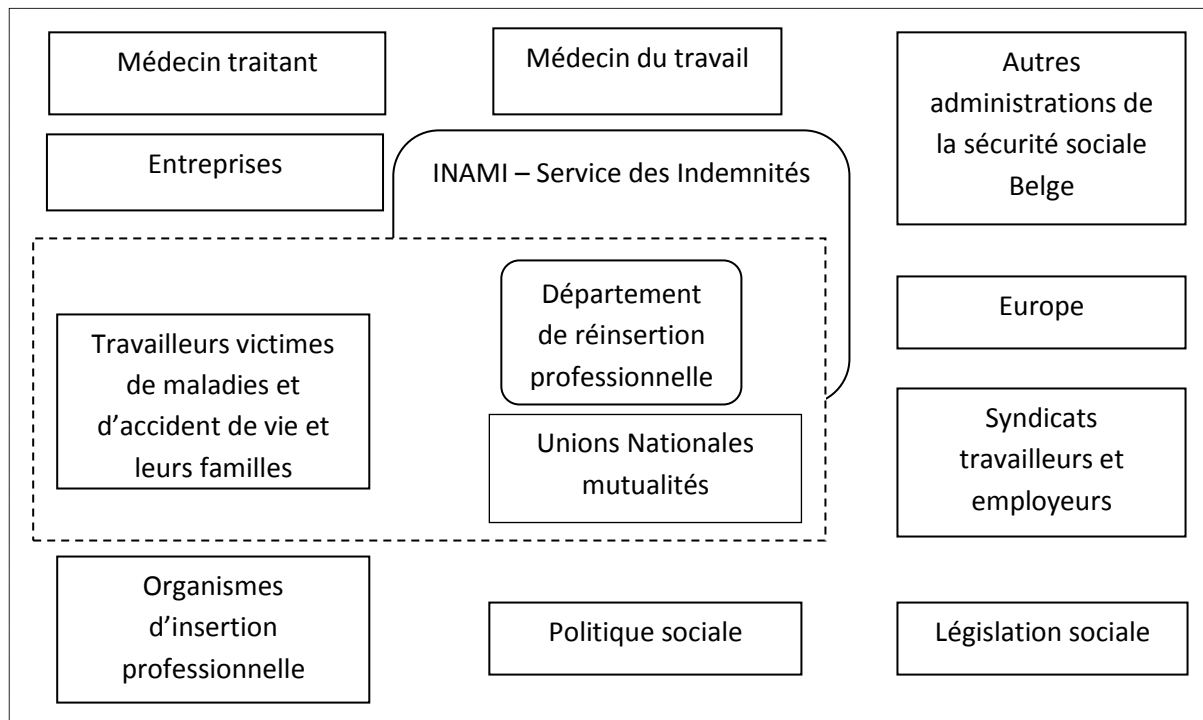
⁶³ « Clocher pur », départementalisée par input et le plus souvent par fonctions.

Il y a bien une responsabilité croissante des travailleurs par rapport à l'utilisation qu'ils font des logiciels informatiques via le nombre croissant de données que ceux-ci doivent introduire dans la base de données.

In fine, le modèle informatique et technologique tel que nous le retrouvons au service des Indemnités de l'INAMI fait encore davantage penser à une forte centralisation avec un modèle taylorien d'organisation du travail.

L'avenir (fin 2016) nous permettra de travailler de manière plus fluide avec un échange de données informatiques (flux) in/out qui viendront remplacer les documents papiers et les encodages nombreux et répétitifs encore existant à l'heure actuelle.

Figure 8 : L'environnement du département réinsertion professionnelle



3.2.3. Le degré de complexité du domaine de la réinsertion

Il est difficile de définir avec exactitude le degré de complexité du domaine de la réinsertion professionnelle au regard des compétences des opérateurs. Néanmoins, ce domaine est « complexe » vu l'étendue des compétences à avoir. Cette étendue des compétences me semble être large pour chacun des départements et ce, particulièrement pour le service des Indemnités de l'INAMI. En effet, nous avons vu que ce service avait un nombre important de tâches à réaliser compte tenu des normes législatives qui définissent ses missions et ses tâches.

De plus, si les tâches à accomplir peuvent être assez répétitives et nombreuses, elles dépassent cependant le simple stade de l'exécution pure et simple puisqu'il faut être à même non seulement de gérer mais aussi d'articuler entre elles les caractéristiques des assurés sociaux sous les points de vue suivants: médical, de leur capacité restante, de leur carrière professionnelle et de leurs formations, de leur situation sociale, de leur projet de réhabilitation ou de réinsertion professionnelle.

Ceci avec la participation de nombreux intermédiaires qui agissent entre l'assuré social et le département réinsertion professionnelle. (Fig 8)

Environnement complexe également pour le département réinsertion professionnelle car il se trouve dans une phase de développement importante : mise en place des relations de coordination avec d'autres secteurs de la sécurité sociale ; du monde de l'emploi et de la réinsertion professionnelle ; acteurs divers qui viennent influencer les processus (par exemple les acteurs de la santé mentale, les centres de réhabilitation, les médecins traitants et du travail, les employeurs,....)

3.2.4. Le degré d'hostilité du domaine de la réinsertion

Le degré d'hostilité du domaine est faible, vu le caractère monopolistique d'une administration comme le service des Indemnités de l'INAMI. Il n'est donc pas soumis à certaines formes de concurrence qui peuvent apparaître entre différents services sociaux.

Comme l'écrivent encore Nizet et Pichault « En revanche, le domaine d'une administration publique ou d'une entreprise en situation de monopole n'est guère menaçant dans la mesure où ces organisations peuvent afficher une relative autonomie par rapport aux évolutions de l'environnement.»⁶⁴.

Il est pertinent de nuancer quelque peu ce constat car : les comités de gestion salariés et indépendants composés des experts des Unions Nationales, des représentants des employeurs et des travailleurs salariés ont une influence importante sur les objectifs de politique et de stratégie de l'organisation ; la composante politique est une réalité qui doit être adaptée en fonction de la réalité démocratique qui implique la succession de coalitions et de programmes de gouvernement ayant un impact effectif sur les débats et décisions adoptés par ces organes de gestion paritaires même si ceux-ci peuvent aussi négocier avec le gouvernement au pouvoir.

3.2.5. Le degré d'hétérogénéité du domaine de la réinsertion

Enfin, le degré d'hétérogénéité du domaine est relativement faible également. Le département Réinsertion professionnelle ne s'occupe que de réinsertion professionnelle en 2^{ème} ligne. Il ne travaille qu'avec les professionnels des mutualités, ou avec des partenaires de l'insertion professionnelle représentants officiels de leurs organisations respectives qui composent la première ligne en contact avec les assurés sociaux.

3.3. Les buts

3.3.1. Buts mission et / ou système

Les buts dominants (opérants) : le service des Indemnités de l'INAMI et son département Réinsertion professionnelle sont un service public dont les buts de mission sont prédominants.

Mais des buts de système existent : l'obligation de répondre à des normes législatives préexistantes ; le développement d'un système de flux électroniques pour la réinsertion professionnelle ; adapter le travail aux ressources budgétaires réelles notamment évitant un

⁶⁴ Nizet J. et Pichault F., op. cit., p. 78

déficit ; demander des ressources humaines supplémentaires pour faire face à des missions nouvelles et à la croissance du nombre de dossiers.

Le contrôle de l'environnement peut se manifester par le contrôle qu'exerce le département réinsertion professionnelle du service des Indemnités de l'INAMI sur les processus mis en place par circulaires administratives, qui doivent être respectées par les acteurs de 1^{ère} ligne, mutualités, opérateurs d'insertion professionnelle conventionnés par l'INAMI. Ce contrôle est relatif puisque toutes les circulaires sont d'abord discutées collégalement en Commission Supérieure de l'Invalidité ou dans le cadre de comité d'accompagnement ou de pilotage.

Les buts de mission pourraient rentrer en conflit avec les buts de système qui « appartiendraient et seraient définis » au Sommet stratégique ou au niveau politique.

Le Sommet stratégique doit veiller à ce que chacun des services fasse son travail en fonction de sa départementalisation. Il doit également veiller à l'équilibre budgétaire du service des Indemnités de l'INAMI, en faisant face aux contraintes financières des dépenses par exemple. C'est donc bien en ce sens qu'une certaine contradiction (conflit) peut exister entre certains buts de mission et certains buts de système.

Les buts de mission du département Réinsertion professionnelle du service des Indemnités de l'INAMI vise l'intérêt général des assurés sociaux indemnisés comme défini dans la réglementation déterminée par le pouvoir politique.

Chacun des services oriente son travail en direction des assurés sociaux dont les dossiers sont traités. Le service des Indemnités de l'INAMI s'adresse à la collectivité en vue de lui offrir des services. C'est l'essence même de la mission de la sécurité sociale et de la fonction publique. Dans le cas de la réinsertion professionnelle, chaque dossier est examiné et traité individuellement.

3.3.2. Système de buts

Ce sont principalement les buts de mission qui sont annoncés par le Sommet stratégique lors des différentes réunions. Il s'agira presque toujours d'améliorer le suivi des dossiers et des processus pour fournir un meilleur service, d'être plus à même de répondre aux demandes diverses des opérateurs de 1^{ère} ligne.

Pourtant, les buts de systèmes, comme buts opérants, ont également une importance organisationnelle qui s'articule avec les buts de missions.

Le service rendu globalement par le service des Indemnités et son département Réinsertion professionnelle, ayant pour mission de permettre à un maximum de travailleurs en incapacité de travail de pouvoir réaliser un parcours de réinsertion professionnelle, a notamment, l'obligation de répondre à un certain nombre de contraintes afin d'atteindre ses buts : légales ; d'organisation : de processus, de ressources humaines, de ressources techniques.

C'est un équilibre qui ne va pas sans créer des tensions entre le Centre opérationnel et le Sommet stratégique, même si celui-ci n'est pas toujours à l'origine des dispositions imposant les buts de système qui impose une adaptation lourde des systèmes informatiques, des processus et de l'organisation du travail.

