

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

Le Trajet Retour Au Travail avec le soutien d'un Coordinateur au sein de la mutualité Solidaris

Comment le dispositif d'accompagnement proposé dans le cadre du trajet de retour au travail influence-t-il la réinsertion socioprofessionnelle des malades de longue durée ?

Auteure : Marie-France Monnier

Promoteur : Jean De Munck

Lecteurs : Thierry Dock et François Perl

Année académique 2023-2024

Master 120 en Politique économique et sociale

Finalité spécialisée en Analyse et évaluation des politiques

Mes remerciements vont en premier lieu aux neuf personnes qui m'ont accordé leur confiance et qui ont accepté de me rencontrer pour témoigner de leur parcours de vie.

Je tiens à remercier les membres de ma commission : Jean De Munck, Thierry Dock et François Perl, pour leur disponibilité et leurs précieux conseils.

Je remercie également l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, de m'avoir permis de me développer professionnellement et tout particulièrement la Direction médicale pour leur collaboration précieuse.

Enfin, il me tient à cœur de remercier ma famille, mes collègues et amis pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de cette formation et durant la rédaction de ce mémoire.

Table des matières

Introduction	1
1. Eléments de contextualisation	5
1.1 L'augmentation croissante du nombre de malades de longue durée, un problème de société.....	5
1.1.1 La situation de la Belgique.....	5
1.1.2 Approche quantitative du nombre de malades de longue durée.....	7
1.1.3 Evolution des dispositions réglementaires	11
1.2 Le Trajet « Retour Au Travail ».....	13
1.2.1 Philosophie du dispositif	13
1.2.2 Le déroulement d'un trajet	15
1.2.3 Une réorientation professionnelle supervisée par un coordinateur « Retour Au Travail »	20
1.2.4 Responsabilisation des parties prenantes	22
1.2.5 L'activation volontaire des malades de longue durée	25
1.3 Le positionnement de la mutualité Solidaris	26
2. Cadre théorique	29
2.1 L'approche par les capacités d'Amartya Sen	29
2.2 Un ancrage dans une double distinction.....	30
2.2.1 Fonctionnement et capacités	30
2.2.2 Ressources et capacités	31
2.3 Les trois types de facteurs de conversion.....	32
2.4 Le primat des libertés	34
2.4.1 La capacité de choix	34
2.4.2 Les deux dimensions de la liberté	34
2.5 Une approche holistique de la problématique	36
3. Balises méthodologiques.....	39
3.1 Question et hypothèses de recherche	39
3.2 Choix de la méthode de récolte de données	42
3.3 Le champ d'analyse.....	43
3.4 La population et l'échantillon.....	44
3.5 Guides d'entretien	44
3.6 Tableaux de correspondance entre questions et hypothèses	45
3.7 Technique d'analyse des entretiens.....	46

3.8	Limites et difficultés rencontrées	47
4.	Analyse.....	49
4.1	Analyse longitudinale.....	49
4.1.1	Les malades de longue durée	51
4.1.2	Les professionnels	62
4.2	Analyse transversale.....	65
4.2.1	La liberté de choisir d’entreprendre un trajet de retour au travail.....	65
4.2.2	Le trajet de retour au travail, un dispositif soutenant les ressources individuelles	71
4.2.3	Le coordinateur « Retour Au Travail », un facilitateur d’accès réel aux opportunités	76
4.2.4	Les limitations de la capacité d’action des individus	82
	Conclusion et recommandations	85
	Bibliographie.....	87
	Annexe 1	91

Introduction

Le nombre de malades de longue durée est élevé en Belgique, cela concerne près d'un demi-million de Belges. Au cours des dix dernières années, on observe une augmentation annuelle de 5,5% du nombre de personnes d'invalides. Si cette tendance se poursuit, nous pouvons nous attendre à une augmentation annuelle d'au moins 23 000 personnes dans les années à venir.¹

Le retour au travail des malades de longue durée est un thème complexe et sensible qui concerne plusieurs acteurs et sphères de la société (emploi, santé, finances).

Ce nombre significatif et toujours croissant, a un impact social et économique indéniable. Au niveau de la sécurité sociale, il est à noter qu'il s'agit du troisième poste de dépenses le plus important après les pensions et les soins de santé.

Comment interpréter ce constat ? D'autant que, depuis fin 2016, le gouvernement tente de réduire le nombre de malades de longue durée sur le marché du travail avec la mise en place de deux types de trajets de réintégration : l'un pour les personnes ayant un contrat de travail (trajet du SPF Emploi ou « trajet SPF ») et l'autre pour les personnes sans contrat de travail (trajet de l'Inami ou « trajet Inami »).

Un audit² sur ce sujet a été mené par la Cour des comptes durant l'année 2019 et la période allant de septembre 2020 à mars 2021.

L'évaluation de cette politique publique a mis en lumière que, bien que le nombre de parcours de réintégration ait augmenté, leur impact demeure limité. Elle a révélé qu'il était peu possible que ces parcours influent de manière significative au retour sur le marché du travail et sur la réduction du nombre d'invalides.

Face à ce constat, le gouvernement a revu sa politique publique dans ce domaine.

¹ *Statistiques sur l'invalidité des travailleurs salariés et chômeurs en 2018 - INAMI.*

(s. d.). <https://inami.fgov.be/fr/statistiques/indemnitees/2018/Pages/statistiques-invalidite.aspx#.Y7qao3bMJPY>

² *Fiche | Cour des comptes.* (s. d.). <https://www.ccrek.be/FR/Publications/Fiche.html?id=18b68cb7-60a4-4d88-85d2-1765a0bbadf8>

Pour soutenir la nouvelle version de cette politique de réintégration, une [loi du 12 décembre 2021](#) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, instaure notamment le « Trajet Retour Au Travail » (ou trajet de retour au travail) sous la coordination du « Coordinateur Retour Au Travail » (ou coordinateur de retour au travail) dans l'assurance indemnités des travailleurs salariés. Concrètement, ce sont 60 coordinateurs qui ont intégré le personnel des différentes mutualités du pays.

Par une approche plus personnalisée et ciblée, en exploitant mieux les services existants, l'objectif de ce dispositif est de favoriser une réintégration durable et réussie des travailleurs en incapacité de longue durée, en prenant en compte leurs capacités résiduelles et en instaurant les mesures d'accompagnement appropriées. Les résultats attendus sont d'améliorer la qualité de vie des travailleurs concernés et de réduire les coûts liés à l'incapacité de travail pour la société dans son ensemble.

Bien qu'étroitement liées, il est à souligner que cette nouvelle législation ne doit pas être confondue avec la réglementation existante concernant la réintégration des travailleurs en incapacité de travail, supervisée par le Conseiller en prévention-médecin du travail (telle que décrite dans la loi sur le bien-être au travail) qui ne sera pas l'objet de cette étude.

Le terme « Trajet Retour Au Travail » correspond donc à ce qu'on appelait jusqu'à présent « Trajet de Réintégration » qui vise la réinsertion professionnelle des malades de longue durée pour les accompagner en vue de la reprise d'un emploi correspondant à leurs capacités et à leurs besoins.

En questionnement sur l'impact que pouvait avoir cette nouvelle réglementation sur la situation des malades de longue durée, je me suis intéressée aux changements découlant de cette révision. Je me suis plus particulièrement questionnée sur le rôle du « Coordinateur Retour Au Travail » au regard des attentes qui reposent sur celui-ci. Le nouveau système de responsabilisation croissante qui repose sur les différents acteurs et notamment, l'individu en incapacité de travail qui pourra être dorénavant sanctionné financièrement a également suscité un travail de réflexion personnelle.

Les objectifs de cette réglementation étant multiples, je me suis demandé dans un premier temps, comment les enjeux politiques, économiques et sociaux allaient se concilier dans la mise en œuvre du plan « retour au travail ».

Ensuite, la question de l'efficacité s'est imposée. Je me suis alors questionné sur l'impact qu'aurait ce nouveau « Trajet Retour Au Travail » avec la question suivante : *Dans quelle mesure le plan « retour au travail » favorise la réintégration des malades de longue durée sur le marché de l'emploi ?* Jugée trop normative, il me fallait de laisser cette question dans les mains d'experts.

J'en suis alors arrivée à formuler la question suivante : *Comment les différents acteurs se sont emparés du nouveau « Trajet Retour Au Travail » ? En quoi sa mise en œuvre est-elle différente ?* Je souhaiterais comprendre les mécanismes à l'œuvre qui expliquent pourquoi le trajet de retour au travail est une réussite pour certains et non, pour d'autres.

1. Eléments de contextualisation

Il s'agit ici de présenter aux lecteurs quelques éléments qui situent l'objet de notre étude dans un contexte général. La première partie présente quelques données chiffrées permettant de dresser un état des lieux de la situation. Elle retrace ensuite l'évolution de la réglementation relative à la réinsertion socioprofessionnelle en Belgique.

La seconde partie s'attache à présenter le dispositif « Trajet Retour Au Travail » afin de cerner ses principes sous-jacents, son déroulement et sa mise en œuvre.

Enfin, nous terminerons cette présentation avec le positionnement politique de la mutualité Solidaris concernant la problématique du retour au travail des malades de longue durée.

1.1 L'augmentation croissante du nombre de malades de longue durée, un problème de société

1.1.1 La situation de la Belgique

En 2021, la Belgique a consacré 55,5 % de son PIB aux dépenses publiques. Durant la période de 2012 à 2019, le pays a observé une diminution de ces dépenses en pourcentage du PIB, tout comme ses voisins, à l'exception de l'Allemagne. Cependant, en 2020, en raison de la crise sanitaire du coronavirus, les dépenses publiques ont augmenté de 6,5 points de pourcentage dans la zone euro, avec la Belgique affichant la plus grande différence de points (+7 points) par rapport à la France (+6,1 points), aux Pays-Bas (+5,7 points) et à l'Allemagne (+5,4 points).

Lorsqu'on compare les dépenses publiques de la Belgique à celles des pays de la zone euro, le pays se classe cinquième et dépense 3,2 points de pourcentage de plus que la moyenne de la zone euro (52,3 %). La France est le pays qui consacre le plus de pourcentage à ses dépenses publiques, avec 59 % de son PIB, suivie de la Grèce (57,4 %), de l'Autriche (56 %) et de la Finlande (55,6 %).

En 2021, 90 % des dépenses publiques de la Belgique sont réparties dans cinq catégories principales. La moitié de ces dépenses sont allouées à la protection sociale (37,9 %) et à la santé (15,5 %).

Les trois catégories restantes, à savoir l'administration générale, les affaires économiques et l'éducation, représentent chacune en moyenne 12 % des dépenses totales pour l'année³.

En ce qui concerne spécifiquement les dépenses de sécurité sociale, après une augmentation de 8,4 milliards d'euros en 2020 lors de la pandémie de coronavirus, elles ont diminué d'environ 600 millions d'euros. Les pensions représentent 39 % des dépenses, suivies des soins médicaux (29 %), des prestations de maladie et d'invalidité (12 %), des allocations de chômage (8 %), des congés annuels (5 %) et d'autres domaines (7 %).

Il convient de noter que les dépenses liées à l'assurance maladie et à l'invalidité occupent la troisième place en termes d'importance, après les pensions et les soins de santé et, avant l'assurance chômage⁴.

En Belgique, l'augmentation de la proportion de personnes en invalidité au sein de la population a été plus marquée que dans la majorité des autres pays européens. Entre 2011 et 2019, cette part a augmenté de 1,9 point de pourcentage en Belgique, soit près de trois fois plus que la moyenne européenne qui est de +0,7 point de pourcentage⁵.

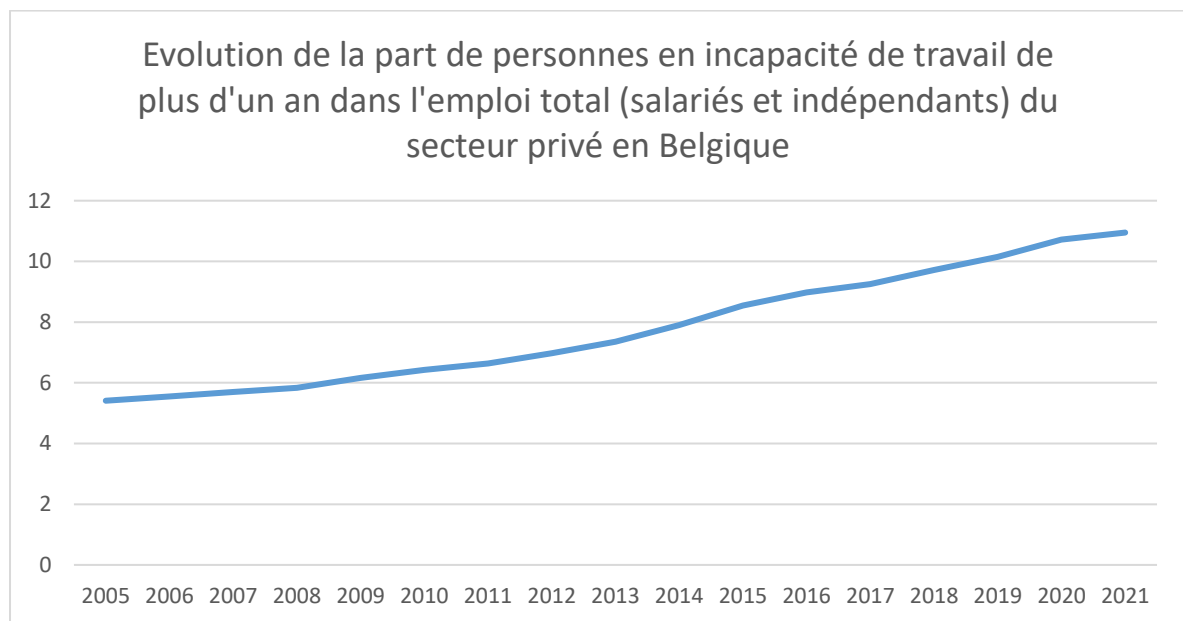
La situation de l'invalidité en Belgique constitue un défi majeur comparé à d'autres pays européens. En 2019, 5,9 % des Belges étaient inactifs en raison de maladie ou d'invalidité, un chiffre supérieur de près de 50 % à la moyenne européenne de 4,0 %. Seuls le Danemark et les Pays-Bas présentaient des taux plus élevés, avec respectivement 7,1 % et 6,7 %.

³ Données chiffrées issues de statistiques produites par le SPF Economie, site consulté le 22/09/2023, [Finances publiques | SPF Economie \(fgov.be\)](#)

⁴ Données chiffrées issues de statistiques produites par le SPF Sécurité Sociale, site consulté le 22/09/2023, [Dépenses de protection sociale : chiffres 2020 et 'early estimates' 2021 | Service Public Fédéral - Sécurité Sociale \(belgium.be\)](#)

⁵ Federgon – L'incapacité de travail en chiffres [https://federgon.be/fileadmin/media/pdf/fr/Etude - L incapacite de travail en chiffres 17-03-2022.pd](https://federgon.be/fileadmin/media/pdf/fr/Etude_-_L_incapacite_de_travail_en_chiffres_17-03-2022.pd) De kost van arbeidsongeschiktheid (federgon.be)

1.1.2 Approche quantitative du nombre de malades de longue durée⁶



Ces quinze dernières années, le nombre personnes en incapacité de travail de longue durée enregistre une hausse de 5,5 % par an, passant de 5,4% à 10,9%, de 2005 à 2021. Si cette tendance se maintient, nous pouvons anticiper une augmentation annuelle d'au moins 23 000 personnes au cours des prochaines années.

En 2021, la Belgique comptait 485 435 personnes en incapacité de travail de longue durée.

Selon le rapport de la Cour des comptes⁷, cette augmentation s'explique par les causes majeures suivantes :

Tout d'abord, l'augmentation de l'âge de la retraite accélère le vieillissement de la population active. Avec l'âge, les chances de devenir invalide augmentent.

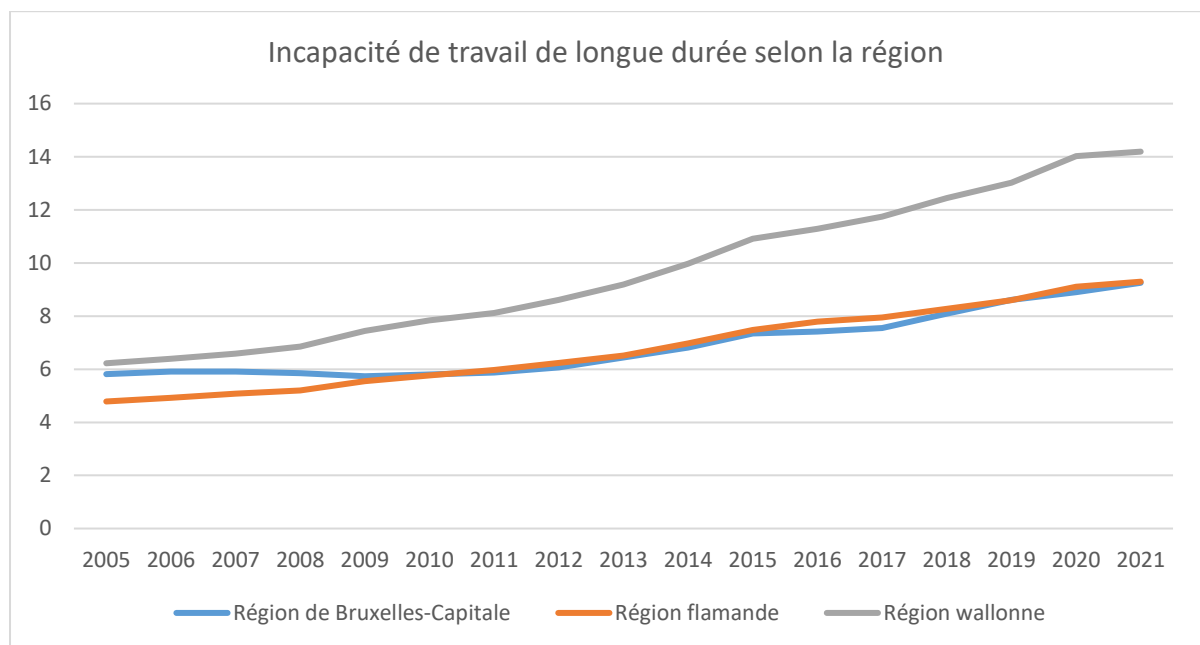
Cette situation s'explique aussi par l'augmentation de la participation des femmes sur le marché du travail et par le vieillissement de la population, l'âge de la retraite étant désormais uniformisé pour les hommes et les femmes. Ainsi, le nombre de femmes bénéficiant de l'Assurance Maladie – Invalidité augmente progressivement, et cette catégorie devient en moyenne plus âgée.

⁶ Indicators.be - Incapacité de travail de longue durée (i38). (s. d.). https://indicators.be/fr/i/G08_WIN/Incapacit%C3%A9+de+travail+de+longue+dur%C3%A9e+%28i38%29

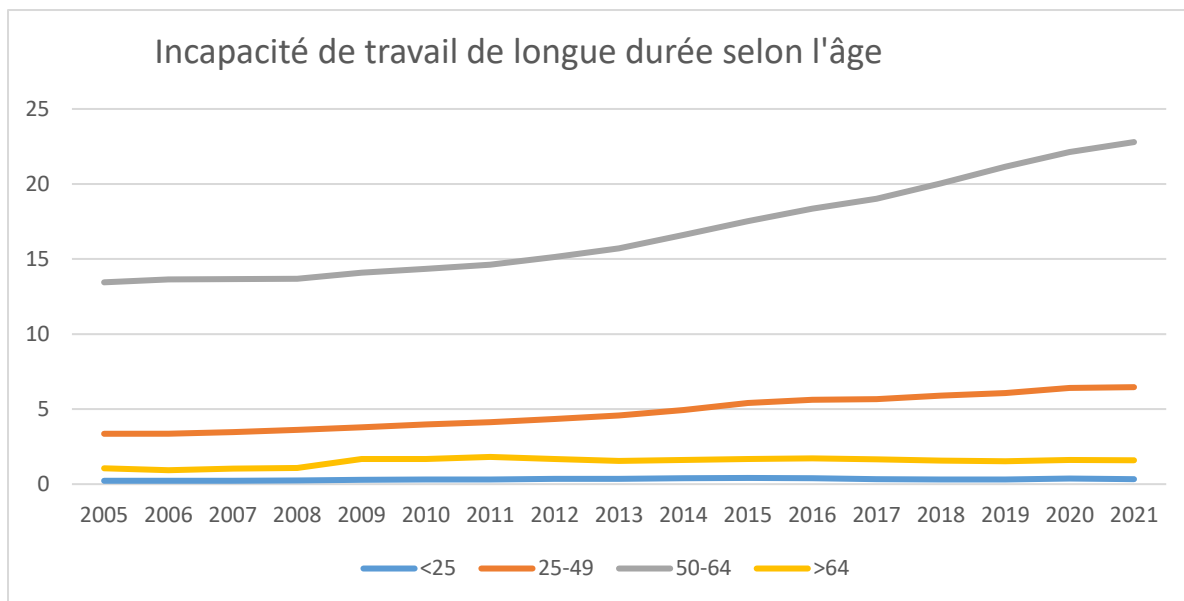
⁷ Fiche | Cour des comptes. (s. d.). <https://www.ccrek.be/FR/Publications/Fiche.html?id=18b68cb7-60a4-4d88-85d2-1765a0bbadf8>

Cette augmentation peut également s'expliquer par des modifications intervenues dans d'autres systèmes de la sécurité sociale et qui ont eu également une influence sur les entrées en invalidité, comme par exemple la réforme en matière de prépension ou encore en matière de pension anticipée.

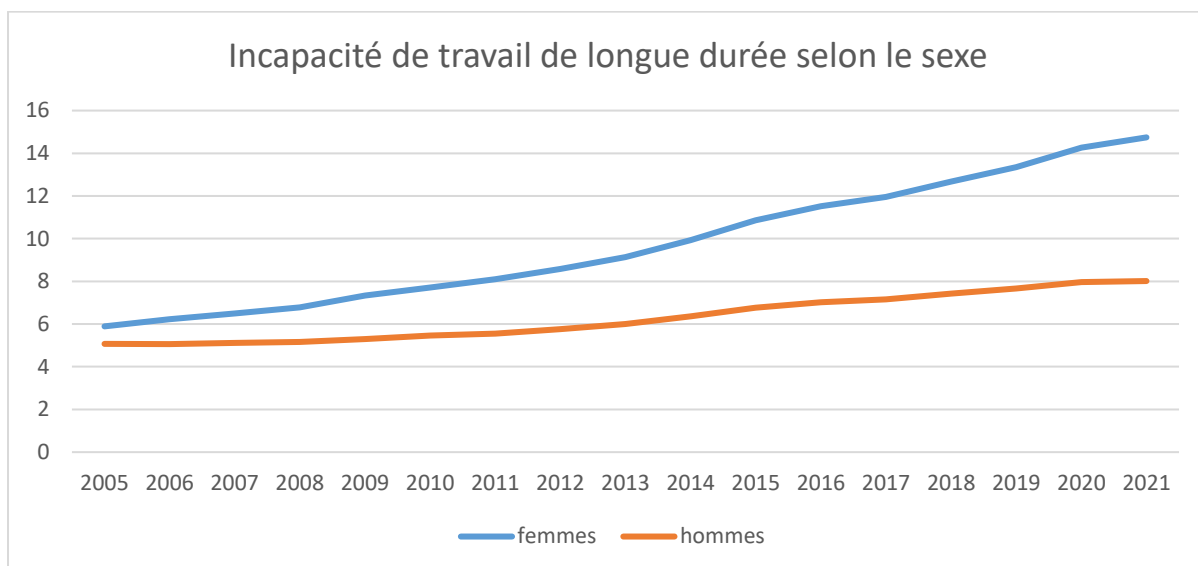
Enfin, l'INAMI souligne que ces dernières années, les personnes en arrêt de travail de longue durée sont de plus en plus touchées par des troubles musculosquelettiques et des problèmes psychiques. Les troubles musculosquelettiques, tels que les lombalgies, affectent surtout les travailleurs plus âgés, tandis que les problèmes psychiques sont la principale cause d'absence prolongée chez les jeunes travailleurs.



