

Quelles perspectives de réinsertion professionnelle pour les assurés de l'INAMI souffrant de troubles mentaux ?

**Rapport de recherche réalisé par Vanessa De Greef¹
Centre de droit public, Université libre de Bruxelles**

Septembre 2015

¹ Vanessa De Greef est maître d'enseignement et chercheuse au Centre de droit public de l'ULB. Elle remercie Daniel Dumont (ULB) pour ses commentaires sur une version antérieure du présent texte.

Table des matières

1. Introduction	4
2. Santé mentale, travail et Inami : un bref historique	7
3. Les programmes de réinsertion professionnelle à destination des assurés souffrant de troubles mentaux	15
3.1. Les programmes de réinsertion professionnelle à destination des assurés souffrant de troubles mentaux dans le domaine de l'assurance chômage	16
3.1.1. Les réformes dans le domaine de l'assurance chômage et leur effet sur les politiques publiques à destination des allocataires souffrant de troubles mentaux	18
3.1.2. L'état d'avancement des programmes de réinsertion professionnelle à destination des assurés souffrant de troubles mentaux dans les services régionaux de l'emploi	21
A. En Région flamande	22
B. En Région wallonne	27
C. En Région bruxelloise	30
3.2. Les programmes de réinsertion professionnelle à destination des assurés souffrant de troubles mentaux dans le domaine de l'assurance soins de santé et indemnités	32
3.2.1. La structuration de l'offre d'accompagnement	33
A. L'accompagnement des assurés par les services régionaux de l'emploi	34
B. L'accompagnement des assurés par l'INAMI dans le cadre des projets « 107 »	40
C. L'accompagnement des assurés par les organismes pour les personnes handicapées	45
3.2.2. Le type d'accompagnement prodigué	50
4. Le modèle IPS	53
4.1. L'origine et les principes du modèle IPS	53
4.2. La généralisation du modèle IPS en Europe	64
4.2.1. L'effet encourageant du modèle IPS	64
4.2.2. Un effet plus limité ailleurs qu'aux Etats-Unis	66
4.2.3. Des éléments qui restent à vérifier	68
4.3. Le modèle IPS en Belgique	70
4.3.1. Le modèle IPS en Wallonie	70
4.3.2. Le modèle IPS en Flandre	73
4.3.3. Une transposition plus large du modèle IPS pour les assurés de l'INAMI ?	76
5. Analyse de certaines réformes étrangères relatives à la réinsertion professionnelle des assurés souffrant de troubles mentaux	79
5.1. Une structure favorisant l'emploi assisté (dit <i>supported employment</i>)	80
5.2. Une réglementation qui garantit la sécurité juridique des assurés et qui accroît la cohérence du système de sécurité sociale	85
5.3. Des subventions salariales à destination des personnes rencontrant une capacité de travail très réduite	86
5.4. Le recours à l'expérience d'anciens patients psychiatriques	89
5.5. La formation des médecins généralistes aux problèmes de santé mentale	91
5.6. L'amélioration de l'intégration des équipes de soin et de travail	93
5.7. L'amélioration des conditions de travail, l'évaluation de la qualité des emplois et la sensibilisation du lieu de travail	94