3.4. Le pouvoir

3.4.1. L'acteur influent et la typologie des acteurs

En ce qui concerne le pouvoir d'expertise, celui-ci semble être doté d'une certaine contradiction, les ressources humaines du département Réinsertion professionnelle sont mises à rude épreuve par le nombre croissant de dossiers à traiter et le manque de personnel.

Le nombre croissant de dossier entraîne un manque de temps pour traiter les dossiers, d'où une file d'attente longue pour les dossiers ou un traitement écourté et plus rapide des dossiers, risquant une baisse de qualité du traitement des dossiers et des avis rendus.

Ce problème devrait se résorber avec l'entrée en service de nouveaux travailleurs sociaux.

La question de la détention de l'information est également primordiale. Cela est particulièrement vrai pour les travailleurs sociaux qui sont le plus en contact avec les réalités sociales de la réinsertion des assurés sociaux. Dans la pratique, cette détention, de la part du Centre opérationnel, d'une information « vitale » pour l'organisation est difficile à déterminer. En effet, le travailleur social peut amener des constatations empiriques qu'il fait soit par rapport aux usagers : la motivation douteuse d'un assuré (qui pose question sur le fait qu'il soit dans un parcours vraiment volontaire sans avoir été « influencé » par un médecin-conseil faisant du zèle...), la mauvaise qualité d'un projet, l'inadéquation d'un projet avec les demandes d'un assuré..., soit par rapport à des aspects plus techniques liés à sa pratique professionnelle : avec le réseau institutionnel par exemple la difficulté de dialoguer avec un partenaire d'une organisation d'orientation ou de formation professionnelle conventionnée pour l'organisation.

Les ressources financières sont aux mains du Sommet stratégique. Et ce, principalement en ce qui concerne « les salaires et autres avantages matériels et financiers dont bénéficieront les membres de l'organisation »⁶⁵ même si les salaires et autres avantages dépendent des barèmes imposés dans la fonction publique.

Au travers de la description des tâches à accomplir et des sources des missions de chacun des Services du service des Indemnités de l'INAMI, il est clair que les règles sont aux mains du Sommet stratégique voire, même de technostructures extérieures et de politiques exerçant le pouvoir législatif ou exécutif (le législateur fédéral).

Le Centre opérationnel n'a aucune influence sur les règles de fonctionnement de l'Institut, mais bien sur le modus operandi, et les propositions purement opérationnelles du département Réinsertion professionnelle.

3.4.2. Entre loyalisme et non-implication

Assister régulièrement aux réunions bimensuelles du département Réinsertion professionnelle du service des Indemnités de l'INAMI permet de constater les différences d'attitudes entre les travailleurs sociaux. S'il fallait les classer, sur base de leurs réactions et à partir du point de vue de responsable du service (dont j'essaie de me distancier), certaines personnes choisissent le loyalisme « pur et simple ». Elles sont certainement majoritaires. Quels que soient les types de décisions prises par le Sommet stratégique sur les conditions mêmes de travail des personnes concernées, elles marquent leur adhésion. Il est vrai qu'avant toute

⁶⁵ Mintzberg cité par Nizet et Pichault, op. cit., p. 146

décision affectant le service, une discussion défendant l'intérêt du département se déroule en Comité de direction. Ces décisions sont d'abord discutées en réunion d'équipe où chacun a l'occasion de donner son avis et d'influencer le point de vue de l'équipe et la manière de travailler. Ces discussions visent à simplifier les processus dans la longue chaîne d'intervenant pour mieux servir les intérêts de l'assuré social (timing de décision par exemple).

Certaines personnes peuvent, a contrario, adopter des attitudes plus revendicatives. Le degré d'influence est relativement limité car tous les points concernant le travail sont discutés en réunion d'équipe et une fois que le consensus est retenu, il est appliqué en suivant les consignes données par le comité de direction et adaptées aux besoins du département.

Il reste ce qui ne peut être immédiatement mis en place faute de moyens. La simplification du traitement des dossiers est ici un enjeu très important pour donner la place nécessaire à un travail moins répétitif dans ses tâches avec moins d'encodage. Ceci est prévu dans les années qui viennent dans le cadre de la mise en place d'un flux de données électroniques entre les Unions Nationales et l'INAMI par rapport spécifiquement à la matière de la réinsertion professionnelle.

3.4.3. La localisation et l'exercice du pouvoir

Parler de l'influence du Centre opérationnel, c'est enfin aborder également la question de l'exercice du pouvoir au quotidien d'une manière générale. Et, par rapport à cela, il est intéressant de constater qu'aussi bien les phénomènes de pression que les phénomènes de légitimation sont présents quotidiennement dans le fonctionnement organisationnel.

Le système d'influence dominant est de type de contrôle bureaucratique à l'INAMI. Mais en ce qui concerne le département Réinsertion professionnelle du service des Indemnités de l'INAMI, il existe peu d'échelons entre le bas de l'échelle, le chef de département, le chef du service administratif et le Sommet stratégique à savoir le directeur général.

Je pense important de souligner ici que, par ailleurs, pour l'aspect stratégique du développement de la réinsertion professionnelle, le responsable du département peut avoir un accès direct à la direction générale, il fait d'ailleurs partie de la réunion de direction hebdomadaire du service des Indemnités. Le contrôle bureaucratique existe bien, mais lié à une courte échelle entre le sommet et la base, ce qui est vraiment particulier à ce département jeune et en construction.

C'est une opportunité intéressante pour le Centre opérationnel, qui peut ainsi gérer l'évolution et les changements de la construction du service avec une rapidité rare dans l'administration.

3.5. Conclusions de l'analyse organisationnelle du département Réinsertion professionnelle

Cibler les caractéristiques « configuratives » du fonctionnement organisationnel du département Réinsertion professionnelle du service des Indemnités de l'INAMI et cela, au travers de différents indicateurs tels que la division et la coordination du travail, la qualification des opérateurs, l'âge et la taille de l'organisation, l'influence du marché, les buts de missions et/ou de système, le système de buts et, enfin, le pouvoir et sa localisation ainsi

que son exercice me permet d'établir quelle est (ou quelles sont) la (les) configuration(s) principalement en présence, il faut reprendre les critères tels que décrits ci-dessus et voir à quelle(s) configuration(s) ils appartiennent. Le postulat de départ était une configuration hybride entre la bureaucratique (selon la variante « instrument ») et professionnelle.

Pour résumer, la division horizontale du travail est forte, ce département dispose certes d'un nombre élevé de tâches à faire mais les possibilités de mobilité sont pour ainsi dire nulles, les qualifications des travailleurs sociaux ouvrant peu de mobilité interne faute de besoins de l'INAMI.

En ce qui concerne les divisions verticales du travail, c'est-à-dire le fait de se demander dans quelle mesure les opérateurs sont à la fois exécuteurs mais aussi concepteurs du travail presté, elles sont fortes pour le département Réinsertion professionnelle du service des Indemnités de l'INAMI.

La coordination se fait essentiellement par standardisation des procédés (via essentiellement les logiciels informatiques uniformisés) mais aussi des qualifications. De ce fait, se trouvent ici les traits d'une configuration hybride entre la bureaucratique (standardisation des procédés) et la professionnelle (standardisation des qualifications).

Les travailleurs du département Réinsertion professionnelle du service des Indemnités de l'INAMI sont qualifiés du fait de leur formation d'assistants sociaux ou d'infirmier sociaux.

Les buts et la création de nouvelles normes, pour atteindre les objectifs de missions dont la coordination, se réalisent par la standardisation des normes, de type bureaucratie professionnelle. Le département Réinsertion professionnelle influe sur les choix opératoires et stratégiques de l'évolution de la réinsertion au service des Indemnités de l'INAMI.

De ce fait, une situation hybride se forme entre la configuration professionnelle avec l'importance spécifique des compétences par rapport au travail et la configuration bureaucratique de type instrument.

La différenciation est forte sur le plan vertical. De nombreux intermédiaires hiérarchiques existent au sein de l'INAMI qui, eux-mêmes, sont soumis aux directives de technostructures extérieures et de coalitions politique exerçant le pouvoir de l'État. C'est là une caractéristique supplémentaire de la configuration bureaucratique.

La liaison entre unités se fait par la formalisation vu que les activités sont largement planifiées. C'est donc là aussi une caractéristique de la configuration bureaucratique. Les autres indicateurs de la configuration bureaucratique au sein de l'INAMI sont : l'âge, 51 ans, et la taille (+/- de 1300 agents en 2015), la technologie élaborée.

L'environnement fait penser à la configuration professionnelle de type bureaucratique, vu qu'il se veut être à la fois stable mais complexe, faiblement hostile et hétéronome.

Les buts opérants sont ceux de système et les buts officiels sont principalement les buts de mission (configuration bureaucratique).

Les buts de mission pour les assistants sociaux, liés à leurs qualifications et leurs statuts de travailleurs sociaux, sont ceux d'une configuration professionnelle pour le département Réinsertion professionnelle du service Indemnités de l'INAMI.

Le pouvoir est principalement aux mains des responsables de l'administration à savoir le directeur général, le Comité de gestion composé des représentants des syndicats et employeurs des salariés et des indépendants mais aussi de l'État fédéral par l'intermédiaire de ses interventions, des propositions de nouvelles réglementations, en collaboration avec les

experts de l'administration. Ces premières caractéristiques correspondant bien à la variante « instrument » de la configuration bureaucratique, cet aspect est encore renforcé par l'importance des normes législatives dans le fonctionnement organisationnel.

Le Centre opérationnel n'est certainement pas le principal organe à utiliser le pouvoir. Pourtant, celui-ci est loin d'être nul, notamment sur certains types de décisions courantes comme l'avis donné sur des demandes individuelles ou l'accès pour les questions stratégiques à la direction générale. La détention de l'information est relative quant à son importance sur le fonctionnement organisationnel.

Enfin, les ressources financières sont aux mains du Sommet stratégique. Pour l'exercice du pouvoir, celui-ci se fait via un système de contrôle bureaucratique (Budget/dépenses et suivi des indicateurs (nombre de sorties, etc...)).