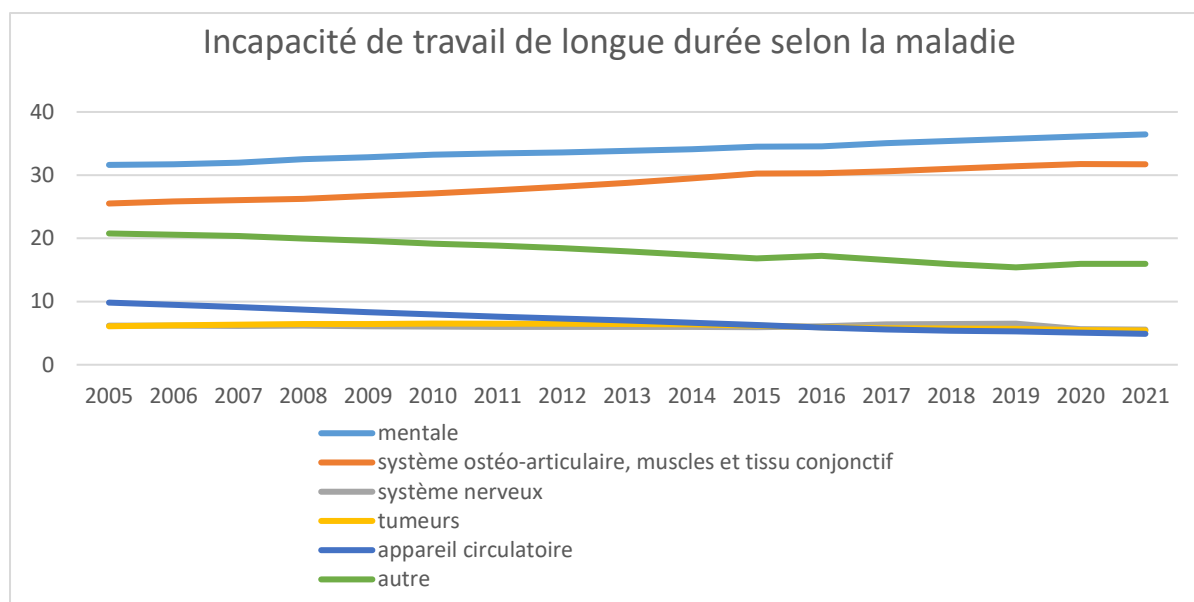
En 2021, le taux d'incapacité de longue durée se répartit de manière différente selon les régions de la Belgique. À Bruxelles et en Flandre, ce taux est de 9,3 %, tandis qu'en Wallonie, il atteint 14,2 %. Pour l'ensemble de la Belgique, ce chiffre s'élève à 10,9 %.



En ce qui concerne la répartition selon l'âge, on constate que la part des personnes en incapacité de travail varie selon les tranches d'âge. En 2021, le taux d'incapacité de travail est de 6,5 % pour les 25 à 49 ans et de 22,8 % pour les 50 à 64 ans. Toutes les tranches d'âge ont vu ce taux augmenter entre 2005 et 2021. Cette hausse est particulièrement prononcée chez les 25 à 49 ans et les 50 à 64 ans, qui constituent la majorité de la main-d'œuvre disponible en Belgique.



En ce qui concerne la répartition selon le sexe, il est notable que la proportion de femmes en incapacité de travail dépasse celle des hommes. En 2021, cette part s'élève à 14,7 % pour les femmes, contre 8 % pour les hommes. Cette différence s'est accentuée au fil du temps.



En ce qui concerne les causes de l'incapacité de travail, les troubles mentaux et du comportement constituent la part la plus importante et affichent la plus forte croissance. Elle est passée de 28,8 % en 2005 à 36,4 % en 2021.

Parmi cette population, plus de deux tiers (66,39 %) sont touchés par des troubles tels que la dépression ou le burnout. Ces affections sont responsables de près d'un quart des incapacités de travail de longue durée.

Une tendance alarmante se dessine depuis 2016, avec une augmentation de 30,97 % du nombre de personnes en arrêt maladie de longue durée en raison de problèmes de santé mentale. Cette hausse est encore plus marquée (46,35 %) pour les cas de dépression ou de burnout.

Il est également important de noter que les femmes représentent 59 % de l'ensemble des incapacités de travail, tous motifs confondus. Cependant, cette proportion atteint les 68 % lorsqu'il s'agit de cas de burnout ou de dépression.

La tranche d'âge la plus touchée reste celle des 50-64 ans, mais c'est la catégorie des travailleurs indépendants âgés de 25 à 39 ans qui enregistre la hausse la plus significative. En effet, les invalidités liées à la dépression ont augmenté de 20 % en 2021 et de 151 % au cours des cinq dernières années.

1.1.3 Evolution des dispositions réglementaires

La première loi portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle date du 13 juillet 2006. Jusqu'en 2006, il n'existait pas de politique structurelle de retour à l'emploi. Sans reprise spontanée, ce retour ne pouvait s'envisager que par une reprise partielle d'activité autorisée par le médecin conseil après une évaluation positive de la situation médicale du malade.

La principale lacune de cette réglementation résidait dans son caractère aléatoire. Le retour à l'emploi dépendait principalement de facteurs subjectifs tels que la situation individuelle de l'assuré, le contexte favorable au niveau de l'employeur et le soutien du médecin conseil. Sans la combinaison de ces facteurs subjectifs, il était impossible de mettre en place un trajet individuel.

En 2011, un premier accord de coopération entre l'INAMI, les mutualités et les régions (les différents Services Publics de l'Emploi) a organisé les parcours INAMI. Ces accords se sont poursuivis entre 2012 et 2013 avec une série de conventions spécifiques régissant cette question et organisant la coopération entre la sécurité sociale fédérale et les institutions compétentes des différentes entités fédérées du pays afin de permettre aux assurés de bénéficier de l'expertise des différents services compétents dans ce domaine.

En 2013, le plan "back to work" a simplifié les procédures et a considérablement augmenté les interventions accordées aux bénéficiaires.

En juin 2014, l'INAMI a conclu un contrat de licence avec le *National Institute for Disability Management and Research (NIDMAR)* afin de pouvoir mettre en œuvre la formation et la certification en *disability management*⁸ en Belgique.

La loi-programme du 19 décembre 2014 modifie ensuite la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Elle stipule qu'au plus tard trois mois après le début de l'incapacité primaire, un plan de réintégration multidisciplinaire doit être élaboré, après une consultation approfondie avec le médecin-conseil et tous les acteurs concernés, en tenant compte de ses capacités restantes.

⁸ *Nos Formations en Disability Management - INAMI.* (s. d.). <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/reinsertion/Pages/disability-management-formations.aspx>

Le 1er décembre 2016, le gouvernement instaure deux types de parcours de réintégration : l'un pour les personnes ayant un contrat de travail ("parcours SPF" via le médecin du travail) et l'autre pour les personnes sans contrat de travail ("parcours INAMI" via le médecin conseil).

En juin 2019, à la demande du Cabinet « De Block », un nouveau questionnaire socioprofessionnel est transmis aux assurés ayant atteint 10 semaines d'incapacité de travail.

Ce questionnaire permet au médecin-conseil d'évaluer les facteurs personnels et environnementaux qui peuvent faciliter ou entraver la reprise du travail chez l'employeur initial ou la reprise d'une profession sur le marché du travail régulier.

L'objectif est de pouvoir calculer un score de risque d'incapacité de longue durée, qui aidera le médecin-conseil dans la priorisation de ses consultations .

La Cour des comptes a réalisé un audit⁹ en 2019 et de septembre 2020 à mars 2021 pour évaluer l'efficacité des parcours de réintégration sur le retour au travail et pour identifier les obstacles en présence. Elle a également vérifié si la nouvelle politique poursuivait des objectifs précis et faisait l'objet d'une évaluation.

Il ressort de l'audit qu'avec la cadence actuelle des réintégrations, le parcours ne permet pas d'agir significativement sur le réinsertion socioprofessionnelle et sur la réduction du nombre d'invalides. Bien que le nombre de parcours de réintégration ait augmenté depuis leur mise en œuvre, il demeure insuffisant par rapport au nombre total de travailleurs en incapacité de travail.

En effet, l'analyse indique qu'en moyenne, seulement 2% des personnes malades de longue durée suivent un parcours de réintégration et seulement 1 sur 3 retourne sur le marché du travail après 7 trimestres. Ce chiffre est insuffisant pour freiner l'augmentation annuelle de 5,5% au cours des dix dernières années.

⁹ Fiche / Cour des comptes. (s. d.). <https://www.ccrek.be/FR/Publications/Fiche.html?id=18b68cb7-60a4-4d88-85d2-1765a0bbadf8>

Selon ce rapport, trois raisons expliquent le manque d'efficacité de cette politique sociale :

- Tout d'abord, les parcours de réintégration commencent trop tard. Plus un parcours de réintégration est lancé tôt, plus la personne concernée a de chances de reprendre le travail, notamment dans le cas de problèmes de santé mentale causés par le stress.
- Le système de réintégration n'est mis en œuvre qu'à l'initiative d'une des parties. De plus, le travailleur peut décider de ne pas entamer de parcours, ou l'employeur peut refuser de proposer un travail adapté sur la base d'une justification valable.
- Un nombre considérable de parcours de réintégration ont abouti à la cessation du contrat de travail pour cause de force majeure médicale. Selon Co-Prev, certains employeurs ont détourné la finalité de ces parcours pour mettre fin au contrat de travail de plusieurs employés en arrêt de longue durée depuis des années.

Sur la base des résultats de cet audit et des propositions d'amélioration, l'arrêté royal du 11 septembre 2022 a été publié au Moniteur belge le 20 septembre 2022 et est entré en vigueur le 1er octobre 2022.

1.2 Le Trajet « Retour Au Travail »

1.2.1 Philosophie du dispositif

La philosophie des nouveaux trajets de réintégration se décline selon les principes suivants¹⁰ :

1°/ Le retour au travail doit s'envisager rapidement

Il est essentiel que le retour au travail soit envisagé rapidement, en évaluant rapidement les capacités de travail restantes. Ainsi, il est important de mettre en place un accompagnement pour les personnes en arrêt de travail de longue durée dès le début de leur incapacité, quel que soit sa durée.

¹⁰ INAMI RIZIV. (2022, 27 janvier). *Riziv Plenaire V3 1080p* [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=dBmcPC4ZmkQ>

Il ne faut pas forcer un retour prématuré qui pourrait aggraver la situation médicale, mais le suivi socioprofessionnel peut également jouer un rôle dans le processus de guérison de certaines maladies.

2°/ Le réintégration sur le poste de travail initial est toujours la première option quand la situation médicale le permet.

Pour cela, les employeurs ont maintenant l'obligation d'élaborer un plan de réintégration. Si cette option n'est pas possible, l'employeur doit envisager la possibilité de proposer un autre poste au travailleur au sein de l'entreprise, et en dernier recours, orienter le travailleur vers le médecin conseil.

Lorsque toutes les options de réintégration vers l'entreprise d'origine sont épuisées, le travailleur doit suivre un parcours de réinsertion axé sur l'acquisition de nouvelles compétences professionnelles.

3°/ L'approche doit être multidisciplinaire et collaborative

Ainsi, le médecin-conseil de la Mutualité, le médecin du travail de l'entreprise et le médecin généraliste doivent désormais collaborer de manière systématique. Cette collaboration institutionnalisée permet de briser les cloisons et est un facteur clé de réussite. Les chances de succès d'un plan de réinsertion sont considérablement augmentées lorsque tous les partenaires sont réellement impliqués et communiquent ensemble pour définir un consensus sur la prise en charge.

4°/ Le bénéficiaire est au centre du processus.

L'objectif est d'améliorer le bien-être individuel des malades de longue durée. Il s'agit d'une approche multidisciplinaire et intégrée qui vise à élaborer des mesures qui répondent pleinement aux besoins des individus reconnus en incapacité de travail, en les accompagnant de manière personnalisée dans un processus volontaire de retour vers le travail.

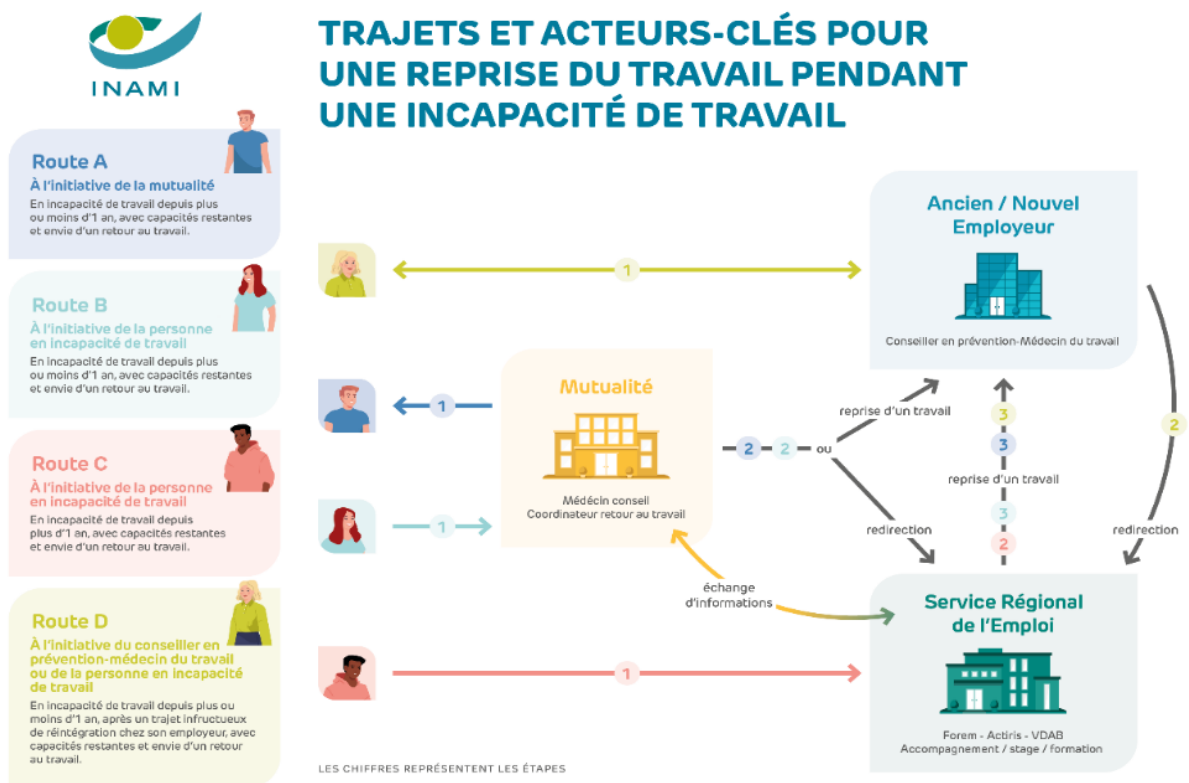
Le trajet de retour au travail est un processus volontaire par lequel un coordinateur de retour au travail de la mutualité aide un assuré social reconnu en incapacité de travail à trouver l'accompagnement adéquat pour son retour sur le marché du travail, que ce soit chez son employeur actuel ou un autre employeur. Cet accompagnement peut prendre la forme d'un travail adapté, d'un autre emploi ou d'une formation.

Ce trajet est ouvert à tous les travailleurs salariés, aux travailleurs indépendants (à partir du 01/01/2023) et aux chômeurs qui sont reconnus en incapacité de travail et qui ont encore des capacités physiques et mentales suffisantes pour un retour au travail.

1.2.2 Le déroulement d'un trajet

L'initiative de commencer un trajet de retour au travail peut être prise soit par le médecin-conseil de la mutualité, qui peut orienter l'assuré social vers le coordinateur de retour au travail pour un premier contact, soit par l'assuré social lui-même. Dans ce cas, l'assuré social prendra contact avec le coordinateur de retour au travail de sa mutualité pour organiser un premier rendez-vous afin de discuter de son projet de retour au travail.

Le déroulement du trajet de retour au travail varie en fonction de l'initiative du médecin-conseil de la mutualité ou de l'assuré social lui-même.



A. Trajet de retour au travail à l'initiative du médecin-conseil de la mutualité

Depuis la mise en place du trajet de retour au travail, le médecin-conseil est obligé d'examiner le dossier médical du travailleur dans un délai de deux mois après que celui-ci ait déclaré son incapacité de travail à sa mutualité.

Si le médecin-conseil de la mutualité prend l'initiative de démarrer le trajet de retour au travail, la présentation schématique nous montre que dès la dixième semaine d'absence pour maladie, tous les travailleurs malades de longue durée reçoivent de leur mutualité un questionnaire "quick scan" (annexe 1) afin d'évaluer la possibilité d'un trajet de réintégration et d'un retour au travail.

Ce questionnaire, identique pour toutes les mutualités, constitue un outil pour le médecin-conseil et le coordinateur "retour au travail", leur permettant d'apprécier les opportunités de réintégration du travailleur selon son état de santé.

Il s'agit d'une liste de 28 questions concernant la situation personnelle de l'assuré social, son état de santé, son environnement familial, sa situation professionnelle et ses relations professionnelles. Le travailleur est aussi invité à évaluer ses chances de reprendre son poste de travail.

L'assuré social est alors tenu de transmettre le questionnaire complété dans un délai de deux semaines au médecin-conseil.

Sur la base des réponses fournies, en combinaison avec le dossier médical de l'assuré social, le médecin-conseil pourra formuler des directives particulières pour prévenir, autant que possible, une incapacité de longue durée, en donnant notamment priorité aux personnes ayant davantage besoin d'accompagnement et de soutien.

Dans tous les cas, au cours du quatrième mois d'absence, le questionnaire est utilisé par les médecins-conseils afin d'évaluer les capacités restantes des travailleurs.

Selon les réponses apportées par les malades de longue durée, le médecin-conseil classe les travailleurs en incapacité de travail en quatre catégories :

Catégorie 1 : Le travailleur pourra reprendre son travail spontanément à la fin du sixième mois.

Catégorie 2 : Il ne semble pas possible pour le travailleur de reprendre son travail chez son employeur, pour des raisons médicales.

Catégorie 3 : À ce moment « T », il n'est pas envisageable pour le travailleur de reprendre son travail chez son employeur, car la priorité est donnée au diagnostic médical ou au traitement médical.

Catégorie 4 : Il est possible pour le travailleur de reprendre son travail ou de réintégrer son employeur.

Après un examen médical approfondi, le médecin-conseil décide de renvoyer le travailleur souffrant d'une maladie de longue durée vers le coordinateur du retour au travail dans les situations suivantes :

- Catégorie 4 : si une reprise du travail ou une réintégration est possible dans les meilleurs délais.

- Catégorie 1 : si le travailleur malade est toujours incapable de travailler après six mois.

- Catégorie 3 : si une reprise du travail semble encore envisageable après un certain laps de temps, par exemple parce que le diagnostic et le traitement ont déjà progressé suffisamment.

Pour ces trois catégories de malades de longue durée, deux possibilités s'offrent au médecin-conseil :

Soit, le médecin-conseil oriente l'assuré social vers le coordinateur de retour au travail. Après avoir évalué les "capacités restantes" de l'assuré, il juge qu'une reprise du travail chez l'employeur actuel (sous réserve d'un contrat en vigueur) ou sur le marché du travail régulier est possible, moyennant des actions de réadaptation et/ou d'accompagnement.

Soit, le médecin-conseil choisit de ne pas orienter l'assuré social vers le coordinateur de retour au travail. Il considère que, compte tenu de l'état de santé de l'assuré, des actions de réadaptation et d'orientation ne sont ni nécessaires ni réalisables à ce moment-là. Néanmoins, lors d'une évaluation ultérieure, le médecin-conseil peut revoir sa décision. Si les conditions le permettent, il pourra alors orienter l'assuré vers le coordinateur de retour au travail, estimant qu'une reprise chez l'employeur actuel (si un contrat est en place) ou sur le marché du travail régulier est possible moyennant des actions de réadaptation et/ou d'accompagnement.

Dans la première situation ci-énoncée, une première rencontre est organisée avec le travailleur malade dans le mois suivant le renvoi par le médecin-conseil. Lors de cette rencontre, une déclaration d'engagement positive est signée par les trois parties : l'assuré social, le coordinateur du retour au travail et le médecin-conseil de la mutualité.

Le coordinateur « retour au travail » explique son rôle dans l'accompagnement, le suivi du processus de retour au travail et examine avec l'assuré social la première étape du trajet à entreprendre. Lors du premier entretien de suivi, il rédige un plan de réinsertion détaillant les objectifs, le résultat final visé, les actions concrètes à entreprendre, ainsi que la date du prochain entretien.

Si l'assuré social a un contrat de travail, le coordinateur du retour au travail, avec le consentement de ce dernier et en fournissant l'accompagnement nécessaire lors de cette première rencontre, oriente celui-ci vers le médecin du travail afin de demander une visite de pré-reprise du travail ou un plan de réintégration conformément au Code du bien-être au travail. Ceci dans le but de faciliter une réintégration auprès de l'employeur actuel.

En collaboration avec le médecin-conseil et le travailleur malade, le coordinateur de retour au travail peut envisager d'entreprendre un parcours de réinsertion socioprofessionnelle qui englobe l'ensemble du marché du travail. Cette option est spécifiquement destinée aux travailleurs malades de longue durée qui se trouvent dans les situations suivantes :

- Le travailleur qui choisit de ne pas solliciter une visite de pré-reprise du travail ni un programme de réintégration conformément au Code du bien-être.
- Le travailleur qui, après une visite de pré-reprise du travail, décide de ne pas demander un programme de réintégration selon les dispositions du Code du bien-être.
- Le travailleur qui a demandé un programme de réintégration conformément au Code du bien-être, mais dont le programme a été définitivement interrompu en raison de son incapacité permanente de travailler chez son employeur actuel et en l'absence de mise en œuvre d'un éventuel plan de réintégration (refus du travailleur ou refus de l'employeur).

Dans le cadre de ce parcours de réinsertion socioprofessionnelle, la personne malade de longue durée bénéficie de l'accompagnement de sa mutualité et de leurs partenaires (tels que le Forem en Wallonie, Actiris à Bruxelles, le VDAB en Flandre, etc.) par le biais d'entretiens de suivi avec le coordinateur de retour au travail.

Il est important de noter que le parcours de réinsertion socioprofessionnelle peut être interrompu à tout moment si l'employeur (ou le travailleur ou son médecin traitant avec son consentement) demande un programme de réintégration conformément au Code du bien-être au travail. Cette démarche permet souvent de déterminer définitivement si le travailleur retournera ou non chez son employeur actuel. Il s'agit d'une information cruciale tant pour le travailleur (qui pourra, par exemple, envisager une réorientation professionnelle vers un autre employeur) que pour l'employeur.

B. Trajet de retour au travail à l'initiative de l'assuré social

Pendant sa période d'incapacité de travail, l'assuré social a la possibilité de demander un premier contact avec le coordinateur de retour au travail. Pour ce faire, il doit contacter sa mutualité et compléter le questionnaire "quick scan", à transmettre dans les quinze jours suivant au médecin-conseil.

Dans le mois suivant la transmission du questionnaire complété, le coordinateur du retour au travail organisera un premier échange. Durant celui-ci, il expliquera à l'assuré social son rôle dans l'accompagnement et la manière dont le suivi sera assuré. Ensemble, ils examineront la première étape à entreprendre.

Tout comme le trajet à l'initiative du médecin-conseil, si l'assuré social a un contrat de travail, moyennant l'accord de celui-ci, le coordinateur le dirigera vers le conseiller en prévention-médecin du travail pour demander une visite préalable à la reprise du travail.

Si l'assuré social est sans contrat de travail ou n'est pas dirigé vers le conseiller en prévention-médecin du travail, le coordinateur de retour au travail demandera l'autorisation au médecin-conseil de commencer un parcours de retour au travail sous sa coordination.