5.8. Une intervention précoce de l'assurance invalidité	99
5.9. La prise en charge des problèmes de santé mentale dès la scolarité en évitant la stigmatisation	101
6. Recommandations	103
6.1. Collecter les données relatives au statut social, à l'organisme qui suit l'assuré, aux débouchés de la formation et aux conditions de travail	103
6.2. Finaliser un guide d'évaluation des maladies mentales pour sensibiliser et former les médecins	105
6.3. Coordonner le travail des spécialistes dans le domaine de la santé et dans le domaine de l'emploi de façon plus systématique	106
6.4. Engager plus de <i>jobcoachs</i> et mieux les former	108
6.5. Mettre en place une structure nationale d'emplois assistés qui soit soucieuse des conditions de travail	110
6.6. Expérimenter le modèle IPS et le tester de façon scientifique	110
6.7. Accroître la rapidité du traitement des demandes de réhabilitation professionnelle pour éviter de mettre à mal le processus entamé par l'assuré qui souhaite retravailler	111
6.8. Accompagner les assurés qui souhaitent reprendre le travail	112
6.9. Accroître la sécurité juridique des assurés pour qu'ils puissent oser retravailler	113
6.10. Inciter financièrement les employeurs	119
6.11. Veiller aux conditions de travail, y compris à la rémunération et à l'organisation du travail des travailleurs souffrant de troubles mentaux	120
A. La mise en place de mécanismes ex ante et ex post	121
B. Le phénomène des pièges à l'emploi en lien avec les salaires des travailleurs	125
6.12. Vérifier le consentement réel des assurés qui entament un trajet de réinsertion professionnelle	127
6.13. Créer des emplois adaptés et prévoir des aménagements	128
6.14. Se méfier des « fausses » formations	131
A. La formation semble être toujours « la » solution	131
B. La formation n'a pas toujours un objectif de formation	131
C. Le bénévolat doit être du « vrai » bénévolat	132

Annexes

Annexe 1. Liste des partenaires membres du comité de la Fonction 3 dans le cadre des projets 107

Annexe 2. Liste des partenaires dans le cadre des accompagnements d'activation en Flandre (TAZ)

Annexe 3. Liste des dispositifs de l'*arbeidszorg* dans le domaine de l'économie sociale

Annexe 4. Grille détaillée des 25 critères du modèle IPS (y compris l'échelle de conformité)

Table des encadrés

Encadré A. La prise en charge des personnes fortement inaptes au travail par le domaine de l'assurance chômage	16
Encadré B. Le décret flamand du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soin	24
Encadré C. Les 25 critères de l'échelle de fidélité du modèle IPS	61

1. Introduction

Les dernières années ont été marquées par une prise de conscience progressive, dans les cénacles internationaux et européens, des difficultés que rencontrent les personnes souffrant de troubles mentaux à accéder au marché du travail et de l'importance de mettre en place des programmes de réinsertion professionnelle qui leur soient destinés². En Belgique, l'OCDE confirme ainsi que, sur la base de données relatives à l'état de santé en 2008, les personnes qui souffrent de troubles mentaux enregistrent un taux d'emploi inférieur de 15 points de pourcentage et un taux de chômage supérieur de 10 points comparé aux personnes « en bonne santé mentale »³. Le taux d'emploi des personnes affectées par des troubles mentaux aurait en outre diminué entre 1997 et 2008⁴.

Par ailleurs, les problèmes de santé mentale sont l'une des principales raisons d'incapacité de travail en Belgique et également dans les pays de l'OCDE⁵. En 2013, le rapport annuel de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) dénombrait une augmentation de 88% des personnes invalides souffrant de troubles mentaux depuis 2000, ce qui correspondait à 109.000 assurés à la fin 2013, représentant le groupe le plus important d'invalides.

Ce rapport n'a pas pour ambition d'aborder l'ensemble des problèmes rencontrés par les personnes souffrant de troubles mentaux, ni l'ensemble des dispositifs publics mis en place les concernant. Il a pour objectif de faire le point sur les possibilités de réinsertion qui sont proposées à l'heure actuelle aux assurés de l'INAMI qui rencontrent des troubles mentaux ainsi que d'ouvrir des pistes de réflexion sur les possibilités de réinsertion professionnelle adaptées à ce public cible⁶. Ce rapport concerne majoritairement les assurés qui ne sont plus dans les liens d'un contrat de travail. Il a trait aux personnes souffrant de troubles mentaux tant légers que graves.