En conclusion, un modèle de configuration hybride du fait de tensions, entre une dominante bureaucratique poussant vers une forte centralisation qui coexiste avec une présence importante de certaines caractéristiques de la configuration professionnelle par superposition. Au sein du département Réinsertion professionnelle du service des Indemnités de l'INAMI se rencontrent les caractéristiques de la configuration bureaucratique comme de la configuration professionnelle (ex. Standardisation des qualifications (professionnelles) et forte division du travail (bureaucratique)).

L'environnement relève de la configuration professionnelle bureaucratique avec le développement de nouvelles missions et buts coordonnés, standardisés en des normes opérationnelles fortes, ce qui confirme l'hybridation. Celle-ci crée des tensions fortes dans le développement du département.

4. Le nouveau Paradigme : la stratégie de l'investissement social

Au cours de ces 20 dernières années sont apparus de nouveaux besoins, la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, l'accompagnement dans la perte d'autonomie, la difficulté d'insertion professionnelles des jeunes et des plus de 50 ans, la progression de la pauvreté et de la précarisation des travailleurs, le chômage de masse, le ralentissement de la croissance économique dans un contexte de mondialisation.

Une nouvelle orientation pour la protection sociale est devenue une réalité, un changement de paradigme, l'état social actif, de nouvelles perspectives concevant certaines politiques sociales non plus comme un coût pour l'économie mais comme une série d'investissement, nécessaire pour garantir une croissance soutenable et pour mieux répondre à ces nouveaux besoins.

4.1. La stratégie d'investissement social

Selon Bruno Palier, « La stratégie d'investissement social, est une approche qui vise à préparer les individus à faire face aux évolutions des besoins sociaux et à contribuer à bâtir une nouvelle économie, fondée sur le savoir et les qualifications.

L'approche en termes d'investissement social insiste sur la nécessité de situer l'intervention sociale le plus en amont possible afin de minimiser les risques sociaux. Il s'agit d'accompagner les individus tout au long de leur vie »⁶⁶

L'objectif de l'investissement social est d'éviter les risques pour réduire les dépenses qui leur sont liées, créer un cercle vertueux qui permet de limiter les dépenses assurantielles et d'augmenter les recettes de la protection sociale.

Cette approche ne vise pas le démantèlement des Etats providence, mais leur réorientation vers l'avenir, reprise par la Commission Européenne⁶⁷ qui donne sa propre définition :

« On entend par investissement social le renforcement des capacités des personnes et le soutien à leur participation dans la société et au marché du travail.

Cela profitera à la prospérité des individus, permettra de stimuler l'économie et aidera l'Union Européenne à sortir de la crise plus forte, plus cohérente et plus compétitive »

Les institutions européennes se sont emparées de ces concepts pour en faire un paquet d'actions.

Le «paquet⁶⁸» est un cadre d'action intégré qui prend en considération les différences sociales, économiques et budgétaires existant entre États membres et met l'accent sur:

- L'adéquation des systèmes de protection sociale aux besoins des personnes qui se trouvent à des moments charnières de leur vie; des mesures supplémentaires doivent être prises pour réduire le risque de régression sociale et éviter ainsi des dépenses sociales accrues à l'avenir;
- Des politiques sociales simplifiées et mieux ciblées visant à déployer des systèmes de protection sociale appropriés et viables; à budget égal ou inférieur, certains pays

⁶⁶ Palier B.. « La stratégie d'investissement social ». 2014. <hal-01064753>

⁶⁷ Commission Européenne, « paquet investissement social ». 2013

⁶⁸ Ibid

obtiennent de meilleurs résultats que d'autres, ce qui prouve qu'il est possible d'améliorer l'efficacité des dépenses sociales;

- De meilleures stratégies d'inclusion sociale dans les États membres; la disponibilité de services d'accueil des enfants et de systèmes d'éducation abordables et de qualité, la prévention de l'abandon scolaire, la formation, l'aide à la recherche d'un emploi, l'aide au logement et l'accessibilité des soins de santé sont autant de domaines d'action qui revêtent une forte dimension sociale.

4.1.1. Que vise l'investissement social ?

L'investissement social dépend du succès de la prévention qui « repose à la fois sur la sensibilisation et l'implication de chaque individu, la formation de l'ensemble des professionnels concernés mais aussi la promotion par la collectivité des conditions de vie et de travail propices à un bon état de santé de la population »⁶⁹

Cette perspective insiste aussi sur la capacité de certaines politiques sociales à stimuler la croissance et l'emploi, d'une part pour éviter l'exclusion et réduire les dépenses qui y sont liés et d'autre part de permettre à ceux qui le peuvent de travailler, et donc, de contribuer au financement du système social tout en améliorant le niveau de vie de chaque travailleur.

Ce qui renverserait la vision des politiques sociales suivant cette démarche d'investissements, d'un coût économique vers une garantie de croissance durable, forte et partagée qui répond mieux à l'évolution des besoins sociaux. Elle vise à garantir une amélioration du bien-être de tous, et la soutenabilité financière des systèmes de protection sociale dans leur ensemble.

La stratégie d'investissement social permet d'agir sur de nouveaux champs d'intervention, complémentaires, préventifs, évitant des dépenses ultérieures et permettant un financement accru de la protection sociale tout en incluant les individus. La stratégie d'investissement social vise l'accompagnement des personnes tout au long de leur vie, à chacune de leurs étapes clés, offrant le potentiel de choix de nouveaux parcours de vie et professionnels adaptés aux transitions.

4.1.2. Quelles en sont les principales critiques⁷⁰ ?

Elles sont essentiellement de trois ordres selon Bruno Palier⁷¹ :

- La première est relative à la réduction et à la subordination de la politique sociale à des objectifs économiques et financiers. La crainte serait que des pans entiers de l'action sociale soient abandonnés dès lors qu'ils ne seraient pas jugés rentables et/ou que des externalités positives comme l'amélioration du niveau de santé, de culture...profitables à long terme en matière de croissance, soient mal prises en compte.
- La seconde tient à la complexité de la mesure quantitative et qualitative du retour sur investissement. Elle est difficile car ses effets sont souvent diffus et de long terme, elle est parcellaire car c'est l'articulation de plusieurs politiques sociales qui produit des résultats susceptibles d'être évalués. Les politiques sociales, le plus souvent, font « système », ce qui incline davantage à l'observation d'indicateurs globaux de résultats finaux. Enfin, ces

⁶⁹ CESE-Les enjeux de la prévention en matière de santé, Jean Claude Etienne et Christian Corne, 2012

⁷⁰ Palier.B. « La stratégie d'investissement social ». 2014. <hal-01064753>

⁷¹ Palier.B. « La stratégie d'investissement social ». 2014. <hal-01064753>

résultats ne permettent pas toujours de guider et de prioriser les dépenses d'investissement social.

- La troisième critique porte sur les effets redistributifs d'une réorientation vers les dépenses d'investissement social qui seraient plus favorables aux classes moyennes en raison d'une consommation supérieure de services à celle de personnes plus défavorisées et d'une meilleure qualification les rendant plus directement «employables» sur le marché du travail.

Cette stratégie suscite également trois types de débats⁷² :

- la stratégie d'investissement social pourrait déboucher sur un abandon du rôle assurantiel ou redistributif de la protection sociale au profit des seules logiques de « rentabilité » des investissements sociaux et des politiques d'activation.
- la cohérence entre les différentes politiques mises en place. L'interrogation porte sur la cohérence entre investissement social, évolution du système éducatif, réforme de la formation professionnelle, stratégie de développement économique, et régulation du marché du travail.
- La question du financement. S'engager dans une trajectoire d'investissement social suppose de dégager des marges de manœuvre financières. Dans le court terme, elle est nécessairement plus coûteuse et la question est posée des ressources à trouver. Faut-il ajouter des dépenses supplémentaires ? Comment les financer ? Faut-il redéployer les dépenses existantes, mais selon quels arbitrages ? De nombreuses interrogations se posent quant aux voies et moyens pour adopter une perspective d'investissement social.

4.2. Politique d'investissement social : la réinsertion professionnelle?

Dans le cadre de l'état des lieux (première partie) de la réinsertion professionnelle en Assurance Indemnités en Belgique, les faits et les chiffres montrent la problématique de la réinsertion professionnelle dans le contexte générale de l'assurance Indemnités à l'INAMI.

La politique sociale concernant le retour au travail des personnes en incapacité de travail ou en invalidité vise la prévention de l'incapacité de travail de longue durée, et donc les coûts qui y sont liés. Ces parcours d'orientation et de formation professionnelle sont des parcours volontaires pour des assurés sociaux auxquels il reste des capacités et qui veulent pouvoir retourner sur le marché du travail (deuxième partie).

Cette politique axée sur les entrants en incapacité de travail vise la précocité de l'action, ce qui est effectivement plus efficace quand on vise le retour vers les derniers emplois (figure 3 : schéma OCDE 2015). C'est un fait, moins de temps les assurés sociaux restent en incapacité, plus ils ont de chances de retrouver un emploi.

Au niveau des coûts, le nombre de mois d'indemnisation est réduit au temps de reconnaissance de l'incapacité de travail, c'est la principale source d'économie.

Bien sûr, une personne qui reprend le travail dans un poste adapté à son état de santé, est comme tout travailleur amené à cotiser pour les lois sociales et est imposé selon sa rémunération ce qui est directement lié à un bénéfice pour la société.

⁷² Ibid

Le département de Réinsertion professionnelle avec 4 ans et demi d'existence n'a pas suffisamment de recul pour vraiment évaluer l'économie réalisée par les sorties de l'invalidité suite à une réinsertion professionnelle. De plus comme déjà expliqué dans la partie concernant la réglementation, de nombreux changements sont venus modifier le paysage et le public visé, les conventions de collaboration avec les organismes pour l'emploi et le handicap n'en sont pas encore à leurs premières évaluations, les parcours de formation durant de quelques mois à parfois plusieurs années.

C'est une étude que le centre de connaissance de l'INAMI ne manquera pas de faire, dès que les données sur au moins 5 années successives de parcours entamés et terminés seront enregistrées. Celle-ci devra viser la nouvelle réglementation qui permettra l'accès à des données comparables dans le temps. Cette étude tiendra compte également des coûts liés au personnel mis à disposition par l'INAMI et les mutualités pour la réinsertion professionnelle.