1.2.3 Une réorientation professionnelle supervisée par un coordinateur « Retour Au Travail »

Suite à l'audit réalisée par la Cour des comptes, le gouvernement belge reconnaît la nécessité d'un accompagnement renforcé pour les travailleurs en incapacité de longue durée afin de faciliter leur retour au travail. Dans ce cadre, 60 coordinateurs « Retour Au Travail », employés au sein des mutuelles, sont chargés d'accompagner les travailleurs qui le souhaitent vers un emploi adapté à leurs capacités, leurs besoins, en jouant un rôle pivot entre le malade, les médecins et les équipes pluridisciplinaires de soutien (psychologues, kinés...).

Ce projet vise à fournir un soutien personnalisé aux travailleurs en incapacité de longue durée, en les accompagnant tout au long de leur processus de retour au travail. Le coordinateur RAT (Réintégration au Travail) joue un rôle central dans ce projet, en aidant les travailleurs à identifier les mesures d'adaptation nécessaires et en coordonnant les différentes parties prenantes impliquées dans le processus de réintégration.

Sur le site de l'INAMI, figurent les objectifs poursuivis avec l'instauration d'un coordinateur Retour Au Travail. Ceux-ci sont les suivants¹¹ et visent à permettre :

- *d'accélérer et d'augmenter le nombre de personnes qui démarrent un trajet de réinsertion professionnelle*
- *d'accélérer et d'augmenter le nombre de retours à un emploi approprié*
- *d'agir de manière plus ciblée et plus personnelle*
- *d'utiliser plus efficacement les services existants (fédéraux et régionaux).*

Le coordinateur « Retour Au Travail » ne se centre donc pas sur l'aspect médical (qui reste de la compétence du médecin-conseil) mais plutôt sur l'aspect organisationnel du processus. Il ne procède donc pas à un examen médical, mais à un accompagnement où il indique au travailleur en incapacité de travail les possibilités et mesures lui permettant de retravailler.

¹¹ Le « trajet retour au travail » pour les travailleurs salariés et chômeurs en incapacité de travail - INAMI. (s. d.). <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/incapacite-travail/salaries-chomeurs/Pages/trajet-reinsertion.aspx>

Dans le respect du secret professionnel, après s’être concerté avec le médecin-conseil et avec l’accord de l’assuré social, le Coordinateur Retour au Travail entreprend toutes les actions nécessaires. Il contacte toutes les personnes concernées pour faciliter un retour adapté à l’emploi et accompagne l’assuré dans ces interactions.

Quatre principes sous-tendent son action¹² :

1. *Savoir le plus vite possible s’il est possible de commencer un Trajet Retour Au Travail.*
2. *Savoir si un soutien sera nécessaire dans le trajet Retour Au Travail.*
3. *Identifier le plus tôt possible le soutien et les adaptations nécessaires.*
4. *Etablir les contacts le plus rapidement possible avec les personnes clés qui pourront apporter ce soutien ou ces adaptations.*

Par son approche globale et intégrée, le Coordinateur « Retour Au Travail » joue un rôle majeur dans l’accompagnement psychosocial des malades de longue durée.

Comme le stipule le rapport intitulé « L’activation des personnes en incapacité de longue durée en chiffres » de IDEA Consult¹³ dans ses recommandations, « *un enseignement important que l’on peut retirer de l’exemple allemand, c’est l’intérêt d’une approche holistique qui ne se concentre pas uniquement sur l’aspect médical, mais qui analyse l’ensemble de la situation personnelle des travailleurs en incapacité. Le fait de tenir compte de la situation familiale, de la situation professionnelle, etc. de l’individu et de s’appuyer sur ses atouts personnels permet d’accroître ses chances de retour à l’emploi* »¹⁴.

¹² *ibid*

¹³ IDEA Consult fournit des conseils indépendants à des organisations et gouvernements à tous les niveaux : local, intermédiaire, régional, fédéral et européen.

¹⁴ Federgon – L’incapacité de travail en chiffres <https://federgon.be/fileadmin/media/pdf/fr/Etude - L incapacite de travail en chiffres 17-03-2022.pd>

1.2.4 Responsabilisation des parties prenantes

Avec ce nouveau dispositif, une responsabilisation à différents niveaux est appliquée aux différentes parties concernées par ce processus de réintégration, à savoir, les travailleurs, les employeurs, les mutualités, les régions et les médecins traitants¹⁵.

- Aux travailleurs :

A partir du 1er janvier 2023, toute personne en incapacité de travail risque de se voir appliquer une réduction de 2,5 % du montant journalier de ses indemnités dans deux situations spécifiques liées aux obligations mentionnées précédemment :

- Deuxième absence non justifiée à la consultation médicale d'évaluation des capacités restantes, organisée par le médecin-conseil dans le cadre du "Parcours de Réintégration".
- Deuxième absence non justifiée lors du premier contact organisé par le coordinateur Retour au Travail dans le cadre d'un "Trajet Retour au Travail".

Cependant, la personne en incapacité peut échapper à la sanction ou la diminuer dans les deux situations en fournissant une justification valable pour son absence. Les justifications valables et fixées par l'INAMI, peuvent être des cas de force majeure ou d'autres situations, qu'elles soient d'ordre médical ou non.

Après une première absence justifiée, une nouvelle date sera fixée pour l'examen médical ou le premier contact. En cas de seconde absence, la personne sera avertie que ses indemnités seront réduites. La sanction cessera le jour suivant le contact.

En cas de troisième absence, la sanction restera en vigueur jusqu'à la veille de l'examen médical ou du premier contact effectivement réalisé.

- Aux employeurs :

Les employeurs dont le nombre de travailleurs en invalidité est supérieur à la moyenne (déterminée par Arrêté Royal), doivent payer une cotisation trimestrielle de responsabilisation. Cette cotisation représente 0,625% du salaire soumis à cotisations de sécurité sociale du trimestre Q-1 (Q étant le trimestre au cours duquel l'invalidité débute), tel que déclaré à l'ONSS (Office National de Sécurité Sociale).

¹⁵ [Microsoft Word - Note à la presse Frank Vandenbroucke - le Retour au Travail.docx \(belgium.be\)](#)

Cependant, les employeurs sont informés à l'avance de manière à pouvoir prendre des mesures pour éviter la cotisation de responsabilisation.

Il convient de noter que les employeurs qui ont en moyenne moins de 50 travailleurs sont exemptés de cette contribution¹⁶.

- Aux mutualités :

La responsabilisation des Organismes assureurs (OA) concerne 10% de la partie "variable" des frais administratifs. Cela équivaut à environ 20 millions d'euros par an pour l'ensemble des mutualités.

Les critères sont répartis sur base de quatre paramètres :

« - La fourniture d'informations correctes au citoyen sur le trajet Retour Au Travail, et notamment en

joignant une brochure au « questionnaire » qui est envoyé aux intéressés à partir de la 10ème semaine d'incapacité de travail ;

- La transmission correcte, complète et à temps à l'INAMI de toutes les données et informations pertinentes sur la mise en œuvre de la politique de retour au travail, afin de permettre un suivi et un contrôle permanents ;

- Pour les bénéficiaires qui appartiennent à la « catégorie 4 », c'est-à-dire pour lesquels le médecin-conseil estime qu'il est possible d'entreprendre des démarches vers la reprise du travail, éventuellement avec un accompagnement approprié, veiller à ce que le premier entretien avec le coordinateur « Retour Au Travail » ait eu lieu au plus tard au cours du septième mois après le début de l'incapacité de travail ;

¹⁶ Cotisation de responsabilisation des employeurs concernant l'invalidité. (2022, 2 février). Beswic. <https://www.beswic.be/fr/actualites-et-evenements/cotisation-de-responsabilisation-des-employeurs-concernant-linvalidite>

- Pour les bénéficiaires qui ont signé une « déclaration d'engagement », c'est-à-dire qui ont indiqué qu'ils souhaitaient entreprendre d'autres démarches, veiller à ce que, dans un délai de trois mois au plus tard, qu'ils aient soit été affectés à un service régional pour l'emploi, ou qu'ils aient entamé une reprise progressive du travail, ou un « projet de reconversion classique ». »

- Aux médecins traitants :

Pour faciliter le processus de réintégration au travail, le Collège national de médecine d'assurance sociale a élaboré des fiches à l'attention des médecins traitants. Ces fiches fournissent des conseils et des orientations sur le moment opportun et la façon d'aborder le sujet de la réintégration au travail pendant les consultations médicales.

Ces fiches sont conçues pour aider les médecins à mieux comprendre les enjeux de la réintégration au travail et à mieux accompagner leurs patients dans ce processus. Elles leur permettent d'aborder de manière appropriée et proactive la question de la reprise du travail, en prenant en compte les capacités résiduelles de la personne et les mesures d'adaptation nécessaires.

En fournissant de meilleurs conseils aux médecins traitants, les fiches contribuent à une prise en charge plus efficace des personnes en incapacité de travail et favorisent leur réintégration professionnelle. Cela permet également de réduire la durée de l'incapacité de travail, de favoriser le bien-être et améliorer la qualité de vie des travailleurs.

- Aux régions :

Il est important de souligner que la formation et l'accompagnement des personnes engagées dans un trajet de réintégration sont de la compétence régionale. Cependant, il est essentiel que cette étape soit en adéquation avec la première phase.

Par le passé, il a été observé que cette continuité n'était pas toujours assurée dans toutes les régions. Les nouveaux protocoles, élaborés avec les Régions et la Communauté germanophone, visent à résoudre ce problème. Pour la première fois en Wallonie et à Bruxelles, un accord-cadre, similaire à celui déjà en vigueur en Flandre, est mis en place. Cela permettra d'harmoniser les mesures et d'assurer une meilleure coordination entre les différentes étapes du processus de réintégration.

1.2.5 L'activation volontaire des malades de longue durée

Depuis le début des années 2000, l'émergence de l'Etat social actif a conduit à une augmentation de l'activation des allocataires sociaux dans les différents domaines de la sécurité sociale. Ainsi, de nombreux outils d'intervention ont été mis en place pour favoriser leur retour rapide à l'emploi.

Comme le souligne Jean-Louis Genard¹⁷, l'approche basée sur "les capacités" occupe de plus en plus de place dans les politiques sociales. La responsabilité se déplace vers la mise en place de dispositifs publics qui ne peuvent être efficaces que si l'individu s'implique activement. L'objectif est de redonner à chacun les capacités nécessaires pour assumer son autonomie. En d'autres termes, l'intervention de l'Etat se fait en "co-production" avec le bénéficiaire, dans une logique de réciprocité et de contractualisation des actions de l'Etat.

Alors que l'Etat social visait à offrir une formation équitable à tous, les formations se font aujourd'hui tout au long de la vie et de manière personnalisée, avec une offre extrêmement variée. L'Etat a désormais pour mission d'assurer la coordination des différentes institutions tout en garantissant la liberté de choix des citoyens.

Cette activation, présente dans la plupart des domaines de la sécurité sociale, revêt cependant des formes très diverses : elle peut être contrainte ou volontaire. Selon l'accompagnement proposé, elle peut prendre différentes formes, qu'il s'agisse d'un soutien intensif et encadré ou d'un encadrement plus léger, par exemple.

Jusqu'en janvier 2023, la décision de suivre un parcours de réadaptation professionnelle dans le secteur de l'Assurance Maladie-Invalidité se faisait sur base volontaire. L'accord de l'assuré était requis et il pouvait interrompre son parcours de réintégration à tout moment sans que cela n'ait d'impact sur ses indemnités d'incapacité de travail.

¹⁷ Genard, J.L.(2007). Capacités et capacitation : une nouvelle orientation des politiques publiques ? Dans J. L. Genard & F. Cantelli (dir.) *Action publique et subjectivité*, (pp. 41-64). Paris : LGDJ.(Droit et sociétés, 46).

Aujourd'hui, il convient de souligner que la situation a quelque peu changé. Bien que le retour au travail soit toujours considéré comme un processus volontaire, que l'assuré social peut décider d'arrêter à tout moment s'il estime ne pas être prêt ou s'il souhaite explorer d'autres options, il s'expose tout de même dorénavant à une sanction sur ses indemnités en cas de deux absences injustifiées aux convocations du médecin-conseil ou du coordinateur "Retour Au Travail".

Cette situation ne semble-t-elle pas paradoxale ? Alors que la démarche du choix de s'engager ou non dans un trajet de retour au travail se fait sur base volontaire, pourquoi un système de sanction a-t-il été mis en place ?

La question du caractère volontaire de l'accompagnement se pose à nous inévitablement. Pouvons-nous dès lors, continuer à qualifier ce processus de volontaire ?

Bien que le retour au travail soit présenté comme volontaire, les sanctions liées aux absences injustifiées aux convocations médicales remettent en question cette notion. Il semble dès lors légitime de se demander si un accompagnement peut réellement être qualifié de volontaire lorsque des conséquences financières sont appliquées en cas de manquement aux obligations. Cette situation soulève des interrogations sur l'autonomie réelle du bénéficiaire dans le processus de réintégration professionnelle.

1.3 Le positionnement de la mutualité Solidaris

Dans ces différents communiqués de presse, Solidaris a toujours soutenu le principe même de retour au travail des malades de longue durée pour autant que ce retour soit médicalement envisageable et sur base volontaire.

Solidaris souligne que l'augmentation du nombre de malades de longue durée trouve son origine dans la dégradation des conditions de travail et dans le sentiment d'insatisfaction au travail. A ce titre, Solidaris met l'accent sur l'importance de ne pas tenir pour responsable les personnes, et ce de manière individuelle. L'organisation insiste sur le fait que le bien-être au travail est un enjeu sociétal. Elle préconise de diminuer la pression au travail et de contrôler les mécanismes qui nuisent à la qualité du travail.

Concernant la responsabilité des employeurs, Solidaris insiste sur leur devoir d'assurer le bien-être au travail et de combattre les risques psychosociaux.

L'organisation préconise un renforcement du contrôle de l'application des lois sur le bien-être au travail, ainsi qu'un investissement dans la formation et la sensibilisation aux risques physiologiques et psychologiques.

De plus, Solidaris milite pour la suppression des sanctions associées au processus de réintégration socioprofessionnelle des malades de longue durée.

La mutualité regrette par ailleurs, la suppression au 1^{er} janvier 2024, des incitants financiers octroyés aux personnes en incapacité de travail qui suivent une formation en vue d'un retour vers l'emploi. Il s'agissait, selon l'organisation, d'incitants importants pour les personnes éloignées du marché du travail pour des raisons de santé à suivre des formations leur permettant une réorientation professionnelle vers des métiers plus adaptés à leur situation médicale. Cette décision pourrait être une entrave supplémentaire au retour au travail des malades de longue durée et contribue à encore plus les stigmatiser.

Par ailleurs, Solidaris préconise un renforcement des ressources à allouer à l'accompagnement au retour au travail, soulignant que les moyens mis en place sont insuffisants.

Enfin, Solidaris exprime son opposition aux Mutualités Libres, qui préconisent d'accroître l'écart entre les indemnités d'incapacité de travail et les revenus professionnels. L'organisation fustige également la réforme de la législation précédente sur la reprise du travail à temps partiel, qu'elle trouve inefficace et préjudiciable aux travailleurs à faibles revenus. Elle critique principalement, la modification du système de réduction des indemnités en fonction des revenus professionnels et du volume de travail autorisé.

En conclusion, Solidaris souligne l'importance d'une approche holistique et collaborative pour faciliter la réintégration des personnes en arrêt maladie de longue durée, tout en assurant leur bien-être et leur sécurité financière.

2. Cadre théorique

2.1 L'approche par les capacités d'Amartya Sen

Ce chapitre vise à introduire les principaux concepts de l'approche par les capacités, mettant en lumière sa contribution à l'examen de la mise en œuvre du dispositif "Trajet Retour Au Travail".

Afin de répondre à ma question de recherche, il m'apparaît pertinent de m'appuyer sur « *l'approche par les capacités* » d'Amartya Sen.

Consciente que le retour à l'emploi est une problématique multifactorielle qui dépend de facteurs psycho-sociaux : la situation individuelle de l'assuré, le contexte professionnel, la relation avec l'employeur, avec le médecin-conseil, ... et que tous ces facteurs interfèrent donc dans les possibilités de suivre un « Trajet Retour Au Travail », intégrer l'approche par les capacités dans l'analyse des possibilités de réintégration des malades de longue durée permet de questionner à la fois, l'individu et ses ressources internes mais aussi, son environnement.

Par ailleurs, cette approche constitue un cadre conceptuel riche qui permet d'analyser les processus de normalisation présents dans les politiques sociales actuelles.

Suivant la définition d'Amartya Sen, « *la capacité d'une personne se rapporte aux différentes combinaisons possibles de fonctionnement qu'il lui est possible d'atteindre. La capacité est donc une forme de liberté : la liberté substantielle d'atteindre différentes combinaisons de fonctionnement* »¹⁸.

Le concept de « capacité » se réfère à la capacité d'une personne à réaliser ses objectifs et à mener une vie qu'elle juge satisfaisante face à un ensemble d'alternatives. Il s'agit d'une approche centrée sur l'individu qui prend en compte des libertés et capacités réelles d'une personne à réaliser ses aspirations, les projets auxquels il accorde de la valeur, plutôt que de se concentrer uniquement sur les ressources matérielles dont elle dispose.

¹⁸ Nussbaum, M. (2012). *Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ?*. Flammarion, (Climats), page 39.

Notons que les capacités sont différentes des droits. Les droits sont des normes juridiques qui protègent les individus, tandis que les capacités sont les moyens réels dont disposent les individus pour réaliser leur potentiel.

Ensuite, les capacités incluent des éléments tels que la santé, l'éducation, la participation sociale, ainsi que des facteurs plus subjectifs tels que la dignité, l'estime de soi. Les capacités sont interdépendantes, les individus ayant besoin d'un ensemble de capacités pour réaliser leur potentiel. Par exemple, une personne qui n'a pas accès à des soins de santé de qualité peut rencontrer des difficultés à travailler.

L'approche de Sen met l'accent sur la nécessité de créer des conditions qui permettent aux individus de développer leurs capacités et de réaliser leur potentiel.

D'après cette approche, deux individus dotés des mêmes ressources peuvent se trouver confrontés à des opportunités différentes. De même, deux individus ayant des capacités similaires peuvent adopter des stratégies différentes et, par conséquent, obtenir des résultats distincts.

Il n'est donc pas seulement question des capacités de la personne, mais des libertés nées à la fois, des capacités personnelles mais aussi, de l'environnement politique, social et économique. La "capabilité" est au cœur de la théorie de Sen, mais cette réelle liberté n'est pas une fin en soi ; elle vise plutôt à favoriser l'épanouissement humain.

Jean De Munck (De Munck & Zimmermann, 2008) dégage trois notions fondamentales de la notion de « capacité » chez Sen : la liberté, l'épanouissement humain et la réalisation des droits. Nous aborderons ces différentes dimensions plus en détails ensuite.

2.2 Un ancrage dans une double distinction

2.2.1 Fonctionnement et capacités

Les capacités se distinguent des accomplissements ou fonctionnements dans cette approche. Les capacités se réfèrent aux possibilités réelles qu'une personne a de réaliser quelque chose, tandis que les accomplissements se réfèrent aux choix posés ou aux actes effectivement réalisés par une personne. En d'autres termes, les capacités représentent le potentiel d'une personne, tandis que les accomplissements représentent ce qu'elle a réellement accompli.

Cela souligne les disparités entre les individus en termes de capacité d'action.

Il s'agit donc de saisir comme indicateur, le degré de liberté effective dont jouissait l'individu au moment de sa décision, qui sera ici, d'entamer un trajet de retour au travail et non se focaliser uniquement sur l'accomplissement effectif d'avoir entrepris un trajet de « retour au travail ».

Deux individus réalisant les mêmes actions ne possèdent pas forcément le même niveau de liberté effective. Par exemple, une personne disposant de revenus conséquents pourra décider de travailler ou non, alors qu'une personne sans ressources sera contrainte de travailler pour subvenir à ses besoins. La présence d'alternatives de qualité est restreinte dans le deuxième cas de figure. Deux personnes peuvent accomplir les mêmes actes, mais avoir des degrés de liberté réelle différents.

Les capacités d'un individu dépendent donc de la diversité et de la qualité des options réellement accessibles. Plus l'espace d'options alternatives est large, plus les capacités d'une personne seront grandes. Cela signifie qu'une personne aura plus de possibilités de choisir et d'agir selon ses préférences et ses besoins.

La perspective des capacités cherche à égaliser dans la mesure du possible la liberté réelle des individus en fournissant les moyens nécessaires pour exercer cette liberté. Cela pose la question de la responsabilité individuelle : selon Sen, aucune responsabilité ne peut être imputée à l'individu si les moyens d'accéder à une liberté réelle ne sont pas disponibles.

Dans le contexte des politiques sociales actives, la distinction entre fonctionnements et capacités permet d'examiner les politiques du point de vue de la justice sociale. Il s'agit de se demander si ces politiques visent à augmenter la liberté réelle des individus en leur fournissant les conditions nécessaires pour exercer leur responsabilité, ou si elles cherchent plutôt à moraliser les individus sans leur fournir les conditions de la liberté réelle.

2.2.2 Ressources et capacités

Les ressources sont les moyens qui renforcent les capacités d'agir des individus. Elles englobent toutes les richesses et les services dont une personne dispose, qu'ils soient issus du marché, du secteur associatif ou du secteur public. Les revenus provenant du travail, les aides sociales, les dons ou les présents, ainsi que tous les biens et les services auxquels les individus ont accès, se retrouvent sous cette notion de ressources.

Le fait de disposer de diverses ressources ne garantit pas nécessairement une réelle liberté pour les individus. En effet, deux personnes disposant de la même quantité de ressources ne sont pas nécessairement capables de les exploiter de manière équivalente. de la même manière pour atteindre leurs objectifs. Il est donc essentiel de prendre en compte le contexte dans l'analyse : la liberté réelle d'une personne dépend de sa situation spécifique.

Sensible à la question des inégalités sociales, la faisabilité concrète de la liberté de choix d'un individu permet de mettre en exergue que bien que nous disposions de l'accès à des ressources identiques, chaque individu n'a pas la même possibilité de les mobiliser pour réaliser un projet auquel il accorde de la valeur. Cette différence dans les possibilités de transformer effectivement des ressources en réalisations concrètes résulte de la disparité des situations individuelles et sociales des individus. Sen nomme ces différences « des facteurs de conversion ».

2.3 Les trois types de facteurs de conversion

Les facteurs de conversion sont les mécanismes qui facilitent (facteurs de conversion positifs) ou freinent (facteurs de conversion négatifs) la transformation des droits formels en capacités d'action. Ils déterminent dans quelle mesure une personne est réellement en capacité d'utiliser les ressources disponibles pour atteindre ses objectifs dans un contexte particulier.

Par exemple, un facteur de conversion positif pourrait être l'accès à une éducation de qualité, permettant à une personne d'acquérir les compétences et les connaissances nécessaires pour utiliser efficacement ses ressources. À l'inverse, un facteur de conversion négatif pourrait être la discrimination systémique limitant les opportunités et les choix d'une personne en raison de son origine ethnique, son genre ou sa classe sociale.

M. Bonvin et N. Farvaque identifient trois types de facteurs de conversion :

- Les facteurs de conversion individuels : Ce sont les conditions internes spécifiques à chaque individu qui lui permettent d'utiliser ou d'exploiter les ressources disponibles ainsi que ses droits. Par exemple, l'aptitude intellectuelle, le genre, l'âge, le niveau d'éducation, capital financier, la raison de la participation au trajet « Retour Au Travail » et perception de cette action, etc.

- Les facteurs de conversion sociaux : ils désignent les éléments externes à l'individu, tels que les structures sociales, les politiques publiques et les normes culturelles, qui impactent la façon dont les ressources sont transformées en fonctionnements et en capacités pour les individus. Les rôles et statuts sociaux, ainsi que les stéréotypes sociaux, peuvent influencer la manière dont une personne peut utiliser ses ressources et ses droits. Par exemple, les normes sociales liées au genre peuvent limiter les opportunités et les choix d'une personne.
- Les facteurs de conversion environnementaux : ce sont les possibilités institutionnelles et la situation géographique d'une personne : lieu de résidence, cadre de vie, ... Ils incluent les infrastructures et les services disponibles dans un environnement donné. Par exemple, la proximité d'une école supérieure peut faciliter l'accès à l'éducation pour une personne ou encore, la mise en œuvre des actions par les opérateurs.