Les parcours de réinsertion professionnelle couvrant parfois plusieurs années une vision à court terme sur leur impact n'est pas encore possible. Mais selon les chiffres de l'INAMI, la moyenne d'une invalidité est de plus de 9 ans d'indemnisation, toutes invalidités confondues⁷³. Voilà ce qui pourra être un défi à relever en travaillant sur les entrants en incapacité de travail mais en maintenant l'effort également sur les invalidité de longue durée pour éviter de voir cette moyenne continuer à augmenter.

Le service des Indemnités avec l'ensemble des Unions Nationales en collaboration avec les organismes régionaux pour l'emploi et le Handicap, ont mis en place des circuits personnalisés de suivis de tous les assurés sociaux volontaires, les résultats de cette collaboration sont très attendus...

La loi programme du 19 décembre 2014 vise la systématisation de l'analyse clinique et de situation socio-professionnelle par les médecins-conseils en coordination avec les médecins traitants et les médecins du travail en vue de la réintégration professionnelle. Cette systématisation va provoquer une nette augmentation des assurés sociaux intégrant des parcours de réinsertion professionnelle de 12.000 à 16.000 dossiers en 2016 selon les estimations de l'INAMI .

Un changement radical d'organisation est en cours pour y faire face, l'objectif étant d'utiliser toutes les ressources existantes sur le terrain pour optimiser le suivi des parcours.

Le département Réinsertion professionnelle participe à la mise en oeuvre de toute une série de projets qui visent des publics particuliers.

Quelques exemples :

- En collaboration avec le Centre du Cancer, des projets pilotes concernant des patients atteints d'un cancer, où la dimension du retour au travail est abordée dès la détection du cancer par une équipe multidisciplinaire dans le cadre hospitalier.
- En collaboration avec le Service Fédéral de l'Emploi, Travail et Concertation Sociale et le Fonds des Maladies Professionnelles une étude conjointe visant le maintien au

⁷³ INAMI « Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides » 2013

travail ainsi que le retour au travail de travailleurs risquant ou subissant un burnout (ou des risques psycho-sociaux) en partie lié au travail.

- En collaboration avec le Service Fédéral Santé Publique, le service des Soins de Santé de l'INAMI, un projet de vaste ampleur (Stavaza) va lancer tout une série de projets pilotes concernant les maladies chroniques dans lesquels la réinsertion professionnelle sera intégrée comme une action transversale à l'ensemble des actions.
- Un plan de communication autour de la dimension du retour au travail est en préparation en collaboration avec le SPF Emploi Travail et Concertation Sociale.

L'enjeu de la coordination des actions est absolument essentiel pour obtenir dans le futur une action concertée avec les autres acteurs de terrain (Figure1 : Schéma de Sherbrooke), la formation de Disability Manager donnera plus de relais à une action professionnelle concernant spécifiquement cette matière. La formation de job coach permettra d'instaurer un accompagnement individualisé pour les assurés sociaux les plus difficiles à réinsérer (pathologies mentales sévères par exemple...)

Dans le cadre de l'évolution des initiatives et de leurs évaluations au cours du temps, le service des Indemnités adaptera ses actions et ses investissements.

Il n'est pas temps de tirer des conclusions, il est temps de continuer les expérimentations et d'améliorer la sensibilisation du public professionnel et des citoyens⁷⁴ aux dimensions émancipatrices que pourrait offrir la réinsertion professionnelle pour des personnes en incapacité de travail.

Retourner des situations sans issue en opportunité :

- de changement ou de réhabilitation de carrière professionnelle,
- de trouver le travail, le métier et l'employeur adaptés à sa situation particulière,
- avec le maintien d'un revenu de remplacement
- de fournir une aide concrète dans l'accompagnement et la réflexion des différentes étapes.

Le service des Indemnités offre à travers ces parcours de réinsertion professionnelle, la possibilité d'essayer dans un parcours volontaire de retrouver une place dans la société du travail, et si l'essai n'est pas concluant, d'autres essais peuvent poursuivre le projet. Si finalement aucun trajet n'est possible, il reste encore à l'assuré désireux de participer à la vie sociale une multitude de possibilités de travail bénévole et volontaire encadré par des associations non marchandes au service de la société et de l'émancipation individuelle et collective.

4.3. Organisation du département réinsertion professionnelle

L'INAMI a placé dans son contrat d'administration 2016-2018, le retour au travail comme une priorité du service des Indemnités.

⁷⁴ Le service des Indemnités (département réinsertion professionnelle) a collaboré avec le SPF ETCS pendant 2 ans à l'écriture et à la conception de ces 2 brochures :

Retour au travail. Brochure pour les employeurs : retour au travail après une absence pour raison médicale.

<http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=43304>

Retour au travail. Brochure pour les travailleurs : revenir au travail après une absence de longue durée pour raison médicale

<http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=43305>

Le département Réinsertion professionnelle a réalisé une réforme complète des processus de réinsertion professionnelle qui vise à permettre l'absorption d'un nombre beaucoup plus important de dossiers, mais également l'amélioration de la rapidité des prises de décision.

Le processus administratif est démedicalisé, une fois que l'assuré social est détecté comme ayant encore des capacités par le médecin conseil et volontaire pour un programme de réinsertion, le médecin conseil introduit une demande de suivi et ce sont les travailleurs sociaux qui prennent le relai, job coach, conseiller référent, accompagnateur de trajet sous convention avec l'Inami. Tous les contacts et demandes sont envoyés directement par les partenaires conventionnés par voie électronique, ce qui représente un gain qualitatif très important, les dossiers auparavant pouvaient mettre plusieurs mois à arriver à l'Inami, créant une incompréhension des acteurs à qui l'on tenait le discours de la précocité de l'action, cela avait également un impact important sur les projets de formation qui faute d'accord ne permettaient l'entrée en formation aux dates prévues...

La Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité a donné son accord pour des directives décisionnelles qui permettent immédiatement après l'analyse des dossiers de prendre une décision, qu'elle avale par la suite en Commission.

La réalité de terrain des médecins conseils (350 pour toute la Belgique), la quantité d'assurés ne permettaient plus un suivi des parcours de qualité, en déplaçant le processus vers des travailleurs sociaux conventionnés, du temps se libère pour un travail de suivi sans corset administratif.

Historiquement le processus avait été mis en place pour gérer 300 dossiers par an, il était aujourd'hui complètement dépassé.

Le département Réinsertion professionnelle est devenu le centre névralgique des processus et de leurs contrôles aux niveaux administratifs, quantitatifs, qualitatifs et financiers.

Cette évolution devrait permettre une croissance et une multiplication de types de trajet en fonction des besoins des assurés sociaux et des acteurs compétents pour suivre et offrir des réponses à ces besoins. De nombreuses nouvelles conventions seront élaborées avec les acteurs de terrain en réinsertion professionnelle, en suivi multidisciplinaire, en émancipation sociale.

Aujourd'hui les dossiers sont, quand ils sont complets, traités dans la journée.

Des actions sont en cours qui visent des accords de délimitation de compétences pour une meilleure coordination des actions en fonction des acteurs et de leurs niveaux respectifs de compétences (fédérales, régionales, provinciales, communautaires ou communales).

Le département Réinsertion professionnelle offre au niveau fédéral, en Belgique, un suivi longitudinal de l'ensemble des parcours et du financement de ceux-ci en maintenant l'indemnisation due à chaque assuré et le suivi de leur état de santé. C'est une garantie de traitement équitable quel que soit l'assuré social ou la région dans laquelle il vit.

La réforme de l'organisation resserre les liens entre les acteurs régionaux pour l'emploi et pour le handicap, pour plus d'efficacité et de rapidité du suivi des assurés en collaboration avec les mutualités.

C'est un changement de paradigme, qui était déjà amorcé mais qui maintenant est devenu une réalité systématique pour chaque assuré social en incapacité de travail de longue durée,

chaque médecin-conseil, généraliste ou du travail en fonction de cette nouvelle réglementation⁷⁵ et de son opérationnalisation en des processus rationalisés au maximum.

L'expertise du département Réinsertion professionnelle de l'INAMI et le réseau mis en place et coordonné avec les acteurs qui en font partie, peuvent être la base d'un développement et d'une spécialisation du secteur social concernant la réinsertion professionnelle de personnes atteintes de problèmes de santé.

Le trajet mis en place pour les travailleurs en incapacité de travail, peut être utilisé par d'autres organismes qui partagent les besoins d'outils de réinsertion professionnelle (Fonds des maladies professionnelles, secteur des accidents du travail, public de la DG Handicapés, fonction publique, autres...).

L'expertise du réseau qui allie la dimension de la santé à la dimension de la formation professionnelle et du travail peut devenir une clé pour la construction d'un monde du travail plus inclusif.

La prévention de l'incapacité de travail deviendra primordiale dans les années à venir, et les réseaux en construction devraient permettre de mieux répondre à ces besoins.

L'expertise en développement de projets pilotes dans les organismes régionaux, les liens et les coordinations entre acteurs de la santé et de l'emploi devraient également permettre un meilleur traitement et suivi socio-professionnel des travailleurs ou chômeurs reconnus pour des incapacités inférieures aux 66% de l'assurance indemnité.

L'activation nouvelle du public de plus de 33% par les organismes régionaux de l'emploi donne à l'expérience acquise et développée dans nos conventions, une valeur ajoutée importante pour le suivi de ce public qui jusqu'à maintenant était laissé en dehors des circuits de l'activation, et donc de l'inclusion.

Une mission récemment demandée par le cabinet de la Ministre de la Santé, madame De Block donne au Service des Indemnités, dans le cadre d'un projet pilote, le suivi de 100 parcours de personnes prises en charge par la DG Handicapé. Celles-ci suivront le même parcours que le public en incapacité de travail, la DG handicapé remboursera l'INAMI pour ses frais.

Ceci montre bien la prise de conscience de l'utilité d'un réseau rapide et efficace, pour le suivi de parcours de réinsertion professionnelle pour les assurés sociaux en incapacité de travail ou en invalidité, voire dans ce dernier cas, d'insertion professionnelle d'un public n'ayant jamais travaillé (DG Handicapé), ceci en collaboration et à la demande des travailleurs exclus du monde du travail pour raisons de santé.

Ces processus efficace et efficient devraient permettre une économie de moyen, de ressources humaines, de ressources financières (des mois d'indemnisation supplémentaire faute d'un processus rapide...) dans le cadre d'une coordination des actions chaque acteur intervient quand il est une plus value pour le parcours du travailleur en incapacité de travail ou en invalidité

⁷⁵ Loi programme du 19/12/2014 : Parcours de réintégration en assurance Indemnités

4.4. Forces et résistances

L'intention de nommer certaines forces et résistances ne vise pas l'exhaustivité, elle est là pour montrer la complexité du champ pour les acteurs professionnels de la réinsertion de travailleurs souffrant d'une pathologie reconnue et pour les assurés sociaux qui volontairement tentent de retrouver une place dans la vie professionnelle.

4.4.1. Forces

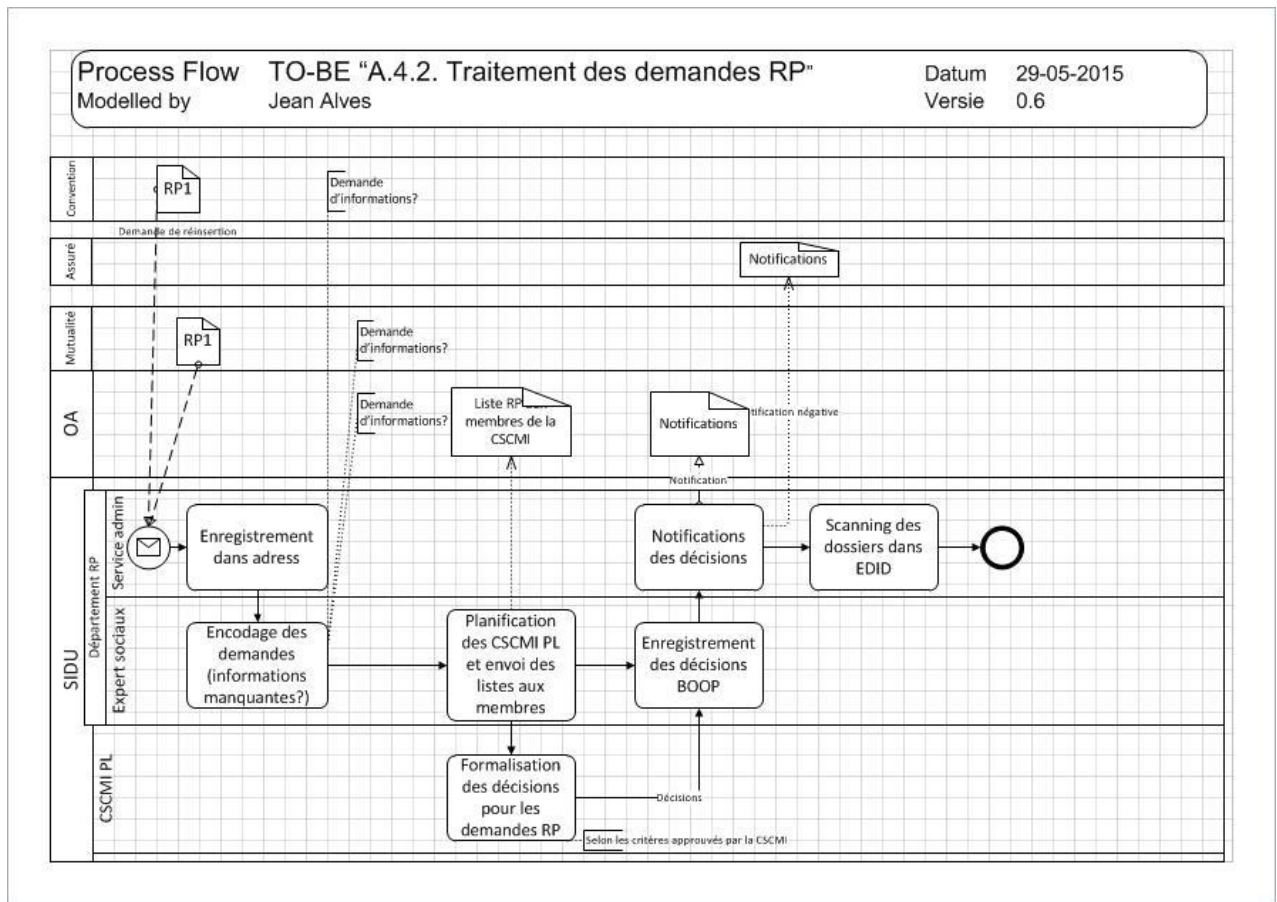
- L'INAMI a une longue expérience de mise en place de nouveaux projets de pilotage, d'évaluation et de contrôle de l'application de la réglementation comme de l'aspect financier ; ceci dans le cadre d'une concertation sociale qui fait partie intégrante de la réglementation et du fonctionnement de l'INAMI.
- Cette matière nouvelle demande une manière de travailler inhabituelle pour le service des Indemnités qui a une compétence fédérale, mais l'expérience développée avec le concours d'acteurs et d'organisations de différents niveaux de compétence montre la souplesse du système et sa capacité à changer et à s'adapter.
- Les dépenses attribuées à la réinsertion professionnelle donneront un rapport de retour sur investissement très important si le retour est durable. Un montant que l'INAMI ne devra pas indemniser, ceci pour chaque année travaillée après une réinsertion professionnelle et un retour au travail. Alors que si aucune mesure en réinsertion professionnelle n'avaient été mise en place pour le travailleur, évalué précédemment par un médecin-conseil comme définitivement inapte à tous ces métiers de référence, il serait resté reconnu jusqu'à la pension.

Une année d'indemnisation moyenne de l'invalidité vaut 6.759 euros. Cela représente donc une source potentielle importante d'économie pour l'assurance Indemnités quand un parcours de réinsertion professionnelle en Flandre coûte en moyenne 4500 euros et permet à 30% des assurés sociaux en incapacité de travail de longue durée de trouver un emploi adapté à leur état de santé et ce ne sont que les tous premiers résultats qui s'amélioreront avec l'expérience acquise des premières années.

Si la réinsertion professionnelle permet la sortie de l'invalidité de ceux qui réussissent leur parcours de formation et leur retour au travail, alors l'investissement social sera effectivement une source d'économie importante. Seules des données sur de longues périodes permettront de vérifier si l'on se trouve bien dans cette configuration.

- La prise de risque est aujourd'hui incontournable, vu la croissance constante du nombre d'invalides. Les recommandations de l'OMS, l'OIT, l'OCDE, l'AISS et l'Union Européenne vont toutes dans le même sens, l'action préventive quand c'est possible et, inclusive quand le risque est déjà réalisé.
- Le nouveau processus administratif de fonctionnement du traitement des demandes de réinsertion professionnelle en assurance maladie et invalidité vient d'être extrêmement simplifié (figure 9). Les demandes sont envoyées directement à l'INAMI par les conseillers référents des partenaires des conventions avec les institutions régionales pour l'emploi et le handicap, ou par le médecin-conseil dans le cas des parcours hors conventions. Un gain de temps de plusieurs semaines pour le traitement des dossiers.

Figure 9 : Traitement de la demande en réinsertion professionnelle



Des critères de décision retenus par la CSCMI permettent de prendre des décisions rapides et d'en informer directement les opérateurs. Tout le système de facturation a été réformé pour permettre de payer rapidement les prestataires et les assurés sociaux, cette réforme du processus est en cours de transition. Elle place le département comme un acteur « carrefour » des échanges garantissant les données de chacun des partenaires. (Tableau 12 et 13).