Ces différents facteurs de conversion interagissent entre eux et influencent la capacité d'une personne à transformer les ressources et les droits en capacités d'action.

Prendre en compte tous les facteurs de conversion est donc essentiel pour garantir une réelle amélioration des capacités des individus. Agir uniquement sur les compétences individuelles ne suffit pas si les facteurs sociaux et environnementaux ne sont pas pris en considération.

Sans cela, deux dérives peuvent se produire : se cantonner à la liberté formelle des individus ou instaurer des comportements conformes à des normes sociales établies par une autorité supérieure. Ceci aurait pour incidence dans ce deuxième cas de figure, d'entraîner une situation paradoxale où l'on demanderait aux individus d'être responsables tout en les obligeant à consacrer toute leur énergie à se conformer aux normes sociales.

Ce concept appliqué à notre étude vise à identifier les actions du Coordinateur « Retour Au Travail » qui favorisent l'élargissement de la liberté individuelle en agissant sur les divers facteurs de conversion leur permettant de mener un trajet de retour au travail contribuant à leur développement socioprofessionnel.

Cela me conduit à me poser toutes une série de questions :

Comment les coordinateurs du "Retour Au Travail" réussissent-ils concrètement à impliquer des publics souvent vulnérables et fragilisés, les rendant ainsi actifs et participants dans le processus ?

Comment cela affecte-t-il la façon dont les individus perçoivent et comprennent leurs propres vulnérabilités, ainsi que la manière dont ils expriment leurs besoins et leurs demandes vis-à-vis du dispositif ?

En quoi l'intervention des coordinateurs, leur soutien, leurs conseils aux individus représentent-ils des facteurs de conversions positifs en faveur du développement des individus ?

2.4 Le primat des libertés

2.4.1 La capacité de choix

La liberté réelle de choix fait référence à la capacité effective d'une personne à exercer ses choix et à réaliser ses aspirations dans la vie quotidienne, en tenant compte des facteurs de conversion qui peuvent influencer ces choix. Cela va au-delà de la simple possession de ressources ou de droits formels, en prenant en compte les contraintes et les opportunités spécifiques auxquelles une personne est confrontée dans son contexte de vie.

La capacité de choix met l'accent sur la dimension plus ou moins étendue de la liberté.

2.4.2 Les deux dimensions de la liberté

Dans cette optique, il convient d'examiner deux aspects de la liberté :

L'axe processus fait référence à la liberté de décision, à la manière dont une personne fait des choix et prend des décisions parmi différentes opportunités qui lui sont offertes. Il repose sur l'autonomie réelle de chacun et sur l'implication réelle des personnes dans les choix qui les affectent. Défendre son point de vue implique que la personne ait la possibilité de remettre en question les exigences qui lui sont imposées, voire de les rejeter. Cet axe représente la dimension démocratique de la liberté de choix.

Comment l'encadrement du coordinateur du retour au travail contribue-t-il à autonomiser les individus afin qu'ils puissent réaliser leur projet professionnel avec succès ?

L'axe des opportunités renvoie à la diversité des possibilités réellement accessibles aux individus, à l'éventail des options possibles permettant un choix véritable.

Ces opportunités constituent les bases de la liberté de choix. En effet, la liberté de choix et de réalisation de soi ne peut exister véritablement sans la présence d'opportunités concrètes. Cette dimension correspond à la notion de justice sociale inhérente à la liberté.

De cette manière, les politiques publiques visent à élargir les opportunités accessibles à toutes les personnes concernées, en particulier celles qui sont défavorisées.

Je me questionne ici, sur les libertés réelles dont disposent les malades de longue durée pour retrouver un travail qui convient à leurs attentes ? Dans quelle mesure offrent-ils réellement aux individus la possibilité d'exprimer et de mettre en valeur leurs perspectives sur les choix qui les touchent ?

L'approche par les capacités suppose la possibilité de faire des choix parmi une diversité de réalisations, ce qui permet d'éviter autant que possible le piège des préférences adaptatives, où les individus ne sont pas nécessairement libres dans leurs choix, mais s'ajustent plutôt à des normes sociales et des possibilités socio-économiques existantes.

La liberté, les processus et les opportunités ne peuvent donc pas être envisagés de manière isolée. Ils sont interdépendants et nécessitent une approche globale pour garantir la justice sociale et la liberté de choix pour tous.

J.L Génard¹⁹ souligne à ce titre, le changement de rôle de l'Etat. Là où les efforts de l'État social visaient à garantir une formation aussi équitable que possible à tous, les formations se font aujourd'hui tout au long de la vie, s'inscrivant dans une offre très diversifiée. L'Etat a pour tâche désormais d'assurer la coordination du pluralisme institutionnel tout en assurant la liberté de choix du citoyen.

Aujourd'hui pourtant, nous sommes forcés de constater que la manière dont certaines des politiques sociales sont pensées ne permettent pas cette liberté réelle. En effet, si un bénéficiaire d'allocations sociales, désormais conditionnelles, souhaite préserver ses droits financiers, il doit ajuster ses préférences.

¹⁹ Genard, J.L.(2007). Capacités et capacitation : une nouvelle orientation des politiques publiques ? Dans J. L. Genard & F. Cantelli (dir.) Action publique et subjectivité, (pp. 41-64). Paris : LGDJ.(Droit et sociétés, 46).

Il est dès lors légitime, de remettre en question les programmes d'activation, tant dans leurs fondements normatifs que dans leurs procédures d'application : ceux-ci favorisent-ils véritablement favorisent la liberté des individus de retrouver un emploi adapté, ou au contraire, limitent-ils leur réelle liberté en les contraignant parfois à accepter un retour à l'emploi ?

Dans le cadre de cette étude, il est intéressant de se demander comment l'accompagnement dans le parcours "Retour Au Travail" contribue à améliorer les opportunités de retrouver un emploi. Les plans d'accompagnement sont-ils imposés ou sont-ils réellement élaborés en accord avec les individus ?

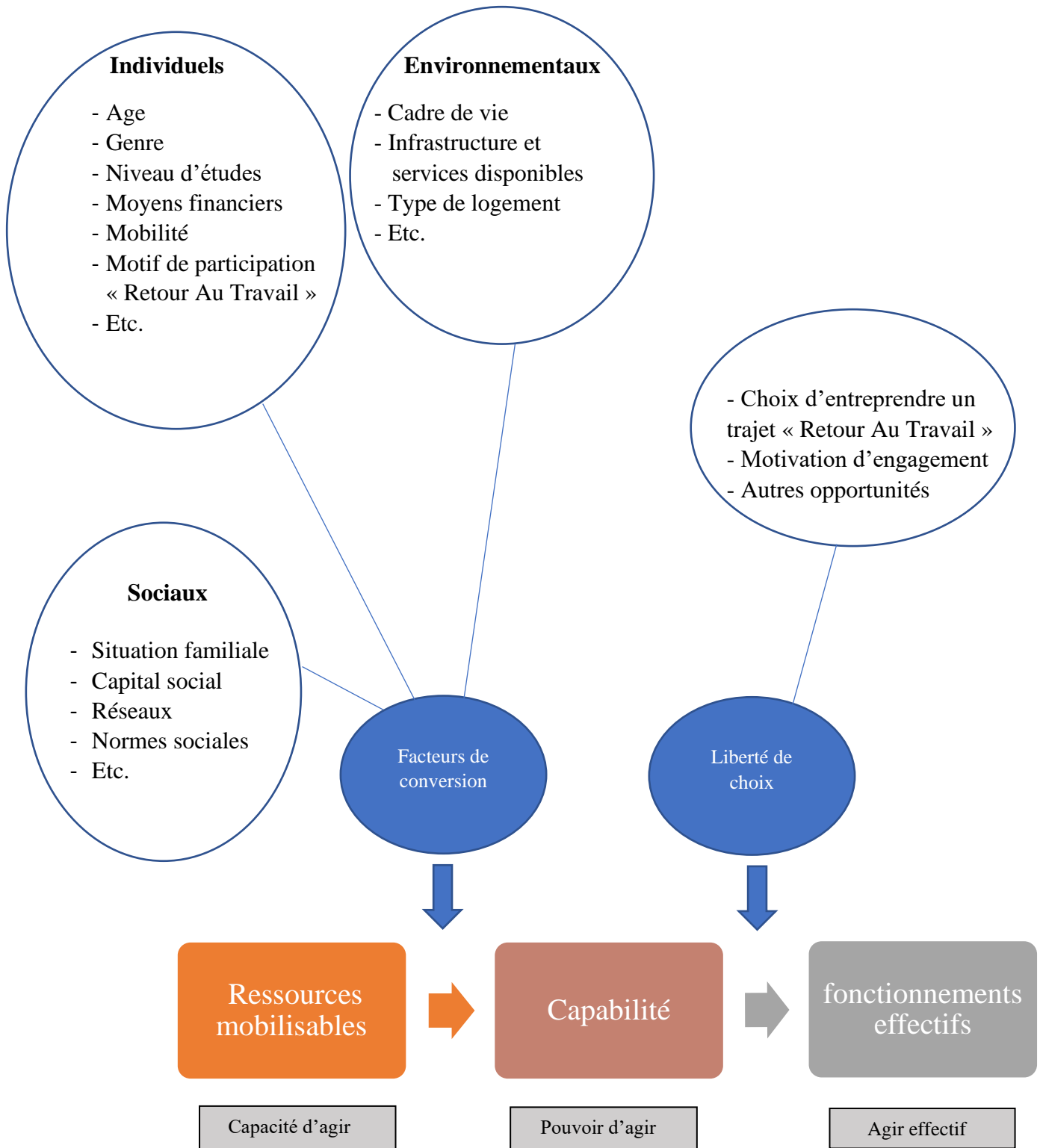
2.5 Une approche holistique de la problématique

L'approche par les capacités permet ainsi de répertorier les ressources internes et externes et les facteurs de conversion individuels, sociaux et environnementaux qui permettront ou pas, aux individus, de transformer ces ressources dans un cadre précis. Les potentialités des individus étant impactées par les facteurs de conversion, lorsque ceux-ci sont favorables, ils transforment les ressources en un ensemble de possibilités pour les individus. Selon la liberté de choix des individus, ces capacités peuvent être mobilisées pour atteindre les « fonctionnements », les réalisations.

Ce cadre conceptuel met l'accent sur ces différents éléments et leur interrelation dans le contexte du retour au travail des malades de longue durée. Il reconnaît que ces dimensions sont essentielles pour comprendre et analyser les processus de développement des individus.

En explorant les aspects liés aux processus, aux interactions, aux expériences, aux perspectives, aux représentations, aux ressources, aux décisions et aux opportunités, on peut mieux comprendre comment les individus interagissent avec leur environnement, comment ils perçoivent et représentent les informations, quelles ressources ils utilisent, quels choix ils font et quelles possibilités s'offrent à eux. Cette approche permet une analyse des dynamiques en présence.

Lorsque ce cadre conceptuel est appliqué à la thématique du « retour au travail des malades de longue durée » et aux dimensions étudiées, il peut schématiquement se présenter de la manière suivante :



3. Balises méthodologiques

Après avoir exploré les contributions théoriques, la partie empirique de cette étude aborde tout d'abord le cadre méthodologique pour se pencher, dans le chapitre suivant, sur une analyse détaillée des matériaux recueillis.

La présente étude exploratoire s'appuie sur l'ouvrage méthodologique de L. Van Campenhout ainsi que sur le guide d'initiation à l'entretien en sciences sociales de R. Sauvayre.

3.1 Question et hypothèses de recherche

Pour rappel, ma question de recherche est :

« Comment le dispositif d'accompagnement proposé dans le cadre du trajet de retour au travail influence-t-il la réinsertion socioprofessionnelle des malades de longue durée ? »

D'un point de vue opérationnel, le cadre des capacités peut être considéré comme un instrument de gouvernance. Il sert à évaluer les caractéristiques et les qualités des ressources, ainsi que la nature des transformations et des décisions, afin d'encourager un environnement propice au développement du pouvoir d'action. Cela nous amène à nous demander comment permettre aux individus de saisir les opportunités de développement présentes dans leur environnement.

Le but de cette analyse est d'explorer les fondements et les méthodes de déploiement du dispositif « trajet retour au travail » et ainsi comprendre comment le trajet « retour au travail » influe sur la réinsertion des malades de longue durée.

La finalité poursuivie est de lutter contre les inégalités sociales et de porter les intérêts des malades de longue durée et ce, en veillant à leur émancipation individuelle et sociale.

Afin de répondre à la problématique de recherche, il est primordial de considérer la façon dont les éléments du contexte social s'articulent avec la transformation des biens en fonctionnements, entraînant ensuite, des prises de décision.

Afin d'illustrer ces propos, prenons l'exemple de deux enfants, l'un vivant dans un quartier défavorisé et l'autre dans un quartier favorisé. Dans de nombreux pays, l'éducation est considérée comme un bien essentiel pour le développement des individus et des sociétés. Cependant, simplement fournir des infrastructures scolaires et des ressources n'est pas suffisant pour garantir que les individus puissent réellement transformer ces biens en fonctionnements.

Les deux enfants ont accès à une école avec des enseignants qualifiés et des ressources pédagogiques adéquates. Cependant, en raison des différences de contexte social, les opportunités et les possibilités de transformation de l'éducation en fonctionnements peuvent être considérablement différentes.

L'enfant vivant dans le quartier défavorisé peut être confronté à des difficultés supplémentaires telles que des problèmes de transport, des conditions de vie précaires, un manque de soutien familial, etc. Ces éléments du contexte social peuvent compromettre sa capacité à tirer pleinement parti de l'éducation qu'il reçoit. Par conséquent, malgré l'accès à l'éducation, cet enfant peut se retrouver avec des opportunités limitées et des capacités qui ne pourront se développer pleinement.

En revanche, l'enfant vivant dans le quartier favorisé peut bénéficier d'un contexte social plus favorable, avec un soutien familial adéquat, des opportunités supplémentaires d'apprentissage, et une meilleure qualité de vie. Ces éléments du contexte social peuvent lui permettre de transformer plus efficacement l'éducation en fonctionnements, en développant des compétences, des connaissances et des opportunités pour s'épanouir pleinement.

Cet exemple souligne que l'accès aux biens, tels que l'éducation, ne garantit pas nécessairement des opportunités identiques pour tous les individus.

Les interactions entre les individus et l'organisation constituent également un élément majeur, car si les opportunités sont conditionnées par l'environnement, il est important de se demander dans quelle mesure les individus sont responsables de s'en emparer.

L'opérationnalisation de l'approche par les capacités demande donc de prendre en considération les éléments suivants :

- **des ressources disponibles** pour les individus, ainsi que de **leur "espace des possibles"** et **des fonctionnements** qu'ils peuvent atteindre.

- La prise en compte **des facteurs de conversion**, qu'ils soient personnels, sociaux ou environnementaux, qui permettent à l'individu de transformer des droits en réalisations concrètes.

Comme le souligne Zimmermann, il est essentiel de tenir compte de l'espace des opportunités dans le cadre d'une réflexion sur la liberté, en travaillant notamment sur les facteurs de conversion.

- Il est aussi essentiel d'examiner le statut **de la liberté de choix et les conditions dans lesquelles elle est exercée.**

Partant du cadre théorique, huit hypothèses de travail réparties en trois grandes thématiques sont envisagées :

- **Les opportunités de choix des personnes**

1. L'individu ne dispose pas d'alternatives réellement accessibles face au choix de devoir entreprendre un trajet de retour au travail.
2. L'offre de formation proposée limite l'individu dans l'exercice de sa liberté de choix.

Ces deux premières hypothèses permettent de saisir comme indicateur, l'étendue de la liberté réelle dont l'individu disposait au moment de sa décision. En quoi le dispositif d'accompagnement est-il porteur d'opportunités pour l'individu ? Les opportunités socioéconomiques pour les bénéficiaires (formation, stages,), le parcours de vie des individus, les motivations d'entrée en trajet de retour au travail, la manière dont ils ont utilisé les dispositifs de soutien et leur perception des effets des actions des professionnels sur l'amélioration de leur développement personnel et de leur bien-être.

- **Les moyens fournis pour concrétiser l'opportunité sélectionnée en action effective**

3. Le dispositif d'accompagnement proposé dans le cadre du « Trajet retour au travail » permet d'augmenter les moyens nécessaires à l'individu d'exercer sa liberté réelle.
4. L'accompagnement social du coordinateur « retour au travail » facilite la transformation des ressources et des droits formels dont dispose l'individu en capacité d'action.

Ces hypothèses permettent d'identifier les interventions des professionnels qui influent sur différents facteurs de conversion favorables à l'élargissement de la liberté des individus à entreprendre un trajet de retour au travail (les mesures mises en place par la mutualité pour renforcer le développement des capacités des bénéficiaires, en termes de dispositifs de soutien psychosocial).

Il convient aussi de souligner les inégalités sociales qui se traduisent par des inégalités dans l'accès aux prestations de service.

- **Les contraintes contextuelles pesant sur les actions**

5. La situation sociale et familiale de l'individu interfère dans le champ des opportunités qui se présente aux individus.
6. La place centrale du travail dans notre société limite les opportunités qui s'offrent à l'individu.
7. Les représentations sociales associées aux malades de longue durée restreignent la capacité de choix de l'individu.
8. L'existence d'un système de sanction entrave l'individu dans sa possibilité de remettre en question les propositions formulées dans le cadre du plan d'accompagnement.

Les hypothèses visent ici à identifier la liberté réelle de choix, en prenant en compte les contraintes auxquelles une personne doit faire face dans son contexte de vie. En quoi le dispositif « trajet Retour Au Travail » est-il porteur de possibilités de choix ?

Il est pertinent d'examiner le fonctionnement réel à travers le prisme de la liberté de choix : est-ce que réaliser une action donnée est vraiment un choix délibéré de l'individu ? Avait-il d'autres options au moment où il a pris sa décision ? Quels ont été les motifs qui ont poussé l'individu vers ce choix ?

Offrir des opportunités accessibles et des soutiens adaptés est essentiel, mais cela ne suffit pas si les personnes ne disposent pas d'une réelle liberté pour choisir l'orientation de leur parcours de réintégration. Il convient d'analyser comment l'individu est impliqué dans le processus, comment le processus de décision est concrètement développé dans les pratiques quotidiennes ? Dans quelle mesure la procédure mise en place permet-elle concrètement aux individus d'exprimer et de défendre leurs avis sur les décisions qui les touchent directement ?

3.2 Choix de la méthode de récolte de données

Pour collecter les données empiriques, la méthodologie qualitative implique la tenue d'une série d'entretiens individuels semi-directifs menés auprès de deux parties prenantes au sein du territoire de Mons-Wallonie picarde. A savoir, des bénéficiaires du trajet de retour au travail et des professionnels mutualistes (médecins-conseil et coordinateurs de retour au travail).

Pour les deux types d'entretien, un guide d'entretien a été rédigé.

Cette méthode me semble être la plus appropriée au sujet de recherche. En effet, les entretiens individuels semi-directifs permettent de recueillir une grande quantité de données intéressantes et détaillées. Les données récoltées avec cette méthode permettent d'arriver à une analyse et une compréhension particulièrement fine des expériences, et des motivations des individus impliqués. Les entretiens individuels semi-directifs offrent l'opportunité d'explorer en détail les propos des participants, permettant ainsi de saisir la diversité des points de vue.

Les entretiens individuels semi-directifs permettent également aux chercheurs de s'adapter aux besoins et aux réactions des participants. Cette approche flexible permet de creuser davantage certaines réponses des participants ou de revenir sur des points spécifiques afin de mieux comprendre les expériences vécues.

Cette étude adopte une approche hypothético-déductive, ce qui signifie qu'elle repose sur des hypothèses exploratoires formulées à partir d'une revue de littérature scientifique et qu'elle prend comme point de départ une question pratique sur le terrain.

Partant du cadre, les huit hypothèses de travail ont servi de base pour les deux guides d'entretien.

Le guide d'entretien est organisé en fonction de plusieurs questions abordant trois grands thèmes : les possibilités de choix des individus, les moyens fournis pour concrétiser l'opportunité sélectionnée en action effective et les contraintes contextuelles influençant les actions.

3.3 Le champ d'analyse

Le champ d'analyse est circonscrit à des personnes en incapacité de travail de longue durée qui ont bénéficié d'un accompagnement dans le cadre d'un trajet de retour au travail ; affiliées chez Solidaris Wallonie et résidant sur le territoire de Mons-Wallonie picarde.

La recherche étant qualitative et limitée dans le temps, l'étude porte sur certaines composantes typiques (diversité maximale des profils), bien que non strictement représentatives de la population puisqu'il n'y a pas de recherche de représentativité statistique de l'échantillon constitué. Par contre, l'hétérogénéité du corpus est indispensable, l'échantillon doit être composé en prenant en compte différents critères de diversification : l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le secteur d'activité, la durée de l'incapacité et la situation familiale, ayant mené à terme ou non le trajet, et ce pour diverses raisons, trajet à l'initiative de la personne ou du médecin-conseil,...

3.4 La population et l'échantillon

Au cours de cette étude, douze entretiens semi-directifs ont été conduits, répartis de la manière suivante :

- Trois professionnels, un médecin- conseil et deux coordinateurs « Retour Au Travail ».
- Neuf bénéficiaires

Afin de limiter les variables, nous avons choisi de limiter l'échantillon aux deux grandes parties prenantes du trajet de retour au travail « INAMI » (pour les personnes qui ne disposent pas ou plus de contrat de travail ou qui ne peuvent plus exercer leur métier auprès de leur employeur initial).

Entendre le point de vue de ces deux parties apparaissait comme essentiel pour comprendre de manière approfondie le processus étudié.

Il est à noter, qu'initialement, lors de la construction de la méthodologie, parmi les professionnels, deux médecins – conseil et deux coordinateurs « Retour Au Travail » devaient constituer notre échantillon de professionnels.

Lors de la réalisation de l'enquête de terrain, il n'a pas été possible, compte-tenu de leur charge de travail, de pouvoir interviewer un second médecin-conseil.

Sur les 12 personnes interrogées, l'échantillon est constitué de 4 hommes et 8 femmes.

La moyenne d'âge des bénéficiaires est de 38 ans.

3.5 Guides d'entretien

Le guide d'entretien se veut semi-directif, permettant ainsi la liberté de parole des répondants.

L'entretien ne s'est pas construit comme un questionnaire rigide avec des questions fermées.

Sa fonction première est d'offrir de la rigueur scientifique à la démarche d'enquête.

Pour optimiser la collecte d'indicateurs et d'informations nécessaires à la vérification des hypothèses, il est essentiel de se procurer un guide. En posant les questions présentes dans ce guide, on garantit d'obtenir les données nécessaires auprès de chaque enquêté, facilitant ainsi l'analyse ultérieure.

Les entretiens ont eu lieu entre le 22 janvier 2024 et le 5 avril 2024. Les professionnels ont été interrogés sur leur lieu de travail. Sept bénéficiaires ont été interrogés à leur domicile et les deux autres en visioconférence.

Le lieu influe beaucoup sur la qualité de l’entretien, celui-ci a un effet sur le discours de l’enquêté. C’est pourquoi, il était plus propice de réaliser les entretiens des bénéficiaires au sein de leur domicile, plus identifié comme « zone de confidentialité » ou en visioconférence, plutôt qu’au sein de la mutualité, qui pourrait être associée à la visite chez le médecin-conseil.

Concernant les professionnels, leur lieu de travail a été privilégié. Ceux-ci étaient ainsi plus enclins à répondre aux questions qui ont trait à leur activité professionnelle. La durée moyenne des entretiens était d’environ deux heures.

Sur un plan pratique, l’enregistrement des entretiens a été privilégié à la prise de notes. Cette technique permet de s’assurer de la fiabilité des propos énoncés par les interviewés.