Tableau 10 : Echanges entre l'Inami et les partenaires

CENTRALISATION DE LA FACTURATION ET DU SUIVI DES PARCOURS AU NIVEAU DES OA					
Schéma des échanges parcours convention					
		Van / De	Naar / à	Description	Timing
1	Aanvraag RP	VDAB	RIZIV	Aanvraag opleiding verzonden door de VI naar het RIZIV, voorbereid door de cel BH en voorgelegd aan de HCGRI om beslissing	
1	Demande RP	ACTIRIS FOREM AWIPH	INAMI	Demande de formation envoyée par l'OA à l'INAMI, préparée par la cellule RP et soumise à la CSCMI pour décision	
2	Notificatie beslissing HCGRI	SECRETARIAAT BH	VDAB	verzenden van de beslissingen HCGRI aan de VI	
2	Notification décision CSCMI	SECRETARIAT RP	ACTIRIS FOREM AWIPH	Envoi de décisions de la CSCMI à l'OA	
3	Negatieve beslissing	SECRETARIAAT BH	Soc. Verz.	Bij een negatieve beslissing wordt deze eveneens verzonden aan de sociaal verzekerde	
3	Décision négative	SECRETARIAT RP	Ass. Soc.	En cas de décision négative, celle-ci est aussi envoyée à l'assuré social	
4	Lijst beslissing HCGRI	SECRETARIAAT BH	Opleidingscentrum	Het RIZIV verzend na elke HCGRI een lijst met de beslissingen naar de opleidingscentra	wekelijks
4	Liste décisions CSCMI	SECRETARIAT RP	Centre de formation	L'INAMI, envoie après chaque séance de la CSCMI, une liste des décisions prises au centre de formation	hebdomadaire
5	Lijst gepresteerde uren	Opleidingscentrum	SECRETARIAAT BH	Het opleidingscentrum verzend maandelijks een lijst met de door de sociaal verzekerde gepresteerde uren in hun opleidingscentrum	maandelijks
5	Liste d'heures prestées	Centre de formation	SECRETARIAT RP	Le centre de formation envoie mensuellement une liste des heures prestées par l'assuré social dans leur centre.	mensuel
6	Einde opleiding geslaagd/niet geslaagd + einddatum van de opleiding	Opleidingscentrum	SECRETARIAAT BH	De opleidingscentra verzenden maandelijks een lijst met alle beëindigde opleidingen met geslaagd of niet geslaagd	maandelijks
6	Fin de Formation réussite/échec + date de fin de formation	Centre de formation	SECRETARIAT RP	Les centres de formation envoient mensuellement une liste de toutes les fins de formation avec réussite ou échec.	mensuel
7	Lijst beslissing HCGRI	SECRETARIAAT BH	VDAB	maandelijks verzend het RIZIV een lijst met de beslissingen voor de aanvragen BH naar de VI	maandelijks
7	Liste décisions CSCMI	SECRETARIAT RP	ACTIRIS FOREM AWIPH	Envoi d'une liste à l'OA, par mois, avec toutes les décisions prises par la CSCMI pour les demandes RP	mensuel
8	Lijst gepresteerde uren	SECRETARIAAT BH	VDAB	De lijst (6) met de gepresteerde uren, verzonden door het opleidingscentrum aan het RIZIV wordt vervolgens door het RIZIV verstuurd naar de VI	maandelijks
8	Liste d'heures prestées	SECRETARIAT RP	ACTIRIS FOREM AWIPH	La liste (6) des heures prestées, envoyée par les centres de formation à l'INAMI, est ensuite envoyée par l'INAMI à l'OA	mensuel
9	Einde opleiding geslaagd/niet geslaagd + einddatum van de opleiding	SECRETARIAAT BH	VDAB	De lijst (7) met einde opleiding, verzonden door het opleidingscentrum aan het RIZIV wordt vervolgens door het RIZIV verstuurd naar de VI	maandelijks
9	Fin de formation réussite/échec + date de fin de formation	SECRETARIAT RP	ACTIRIS FOREM AWIPH	La liste (7) des fins de formation, envoyée par les centres de formation en fin de parcours à l'INAMI est ensuite envoyée par l'INAMI à l'OA.	mensuel
10	Lijst met verzekerden die een OP begonnen	Oriënterings-centrum	SECRETARIAAT BH	De oriënteringscentra verzenden maandelijks een lijst naar het RIZIV met daarin alle sociaal verzekerden die parcours BO begonnen zijn in hun centrum	3 maandelijks
10	Liste d'assuré à avoir commencé une OP	Centre d'orientation	SECRETARIAT RP	Les centres d'orientation envoient à l'INAMI, trimestriellement une liste de tous les assurés sociaux qui ont commencés un parcours d'OP dans leur centre.	trimestriel
11	Lijst OP en cours	SECRETARIAAT BH	VDAB	De lijst (4) die door de oriënteringscentra naar het RIZIV werd verzonden, wordt vervolgens doorgestuurd door het RIZIV naar de VI	3 maandelijks
11	Liste des OP en cours	SECRETARIAT RP	ACTIRIS FOREM AWIPH	La liste (4), envoyée par les centres d'orientation à l'INAMI, est ensuite envoyée par l'INAMI à l'OA.	trimestriel

CENTRALISATION DE LA FACTURATION ET DU SUIVI DES PARCOURS AU NIVEAU DES OA					
Schéma des échanges parcours hors convention (Classique)					
		Van / De	Naar / à	Description	Timing
1	Aanvraag RP	VDAB	SECRETARIAAT BH	Aanvraag opleiding verzonden door de VI naar het RIZIV,	
1	Demande RP	ACTIRIS	SECRETARIAT RP	Demande de formation envoyée par l'OA à l'INAMI, préparée	
2	Notificatie beslissing HCGRI	SECRETARIAAT BH	VDAB	verzenden van de beslissingen HCGRI aan de VI	
2	Notification décision CSCMI	SECRETARIAT RP	ACTIRIS	Envoi de décisions de la CSCMI à l'OA	
3	Negatieve beslissing	SECRETARIAAT BH	Soc. Verz.	Bij een negatieve beslissing wordt deze eveneens verzonden aan de sociaal verzekerde	
3	Décision négative	SECRETARIAT RP	Ass. Soc.	En cas de décision négative, celle-ci est aussi envoyée à l'assuré social	
4	Lijst beslissing HCGRI	SECRETARIAAT BH	Opleidingscentrum	Het RIZIV verzend na elke HCGRI een lijst met de beslissingen naar de opleidingscentra	wekelijks
4	Liste décisions CSCMI	SECRETARIAT RP	Centre de formation	L'INAMI, envoie après chaque séance de la CSCMI, une liste des décisions prises au centre de formation	hebdomadaire
5	Lijst beslissing HCGRI	SECRETARIAAT BH	VDAB	maandelijks verzend het RIZIV een lijst met de beslissingen voor de aanvragen BH naar de VI	maandelijks
5	Liste décisions CSCMI	SECRETARIAT RP	ACTIRIS FOREM AWIPH	Envoi d'une liste à l'OA, par mois, avec toutes les décisions prises par la CSCMI pour les demandes RP	mensuel

- Dans le secteur de l'assurance maladie et invalidité, les balises sont claires. Même si l'assuré social en incapacité est passé par une réinsertion professionnelle, il ne sera remis au travail que si sa santé le permet.
- Si le parcours de réinsertion professionnelle échoue, l'assuré reste maintenu en invalidité.
- La réinsertion professionnelle vise des emplois à temps plein comme à temps partiel, en fonction des capacités de l'assuré social et des besoins de l'employeur. L'emploi à temps partiel autorisé par le médecin-conseil permet de maintenir la reconnaissance de l'incapacité et donc l'indemnisation de prester des heures travaillées, un décompte du salaire reçu des indemnités versées est calculé par la mutualité tous les mois. Ces emplois à temps partiel peuvent être maintenus indéfiniment si la santé de l'assuré ne permet pas une reprise de travail à temps plein.

4.4.2. Résistances

- Le poids des habitudes de fonctionnement des administrations.
- La mentalité partagée par la population, les employeurs et les professionnels de la santé et de l'insertion professionnelle autour du concept d'invalidité qui voient le travailleur invalide comme pensionné définitivement.
- Le nombre de changements à apporter et porter pour permettre ce changement de paradigme social.
- Le manque de ressources humaines, formées pour ce type de suivi, et matérielles nécessaires pour mettre en place des réseaux fonctionnels à l'écoute de l'assuré social pendant son parcours de réinsertion professionnelle.
- Le manque de ressources également pour la prévention de l'incapacité de travail et le soutien dans le maintien au travail
- L'absence d'incitants financiers pour l'employeur vis-à-vis du travailleur en incapacité qui veut reprendre le travail.
- Le contexte économique qui ne facilite pas l'insertion des biens portants (chômeurs), rend encore plus difficile les parcours des travailleurs atteints d'une maladie ou victime d'un accident.
- Pour les travailleurs en incapacité de travail ou en invalidité encore sous contrat de travail, comme pour les (travailleurs) chômeurs en incapacité de travail, la question de la santé mentale et du maintien de la socialisation est au centre des enjeux de la réinsertion professionnelle.
 « Au-delà des effets en termes d'insertion professionnelle, une autre question émerge. Elle résulte du fait que la majorité des personnes qui ont participé au plan d'activation pour les chômeurs n'ont pas retrouvé de travail. (...) Pour ces personnes là, de même que pour toutes celles qui n'auront trouvé d'emploi que d'une manière temporaire, la question des effets des mesures ne se limite pas à ceux de l'embauche. Elle concerne également la manière dont un individu réagit aux dispositifs qui lui sont proposés à sur le plan psychosocial, en d'autres mots, aux effets qu'ils ont sur la perception de soi et, d'une manière plus large, sur sa santé mentale. Cette question est centrale, car on sait que cette

variable intervient non seulement dans la persistance des activités de recherche d'emploi, mais surtout dans la possibilité des individus de jouer un rôle actif dans toutes les sphères de vie (politique, familiale, associative,...) Il s'agit in fine d'une question de santé publique. »⁷⁶

Les effets de l'activation des travailleurs en incapacité de travail pour qui la tentative de réinsertion professionnelle échoue est encore une page blanche qui risque à terme de ressembler à celle des chômeurs de longue durée. La question de l'emploi de qualité et du maintien au travail est plus aigüe encore pour les personnes souffrant d'une pathologie sévère.

- Certaines pathologies qui rendent l'insertion encore plus difficile en raison des préjugés partagés par les employeurs et les travailleurs (maladie mentale par exemple)⁷⁷
- L'acceptation qu'un pan de l'intervention sociale, consacre l'immobilisme de l'assistance et sanctifie l'accueil ouvert, inconditionnel et répété, pour le public non réinsérable.
- L'attention à porter au phénomène d'« handicapologie », terme signifiant que l'on applique aux chômeurs de longue durée les mêmes attributs qu'aux personnes handicapées ou que l'on a déplacé la catégorie du champ médical vers le champ social. Phénomènes d'autant plus présents que les mesures d'activation des chômeurs visent aujourd'hui toutes les catégories d'âge et que la dispense de contrôle pour les personnes entre 33 et 65% d'incapacité de travail a disparu de la réglementation de l'Onem provoquant mécaniquement un transfert de population difficilement réinsérable vers l'invalidité.

Toutes ces résistances qui se conjuguent entre elles rendent réellement ce travail de réinsertion professionnelle pour les travailleurs en incapacité de travail ou invalide extrêmement difficile, c'est un fait.

« Dans ces cas, ce sont probablement l'expérience ou les aptitudes singulières des travailleurs sociaux qui sont en effet sollicitées plus que les logiques professionnelles et/ou normes institutionnelles »⁷⁸.

Les travailleurs sociaux ne peuvent qu'essayer d'accompagner ces travailleurs en souffrance dans leurs tentatives de parcours de réinsertion professionnelle dans l'espoir d'un succès.

⁷⁶ Bourguignon D., Herman G., Lienard G., Lekoeuche A., « Insertion professionnelle et santé mentale » Les politiques d'insertion professionnelle, La Revue Nouvelle, janvier 2009, p53

⁷⁷ Rapport de l'OCDE, Santé mentale et travail, 2013

⁷⁸ Belin E, Sociologie des espaces potentiels. Logique dispositive et espaces potentiels, 2001, De Boeck Bruxelles

Conclusion générale

Entre réalité opérationnelle et stratégie d'investissement social orientée vers le futur : la réinsertion professionnelle en Belgique

Il reste encore beaucoup à faire, un long chemin à parcourir. L'opérationnalisation du plan réintégration du gouvernement Michel (NVA,VLD,MR,CDnV) reste à mettre en place durablement.