3.6 Tableaux de correspondance entre questions et hypothèses

Les tableaux suivants associent les questions des guides d'entretien aux hypothèses correspondantes, garantissant ainsi que les huit hypothèses sont couvertes.

- *Concernant les malades de longue durée*

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Q1	X	X	X	X	X	X	X	X
Q2	X	X	X	X	X	X		
Q3	X				X	X	X	X
Q4	X		X	X	X			
Q5					X			
Q6	X				X			
Q7	X				X	X	X	X
Q8	X				X	X		
Q9				X				
Q10				X				
Q11			X	X				
Q12			X	X				
Q13						X	X	X
Q14					X	X	X	X
Q15								X
Q16			X	X				
Q17						X		
Q18						X	X	
Q19							X	
Q20	X	X	X	X	X	X	X	X
Q21	X	X	X	X	X	X	X	X

- *Concernant les professionnels*

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Q1			X	X				
Q2			X	X				
Q3			X	X				
Q4	X		X	X				
Q5			X	X				
Q6			X	X				
Q7					X		X	
Q8			X	X				
Q9			X	X				
Q10	X	X	X	X				
Q11			X	X				
Q12					X	X	X	X
Q13			X	X				
Q14			X	X				
Q15			X	X	X			
Q16			X	X				
Q17			X	X	X			
Q18	X		X	X	X			X
Q19			X	X				
Q20	X	X	X	X	X	X	X	X
Q21	X	X	X	X	X	X	X	X

3.7 Technique d'analyse des entretiens

Pour commencer, chaque entrevue a été transcrite intégralement.

La méthode d'analyse qualitative des données choisie est l'analyse de contenu thématique. Cette approche analytique implique l'identification et le regroupement des thèmes significatifs du contenu analysé, en lien avec la question de recherche, en utilisant des méthodes de réduction des données. Il convient, lors de l'analyse des données, d'identifier les thèmes pertinents en lien avec l'objectif de la recherche et ensuite, d'établir des liens, les occurrences, les différences pour arriver à la construction d'un arbre thématique.

A l'issue des entretiens, une analyse de chacun d'eux a été réalisée. Un classement des données a été opéré et réparti en différents thèmes, qui ont été examinés ensuite de manière transversale afin de confronter les données recueillies avec les hypothèses de recherche.

les considérer dans le cadre d'une analyse transversale et ce, dans le but de confronter ces données aux hypothèses de recherche.

3.8 Limites et difficultés rencontrées

Toute recherche comporte des limites. Son cadre doit être clairement posé et explicité.

La principale limite réside dans le temps consacré à l'étude. Il eut été certainement pertinent d'accroître quelque peu le nombre de situations observées. Ces douze situations ne permettent pas d'affirmer que le principe de saturation²⁰ ait été rencontré. D'autres situations auraient permis un approfondissement des dimensions de l'analyse.

Une autre limite importante porte sur le choix des personnes invitées à témoigner de leur parcours. Ce choix a reposé sur une sélection manuelle par les deux coordinateurs de retour au travail interrogés. Bien que des critères de diversification aient été communiqués, il est apparu difficile de disposer d'un échantillon aussi diversifié qu'initialement souhaité.

Un autre facteur susceptible de biaiser les résultats réside dans la dynamique entre le chercheur et l'interviewé. L'entretien constitue un échange propice à la création de malentendus, de peurs ou de désirs. Même en adoptant une neutralité maximale, il est crucial de reconnaître les possibles influences de cette interaction. En effet, les discours recueillis pourraient varier considérablement si les personnes interrogées étaient confrontées à un chercheur différent, doté d'une personnalité et de réactions distinctes.

Enfin, d'autres angles d'approche auraient pu être envisagés, visant la compréhension d'autres aspects de la problématique des malades de longue durée. Une autre piste d'analyse aurait pu avoir pour objectif d'analyser les processus psychosociaux et organisationnels qui sous-tendent le retour au travail soutenable après une maladie de longue durée.

Parmi les difficultés rencontrées, nous pointerons principalement la complexité de traduire les différents concepts théoriques et généraux repris dans l'approche par les capacités en indicateurs concrets pour l'analyse empirique. La difficulté réside dans la collecte de données empiriques permettant de quantifier l'étendue des capacités individuelles, afin d'obtenir un indicateur fiable de leur réelle liberté de choix et d'action.

²⁰ Le principe de saturation est à l'analyse qualitative, ce qu'est la représentativité dans les analyses statistiques. La saturation est le moment à partir duquel, en fonction de l'objet de l'étude, l'addition de situations n'apporte plus d'informations complémentaires et nouvelles.

4. Analyse

Ce chapitre se concentre tout d'abord, sur la mise en évidence des portraits individuels des professionnels et des malades de longue durée interrogés.

Nous passerons ensuite à une présentation de l'analyse transversale issue de nos observations empiriques.

Pour rappel, cette analyse a pour objectif de comprendre les processus existants et observables dans la mise en œuvre de la politique de réinsertion socioprofessionnelle des malades de longue durée. Il ne s'agit pas d'une évaluation d'impact visant à mesurer les conséquences et les effets de la politique sociale menée.

4.1 Analyse longitudinale

Il sera ici effectué une analyse dite verticale. Nous relatons les situations individuelles des malades de longue durée qui ont participé à l'étude en regard de notre approche théorique.

Pour le respect de la confidentialité, tous les prénoms sont modifiés.

Notre analyse s'est concentrée sur des personnes qui bénéficient d'un parcours de réinsertion « INAMI ». Ce parcours vise à favoriser la réintégration socioprofessionnelle des individus qui ne sont plus employés ou ne peuvent plus l'être par leur employeur, en les accompagnant vers un autre employeur ou un autre secteur d'activité.

Rappelons, que les individus toujours liés par un contrat de travail bénéficient quant à eux, d'un parcours de réintégration nommé "CODEX" (organisé selon le code du bien-être au travail) et sont encadrés par la médecine du travail. Pour ces individus, il a été jugé préférable de se concentrer principalement sur les opportunités de réintégration au sein de leur employeur actuel, car les travailleurs en incapacité de travail ont souvent la possibilité de reprendre leur emploi habituel à terme, éventuellement après une reprise progressive du travail. De plus, un autre avantage est que ces travailleurs peuvent être réintégrés dans un environnement professionnel familier, entourés de collègues et d'un employeur avec lesquels ils ont déjà tissé des liens, ce qui augmente leurs chances de réussite dans leur processus de réintégration.

Toutes les personnes interrogées sont malades depuis plus d'un an et bénéficient d'indemnités d'invalidité. Au niveau de leur parcours scolaire, une personne est sans qualification, une autre possède un diplôme du secondaire inférieur et les sept autres ont un certificat de l'enseignement secondaire supérieur.

En ce qui concerne leur situation professionnelle, six d'entre eux sont sans contrat de travail et les trois autres sont toujours liés à un employeur mais la réintégration chez ce dernier n'est pas envisageable pour des raisons de santé.

4.1.1 Les malades de longue durée

Tableau descriptif des situations

Pseudonyme	Age	Lieu de résidence	Situation familiale	Niveau d'études	Pathologie - Source de l'incapacité (IT)	Date de début de l'IT	Situation professionnelle initiale	Formation suivie	Situation professionnelle actuelle
Julien	25	Boussu	En couple avec 1 fille de 2 ans	Secondaire Professionnel	Burnout	06/09/22	Cuisinier dans l'Horeca	Ambulancier non-urgent et urgent	Incapacité de travail – A la recherche d'un emploi en tant qu'ambulancier
Sylvie	37	Beloeil	Seule avec 2 fils de 13 et 2 ans	Secondaire Professionnel	Tendinites chroniques des mains	18/03/22	Aide-ménagère	Aide-familiale	Aide-familiale dans un service d'aide aux familles depuis le 19/07/23
Sandrine	39	Mouscron	En couple avec 1 fils de 12 ans	Secondaire Technique	Douleurs chroniques dorsales	07/09/22	Employée dans le secteur de la logistique	Secrétariat-Bureautique	Secrétaire chez un concessionnaire de voitures
Emilie	33	Quiévrain	En couple avec 3 filles de 10, 8 et 4 ans	Secondaire Professionnel	Hernie discale et cervicalgie	20/01/21	Aide-soignante	Assistante dentaire	Assistante dentaire dans un hôpital depuis le 05/07/23

Abby	35	Colfontaine	Isolée	Secondaire professionnel	Sclérose en plaques	14/01/22	Vendeuse	Employée administrative	Incapacité de travail – A la recherche d'un emploi en tant qu'employée administrative
Isabelle	43	Bernissart	Seule avec 1 fils de 18 ans	Secondaire professionnel	Maladie de Crohn	02/03/21	Ouvrière dans une friterie	Technicienne de surface en milieu hospitalier	Technicienne de surface en milieu hospitalier depuis le 30/11/23
Céline	49	Mouscron	Seule avec 1 fils de 22 ans	Secondaire inférieur professionnel	Dépression chronique	04/06/12	Ouvrière polyvalente	programme « Individual Placement and Support ou IPS »	Incapacité de travail
Laurent	48	Colfontaine	Isolé	Secondaire professionnel	Dépression	16/11/15	Chômeur	Educateur spécialisé	Incapacité de travail – Arrêt de la formation
Laura	34	Saint-Ghislain	En couple avec 1 fille de 14 ans	Secondaire inférieur professionnel	Pathologie neurologique	24/09/20	Technicienne de surface	Bilan d'orientation en suspens suite à une nouvelle pathologie	Incapacité de travail

4.1.1.1 Julien, un cuisinier en épuisement professionnel

Julien a 25 ans, il vit en couple avec sa compagne avec qui, il a une petite fille de 2 ans. Julien a suivi des études d'hôtellerie. Il travaille depuis l'âge de 14 ans en job étudiant. Depuis qu'il a décroché son diplôme, il travaille dans la restauration, un secteur qu'il apprécie particulièrement et où il a pu évoluer. Après avoir travaillé en salle, il est passé en cuisine où il est monté progressivement en 9^{ème} catégorie, l'échelon le plus haut. Très investi dans son travail, il n'a jamais compté ses heures, allant jusqu'à enchaîner des journées de 12h de travail à raison de 6 jours par semaine. Il a vécu de près la période « Covid » qu'il décrit comme une période compliquée où il a dû se réorienter. Pour ne pas être sans emploi, il a travaillé en tant que livreur de pizzas. Cette période passée, il a retrouvé un emploi chez un ami où il a contribué à l'ouverture de l'établissement. Ce restaurant connaissait un grand succès avec près de 300 couverts par jour. Avec cet emploi, il disposait d'un salaire qu'il qualifie d'élevé mais cela lui a coûté de ne voir que très peu sa famille. Au-delà du nombre important d'heures de travail par jour, Julien est très polyvalent dans les tâches qu'il effectue. Il est amené à gérer aussi bien le personnel, que la gestion administrative de l'établissement, effectuer les commandes auprès des fournisseurs que de cuisiner. Il explique cela par un manque de personnel, ce dernier représentant un coût élevé pour l'employeur. Situation qu'il a pu constater dans tous les établissements où il a travaillé. Ce rythme très soutenu a malheureusement eu raison de sa santé. Un jour, complètement épuisé, il s'est effondré, son médecin lui a diagnostiqué un burn-out et lui a prescrit un traitement. Le 6 septembre 2022, il remet un certificat médical d'une semaine à son employeur car il n'accepte pas être absent durant une période plus longue pour ne pas déstabiliser l'organisation du travail au restaurant. Le lendemain, il reçoit son C4 avec le motif « ne convient pas ». Julien est stupéfait, il travaille depuis près de deux ans pour cet établissement, il a toujours tout donné pour son travail, il n'a jamais été malade. Il est écœuré de la situation, son état psychologique s'aggrave car par ailleurs, à la même période, son papa décède. Après un mois d'incapacité, il est convoqué chez le médecin-conseil, qui lui conseille de prendre du temps pour lui, de se reposer et qu'ils se reverront dans quelques mois. Habitué à être actif, Julien rencontre beaucoup de difficultés à se poser malgré qu'il se sent fort affaibli. Il ne cesse de réfléchir à ce qu'il va devenir, à ses projets, à son avenir. En mars 2023, après six mois d'incapacité et beaucoup de réflexions, il décide de sa propre initiative, d'entreprendre une formation d'ambulancier. Il retrouve dans ce métier, des critères qu'il juge essentiels dans son futur métier : le contact avec des clients, travailler dans le secteur social et exercer en situation de stress « positif ». Il décide donc de renoncer à sa passion de l'art de cuisiner car il

dit prendre conscience qu'il ne pourra plus en faire son métier compte-tenu des conditions d'emploi dans ce secteur. Après avoir effectué toutes les démarches administratives et avoir reçu les autorisations nécessaires, il entreprend une formation d'une durée de 9 mois, en mars 2023 qu'il terminera avec succès en janvier 2024. Depuis, Julien multiplie les candidatures car il espère maintenant pouvoir exercer ce nouveau métier d'ici juillet 2024, date à laquelle, sa reconnaissance d'incapacité prendra fin automatiquement.

4.1.1.2 Sylvie, une aide-ménagère qui souffre de tendinites de la main à répétition

Sylvie vit seule avec deux enfants de treize et deux ans. Elle est âgée de 37 ans. Coiffeuse de formation, elle a débuté sa carrière professionnelle brièvement dans ce secteur. Confrontée à des allergies importantes aux produits utilisés dans l'exercice de son métier, elle est contrainte d'y mettre fin. Non éligible au droit aux indemnités de chômage, elle bénéficie alors d'un contrat dans le cadre de l'article 60 via le CPAS où elle travaille dans une maison de repos en tant qu'aide-cuisinière. Son contrat terminé et son droit au chômage retrouvé, elle travaille ensuite en tant que caissière dans un supermarché. A l'arrivée de son premier enfant, elle ne peut continuer ce travail car ses horaires ne sont pas compatibles avec son organisation familiale. Quelques mois plus tard, après son repos de maternité, elle retrouve un emploi en tant qu'aide-ménagère dans une société de titres-services. Métier qu'elle va exercer durant douze ans mais la pénibilité de ce travail va occasionner un problème de santé, des tendinites répétées et fréquentes aux mains. Sylvie se refuse d'être absente pour maladie, elle persiste avec des traitements médicamenteux et de nombreuses infiltrations. Lors de sa deuxième grossesse, avec les modifications hormonales, son problème de santé s'aggrave fortement et elle est contrainte de se faire opérer. Pour ne pas s'absenter davantage au travail, elle décide de se faire opérer durant son repos de maternité qu'elle prolonge avec un congé parental à temps plein durant quatre mois. Sylvie utilise ce congé, qu'elle détourne de sa finalité, pour ne pas devoir introduire un arrêt de travail pour maladie auprès de son employeur. A l'issue de ce congé, Sylvie reprend le travail mais malheureusement, rien n'y fait, malgré l'opération, son problème de santé persiste une fois la reprise de son activité professionnelle. Son orthopédiste lui annonce alors qu'elle va devoir se ménager car il ne sait plus rien faire pour elle. Confrontée à la douleur, elle n'a plus le choix, en mars 2022, elle est contrainte d'introduire un certificat médical auprès de son employeur car elle n'est plus capable de travailler. Quelques mois plus tard, elle sollicite le médecin conseil en demandant la procédure à suivre pour pouvoir se réorienter car elle a entendu parler d'une formation d'aide-familiale de quelques mois.

Orientée vers le coordinateur de retour au travail, elle entreprend avec lui les démarches administratives afin de pouvoir suivre cette formation. Cependant, ces démarches demandent du temps et la formation débute en septembre 2022. Sylvie décide, après discussion avec le coordinateur de commencer la formation sans avoir l'accord de l'INAMI car elle ne veut pas postposer son entrée en formation et ne veut plus attendre. Heureusement, en décembre, elle obtient l'accord de l'INAMI, ce qui lui permet de poursuivre sa formation jusqu'à son terme en juin 2023. Son nouveau diplôme en mains, elle reçoit directement une offre d'emploi de l'employeur où elle a effectué son dernier stage. Elle comprend alors, qu'une difficulté va se présenter car elle est toujours liée par un contrat de travail avec son précédent employeur. Accompagnée par le centre de formation, elle négocie sa fin de contrat et peut ainsi exercer son nouveau métier d'aide-familiale dans un service d'aide aux familles à domicile.

4.1.1.3 Sandrine, une employée en logistique qui souffre de douleurs au dos

Sandrine a 40 ans, elle est mariée et a un fils de 12 ans. Elle a suivi une scolarité en tourisme suite à laquelle, elle a entrepris un régentat en histoire-géo, qu'elle n'a pas mené à terme. Jeune, elle a travaillé dans différents secteurs : services aux personnes en tant qu'aide-ménagère, ouvrière en usine, serveuse chez McDonald's ou encore, gestionnaire de clientèle chez Véritas. Habitant en Flandre à l'époque, elle décide ensuite, durant une période de chômage, d'entreprendre des études d'infirmière avec l'accord du VDAB. Sandrine a finalement stoppé cette formation en troisième et dernière année car elle n'a plus pu bénéficier de ses allocations de chômage, étant détentrice d'un brevet d'aide-soignante et ce, en raison du manque et du besoin urgent de personnel soignant durant la période Covid. Sandrine a alors retrouvé un emploi dans une société de logistique mais au bout de quelques mois, elle a déclaré une incapacité de travail en raison d'importants problèmes au dos. Elle a dû subir une opération chirurgicale mais elle gardera des séquelles permanentes qui réduisent sa capacité au travail. Lors d'une rencontre avec le médecin conseil, elle en profite pour discuter de son souhait de retravailler. Elle entreprend alors les démarches avec le coordinateur retour au travail pour suivre une formation en secrétariat-bureautique. Dans cet intervalle, et dans l'attente de débiter sa formation, Sandrine reçoit une offre d'emploi dans une autre société de logistique. Face à ce choix, elle décide d'accepter cet emploi et de stopper sa demande de trajet de retour au travail. Six mois plus tard, en septembre 2022, bien qu'ayant été attentive à ne plus soulever ou déplacer de charges lourdes, Sandrine se retrouve à nouveau totalement bloquée du dos. Elle prévient donc son employeur de son incapacité de travail et le jour même, deux heures plus tard, elle reçoit son C4.

Après trois à quatre mois de repos, Sandrine recontacte le coordinateur au travail en lui exprimant son souhait de trouver une solution durable cette fois. Le coordinateur enclenche alors à nouveau le processus et Sandrine débutera sa formation en septembre 2023. En mars 2024, Sandrine a terminé sa formation et reçoit dans la foulée, une proposition d'emploi chez le concessionnaire auto où elle a effectué son stage.

4.1.1.4 Emilie, une aide-familiale qui souffre d'une hernie discale et de cervicalgie

Emilie, âgée de 33 ans, est mariée et a trois filles de dix, huit et quatre ans. Diplômée en tant qu'aide-soignante en juin 2011, elle travaille depuis sa sortie d'école dans un centre d'hébergement pour personnes handicapées proche de son domicile. En janvier 2021, à la sortie de la période « Covid », Emilie enchaîne une succession de problèmes de santé qui l'oblige à déclarer une incapacité de travail. Le confinement et les mesures de protection associées à celui-ci ont rendu son travail beaucoup plus pénible et compliqué. L'ambiance de travail s'est détériorée avec la direction. Emilie ne partage plus leur manière de prodiguer les soins au sein du centre d'hébergement. Souffrant d'une hernie discale et de cervicalgie, Emilie ne peut plus soulever de poids et donc exercer son métier d'aide-soignante. Cette annonce l'a plongée dans une dépression sévère. Après plusieurs mois de repos, Emilie commence à retrouver l'énergie qui lui permet d'envisager l'avenir. A cette période, elle revoit le médecin conseil qui lui suggère de réfléchir à une réorientation professionnelle. Elle se renseigne sur les réseaux sociaux, recherche les formations disponibles dans sa région et prend connaissance d'une formation d'assistante dentaire. Cette formation lui permet de rester dans le secteur médical et de soins à la personne, ce qui est un critère important pour elle. Après réflexion, elle choisira d'entreprendre cette formation en septembre 2022. Suivre cette formation lui permet de se sentir de mieux en mieux car bien qu'entourée par sa famille, l'absence d'une activité professionnelle, l'a fait souffrir d'un manque de contacts sociaux. Dans son précédent emploi, elle n'avait pas l'impression de travailler mais avait le sentiment d'avoir deux familles. Les résidents lui manquent énormément. La formation théorique terminée en mars 2023, Emilie effectue son stage de trois mois dans un hôpital. A l'issue de celui-ci, elle sera directement engagée dans le cadre d'un contrat de travail à mi-temps durant un an dès juillet 2023. Très épanouie avec ce nouveau métier qui s'exerce par ailleurs, dans une ambiance de travail très conviviale, Emilie est ravie de son choix et de sa réorientation professionnelle.

4.1.1.5 Abby, une vendeuse qui souffre d'une sclérose en plaques

Abby est une jeune femme de 35 ans qui vit seule. Elle est en incapacité de travail depuis le mois de janvier 2022, date à laquelle, une sclérose en plaques lui a été diagnostiquée. Elle a suivi sa formation initiale en esthétique - coiffure et a obtenu ensuite son certificat d'aptitudes pédagogiques afin de pouvoir enseigner. N'ayant pas trouvé d'emploi stable dans l'enseignement, elle s'est dirigée vers la vente où elle a travaillé durant plusieurs années. En janvier 2022, lorsque sa maladie a été diagnostiquée, Abby était confrontée à une phase aiguë de la maladie qui occasionnait une importante perte d'autonomie. Elle sait que sa vie sera rythmée par des phases aiguës et d'autres plus « calmes ». Malgré cette contrainte, Abby ne conçoit pas de rester invalide indéfiniment, elle est jeune et dans sa famille, la valeur « travail » est très importante. Son souhait est de retrouver un travail adapté à son état de santé et surtout, de trouver un employeur chez qui du télétravail est envisageable afin de pouvoir aménager ses conditions de travail lors des phases plus aiguës de sa maladie. Afin de concrétiser ce projet, Abby contacte le médecin conseil qui la met en contact avec le coordinateur retour au travail afin de réaliser toutes les démarches relatives au FOREM et à l'INAMI. Après s'être informée auprès de son entourage et avoir réalisé un bilan d'orientation, elle décide d'entreprendre une formation de quatre mois d'employée administrative – agent d'accueil. Elle a débuté cette formation en septembre 2023 et a ensuite effectué un stage de 4 semaines à partir de janvier 2024. Abby recherche actuellement du travail et est toujours indemnisée par la mutualité durant une période de 6 mois.

4.1.1.6 Isabelle, une aide-soignante qui souffre de la maladie de Crohn

Agée de 43 ans, Isabelle est divorcée et vit avec son fils de dix-huit ans. Elle a obtenu son certificat d'enseignement secondaire supérieur d'aide-soignante à dix-huit ans. Son parcours professionnel est varié. Elle a débuté sa carrière en tant que technicienne de surface dans une entreprise de nettoyage. Elle a ensuite travaillé durant cinq ans chez un éleveur de chiens. Afin de se spécialiser dans ce domaine, elle décide de suivre une formation de soigneuse en hypnothérapie. Dans l'obligation de se faire opérer pour le placement d'une prothèse de hanche, elle doit stopper cette formation qu'elle adore pourtant, sur les conseils de son chirurgien qui estime cette activité trop physique dans sa situation. Elle a ensuite travaillé durant huit ans dans une friagerie. A 38 ans, elle décide de reprendre des études d'éducatrice tout en continuant à travailler.

En deuxième année, lors d'un stage, sa maladie de Crohn qui a été diagnostiquée quelques années plus tôt, s'aggrave fortement et elle comprend que le métier d'éducatrice, tel qu'elle le conçoit, avec une activité principalement en extérieur, ne sera pas possible. En mars 2021, son état de santé l'oblige à la fois à arrêter sa formation mais aussi, son activité professionnelle car il ne lui est plus possible de travailler. Cette période est particulièrement difficile pour Isabelle qui doit à la fois faire le deuil d'un projet qui était sur la bonne voie mais qui doit aussi faire face à d'importantes complications liées à sa maladie : perte de poids importante, fatigue intense,... Son état nécessite alors une opération urgente. Les mois s'écoulent et son état de santé se stabilise. Ce qui permet à Isabelle d'entrevoir des perspectives de reprise de travail. Elle décide d'en discuter avec le médecin conseil qui l'oriente vers le coordinateur au travail à qui elle informe son souhait d'entreprendre une formation de technicienne de surface en milieu hospitalier. Dans un premier temps, le médecin conseil n'est pas favorable à cette formation car il estime qu'Isabelle a des capacités qui lui permettraient de faire autre chose. Informée de la position du médecin conseil, Isabelle lui adresse un courrier en argumentant les raisons de ce choix. Avec ce métier, elle a des contacts sociaux avec les patients, les tâches sont répétitives et bien déterminées et elle dispose à tout moment de sanitaires. Le médecin conseil marque alors son accord et après une période d'attente d'au moins six mois, Isabelle peut enfin suivre sa formation et effectuer un stage en milieu hospitalier. A l'issue de celui-ci, un contrat de travail de 28 heures par semaine lui est proposé chez cet employeur en novembre 2023. Un travail à temps plein n'est de toute façon pas envisageable vu son état de santé. Ce contrat vient d'être prolongé d'un autre contrat d'une durée de neuf mois et sera, si tout va bien, prolongé d'un contrat à durée indéterminée. Isabelle estime avoir eu la chance qu'un employeur ait accepté de l'embaucher en ayant connaissance de son état de santé.

4.1.1.7 Céline, au parcours diversifié qui souffre de dépression chronique

Céline a 49 ans, elle vit avec son fils de 22 ans. Elle a connu un parcours compliqué au niveau familial et ce, depuis son enfance. Cette situation ne lui a pas permis de terminer ses études secondaires. Malgré cela, elle a effectué divers petits contrats de travail dans l'Horeca, le nettoyage ou encore le bâtiment.

Céline déclare une incapacité de travail en 2012 à la suite d'une agression physique d'un ex-employé de son mari de l'époque. Elle gardera des séquelles de cette agression au niveau du dos. Au niveau familial, Céline a ensuite connu une séparation difficile avec son mari et père de son fils.

Très affaiblie physiquement et psychologiquement, le médecin conseil la déclare inapte au travail et elle acquiert le statut d'invalide. Avec le temps, l'état de santé de Céline se stabilise mais en 2020, durant la période « COVID », elle est hospitalisée car elle connaît à nouveau une phase de dépression sévère liée au manque de contacts sociaux avec sa famille. En 2021, elle débute une nouvelle relation amoureuse. Son compagnon travaille et lui apporte un sentiment de sécurité qui lui permet progressivement de reprendre goût à la vie et espoir en l'avenir. Ce dernier l'encourage à reprendre une activité professionnelle et c'est ensemble qu'ils se rendent à la mutualité pour obtenir des renseignements. Le conseiller mutualiste qui renseigne le couple décourage Céline à retravailler. Il lui précise qu'elle est reconnue inapte par l'INAMI pour une longue période et qu'elle serait bête de retravailler puisqu'elle ne sera plus ennuyée par le médecin conseil. Céline a vraiment le sentiment d'être enfermée dans une cage, qu'on lui décrit comme « dorée » mais qu'elle ne perçoit personnellement pas ainsi. Les mois passent mais Céline continue à penser que travailler pourrait à nouveau être envisageable. Elle ne veut plus rester chez elle en permanence, à attendre son compagnon et souhaite redonner du sens à sa vie. Elle contacte alors le médecin conseil qui l'oriente vers le coordinateur de retour au travail. Ce dernier oriente Céline vers le Forem pour réaliser un bilan d'orientation. Au Forem, la conseillère explique à Céline qu'il lui semble compliqué de la confronter immédiatement au monde du travail compte tenu de sa situation médicale et de sa longue période d'incapacité de travail. Céline est un peu déçue mais dit ne pas avoir d'autre choix que de se laisser guider par les professionnels. Le médecin conseil donne alors son accord pour suivre un programme « Individual Placement and Support ou IPS », qui est un accompagnement individualisé spécifique pour les personnes en situation de handicap dit psychique. Accompagnée suite à sa demande, Céline y trouve finalement, beaucoup de satisfaction, elle perçoit cela comme un tremplin pour retrouver une certaine dynamique. Elle y trouve des repères, des outils pour elle se réinsérer dans la société et ce, dans différents domaines, en termes de communication, de gestion de ses émotions et du stress. Cet accompagnement comporte aussi bien des aspects psychologiques que relationnels ou encore, en lien avec le monde du travail. Cela lui permet de retrouver un rythme de vie, d'évaluer ses capacités personnelles face au travail et de se confronter à son ressenti. Céline dit mieux se sentir dans sa peau. Cet accompagnement est prévu pour une période de six mois mais peut être renouvelé. Des stages en entreprise sont programmés, en vue d'essayer un métier et de se confronter au monde du travail.

Alors que Céline était perplexe au départ face à cet accompagnement, elle se dit maintenant que c'est une chance d'en bénéficier et qu'il s'agit déjà d'un premier pas vers le long chemin à parcourir vers un retour au travail.

4.1.1.8 Laurent, un mécanicien en dépression

Laurent est âgé de 48 ans, il cohabite avec sa maman suite à sa séparation. Il a un fils de 14 ans qui habite avec son ex-femme. Laurent a fait des études dans l'hôtellerie, secteur dans lequel il a travaillé quelques années avant d'avoir l'opportunité d'intégrer une entreprise multinationale. Malheureusement, cette entreprise s'est délocalisée à l'étranger et Laurent s'est retrouvé sans emploi. Il a alors retrouvé un emploi de chauffeur-livreur. A cette période, Laurent est victime d'un grave accident domestique qui l'oblige à déclarer une incapacité de travail. Il recevra immédiatement son C4. Après une longue période de rééducation, il se réinscrit au Forem afin de suivre une formation de mécanicien véhicule tourisme. Il décroche ensuite un contrat de travail dans une entreprise pharmaceutique en tant qu'ouvrier de production. Suite à la perte d'importants contrats, il est licencié. Il entreprend alors une formation en promotion sociale, en cours de jour durant trois ans, en mécanique appliquée. Formation qu'il approfondira dans le domaine de la mécanique poids lourds. Il trouve alors un emploi chez Caterpillar qu'il exercera durant deux ans avant la fermeture de l'entreprise. Laurent entreprend alors une nouvelle formation, en soudure afin de combler ses lacunes en mécanique et se perfectionner, le temps de retrouver un autre emploi. Des événements de vie difficiles s'enchaînent alors pour Laurent : son papa décède, l'état de santé de sa maman se dégrade fortement et étant fils unique, il assume seul la majorité des soins. Cela précipite la fin de son couple, son épouse ne supportant pas la situation et ne partageant pas ses choix. Le couple se sépare et Laurent va vivre chez sa maman. Des difficultés financières s'ajoutent par ailleurs. Face à cette accumulation, Laurent présente une dépression, il déclare une incapacité de travail en novembre 2015. Les années passent et lors d'une consultation chez le médecin conseil, Laurent discute de possibilité de reprendre le travail. Il est alors orienté vers le coordinateur retour au travail. Après plusieurs échanges, Laurent décide de débiter en septembre 2023, une formation d'éducateur spécialisé. Mais très rapidement, il se sent dépassé par le contenu des cours. Le public est très diversifié et il a l'impression de ne pas être « au bon endroit » avec une pédagogie non adaptée à des adultes en reprise d'études. Il décide donc de stopper cette formation en novembre 2023 et en informe le coordinateur de retour au travail.

Laurent est toujours indemnisé actuellement par la mutualité. Le coordinateur propose à Laurent de réaliser un bilan d'orientation au FOREM afin d'identifier le projet professionnel qui pourrait lui convenir au mieux. Ce rendez-vous sera programmé en mars 2024.

4.1.1.9 Laura, une technicienne de surface dont les problèmes de santé se multiplient

Laura a 34 ans, elle est mariée et a une fille de 14 ans. Elle a stoppé sa scolarité en quatrième secondaire, à 18 ans. Sa priorité était de fonder sa famille et travailler. Elle a commencé à travailler dans une usine, mais cela ne s'est pas bien passé, elle ne parvenait pas à s'insérer dans l'entreprise. Elle a ensuite travaillé en tant qu'aide-ménagère, tout d'abord à domicile et ensuite en entreprise. A 20 ans, elle a donné naissance à sa fille. Suite à son repos de maternité, elle reprend le travail en tant que technicienne de surface en milieu hospitalier durant huit ans. En 2018, le mari de Laura est grièvement brûlé lors d'un accident de travail. Cet événement plonge Laura dans une dépression, elle sera en arrêt de travail durant plusieurs mois. Suivi par un psychiatre et bien accompagnée par sa famille, Laura parvient à s'en sortir et elle reprend son travail de technicienne de surface en milieu hospitalier.

En septembre 2020, après plusieurs jours de fièvre, Laura fait un malaise. Elle est hospitalisée en urgence car elle a contracté une maladie bactérienne, la leptospirose. Après un arrêt de huit mois, elle reprend à nouveau son poste de travail en mai 2021 mais elle se sent très fatiguée. Elle pense dans un premier temps que ce sont des conséquences de son ancienne maladie bactérienne qu'elle a contracté quelques mois plus tôt mais son état de santé s'aggravant de jour en jour, son médecin généraliste lui prescrit des examens complémentaires. Une tumeur bénigne au niveau de la moelle épinière est découverte. Une opération s'impose. Une IRM de contrôle est effectuée tous les six mois car l'entière de la tumeur n'a pas pu être retirée. Lors du rendez-vous annuel de 2023, le médecin-conseil demande à Laura si elle souhaiterait s'inscrire dans un trajet de retour au travail. Elle est ravie de cette proposition et y voit une opportunité de se réorienter professionnellement. Un premier contact est pris avec le coordinateur de retour au travail qui réoriente Laura vers le FOREM afin de réaliser un bilan d'orientation. Avec les mois qui s'écoulent, les douleurs resurgissent et s'aggravent, le chirurgien affirme que certaines douleurs ne peuvent pas être liées à la tumeur. Il décide donc de demander une IRM cérébrale. Des lésions au cerveau sont découvertes en mars 2024. Les médecins pensent à une sclérose en plaques mais des examens complémentaires devront le confirmer prochainement. Laura se voit contrainte de prévenir la conseillère d'orientation du FOREM afin de suspendre la procédure en cours.

4.1.2 Les professionnels

4.1.2.1 Thierry, coordinateur de retour au travail

Thierry a été engagé chez Solidaris en 2007, à la suite d'un stage effectué dans le cadre d'une formation d'employé administratif. Tout d'abord occupé en tant que conseiller itinérant, il intègre ensuite le service indemnités où il est gestionnaire de dossiers. En parallèle, Thierry est délégué syndical. En 2021, Thierry est sélectionné pour le poste de coordinateur de retour au travail et dépend dès à présent, de la direction médicale.

Ce qui a intéressé Thierry dans cette fonction, c'est le rôle d'accompagnement qu'il pourrait offrir aux affiliés. Avec son expérience, Thierry a constaté que les personnes en incapacité de travail étaient souvent démunies face à la complexité de notre système et face aux procédures souvent ardues à respecter. Les informer sur leurs droits et sur la mise en œuvre du trajet du retour au travail sont des éléments qu'il juge essentiels pour les affiliés. Cela les rassure, et leur permet de se concentrer sur leur projet de formation. Par ailleurs, il se considère également comme étant un facilitateur car il assure toutes les démarches administratives vis-à-vis de l'INAMI et vis-à-vis de tout autre organisme, tel que le FOREM. Dans ce cadre, il lui semble important de travailler en réseau et veille dans ce cadre à développer des collaborations avec les organismes de réinsertion socio-professionnelle de sa région. Son objectif est d'accompagner les personnes indemnisées de sorte à ce qu'elles retrouvent un travail adapté à leur état de santé. Il veille particulièrement à être disponible et accessible et à adapter son accompagnement aux besoins de l'affilié. Il est conscient que dans certaines situations, les contraintes en présence peuvent être un frein à la réinsertion. Selon lui, la base de son intervention est d'établir une relation de confiance, de sorte à ce que l'affilié se sente en confiance et puisse ainsi partager toute difficulté qui se présenterait à lui afin qu'ils trouvent ensemble des aménagements possibles, des adaptations, des solutions.

4.1.2.2 Nora, coordinatrice de retour au travail

Nora a travaillé durant neuf ans dans un secrétariat social avant de rejoindre Solidaris en 2022, en tant que coordinatrice de retour au travail. Cette expérience lui a procuré d'une grande habileté en matière de législation sociale. Avec cette réorientation, Nora souhaitait redonner du sens à son travail et ressentir davantage un sentiment d'utilité, elle souhaitait être en contact avec les personnes et pouvoir les aider.

Sa mission principale est de coordonner toutes les actions autour du trajet retour au travail : gérer le processus administratif, collaborer avec les partenaires internes et externes, informer l'affilié sur le processus et leurs droits mais si un accompagnement plus spécifique doit être mis en place, elle passe le relais à un conseiller du FOREM ou au job coach. Le coordinateur réalise des entretiens de suivi afin d'identifier les problèmes éventuels et ce afin que la réorientation se passe au mieux pour l'affilié. Elle identifie le trajet de retour au travail comme une réelle opportunité de se réorienter, de retrouver un nouvel objectif professionnel.

4.1.2.3 Pierre, le médecin conseil

Ce médecin-conseil travaille chez Solidaris depuis janvier 1999. Il a participé à toute l'évolution de la réglementation en matière de réorientation professionnelle et y a été impliqué dès le départ. Il est très content de l'évolution de la réglementation et de la mission du médecin conseil qui auparavant devait se limiter à contrôler purement l'incapacité de travail. Les personnes en incapacité de travail étaient gérées de manière binaire : « les moins de 66% et les plus de 66% », aptitude ou non aptitude au travail. La voie de la réinsertion n'était pas du tout exploitée. Depuis, l'idée avec la réinsertion, c'est d'exploiter les capacités résiduelles chez la personne. Pour se faire, l'essentiel du travail du médecin-conseil est de bien connaître et comprendre la situation socio-professionnelle de la personne. Il perçoit la réinsertion comme un accompagnement de l'affilié dans son projet de retour au travail. Le caractère volontaire de la démarche est essentielle pour mener à bien le processus.

4.2 Analyse transversale

Nous venons de dresser un portrait singulier de chaque malade de longue durée interviewé ainsi que des trois professionnels issus de ce domaine d'intervention. Dans cette section, nous développons les constats transversaux qui ressortent de notre enquête empirique en mettant en avant des extraits significatifs.

Notre cadre théorique nous sert de grille de lecture pour comprendre les mécanismes à l'œuvre.

4.2.1 La liberté de choisir d'entreprendre un trajet de retour au travail

Notre cadre théorique a mis en évidence deux dimensions de la liberté, l'axe des opportunités et l'axe relatif au processus.

L'analyse des données **selon l'axe des opportunités** permet de comprendre en quoi le dispositif permet à l'individu de disposer d'un éventail de possibilités réellement accessibles.

Les récentes modifications réglementaires en matière de réinsertion socioprofessionnelle ont mis en évidence l'existence de diverses ressources pour les travailleurs cherchant à reprendre leur activité, afin de leur permettre de trouver un emploi compatible avec leurs problèmes de santé. Voyons comment ces ressources peuvent devenir des opportunités pour les malades de longue durée.

Présence de ressources socio-économiques

Sur le plan socio-économique, notons tout d'abord, que la reconnaissance de l'incapacité de travail demeure valide durant tout le processus de réintégration. Dans le but de prévenir tout risque de perte des indemnités d'incapacité de travail associé au "Trajet Retour Au Travail", une personne continue de bénéficier des indemnités pendant ladite période. Par ailleurs, il est établi une présomption légale d'incapacité de travail pour une durée maximale de six mois après la finalisation de la formation.

Sylvie, Emilie ou encore Isabelle relèvent par ailleurs, que la prise en charge financière du coût de la formation et des frais afférents à celle-ci constitue un levier important permettant de se diriger dans cette voie. Toutefois, Sandrine et Laurent signalent que le délai de remboursement des frais de déplacement est problématique pour eux. Les frais de carburant étant relativement élevés, devoir attendre deux à trois mois pour être remboursé de ceux-ci engendre des difficultés financières en début de parcours.

Toujours sur le plan socio-économique, un large panel de formations est proposé. Il peut s'agir d'une formation de courte ou de longue durée, dans tous les secteurs d'activités et types de formations : enseignement secondaire, académie, IFAPME, enseignement supérieur, de promotion sociale ou toute autre formation proposée par le FOREM, etc.

L'hypothèse selon laquelle l'offre de formation proposée limite l'individu dans l'exercice de sa liberté de choix est donc invalidée. Le parcours donne accès à l'ensemble des formations proposées en Région wallonne, à savoir : toutes les formations pour chercheurs d'emploi proposées par le FOREM et ses partenaires, ainsi que toutes les formations proposées par l'enseignement de promotion sociale,...

Du côté des malades de longue durée, toutes les personnes interrogées disent avoir le libre choix de la formation qu'ils souhaitent entreprendre mais Julien et Sandrine relèvent qu'ils n'ont pas toujours connaissance de toutes les formations existantes. Le choix d'une formation par l'individu semble parfois avoir été pris un peu fortuitement, sans avoir envisagé toutes les possibilités qui s'offrent à lui.

Pour les personnes qui n'ont pas de projet de formation lors de l'introduction de leur demande, un bilan d'orientation auprès du FOREM sera proposé par le coordinateur. Ce qui semble déterminant, selon le médecin conseil interviewé, c'est que la personne détermine elle-même son choix de formation sur base de ses centres d'intérêts, de ses préférences,...car cela a un impact en termes d'appropriation du processus, et augmenterait les chances de mener à terme un trajet de réintégration.

Analysons ensuite nos données au regard de **la dimension processus** et voyons, la manière dont les individus posent leurs choix et prennent leurs décisions.

Suivre un trajet de retour au travail, un choix volontaire de l'individu

Selon les coordinateurs de retour au travail, le processus de réinsertion doit permettre aux malades de longue durée de prendre conscience des réelles opportunités de réinsertion disponibles, et que leur rôle en tant que coordinateur, c'est de les aider à saisir cette opportunité.

Sur les neuf personnes interrogées, seule une a entrepris un trajet de retour au travail à l'initiative du médecin conseil. Pour toutes les autres, il s'agissait d'une initiative personnelle.

Pour autant, que le trajet ait été de l'initiative du médecin conseil ou de la personne elle-même, aucune n'ont exprimé avoir vécu leur trajet de réinsertion comme une contrainte.

Cela s'explique selon nous, par le caractère volontaire de la démarche qui permet une implication de l'individu dans le processus de décision d'entreprendre ou non un trajet de réinsertion.

« Parce qu'il y a des personnes qui ne veulent pas se former. « Moi J'ai déjà un diplôme et je ne veux pas abandonner mon travail, je vais rester dans mon travail ». Il faut respecter cela, nous ne sommes pas ici pour forcer les gens, jamais, jamais forcer les gens mais accompagner ! Leur donner de l'espoir, du courage, oui, il faut leur apporter des idées positives, donc leur montrer un chemin, mais forcer jamais. Ce n'est pas notre rôle. Éclaircir déjà, essayez de lui montrer différents chemins et regarder quel est le chemin qui est le plus convenable pour notre assuré » nous déclare le médecin conseil.

Par ailleurs, la procédure prévoit qu'à tout moment, l'assuré peut stopper son trajet s'il le souhaite. Laurent est dans cette situation, il a débuté une formation d'éducateur spécialisé mais après deux mois de formation, il s'aperçoit que la pédagogie utilisée ne correspond pas à ses attentes et qu'il n'y arrivera pas. Démotivé, il contacte le coordinateur pour l'informer de sa décision de mettre fin à sa formation. Un rendez-vous sera fixé ultérieurement afin de faire le point sur sa situation et ses attentes.

Laura vit également cette situation mais pour des raisons de santé.

Néanmoins, la marge de liberté réelle semble limitée pour certains dans le sens où certains expriment une réserve quant à la possibilité de refuser la proposition faite par le médecin conseil.

Sandrine par exemple, nous dit : *« Je ne sais pas si je me serais permise de refuser une proposition du médecin conseil parce que c'est lui qui prend la décision finale. Il y a des choix qui n'en sont pas, travailler, il faut pour le salaire derrière »*.

Ainsi, notre hypothèse selon laquelle l'individu ne dispose pas d'alternatives réellement accessibles face au choix de devoir entreprendre un trajet de retour au travail est partiellement validée dans le sens où certaines subtilités sont apparues lors du travail d'analyse.

Le caractère volontaire de la démarche d'entreprendre un trajet de retour au travail permet de poser un choix sans en redouter de perdre le bénéfice de ses indemnités d'incapacité de travail. Mais y a-t-il pour autant des alternatives réellement accessibles ?

Si l'état de santé de l'individu le rend apte au travail selon l'article 100 de la réglementation INAMI, l'individu a la possibilité de retourner sur le marché de l'emploi sans obligatoirement faire le choix de suivre une formation au préalable ou s'il est dans les conditions d'admissibilité au bénéfice des allocations de chômage, de se réinscrire en tant que demandeur d'emploi auprès de l'ONEM. Enfin, en l'absence de ce droit, il a la possibilité d'introduire une demande de revenu d'intégration sociale auprès du CPAS compétent.

Cependant, tenant compte des exigences actuelles du marché du travail, de la dégressivité accrue des allocations de chômage et des exigences croissantes du droit au bénéfice du revenu d'intégration sociale, il apparaît plus difficile ou risqué, pour les personnes les plus vulnérables, ayant une capacité plus restreinte, notamment en l'absence de formation qualifiante, de maintenir une situation sociale et financière leur permettant de vivre dans la dignité.

En l'absence d'une allocation universelle, non liée à la disponibilité sur le marché de l'emploi, et la reconnaissance d'autres activités humaines non liées à l'emploi, la qualité des options réellement accessibles est moindre que le choix d'entreprendre un trajet de retour au travail.

« Il y a des choix qui n'en sont pas, travailler, il faut pour le salaire derrière ». Sandrine

Les facteurs explicatifs du choix d'entreprendre un trajet de retour au travail

En ce qui concerne le choix d'entreprendre un trajet de retour au travail, nous identifions trois grands facteurs explicatifs. Le premier motif avancé par les personnes interviewées est une question de bien-être.

Contrairement à ce que nous aurions pu croire, le motif financier n'est pas avancé spontanément comme source de motivation de retour au travail. Isabelle et Emilie nous expliquent même y perdre financièrement en retravaillant. Pour elles, la perte du bénéfice des mesures sociales liées au statut d'invalidé (supplément des allocations familiales, réduction du cadastre,...) et la reprise de travail à temps partiel pour raisons médicales engendrent une perte financière en comparaison à leurs indemnités d'incapacité de travail qui étaient calculées sur base d'un temps de travail à temps plein.

Ce que les personnes interviewées souhaitent avant tout, c'est retrouver une vie sociale, avoir des contacts avec d'autres personnes que l'entourage familial, quand il est présent. Même si certains cohabitent avec d'autres personnes, un sentiment d'isolement est très fréquemment exprimé. L'isolement social des personnes en incapacité de travail est une réalité difficile à vivre.

Ces personnes, confrontées à des problèmes de santé qui les empêchent de travailler, se retrouvent souvent coupées du monde extérieur et sont plongées dans une situation de solitude engendrant souvent des conséquences néfastes sur leur bien-être mental et émotionnel.

Isabelle nous dit : « *Je tournais en rond. Et puis je vais dire, plus de vie sociale non plus à part ma sœur que je voyais ou la voisine de temps en temps mais bon, c'est bonjour - aurevoir. On est coupé du monde et j'avais plus envie d'être définie que par cette maladie* ».

« *La dépression est passée et puis du coup, je me suis dit, il faut que je retrouve une vie sociale parce que bon, c'est bien de rester à la maison avec les enfants, mais ça va un temps après c'est tout* » nous confie également Emilie.