Des contacts entre le niveau fédéral et les régions, dans le cadre de leurs nouvelles compétences⁷⁹, sont en construction et porteront (espérons-le) leurs fruits dans une coordination des moyens et des ressources.

Des études nombreuses demandées et financées par le Centre de Connaissances du service des Indemnités de l'INAMI viendront éclairer encore cette matière et apporter des recommandations pour améliorer notre travail.

L'essentiel de la machine administrative du service des Indemnités de l'INAMI est en place pour faire face aux besoins croissants, permettant précocité et justesse dans les actions au fil d'un parcours de réinsertion professionnelle, si les ressources humaines promises par le gouvernement sont bien allouées au département de réinsertion professionnelle, cela devrait être possible de réaliser ce travail. Le département est aujourd'hui autonome, chaque travailleur social évalue et formalise accord et refus pour les formations demandées, cette nouvelle réalité professionnelle est très valorisante, c'est également un signe fort de confiance de l'ensemble des partenaires internes et externes. L'analyse organisationnelle a permis de mieux comprendre la place du département réinsertion professionnelle au sein de l'Inami et de ses missions. Le fruit de ce travail a été transformé en multiples propositions qui constituent l'essentiel de la réforme déjà mise en place en donnant une place centrale au travail social, en étroite collaboration avec le milieu médical.

Un énorme effort de sensibilisation et de formation doit continuer à transformer l'ancien paradigme social pour faire place au nouveau, une vision commune se prépare réunion après réunion entre acteurs de la réinsertion professionnelle.

La création d'un Collège national de Médecine d'Assurance Sociale en matière d'incapacité de travail devrait dans les prochaines années assurer que cette vision soit partagée par l'ensemble des secteurs et des acteurs, ce qui facilitera d'autant le travail de terrain et la diffusion d'informations pertinentes et cohérentes entre système pourtant différent.

Un nouveau certificat médical pour la déclaration d'une incapacité de travail, élaboré par le Conseil Technique Médical du service des Indemnités, obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2016 prévoit que le médecin traitant ou spécialiste pose une date de fin d'incapacité et fasse un premier pronostic concernant les chances de retour au travail.

Le service des Indemnités montre être capable de changer et de s'adapter aux nouveaux défis liés à la croissance du nombre d'invalides (à condition néanmoins que le nombre de postes de travail dans le service soit lié correctement au nombre et à la complexité des dossiers et des personnes à examiner et à suivre dans la durée). La réforme du service des Indemnités au 1^{er}

⁷⁹ La sixième réforme de l'Etat (accord papillon) p20-23

http://www.legalworld.be/legalworld/uploadedFiles/Other_content/accordpapillon.pdf?LangType=2060 ;

janvier 2016 et l'investissement social dans la réinsertion professionnelle des travailleurs en incapacité de travail et en invalidité sont des piliers pour l'avenir.

De nouveaux métiers seront appuyés et financés par le service des indemnités, le job coaching pour l'accompagnement spécialisé vers le retour au travail, le disability management pour la coordination des actions et des acteurs au fil de l'incapacité de travail peut être de nouveaux acteurs comme les ergothérapeutes spécialisés dans le lien entre les limitations fonctionnelles et les métiers, des accompagnateurs spécialisés financé par l'Inami pour un suivi des assurés sociaux atteints de troubles mentaux...

C'est un vaste apprentissage collectif.

Celui-ci implique des remises en question fréquentes et parfois radicales pour permettre à l'ensemble de s'ajuster et de se recomposer autour de l'objectif premier qu'est le soutien d'un assuré social qui se prend en charge (empowerment) mais qui peut également recevoir un accompagnement spécialisé, jusqu'à son inclusion sociale et professionnelle, quand cela est possible.

Une coordination des moyens et des ressources des différents secteurs emploi, santé, émancipation sociale, formation professionnelle est indispensable...

C'est l'enjeu d'une société qui se veut rationalisée et raisonnable dans ses coûts et investissements.

Les freins concernant les reprises de travail à temps partiel sont levés, un assuré social peut spontanément reprendre le travail auprès de son employeur dans le cadre d'un temps partiel médical et en demander l'autorisation par après à son médecin-conseil.

Les parcours de réinsertion professionnelle se diversifient et des premiers succès sont constatés.

Les directives règlementaires et les bonnes pratiques expérimentées dans les projets pilotes des conventions régionales sont répercutées vers l'ensemble des opérateurs.

L'INAMI ne travaille pas seul, les directives internationales, les acteurs nationaux impliqués dans la réinsertion des travailleurs en incapacité de travail ou en invalidité œuvrent ensemble pour construire un outil global d'investissement social rentable pour la société et capable avec des moyens raisonnables de construire un chemin menant à l'inclusion.

« En passant d'une vision statique à une vision dynamique de la protection sociale, qui s'appuie sur les cycles de vie des personnes, pour mieux anticiper les risques futurs et les préparer aux multiples transitions auxquelles ils auront à faire face. Il s'agit de mettre en place de nouvelles politiques venant compléter et renouveler le champ des interventions traditionnelles »⁸⁰

Le service des Indemnités de l'INAMI et son département Réinsertion professionnelle doivent se réinventer au fil de l'évolution de cet apprentissage global, pour mieux servir leurs publics :

- En dépassant les clivages entre les types d'organisations qui ne correspondent plus aux besoins des travailleurs et au monde du travail.
- Pour un travail plus humain, plus à l'écoute du bien être des travailleurs est le défi de ce nouveau paradigme, il faut accepter les étapes intermédiaires qui permettront la transition.

80 Gazier B, Palier B, Périer H. « Refonder le système de protection sociale – Pour une nouvelle génération de droits sociaux » SciencesPo. Les Presses, 2014, p17.

Pourtant beaucoup de questions restent ouvertes...

Il reste à construire les outils d'évaluation permettant de mettre en évidence les résultats de cet investissement social.

La dimension de la prévention et du maintien au travail reste à explorer, les burn-out en augmentation montrent bien que la société du travail est malade, combien en faudra-t-il encore avant que le gouvernement ne mette en place des outils de reconversion professionnelle, comme par exemple des congés individuels de formation⁸¹ telle que la France a mis en place, ce qui permettra en cours de carrière à un travailleur de ne pas rester bloqué dans des emplois qui le consomment.

La dimension de la formation dans les écoles spécialisées, voir même dans les écoles ordinaires posent question, quand lors d'une orientation professionnelle, des assurés qui ont passé plus de 15 ans à l'école ont un niveau de français et de calculs plus qu'élémentaires, que faire de ce public, recommencer à zéro ?

La dimension de l'intégration de la population d'origine étrangère ayant ouvert des droits à des indemnités après une période de travail et qui ne savent parler aucune des langues nationales, que faire ? De l'alphabétisation de longue durée avant de pouvoir les former... (Souvent le cas à Bruxelles, Charleroi et Anvers...)

Le suivi tout au long de la carrière d'un travailleur atteint d'une maladie chronique mentale ou physique, comment éviter les décrochages... Qui peut les soutenir pendant qu'ils travaillent ?...

La qualité de certaine formation professionnelle, la marchandisation du public en incapacité de travail qui devient une source de revenu pour des centres qui se spécialisent pour les prendre en charges avec des tarifs fort onéreux pour des formations qui au final ne donnent qu'une attestation de réussite...

La responsabilité des employeurs qui devraient garantir le bien-être au travail...

Les faux bénévoles qui remplacent des ressources humaines manquantes sans être rémunérés...

La question de l'obligation pour un assuré de suivre un parcours de réinsertion, une année de blocage politique autour d'un arrêté royal pour obtenir de la NVA qu'elle permette de retirer de la proposition les sanctions qu'ils avaient prévus d'introduire, parcours volontaires combien de temps encore ?...

Des questions spécifiques à certaines pathologies, par exemple les douleurs chroniques, la maladie de Crohn, les dépressions, les burn-out, la fatigue chronique...

L'Inami prend en charge les indemnités de tous les travailleurs quel que soit leur pathologie, mais pour chacune d'elle les approches sont différentes, les parcours doivent être adaptés...

La médicalisation des problèmes sociaux... sans partenariat aucun moyen d'agir, certaines régions sont dépourvues d'acteurs (motivés)...

Bien d'autres questions se cachent derrière les tentatives de réinsertion professionnelle, et chaque demande est analysée individuellement, cela promet encore beaucoup de débat entre acteurs sociaux pour les années à venir.

⁸¹ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14018>

Au final, ce n'est qu'accepter qu'une société fondamentalement transitionnelle ait besoin d'être entendue pour pouvoir s'adapter.

« Tout cela appelle bien plus qu'un recalibrage. Derrière la montée des risques sociaux individuels, derrière la précarité, l'exclusion, le stress, se profile un risque social global, celui d'une société désagrégée, clivée, dualisée entre gagnants et perdants(...)

Un enjeu majeur se dessine. Il faut réintégrer les populations au sein d'un modèle social, en un mot refaire société, construire une société de semblables ou d'égaux. »⁸²

« Derrière les droits à la gestion de sa carrière, à l'accumulation de compétences, aux bifurcations ou encore à la découverte de soi-même, se tient une perspective dynamique de la participation sociale et de l'activité professionnelle, et une culture de l'essai-erreur.

La nouveauté est que l'individu n'en porte plus seul le risque et l'initiative et que l'organisation sociale en tient compte.

Elle cherche à les sécuriser et à les valoriser.

La conséquence de cette ouverture en direction d'une vie professionnelle plus dynamique n'est évidemment pas la suppression du système complexe et hiérarchisé de places qui constitue toute société, mais la modification progressive des conditions de changement et de progression de chacun.

Rien n'assure a priori que la société qui systématisera ces nouvelles pratiques sera plus égalitaire que l'ancienne. Mais le contraire est certain si l'on laisse les tendances spontanées s'affirmer. »⁸³

⁸² Castel R., « *L'insécurité sociale, qu'est qu'être protégé ?* » Paris, seuil 2003

⁸³ Rosanvallon P., « *La société des égaux* », Paris Seuil, 2011.63, p171

Bibliographie

Aubin D, Fabienne Leloup et Nathalie Schiffino dans le livre « *La reconfiguration de l'action publique en Belgique* » Academia – l'Harmattan ; 2012

Bec C. « *La sécurité sociale, une institution de la démocratie* » Editions Gallimard, 2014

Bernoux J.F, « *Mettre en œuvre le développement social territorial – Méthodologie, outils, pratiques* », Dunod, Paris, 2002.

Bourdieu.P, « *La misère du Monde* », Seuil, Paris, 1993

Cantillon B., « *De l'état providence actif à l'état providence pluriactif : les instruments d'une politique* », Reflets et perspectives de la vie économique 2001/1 (Tome XL)

Castel R., « *De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation* » in J Donzelot Face à l'exclusion, Esprit, Paris, 1991

Castel R., « *La gestion des risques: de l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse* », Minuit, Paris, 1981.

Castel R. « *Les métamorphoses de la question sociale Une chronique du salariat* » Gallimard, 1995

Castel R., « *L'insécurité sociale, qu'est qu'être protégé ?* » Paris, seuil 2003

Charleux F., « *Outils pour réussir l'évaluation en action sociale* » ESF Editeur, 2010

Dejardin M., Deschamps R., Kestens P., Mignolet M., Plasman R. (eds), « *La 6ème réforme du fédéralisme Belge et ses conséquences budgétaires* », DE BOECK, 2013

De Visher C. et Varone F. « *Evaluer les politiques Publiques - Regards croisés sur la Belgique* » Academia Bruylant, 2001

Dewey J., « *Le public est ses problèmes* », Paris, Gallimard, « coll. Folio essais », 2010

Fitoussi J.P, Rosanvallon P., « *Le nouvel âge des inégalités* », Seuil, Paris, 1996

Gazier B, Palier B., Périvier H. « *Refonder le système de protection sociale – Pour une nouvelle génération de droits sociaux* » Sciences Po. Les Presses, 2014, p17.

Gazier B. « *Vers un nouveau modèle social* », Champs essais, 2005

Giddens A., « *Le nouveau modèle Européen* » Hachette Littérature, 2007

Grézy J.E, Pérez Nüchel R., Emont P. « *Gérer les risques psychosociaux – performance et qualité de vie au travail* » ESF Editeur, 2013

Lang P., « *La sécurité sociale dans le village global* », Ed AISS, 2004

Lang P., « *L'employabilité : de la théorie à la pratique* », Ed AISS, 2001

Loisel P, Durand MJ, Diallo B, Vachon B, Charpentier N, Labelle J, “*From evidence to community practice in work rehabilitation: the Quebec experience*”. *Clinical Journal of Pain*, 19(2), 2003.

Matagne M. « *Invalidité, Incapacité de travail et handicap professionnel – Etudes in concreto des facteurs socio économiques*, 2007

Meeusen L. et Nys A. « *La composition changeante de la population active a-t-elle un impact sur l’incapacité de travail ? Analyses empiriques pour la Belgique les Pays Bas, la Suède et le Danemark* », Centrum voor Social Beleid Herman Delleeck, Université Antwerpen, 2013 ; <http://socialsecurity.fgov.be/docs/fr/publicaties/btsz/2013/btsz-1-2013-meeusen-nys-fr.pdf>

Mintzberg H. « *Structure et dynamique des organisations* » Eyrolles, 1978

Nizet J. « *La sociologie d’Anthony Giddens* » Collection repères La Découverte, 2007

Palier B., « *La stratégie d’investissement social* » 2014 <hal-01064753>

Rosanvallon P. « *La nouvelle question sociale repenser l’état providence* » Points Essais, 1995

Rosanvallon P., « *La société des égaux* », Paris Seuil, 2011.

Schultz I, Stowell A, Feuerstein M, Gatchel R (2007). “ *Models of return to work for musculoskeletal disorders*”. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1752, 327-352.

Thomas S., “*La politique Postmoderne, généalogie du contemporain*”, L’Harmattan Logiques Sociales, 2012

Van Damme W. Attaché (jurist) Dienst voor uitkeringen “*Beroepsherscholing als instrument voor de socioprofessionele re-integratie van arbeidsongeschikt erkende gerechtigden*” Een overzicht van het vigerende wettelijke kader op federaal en regionaal vlak, 2005

Vandenbroucke F. « *L’Etat social actif. Quel Bilan ? Quelles Perspectives* », L a Charte, 2013

Vanderheyden J.E. « *Le burn-out des Quinquas* » De Boeck, 2013

Vrancken D., “*Le crépuscule du social*”, Ed.Labor, 2002

Sources

Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs salariés -Note CI 2015/42
Bruxelles, le 29 juin 2015.

<http://www.INAMI.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure-facteurs-explicatifs.pdf>

Commission Européenne, « *paquet investissement social* ». 2013

CESE-« *Les enjeux de la prévention en matière de santé* », Jean Claude Etienne et Christian Corne, 2012

<http://www.INAMI.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure-facteurs-explicatifs.pdf>

<http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/structure/agesexe/>

<http://www.dekamer.be/doc/CCRI/pdf/53/ic828.pdf> - Mme Zoé Genot à la ministre de l'Emploi sur "le contrôle des chômeurs avec un handicap" (n° 19790)

http://www.fat.fgov.be/sites/default/files/assets/FR/Rapports_annuels/rapport_annuel_2013.pdf

<http://www.fmpfbz.fgov.be/web/pdfdocs/Jaarverslagen/FR/Rapport%20statistique%202014.pdf>

<http://www.handicap.fgov.be/sites/5030.fedimbo.belgium.be/files/explorer/fr/rapport-annuel-2014.pdf>

<http://www.INAMI.fgov.be/fr/publications/Pages/brochure-facteurs-explicatifs.aspx>

INAMI, Service des indemnités (2004 à 2009)

« *Retour au travail. Brochure pour les travailleurs : revenir au travail après une absence de longue durée pour raison médicale* »

<http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=43305>

« *Retour au travail. Brochure pour les employeurs : retour au travail après une absence pour raison médicale* ».

<http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=43304>

Revues

Alaluf M., « *Aide et contrôle dans le secteur de l'insertion socioprofessionnelle ? , l'assistant social entre aide et contrôle ?* », I.E.S.S.I.D., Bruxelles, 2002.

Ansay P., « *Au-delà de l'administration et de l'institution, le « dispositif », un nouveau concept pour une nouvelle réalité* », La Revue nouvelle, février 2000.

Arcq E., Blaise P., « *Des fondements idéologiques de la sécurité sociale* », Courrier hebdomadaire, CRISP, nos 1453-1454, Bruxelles, 1994.

Arnsperger, C., « *État social actif: nouvelles solidarités ou gadget idéologique?* », dans Les semaines sociales du M.O.C., 2002,

Autes M. « *L'insertion une bifurcation du travail social* »-Esprit 241 -mars-avril 1998

Bellal S. et Bouquin St., « *Vers une redéfinition des logiques de droits collectifs incarnés par le travail et son statut: les droits à l'emploi et les droits sociaux à l'épreuve de l'État social actif* », L'année sociale 2000, Institut de sociologie de l'université libre de Bruxelles, De Boeck Université, Bruxelles, 2001.

Bodart M., « *Vers le droit à l'intégration Sociale* », La Charte F.U.N.D.P., faculté de droit, Bruxelles.

Bourguignon, D., et Herman, G., 2001, « *Analyse des conditions organisationnelles sociales et psychologiques des publics fragilisés: pour une meilleure insertion socioprofessionnelle* ». Rapport de recherche, Charleroi, Cerisis-U.C.L. Courpasson, D., 2000.

Desmette D., D. Bourguignon « *L'insertion passe par une identité sociale positive* », Les cahiers du CERISIS, UCL n°127, avril 2002.

De Coorebyter V., « *Besoin et sujet social* » In : Assises du travail social. Actes. Commission française de la culture de l'agglomération de Bruxelles, 1985.

Franssen A., « *Le sujet au cœur de la nouvelle question sociale* », La revue Nouvelle n°12, Bruxelles, déc 2003 ;

Genard J.L., « *Les nouvelles politiques sociales, émancipatrices ou répressives ?* », l'assistant social: entre aide ou contrôle ? I.E.S.S.I.D., rue de l'Abbaye, 26 à 1050 Bruxelles, Journées de pluridisciplinarité 2001, Bruxelles, 2001

Gubbels A. « *Nouvelles Politiques publiques* », Le prix du handicap, La Revue Nouvelle, mars 2008. P52,53

Hamzaoui M., « *Le droit à l'intégration sociale: vers une conditionnalité forte* », Institut de sociologie U.L.B., L'Année sociale 2001, De Boeck, Bruxelles, 2002.

Herman, G., Van Ypersele, D., « *L'identité sociale des chômeurs* », Les Cahiers du Cerisis, n° 10, Liège, 1998,

Herman G., Lienard G. « *Travail, chômage, stigmatisation* », Les politiques d'insertion sociale, La Revue Nouvelle, janvier 2009.

Holemans D., « *La troisième voie: die neue Mitte/Mythe?* », La Revue nouvelle, Bruxelles, avril 2000.

Matagne G., « *De l' « Etat Social Actif » à la politique belge de l'emploi* », Courrier Hebdomadaire du CRISP, 2001-n°1737-1738, Bruxelles, 2001

Palsterman, P., « *Assurance chômage et pauvreté* », Revue belge de sécurité sociale, ministère fédéral des Affaires sociales, n° 38, 3, p. 611-638, Bruxelles, 1996.

Reman P., « *L'État social actif: un débat* », La Revue nouvelle, Bruxelles, avril 2001.

Reman P., Pourtois H. « *Les nouvelles questions de la figure sociale* », La Revue Nouvelle, Décembre 2003.

Reman P. et Wernerus S. « *Politiques actives et marché du travail* », Le prix du handicap, La Revue Nouvelle, mars 2008.

Vendramin P, Valenduc G., « *Le vieillissement au travail* », Courrier Hebdomadaire n°2185, 2013.

Vogel J., « *L'occultation culturelle de la nouvelle pauvreté* », courrier hebdomadaire du CRISP (Centre de recherche et d'information socio-politiques), n° 1259-1260, Bruxelles, 1989.