Retrouver un sentiment d'utilité est la seconde raison avancée par les personnes interrogées. Un besoin de se sentir valorisé et reconnu par la société est exprimé. Nous pouvons lier cet élément au précédent, dans le sens où le sentiment d'utilité favorise également un sentiment d'appartenance, favorisant l'établissement de liens sociaux.

« *C'est chouette parce que je sers à quelque chose, je suis utile. J'ai besoin d'aider les gens et de me sentir utile. Ça donne du sens à la vie..... Je me sens plus valorisée, pour moi, c'est important* ». Sylvie

« *Donc le boulot, c'est important. Un sentiment d'utilité aussi, ça donne du sens à la vie en fait* ». Isabelle

Cependant, il est important de souligner que le sentiment d'utilité exprimé n'est pas uniquement basé sur la reconnaissance externe. Pour Céline ou Isabelle, c'est aussi et surtout une manière de reconnaître leur propre valeur, de développer ainsi un sentiment de confiance en ses propres capacités.

« *Pour moi c'est important. Financièrement, mais pour tout en fait. Pour l'estime de soi, déjà* ». Isabelle

Enfin, pour les personnes ayant des enfants, comme pour Sandrine et Isabelle, l'exemplarité semble être un aspect important.

« *Alors voilà, moi j'ai une maison, je l'ai fait construire, j'ai des projets de vie, j'ai un enfant, c'est mon enfant unique. On veut le meilleur pour son enfant, on veut pas lui montrer que dans la vie, ça va pas comme ça. On veut lui montrer le bon exemple, et ça, ça motive* ». Sandrine

« *Et puis, si tu ne bosses pas, t'as rien. Moi, c'est ce que j'inculque à mon fils « si tu bosses pas, tu n'auras rien dans la vie* ». *Donc le boulot, c'est important* ». Isabelle

Ceci peut être expliqué et relié à la valeur du travail présente dans notre société et aux représentations sociales associées au statut de malade de longue durée, éléments sur lesquels nous reviendrons ultérieurement. Ne pas avoir de travail signifie pour ces personnes, à la fois une insuffisance de revenus et un sentiment de honte.

Nous constatons ainsi un lien étroit entre les normes sociales inhérentes au dispositif et le sentiment de dignité ressenti par les individus. Le travail revêt une importance cruciale dans la vie d'un individu en lui permettant de se sentir valorisé et utile au regard des autres. Cette reconnaissance sociale a pour effet de consolider l'estime de soi et le sentiment de dignité et donc d'améliorer le bien-être.

En conclusion, notons que la souffrance du malade de longue durée ne se limite pas à la simple diminution de son revenu. Il ressent également d'autres privations, se sentant affecté dans sa dignité, accablé par le sentiment de dépendance vis-à-vis des autres pouvant l'amener jusqu'à l'exclusion.

Pour les personnes ayant bénéficié d'un accompagnement dans le cadre du trajet de retour au travail et ayant suivi leur formation à terme, qu'elles aient ou non retrouvé un emploi, toutes expriment de manière unanime être dans une situation sociale plus favorable qu'auparavant, avec un sentiment de bien-être personnel amélioré. Le fait d'avoir bénéficié de ce dispositif leur a permis d'élargir « leur champ des possibles » et ainsi d'atteindre une situation qu'elles n'auraient pu concrétiser, pour des raisons sociales ou financières, en son absence.

« En fait, le bénéfice va au-delà du fait de retrouver un travail, ça améliore plusieurs choses parce qu'on a de nouveau, une vie sociale, on voit d'autres choses, on sort de la maison, on apprend des choses. Les acquis sont autres que simplement retrouver un travail, ça, c'est positif ». Sandrine

« Franchement, ça fait du bien ! Ça fait du bien à tous niveaux, physiquement, mentalement, financièrement ». Isabelle

« Ici, je me sens vraiment épanouie dans mon boulot maintenant et ça c'est important ». Sylvie

4.2.2 Le trajet de retour au travail, un dispositif soutenant les ressources individuelles

Avant de nous questionner sur la plus-value du nouveau dispositif, nous pouvons tout d'abord, nous questionner sur la pertinence de la réponse apportée en choisissant de renforcer cette politique sociale face à la problématique sociale que représente l'augmentation croissante des malades de longue durée.

En d'autres mots, le renforcement de la politique publique visant la réinsertion socioprofessionnelle est-elle une réponse adaptée à la problématique de l'augmentation croissante des malades de longue durée ?

Pour le médecin conseil que nous avons interrogé, la centralisation des moyens accordés pour améliorer la réinsertion socioprofessionnelle élude la question des conditions de travail et ne réglera pas le problème de fond. Pour lui, la question de base est de se questionner sur les raisons qui expliquent l'augmentation croissante du nombre d'invalides et d'agir sur ces causes plutôt que d'utiliser la réinsertion socio-professionnelle pour traiter cette problématique sociale.

« C'est comme pour quelqu'un qui a mal à la tête, la personne peut avoir une malformation neurologique ou autre. La solution, c'est un traitement chirurgical et pas donner du Dafalgan. »

Pour quatre personnes sur les neuf interrogées, la cause de l'incapacité de travail est en lien direct avec les conditions de travail !

Un changement de paradigme de l'évaluation de la capacité, source de plus de justice sociale

Toujours selon ce médecin conseil, ces dernières années, le changement de paradigme observé dans la mise en œuvre de la réglementation relative à la réinsertion socioprofessionnelle a permis une avancée importante en matière de justice sociale. Auparavant, alors que la notion existait déjà dans les textes légaux, la réinsertion socio-professionnelle n'était pas exploitée. L'INAMI contrôlait purement et simplement l'incapacité de travail de manière binaire : la personne présentait une perte de capacité de gain de plus de 66% ou de moins de 66%²¹, ni plus, ni moins. Au cours des six premiers mois, l'incapacité de travail était évaluée exclusivement en fonction de la dernière activité professionnelle.

²¹ Incapable de travailler à plus de 66% : une personne dont la capacité de gain est réduite à un tiers ou moins de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché général du travail.

Par la suite, toutes les professions précédemment exercées par la personne ou celles qu'elle pourrait encore exercer en fonction de sa formation professionnelle étaient également prises en compte. Il est à noter, qu'une personne qualifiée ne pouvait pas être déqualifiée. Par contre, pour les personnes non-qualifiées, leur incapacité de travail était évaluée quant à elles, selon le marché général de l'emploi²². Il résultait de cette situation, que les personnes les moins qualifiées étaient pénalisées par rapport aux autres alors qu'elles méritaient toute l'attention et un soutien plus particulier. Cette pratique discriminatoire s'est heureusement effacée avec le temps. L'évaluation de l'état de santé n'est dorénavant plus centrée sur les capacités perdues par l'individu mais sur ses capacités résiduelles et ce, en tenant compte du passé professionnel de la personne mais aussi, de sa situation sociale et familiale.

Nous constaterons que cette manière d'agir, permet à la fois d'agir sur des facteurs de conversion d'ordre personnel, social et environnemental, comme le niveau d'études, le capital social ou encore le cadre de vie.

Comme le souligne très bien le médecin conseil interrogé, « *la dimension sociale et la dimension professionnelle sont deux notions qui sont étroitement liées, qui ne peuvent pas être scindées* ».

Le rôle des médecins-conseils s'est donc vu modifié par la réforme. A l'évaluation de la capacité d'un individu à reprendre le travail, s'ajoute également un rôle de conseil et d'accompagnement.

« Il faut aborder ça de façon assez fine, il faut laisser l'affilié s'exprimer, il ne faut pas qu'il se sente à un interrogatoire de police, et lui faire comprendre que nous ne sommes pas le contrôle. La réinsertion, c'est plutôt l'accompagnement. Donc, accompagnement, réinsertion, ce n'est plus un contrôle, c'est l'accompagnement ! ».

Malgré des rapports cordiaux avec leur médecin-conseil, Céline, Sandrine et Laurent éprouvent une certaine crainte par rapport à ce dernier. La relation de confiance s'établit plus facilement avec le coordinateur de retour au travail qu'avec le médecin conseil car il n'a pas la double casquette d'accompagnateur et de contrôleur de l'incapacité dans ses fonctions.

²² Le marché général de l'emploi fait référence à l'ensemble des offres d'emploi disponibles et des demandeurs d'emploi potentiels dans une région donnée. Cela inclut tous les secteurs et toutes les professions.

La réinsertion socioprofessionnelle est maintenant appréhendée non plus uniquement par une volonté de contrôle mais aussi, dans le souhait d'accompagner et de soutenir l'individu vers un autre projet de vie qu'il a choisi.

« Lorsque l'affilié sort de mon bureau, je veux qu'il ait un nouveau but, une nouvelle page à écrire, que l'affilié puisse avoir une nouvelle voie vers où aller, qui lui donne de l'espoir et de la motivation » nous déclare la coordinatrice de retour au travail.

Elle poursuit : *« Moi quand je parle d'aboutissement, c'est vraiment que l'affilié puisse avoir une nouvelle voie vers où aller. Et surtout dans un premier temps, je ne parle pas d'emblée d'une nouvelle qualification. C'est un long parcours par lequel l'affilié va devoir avancer progressivement...En tout cas, s'il a déjà cette envie et cette nouvelle motivation, pour moi, c'est déjà un but qui est accompli. L'envie de pouvoir remettre le pas vers le travail, c'est déjà pour moi un premier pas ».*

Nous comprenons que le rôle du coordinateur consiste à faire en sorte que l'individu saisisse les avantages de l'intervention et s'y engage volontairement, évitant ainsi que le suivi ne soit perçu comme une contrainte extérieure mais plutôt comme une opportunité à saisir.

Nous pouvons dès lors, confirmer l'hypothèse selon laquelle le dispositif d'accompagnement proposé dans le cadre du « Trajet retour au travail » permet d'augmenter les moyens nécessaires à l'individu d'exercer sa liberté réelle.

L'approche des "capabilités" dans le contexte de l'insertion professionnelle diffère considérablement des conceptions classiques de l'employabilité. Au lieu de considérer l'employabilité comme la capacité à s'adapter aux exigences du marché du travail, cette approche remet en question la marge de manœuvre dont dispose le demandeur d'emploi pour choisir librement le travail qui lui convient et qui est source de bien-être et d'épanouissement.

Le dispositif permet un accès facilité aux ressources avec notamment la prise en charge financière des formations, ce qui permet à l'individu d'accéder plus facilement aux ressources nécessaires à l'exercice de sa liberté, comme l'éducation.

En fournissant un soutien personnalisé, le dispositif d'accompagnement permet à l'individu de se libérer de certaines contraintes administratives, ce qui lui permet de se concentrer sur la réalisation de son projet.

L'objectif premier poursuivi par les coordinateurs de retour au travail dans l'exercice de leur fonction, n'est pas in fine que tous les malades de longue durée retrouvent un emploi.

L'enjeu est avant tout pour ces professionnels de promouvoir le dispositif mis à la disposition de l'affilié, de sorte à que celui-ci s'en empare et y trouve un intérêt personnel à suivre ce parcours.

Nora nous partage ceci : *« Moi quand je parle d'aboutissement, c'est vraiment que l'affiliée puisse avoir une nouvelle voie vers où aller. Et surtout dans un premier temps, je ne parle pas d'emblée d'une nouvelle qualification. C'est un long parcours par lequel l'affilié va devoir avancer progressivement...En tout cas, s'il a déjà cette envie et cette nouvelle motivation, pour moi, c'est déjà un but qui est accompli. L'envie de pouvoir remettre le pas vers le travail, c'est déjà pour moi un premier pas. Ce n'est pas forcément le retour au travail, non, pas d'emblée. Le retour au travail quand il aboutit, c'est bien entendu agréable, mais avant cela, c'est quand même un long parcours ».*

Nous pouvons constater par ailleurs, que la manière de s'emparer du dispositif peut être relativement différent d'un individu à l'autre. Certains, comme Céline ou Abby vont se laisser guider, ayant besoin de plus de temps, de soutien, avec un accompagnement plus soutenu. D'autres, comme Julien, Sylvie ou Isabelle vont prendre des initiatives leur permettant de choisir librement une formation. Isabelle, elle, va même jusqu'à écrire au médecin conseil afin d'argumenter son choix de formation face à son refus.

A ce titre, le dispositif est décrit par l'un des deux coordinateurs comme une réelle opportunité à saisir par la personne en incapacité de travail. Dans certaines situations où il y a une longue période d'incapacité et que la personne est à nouveau évaluée médicalement apte à travailler et en capacité « d'ouvrir d'autres portes » au regard de sa formation, il arrive que le médecin-conseil lui propose tout de même un trajet de retour au travail. Dans ce cas, le dispositif est utilisé par le médecin conseil comme un outil de réinsertion sociale, un tremplin qui permet de retrouver une certaine dynamique et un rythme de vie « active ». Si cette opportunité n'est saisie par l'affilié, la coordinatrice nous partage que la personne sera alors probablement remise apte, et ce, non pas en guise de sanction mais bien parce qu'à la base, elle ne répondait plus à l'article 100 de la réglementation INAMI justifiant une incapacité de travail et qu'elle n'a pas saisi l'opportunité qui lui a été proposée.

Dans les faits, bien que partant d'une attention tout à fait louable, cette vision et utilisation du dispositif suscite du mécontentement de la part des personnes concernées qui vivent la remise en aptitude comme une sanction faisant suite au fait d'avoir refusé d'entreprendre un trajet de retour au travail et remettent, dès lors, en cause le caractère volontaire du choix d'entreprendre un trajet de réinsertion.

4.2.3 Le coordinateur « Retour Au Travail », un facilitateur d'accès réel aux opportunités

Le choix politique d'accorder des moyens budgétaires supplémentaires dans le secteur de la réinsertion socioprofessionnelle a permis, notamment avec l'intervention du coordinateur « retour au travail », d'améliorer les procédures pour mieux accompagner les malades qui souhaitent reprendre le chemin du travail. Se questionner sur l'apport spécifique de cet intermédiaire mutualiste apparaît donc essentiel.

Il s'agit ici, d'analyser les données de sorte à réfléchir aux moyens mis à disposition pour soutenir le développement des capacités des malades de longue durée et ainsi transformer les opportunités en actions. Cet axe d'analyse est central au regard de notre question de recherche pour comprendre comment le dispositif d'accompagnement proposé dans le cadre du trajet de retour au travail influence la réintégration professionnelle des malades de longue durée ?

Actuellement, les opinions sur l'accompagnement sont diverses. Dans le domaine de l'insertion socioprofessionnelle, certains chercheurs ont noté une tendance à la psychologisation de la protection sociale. Cette évolution se traduit par une réduction des mesures de soutien inconditionnelles, au profit d'une approche axée sur l'autonomisation et l'implication des individus.

Notre analyse de l'accompagnement proposé dans le cadre du trajet de retour au travail, basée sur les témoignages des bénéficiaires, ne correspond pas à ce schéma. Au contraire, nous observons une posture différente qui reconnaît l'importance de considérer la personnalité et l'histoire particulière de l'individu.

L'accompagnement social proposé par le coordinateur de retour au travail

Alors que la politique sociale relative au retour au travail apparaît avoir été pensée de manière purement quantitative par le monde politique, avec un certain fétichisme des délais ou des chiffres, comme par exemple, des obligations pour les mutualités de rendre compte régulièrement, du nombre de questionnaires socioprofessionnels qui ont été réceptionnés, ou encore, avec la collecte d'autres statistiques qui peuvent être très réductrices de la réalité, nous pourrions craindre d'une déshumanisation du processus.

Or sur le terrain, les deux coordinateurs de retour au travail témoignent d'un travail d'accompagnement et de soutien qui place l'individu au centre de la démarche avec une écoute attentive et empathique de ses besoins, et ce dans l'objectif qu'il mène à terme un projet personnel qui pourra améliorer ses conditions de vie de manière générale. Cette pratique discrétionnaire²³ exercée par le coordinateur de retour en travail constitue un facteur de conversion positif majeur dans le processus étudié.

L'accompagnement du coordinateur se concrétise en apportant une aide à l'individu à différents niveaux.

Une aide administrative

Les bénéficiaires du dispositif d'accompagnement identifient le coordinateur de retour au travail comme leur personne de référence au niveau de la mutualité. C'est la personne qui les conseille, les motive, les soutient, les informe concernant leurs droits, qui est un « facilitateur administratif », et qui les accompagne tout au long du trajet de retour au travail. Comme le titre de sa fonction l'indique, c'est lui qui coordonne toutes les démarches administratives et tous les professionnels qui gravitent autour de la personne afin de lui permettre de se concentrer sur son parcours de réinsertion.

La place centrale du coordinateur dans la mise en œuvre du dispositif constitue une réelle plus-value : par son réseau de contacts, il assure une transmission des informations, et un relais qui facilite le processus. Il permet une collaboration plus étroite entre les professionnels, qui a pour conséquence d'apporter plus de cohérence pour l'affilié et une meilleure offre de service à un moment clé dans la vie des personnes touchées par la maladie.

Avec la présence du coordinateur et des partenaires (Forem, AVIQ,...), l'INAMI a développé un cadre qui permet de démarrer plus rapidement un trajet Retour au Travail. Ce qui semble augmenter les chances d'aboutissement du projet de la personne.

Afin de souligner la position prise par Solidaris de soutenir les personnes les plus vulnérables dans le processus de trajet de retour au travail et face aux mesures contraignantes décidées en vue de responsabiliser les personnes malades, une démarche proactive illustrant le pouvoir discrétionnaire du coordinateur a particulièrement retenu notre attention.

²³ Le pouvoir discrétionnaire est décrit comme une autonomie d'action face aux normes, permettant d'agir selon son propre jugement. Il va au-delà de la simple application des règles tout en demeurant dans les limites légales.

Sachant que les personnes en incapacité de travail qui n'ont pas complété le questionnaire socioprofessionnel risquent une sanction de 2,5% sur leurs indemnités, le coordinateur a dans le cadre de sa fonction, pour mission, de contacter toutes les personnes qui n'ont pas effectué cette démarche et de leur proposer de compléter avec eux directement le questionnaire en ligne afin de leur éviter une sanction financière.

Une aide au choix qui est valorisée par l'individu

Les professionnels présents dans ce dispositif d'accompagnement interviennent en les aidant à s'orienter, à élargir leur champ des possibilités par le biais de conseils, en les informant au sujet de l'accessibilité du parcours de leur choix.

Pour la coordinatrice de retour au travail, il est essentiel de s'adapter aux besoins de la personne mais il faut également veiller à bien respecter le cadre de sa fonction et à l'articuler avec la fonction de job coach du Forem, lorsqu'il est présent dans le parcours. Cela évite de multiplier les démarches inutiles pour l'affilié et de veiller à ce que le processus soit le plus efficient.

« Un trajet de réorientation, ça ne se fait pas directement avec le coordinateur. Nous, on est plutôt là pour lancer le processus administratif, collaborer avec les partenaires externes et internes. Mais on est là pour lui expliquer ce processus et s'il a besoin d'un accompagnement, à ce moment-là, on passe le relais au FOREM vers un conseiller Forem ou un job coach qui travaillera avec l'affilié, son projet professionnel. Mais, à partir du moment où il est en formation, donc, il a trouvé son projet de réorientation, là on prend le relais. Le coordinateur prend le relais pour faire des entretiens de suivi, pour savoir comment ça se passe, pour envoyer les différentes demandes à l'INAMI. Pour que le processus de réorientation se passe au mieux pour l'affilié ».

« Aussi vis-à-vis des malades de longue durée, nous, on n'est pas un job coach. L'accompagnement va se faire soit via le Forem avec des outils que eux mettent en place. Ils peuvent aussi déléguer via des centres agréés AVIQ. Eux, ont pas mal d'outils, mais nous on n'est pas là vraiment pour travailler leur réorientation. On est là pour coordonner le processus. On n'est pas là pour les accompagner dans leur projet de réorientation. C'est surtout l'aspect administratif et la collaboration entre l'affilié, le médecin conseil et les partenaires externes si c'est le Forem, si c'est l'école. On essaye vraiment que le dossier de l'affilié se passe au mieux au niveau administratif. On est là pour aussi pour défendre le projet de l'affilié auprès du médecin conseil.

On fait un peu son avocat en quelque sorte quand le médecin conseil met un stop mais voilà, c'est vraiment au niveau administratif qu'on coordonne le tout au mieux pour que l'affilié ne se tracasse pas de son dossier médical ou de son dossier d'inscription à l'INAMI ».

Un assuré social suivi par le partenaire régional de l'emploi, en l'occurrence ici, le Forem, dispose de différents outils, comme une cartographie des compétences et des aptitudes de la personne, une aide pour des candidatures à l'emploi, la détermination de projet, la possibilité d'effectuer des stages en entreprise ou de suivre les formations proposées par leurs services.

L'aide apportée consiste alors à soutenir la personne dans l'auto-éclaircissement de son projet et à lui apporter un soutien en ce qui concerne ses demandes ou aspirations personnelles.

Le coordinateur agit comme un facilitateur de projet, mettant à disposition des ressources telles que des outils et des techniques, ainsi que ses propres compétences, pour garantir le succès de l'action entreprise.

Le coordinateur nous partage l'expérience suivante : *« Je vais prendre l'exemple typique d'un monsieur que j'ai eu au téléphone et c'était aussi une question financière. Il suit une formation en pâtisserie, chocolaterie, quelque chose comme ça. Monsieur me téléphone au mois de juin, il me dit « écoutez, je vais arrêter ma formation », je lui demande pourquoi et en discutant, il me dit : « la vue des autres, le regard des autres qui m'embête, et puis financièrement, c'est difficile ». Je lui dis : « Oui mais vous allez faire quoi ? Il allait reprendre un emploi de chauffeur. Je lui dis : est-ce que vous allez être épanoui ? Est-ce que vous allez vous y retrouver ? La formation vous l'avez réussie jusqu'ici, ça vous plaît ? Une demi-heure au téléphone, mais j'ai réussi à le faire changer d'avis. Donc ça c'est une satisfaction parce qu'après, quand je l'ai vu, parce que j'ai dû le revoir après pour faire la demande de prolongation auprès de l'INAMI, il m'a remercié. C'est de la motivation, savoir motiver les personnes, trouver quelquefois les bons mots ».*

Une aide psycho-sociale

De plus, le coordinateur de retour au travail fournit un accompagnement personnalisé en fonction des besoins et des aspirations spécifiques de l'individu. Cela permet de mettre en évidence les ressources et les droits formels pertinents et de les adapter à la situation de l'individu, favorisant ainsi la transformation en capacité d'action.

L'accompagnement social du coordinateur apporte un soutien psychologique et une motivation à l'individu qui lui permet de renforcer sa confiance en soi, en encourageant la persévérance et en offrant un soutien émotionnel, le coordinateur pouvant aider l'individu à surmonter les obstacles.

La communication, la disponibilité et l'adaptabilité semblent être les clés du coordinateur pour mener à bien son travail d'accompagnement. Selon ce qui est exprimé par l'affilié, il adapte la fréquence des rencontres, écoute ses besoins, ses craintes et se concerta avec les autres acteurs afin de moduler la formation, si besoin.

« Individual Placement and Support », un dispositif spécifique et complémentaire au trajet de retour au travail

Vu l'augmentation significative des cas de troubles psychiques (dépressions, burnouts, etc.), un autre projet spécifique, le projet IPS (Individual Placement and Support) réservé aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale a été mis en place, il y a quelques années. Celui-ci peut être activé dans le cadre du plan d'accompagnement par le médecin conseil.

Il s'agit d'une approche innovante en matière de retour au travail qui vise à soutenir ces personnes dans leur réinsertion professionnelle en leur proposant un accompagnement personnalisé et en favorisant leur accès à un emploi adapté à leurs besoins et à leurs compétences.

L'approche IPS repose sur une collaboration étroite entre différents acteurs, tels que les services de santé mentale, les employeurs, les conseillers en emploi et les bénéficiaires eux-mêmes. L'objectif est de créer un environnement de travail favorable, où les personnes souffrant de problèmes de santé mentale peuvent se sentir soutenues et valorisées.

Le projet IPS vise également à réduire les stigmates associés aux problèmes de santé mentale en sensibilisant les employeurs et en promouvant une culture de travail inclusive. En fournissant un soutien continu et en adaptant les conditions de travail si nécessaire, le projet IPS permet aux personnes concernées de développer leur plein potentiel et de maintenir une vie professionnelle épanouissante.

Ce qui est le cas de Céline, qui exprime tous les bienfaits de ce type d'accompagnement spécifique et adapté à sa situation médicale.

« Avec la formation et les mises en situation, ça nous révèle qui on est, qui affirme, confirme nos choix. Mais sans l'avoir fait, sans être dans la réalité du terrain, c'est un peu compliqué de dire ce dont on est encore capable ».

L'hypothèse affirmant que l'accompagnement social du coordinateur « retour au travail » facilite la transformation des ressources et des droits formels dont disposent l'individu en capacité d'action est par conséquent validée.

Par ses actions, le coordinateur de retour au travail aide l'individu à comprendre les ressources et les droits formels dont il dispose, tels que les prestations sociales, les programmes de formation, les aides financières, etc. Cette compréhension est essentielle pour transformer ces ressources en capacité d'action. Par sa connaissance du réseau, le coordinateur facilite également l'utilisation des ressources et des droits formels.

L'accompagnement proposé dans le cadre de la réinsertion socioprofessionnelle met l'accent sur le développement des compétences des personnes. En leur fournissant des ressources, il offre des formations professionnelles, des programmes de développement des compétences et des possibilités d'apprentissage permettant de renforcer les capacités des individus. En acquérant de nouvelles compétences, les personnes concernées peuvent augmenter leurs chances d'obtenir un emploi qualifié et mieux rémunéré, d'améliorer ainsi leur situation sociale et économique. Cela permet d'intervenir sur des « inégalités d'opportunités », tous les individus n'ont pas les mêmes chances d'accéder à une éducation de qualité, à un environnement permettant un développement personnel, ... Agir sur ces « inégalités d'opportunités », c'est agir sur les inégalités de revenus, les inégalités de capital social et culturel, les inégalités de consommation, ... qui en découlent.

La réinsertion socioprofessionnelle telle que mise en œuvre ici, ne se limite pas seulement à l'acquisition de nouvelles compétences professionnelles. Elle vise également à renforcer la confiance en soi, et la capacité des individus à se réintégrer socialement qui procure une augmentation du sentiment de bien-être. En offrant un soutien psychologique, des conseils et un accompagnement, la réinsertion aide les personnes et notamment, les plus vulnérables à surmonter les obstacles et à croire en leurs capacités. Cela contribue à réduire les inégalités sociales en donnant à chacun la possibilité de se réaliser pleinement.

L'accompagnement prend tout son sens lorsqu'il est orienté vers l'amélioration du bien-être, en cherchant à éliminer les obstacles à l'accessibilité, et non en contraignant l'individu à se conformer aux normes sociales.

4.2.4 Les limitations de la capacité d'action des individus

Dans le processus étudié, nous avons identifié la présence de facteurs de conversion qui peuvent influencer la manière dont un personne peut transformer les ressources à sa disposition en fonctionnements.

Bien que nous relevons que l'ensemble des personnes interviewées dispose au plus, d'un diplôme de l'enseignement secondaire à orientation professionnelle ou technique, nous ne pouvons pas nous positionner quant à l'hypothèse selon laquelle la situation sociale et familiale de l'individu interfère dans le champ des opportunités qui se présente aux individus. Les quelques informations récoltées à ce sujet ne sont pas suffisamment significatives, les personnes interrogées ne s'étant pas beaucoup exprimées à ce sujet.

Pour tous, le travail occupe une place importante dans la société. Seul moyen de subvenir aux besoins financiers mais aussi, parce qu'il est un moyen de socialisation.

Laurent déclare ceci : « *La place du travail est très importante, pour le bien-être de la personne, l'impact au niveau financier, moralement aussi. Pour se sentir une personne valide, une personne « bien ». Parce que quand on ne travaille plus, même le regard sur soi-même n'est plus le même* ».

Nous avons vu précédemment, que le motif prédominant dans la décision d'entreprendre un trajet de réinsertion et d'envisager la reprise de travail chez les personnes interrogées, est de leur permettre de retrouver un sentiment d'utilité. Mise à part Céline, qui soulève la possibilité de s'épanouir autrement que par le travail, aucune des personnes interrogées n'amorce une réflexion sur le lien excessif que la société établit entre utilité et emploi.

Les propos de Laura sont révélateurs : « *Sans travail, moi, je ne me sens pas intéressante, je ne sais pas comment vous expliquer, je ne suis pas utile* ».

Les témoignages montrent que vivre avec ce statut d'invalidé n'est pas aisé, et loin d'être gratifiant pour les personnes interrogées. Un autre motif expliquant la décision d'entreprendre un trajet de réinsertion peut également être la perception négative qui est associée au statut d'invalidé.

« *Mais quand on est malade, on n'a pas de reconnaissance sociale et professionnelle* ».
Catherine

« *Alors que moi, j'avais toujours travaillé, j'avais l'impression d'être à charge de la société et après, je me suis dit « non, j'ai travaillé, tout ce que j'ai peut-être cotisé, bah c'est peut-être*

maintenant moi qui le touche, etc. ». Mais au départ, ça été difficile parce que je ne voulais pas être à la mutuelle, je me suis dit « non, je vais retravailler, ... ». Julien

« Moi, je ne le disais pas ! Comme j'avais toujours mon contrat de travail malgré tout. J'étais gênée de ma situation. C'est une question de fierté personnelle. Tout comme, je ne saurais pas dire si j'étais au chômage. Quand on veut travailler, il y a beaucoup de travail ». Sylvie

« Quand on m'a dit que j'allais passer en invalidité, j'avais l'impression qu'on m'avait dit que j'étais condamnée. J'avais l'impression que c'était un peu l'histoire avec les Juifs et les Allemands, le fait de leur mettre les pyjamas avec l'étoile, j'avais l'impression que c'était ça ». Abby

« Le passage en invalidité, moralement, c'est pas évident. Et puis, il y a le regard des autres, et même moi, pour mon estime de moi, j'ai toujours travaillé et ça met un coup quand même, il faut le temps d'encaisser après, ça va ». Isabelle

« C'est à vous foutre dans la dépression ! L'invalidité, disons, c'est une reconnaissance de la maladie réelle. C'est toujours la crainte de sanctions, d'être pénalisé pour quoi que ce soit..... En fait, le fait d'être allocataire social, dans certains cas, c'est un peu comme avoir une épée Damoclès sur la tête. Les assistés, eux ils savent contourner les lois pour ne pas se faire ennuyer. Mais moi, ça ne m'intéresse pas. Moi je préfère être juste, droit et honnête et honnête avec moi-même, je ne dois rien à personne et personne ne me doit rien ». Laurent

« Comme je disais, on est invalide, on ne travaille pas, on est considéré comme un chômeur. On est considéré comme des personnes, excusez-moi l'expression, mais « qui n'en veulent pas une », des profiteurs. C'est la réalité de la situation telle quelle, il y a une connotation quand même assez négative ». Sandrine

Quant aux normes sociales, elles permettent aux individus de se mettre en mouvement mais ont pour conséquence, de limiter le choix réel d'entreprendre un trajet de retour au travail.

Les représentations sociales négatives associées au statut d'invalidité pèsent lourdement sur les personnes en incapacité de travail. Être considéré de profiteur, paresseux ou encore « d'être à charge de la société » est difficile à supporter. Ce statut dévalorisant influence souvent les malades de longue durée dans leur choix.

Les normes sociales relatives au travail dans notre société peuvent amener les individus à se retrouver dans le piège des préférences adaptatives et par conséquent, faire des choix, parfois même inconsciemment afin de s'adapter aux normes sociales en place.

Par ailleurs, si ces personnes ont bien le choix d'entreprendre un trajet de retour au travail, elles n'ont par contre, compte-tenu de l'inexistence d'autres possibilités de qualité équivalente, pas le choix de travailler. Soit ils saisissent cette opportunité d'élargir leurs compétences pour augmenter leurs chances de trouver un autre emploi ou soit ils retournent directement sur le marché de l'emploi.

Tous ces facteurs contextuels combinés, la place centrale qu'occupe le travail dans notre société, associée aux stéréotypes pesant sur le statut de malade de longue durée et à l'inexistence d'autres possibilités de choix de qualité équivalente n'offre pas à l'individu une réelle possibilité d'exercer sa liberté de choix.

Au regard de notre analyse, nous pouvons donc valider les deux hypothèses suivantes selon lesquelles la place centrale du travail dans notre société limite les opportunités qui s'offrent à l'individu et que les représentations sociales associées aux malades de longue durée restreignent la capacité de choix de l'individu.

En ce qui concerne le dispositif de sanctions mis en place dans le cadre du processus de réinsertion socioprofessionnelle, aucune des personnes interrogées n'a fait l'objet d'une retenue sur le montant de leurs indemnités. Sandrine, Laurent et Sylvie expriment néanmoins leur crainte d'être sanctionnés. Cette peur n'est cependant pas identifiée comme facteur explicatif du choix d'avoir entrepris un trajet de réinsertion.

L'hypothèse affirmant que l'existence d'un système de sanction entrave l'individu dans sa possibilité de remettre en question les propositions formulées dans le cadre du plan d'accompagnement n'est par conséquent pas validée.

Nous en déduisons que si les personnes ne s'autorisent pas toujours à remettre en question ou de refuser une proposition formulée par le médecin conseil, cela n'est pas dû à la crainte de subir une sanction financière de 2,5% sur leurs indemnités (système de sanction dont ils n'ont même parfois pas connaissance) mais plutôt en lien avec la reconnaissance symbolique d'une autorité, lié au pouvoir de décision du médecin conseil de mettre fin à la reconnaissance médicale de l'incapacité de travail.

Conclusion et recommandations

L'objectif de cette étude s'attachait à questionner les fondements et modalités de mise en œuvre du dispositif « trajet retour au travail » et ainsi comprendre comment le trajet « retour au travail » influe sur la réinsertion des malades de longue durée.

Afin de répondre à cette question, nous nous sommes basés sur le cadre théorique des capacités d'Amartya Sen qui propose une approche axée sur les possibilités réelles des individus à mener des vies qu'ils valorisent, en tenant compte de la diversité des contextes et des besoins.

Pour ancrer notre recherche dans une optique de sociologie compréhensive, nous avons exploité le contenu de douze entretiens semi-directifs.

En explorant les parcours de vie des malades de longue durée, cette recherche met en lumière la plus-value de l'accompagnement individualisé proposé dans le cadre du trajet de réinsertion socioprofessionnelle et le rôle central qu'occupe le coordinateur de retour au travail dans ce processus.

Avec cet accompagnement individualisé, la politique sociale visant le retour au travail des personnes en incapacité ou en invalidité cherche à prévenir les incapacités de travail de longue durée et les coûts liés à celles-ci.

Valoriser les capacités résiduelles des malades de longue durée et renforcer l'accompagnement personnalisé ouvre de nouvelles perspectives d'avenir. Investir dans cet accompagnement permet non seulement de réduire les inégalités sociales, mais contribue également à améliorer la santé budgétaire de l'État et du système de sécurité sociale.

Comme le souligne Bruno Palier, politologue et spécialiste des politiques sociales qui a étudié le concept d'investissement social, les politiques sociales de ce type ne doivent pas être vues uniquement comme des dépenses, mais plutôt comme des investissements dans le capital humain, capables de générer des avantages économiques et sociaux à long terme.

Pour faire face aux défis actuels et futurs, cette approche propose de concevoir les politiques sociales en les orientant vers une intervention davantage proactive.

Il ne s'agit pas de se limiter à indemniser les pertes de revenus dues à une incapacité de travail, mais de fournir aux individus le soutien et les capacités nécessaires pour répondre à leurs besoins sociaux.

En conclusion, retenons, que pour réduire les inégalités et favoriser le développement des capacités des malades de longue durée leur permettant d'envisager un retour au travail, il est essentiel de tenir compte du contexte social et de mettre en place des politiques et des mesures qui visent à fournir un soutien équitable et à créer des conditions propices au développement individuel de chacun.

Au regard de nos observations, nous formulerons quelques suggestions d'actions stratégiques visant à poursuivre le développement des capacités des malades de longue durée leur permettant de se réinsérer socio-professionnellement :

- En parallèle à l'accompagnement social individualisé qui est mis en place, il serait intéressant de penser des séances d'information collectives à destination des malades de longue durée portant sur le dispositif de retour au travail et notamment, sur les différentes formations qualifiantes envisageables.
- Pour un traitement égalitaire de tous les malades de longue durée, poursuivre le travail d'harmonisation des pratiques des médecins-conseils concernant l'application de la réglementation relative à la réinsertion socioprofessionnelle.
- Enfin, poursuivre le développement de la collaboration entre le niveau fédéral et les régions. La mise œuvre cohérente de cette politique sociale ne peut que contribuer à la réussite des trajets de réinsertion socioprofessionnelle.

Bibliographie

- Arnoud, J., & Falzon, P. (2013). Changement organisationnel et reconception de l'organisation : Des ressources aux capacités. *Activités*, 10(2).
- Arveiller, J. & Cyrille, B. (2018). La méthode IPS (*Individual Placement and Support* ou soutien à l'emploi). Origines et pratiques. *Pratiques en santé mentale*, 64, 27-34. <https://doi.org/10.3917/psm.183.0027>
- Bonvin, J. (2005). La démocratie dans l'approche d'Amartya Sen. *L'Économie politique*, N°27, 24-37. <https://doi.org/10.3917/leco.027.0024>
- Bonvin, J. M., & Farvaque, N. (2007). L'accès à l'emploi au prisme des capacités, enjeux théoriques et méthodologiques. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, (98), 9-22. <https://journals.openedition.org/formationemploi/1550#entries>
- Brotcorne, P. (2016). La notion de capacités dans la formation des adultes. Etude FTU https://www.ftu.be/images/documents/accompagnement-de-la-vie-associative/Etude2016-Capabilites_formation_adultes.pdf
- Brotcorne, P. (2016). Formations professionnelles d'adultes en risque de précarité : une lecture en termes de capacités. *Dynamiques régionales*, 4, 29-40. <https://doi.org/10.3917/dyre.004.0029>
- Bryson, J., & Merritt, K. (2007). Le travail et le développement des capacités. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, (98), 41-54. <https://journals.openedition.org/formationemploi/1777>
- Carbonnier, C. & Palier, B. (2022). Les principes de l'investissement social. Dans C. Carbonnier & B. Palier (Dir), *Les femmes, les jeunes et les enfants d'abord: Investissement social et économie de la qualité* (pp. 181-200). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Corteel, D., & Zimmermann, B. (2007). Capacités et développement professionnel. *Formation Emploi*, 98, avril-juin. <https://doi.org/10.4000/formationemploi.1561>
- Crombez, J. (2023). La question des maladies de longue durée. *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 64(3). <https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/fr/publications/rbss/2022/rbss-64-3-07-la-question-des-maladies-de-longue-duree.pdf>
- De Munck, J. (2008). Qu'est-ce qu'une capacité ?, in De Munck J. et Zimmermann B. La liberté au prisme des capacités, *Raisons pratiques*, n°18, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 21-49.
- De Munck, J., Ringelheim, J., Rosenzweig M. (2020). Repenser la protection sociale : une approche fondée sur les droits humains et les capacités. *belspo* https://hiva.kuleuven.be/sites/reinvestbe/docs/Publications/WP2_Socio-juridical_approach/d1-2-1-repenser-la-protection-sociale-droits.pdf

Genard, J.L.(2007). Capacités et capacitation : une nouvelle orientation des politiques publiques ? Dans J. L. Genard & F. Cantelli (dir.) *Action publique et subjectivité*, (pp. 41-64). Paris : LGDJ.(Droit et sociétés, 46).

Giladi, M. (2021). Travail social et pratiques discrétionnaires. Introduction. *Les Politiques Sociales*, 3-4, 4-14. <https://doi.org/10.3917/lps.213.0004>

Gilardone, M.(2002). Une autre approche du travail en économie : Amartya Sen. Des économistes et les tâches du présent. *Analyse du travail et dialogue des savoirs*, Aix-en-Provence, France. pp. 77-92. <https://shs.hal.science/halshs-00421843/document>

Goirand, S. (2015). L'activation et la capacitation des individus au concret. Le cas des accompagnements individualisés de Réussite éducative. *Sciences & Actions Sociales*, 2, 84-102. <https://doi.org/10.3917/sas.002.0084>

Lambert, M., & Vero, J. (2007). Formation continue: quelles capacités d'action des salariés? L'approche par les capacités comme grille de lecture. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, (98), 55-75.

Nussbaum, M.(2012). *Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ?*.Flammarion, (Climats).

Paquette, M. (2020). Capabilités et environnements capacitants. Consortium national d'expertise en inclusion sociale. Québec. <https://www.cneis.ca/wp-content/uploads/Capabilite%CC%81s-et-environnements-capacitants-FINAL.pdf>

Quériaud, C., Dugué, B. & Petit, J. (2015), « Les enjeux organisationnels de la reprise du travail de salariés après une longue absence », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 17-1. <http://journals.openedition.org/pistes/4469>

Sen, A.(2012). *L'idée de justice*. Flammarion, 283-292.

Vendramin, P. & Van Haeperen, B.(2016). Du chômage aux chômeurs, Dynamiques régionales, *Revue interdisciplinaire de l'IWEPS*, 4, pages 29-52.

Zimmermann, B. (2008). Capacités et enquête sociologique. in : de Munck,J., Zimmermann., La liberté au prisme des capacités, Paris, éd. De l'Elless, 2008, 113-137. https://www.researchgate.net/profile/Zimmermann-Benedicte/publication/283429387_Capacites_et_Enquete_sociologique/links/625e9ed5709c5c2adb87446b/Capacites-et-Enquete-sociologique.pdf

Documents électroniques :

[Capabilités et environnements capacitants – Loïc Martin \(loicmartin.me\)](#) (Consulté en octobre 2023)

Cour des comptes : [Fiche | Cour des comptes \(ccrek.be\)](#) (Consulté en octobre 2023)

INAMI : [Statistiques sur l'invalidité des travailleurs salariés et chômeurs en 2018 - INAMI \(fgov.be\)](#) (Consulté en octobre 2023)

Annexe 1

Guides d'entretien

- Pour les malades de longues durées

1. Avant d'aborder la question de la réintégration au travail, est-ce que vous pourriez me dire qui vous êtes ? Je vous propose de me raconter votre histoire, votre parcours, en insistant sur ce qui vous paraît important. (Demander aux personnes de retracer leur histoire de vie, leur parcours professionnel en insistant sur les tournants, les moments de choix entre des options, sur les impossibilités ressenties => permet de repérer des moments de choix, , quelles ont été les contraintes sur les possibilités de choix)
2. Comment avez-vous pris la décision d'entreprendre un trajet de retour au travail ? Cela a-t-il été de votre initiative personnelle, du médecin-conseil, du coordinateur, ou autres ?
3. Quels sont les motifs qui vous ont amené à faire ce choix ?
4. Ce choix était-il évident ? Comment l'avez-vous vécu ?
5. Votre situation personnelle a-t-elle influencé ce choix ? De quelle manière ?
6. Au moment où vous avez pris cette décision, qu'aviez-vous comme autres possibilités qui se présentaient à vous ?
7. Ces possibilités étaient-elles toutes équivalentes en termes de « qualité » ? Certaines possibilités étaient-elles préférables à d'autres ? Certaines étaient-elles inenvisageables ?
8. Actuellement , la situation dans laquelle vous vous trouvez à l'issue de ce trajet de réintégration au travail, vous convient-elle ? Est-ce adapté à vos attentes ? A vos besoins ?
9. Comment qualifieriez-vous votre état de satisfaction face à votre situation actuelle ?
10. De manière générale, qu'en est-il de votre état de bien-être ? Celui-ci s'est-il modifié à l'issue de votre trajet ?
11. Que pensez-vous de l'accompagnement qui est proposé dans le cadre du trajet retour au travail ? Celui-ci vous a-t-il aidé ? De quelle manière ? En quoi ?
12. Comment avez-vous vécu les rencontres avec le médecin-conseil et le coordinateur durant votre trajet ? Comment qualifieriez-vous la relation ?
13. Vous êtes-vous sentie impliquée dans la prise de décision relative à votre retour au travail ? Votre avis a -t-il été pris en compte ? Avez-vous pu refuser certaines propositions ? Quelles étaient vos marges de liberté ?

14. Je vais vous citer une série d'affirmations, vous me dites si vous êtes « d'accord » ou « pas d'accord » avec celles-ci et surtout pourquoi ?
 - A. On a tenu compte de mon projet professionnel
 - B. On m'a proposé des activités utiles pour ma recherche d'emploi (formations...)
 - C. J'ai reçu des informations intéressantes
 - D. De manière globale, mon bien-être s'est amélioré
 - E. J'ai reçu des explications claires
 - F. J'avais peur d'avoir des sanctions
 - G. Les contacts que j'ai eus étaient respectueux de ma personne
15. Durant votre parcours, avez-vous fait l'objet d'une sanction concernant vos indemnités ?
16. Y-a-t-il une décision que vous avez prise grâce à l'accompagnement qui vous a été proposée ? De quelle manière cela vous a permis de prendre la décision ? Ex : informations sur vos droits, accompagnement dans les démarches administratives, ... ?
17. Selon vous, quelle est la place du travail dans notre société ?
18. Comment avez-vous vécu le fait d'être malade de longue durée ? D'avoir le statut d'invalidé ? D'être indemnisé par l'assurance maladie ?
19. Quelles sont les représentations sociales que vous associez à ce statut ?
20. Avez-vous un message que vous souhaiteriez faire passer ?
21. Avez-vous l'impression que quelque chose d'important n'a pas été dit, que nous avons oublié un aspect important des choses et que vous souhaiteriez ajouter ?

- **Pour les professionnels (2 médecins-conseil et 2 coordinateurs « Retour Au Travail »)**

1. Avant d'aborder la question de la réintégration au travail, pouvez-vous me raconter votre expérience professionnelle ?
2. Qu'est-ce qui vous a conduit à exercer votre fonction actuelle ?
3. Quelle est votre rôle dans l'organisation, spécifiquement par rapport au retour au travail ?
4. Quels sont les objectifs de votre travail ? Quelle est votre analyse de ces objectifs ?
5. Comment décririez-vous vos bénéficiaires ?
6. Quels sont les finalités de votre intervention ?
7. Quels sont les problèmes principaux que vous identifiez face à leur réintégration ? Quels sont les freins à leur réintégration ?

8. Comment percevez-vous leur rôle dans leur interaction avec vous ?
9. De quels moyens disposez-vous pour conduire les malades de longue durée vers la réintégration au travail ? De quelles ressources disposent les individus pour développer leur pouvoir d'action ?
10. Quelles sont les opportunités dont ils disposent pour les utiliser?
11. Quelles sont les outils sur lesquels vous vous appuyez pour accompagner les personnes ?
12. Selon vous, comment les bénéficiaires construisent-ils leurs choix ?
13. Avez-vous des injonctions à suivre ? A quel niveau ? Constatez-vous une évolution ?
14. Avez-vous des contraintes liées aux contexte ? Celles-ci pèsent-elles sur vos actions d'accompagnement ?
15. Quelle vision en avez-vous à la lumière des personnes que vous rencontrez ?
16. Comment se passe une de vos prises de décisions ? Cela affecte-t-il votre jugement ? Quels sont vos possibilités de choix ?
17. Dans quelle mesure pouvez-vous tenir compte de la situation spécifique et individuelle de la personne dans le plan d'accompagnement que vous proposez ?
18. Dans quelle mesure l'approche est-elle personnalisée ?
19. De quoi auriez-vous besoin pour améliorer vos interventions ?
20. Avez-vous un message que vous souhaiteriez faire passer ?
21. Avez-vous l'impression que quelque chose d'important n'a pas été dit, que nous avons oublié un aspect important des choses et que vous souhaiteriez ajouter ?