² Voyez par ex. Conseil de l'Union européenne, « Conclusions du Conseil sur le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être: résultats et action future », 3095ème session du Conseil Emploi, Politique sociale, Santé et consommateurs - Questions relatives à la santé - Luxembourg, 6 juin 2011, consulté sur son site le 12 avril 2012. URL : http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/fr/lisa/122390.pdf. Voyez également la synthèse de l'OCDE, *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Editions OCDE, 2012, disponible sur le site de l'OCDE. URL : <http://www.oecd.org/fr/els/soc/49540729.pdf>

³ OCDE, *Santé mentale et emploi : Belgique*, Paris, Editions OCDE, 2013, p. 13 et p. 26.

⁴ *Ibid.*, p. 26.

⁵ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, Paris, Editions OCDE, 2015, p.142.

⁶ Notons toutefois que les recommandations générales comprennent également des mesures à destination de personnes qui sont (à nouveau) dans les liens d'un contrat de travail.

Parmi les pistes de réflexion explorées, un modèle a plus particulièrement retenu l'attention de l'INAMI : il s'agit du modèle de soutien à l'emploi « IPS ». Ce modèle remet en question deux clichés : *premièrement*, le fait que la personne souffrant de troubles mentaux serait automatiquement condamnée à ne plus pouvoir (re)travailler un jour et *deuxièmement*, le fait que la personne souffrant de troubles mentaux qui retravaille n'aurait d'autre choix que de se diriger vers des circuits de travail pour personnes handicapées ou d'accepter un travail non rémunéré et que, par conséquent, elle n'aurait pas les mêmes droits que les autres travailleurs (dits « ordinaires »). En ce sens, certains auteurs soulignent qu'« un vrai emploi nécessite que dans la plus grande mesure du possible, les employés qui ont une incapacité de travail obtiennent les mêmes salaire, devoirs, avantages, et résultats d'intégration que n'importe qui »⁷.

Dans cette option, il est donc essentiel d'aborder la question de l'accès au travail des personnes souffrant de troubles psychiques concomitamment à celle des conditions de travail qui leur sont proposées. Ainsi, dans l'accompagnement au retour vers l'emploi des personnes malades mentales, une série de questions devraient-elles être systématiquement abordées par le travailleur social : le travail proposé tient-il compte des forces et des limitations de la personne ? Le travail proposé confère-t-il un « statut » de travailleur à la personne souffrant de troubles mentaux au même titre que les autres travailleurs de l'entreprise ? Est-il tenu compte de la santé mentale du travailleur et des risques de rechute sur le plan médical ?

La structure du rapport se présente comme suit. Après avoir esquissé de façon synthétique l'évolution des réglementations et des politiques publiques relatives à la réinsertion professionnelle des assurés dans le domaine de l'assurance soins de santé et indemnités (2), nous présenterons les programmes de réinsertion professionnelle qui existent à l'heure actuelle à destination des personnes souffrant de troubles mentaux (3). Il s'agit tout d'abord d'exposer l'évolution de ces programmes dans le domaine de l'assurance chômage afin de prendre la mesure de l'effet des collaborations des dernières années entre l'INAMI et les services régionaux de l'emploi. Ensuite, le chapitre présente l'état actuel de l'offre d'accompagnement aux assurés de l'INAMI à travers ses acteurs principaux, à savoir principalement les services régionaux de l'emploi, les organismes pour personnes handicapées et l'INAMI lui-même à travers ses projets de santé mentale intitulés « projets

⁷ JENARO C., MANK D., BOTTOMLEY J., DOOSE S. et al., « Supported employment in the international context: An analysis of processes and outcomes », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2002, n°17(1), p. 18.

107 ». Ce chapitre approfondit également les types d'accompagnement prodigués. Le chapitre suivant expose les grandes lignes poursuivies par le modèle d'origine nord-américaine dit « IPS ». Nous analysons également dans quelle mesure ce modèle est déjà partiellement mis en œuvre en Belgique et dans quelles conditions il pourrait l'être de manière plus étendue (4). Enfin, avant de dresser les principales recommandations permettant de mettre en place des parcours optimaux de réintégration professionnelle (6), nous présentons quelques « bonnes pratiques » étrangères - autres que le modèle IPS - qui pourraient inspirer la Belgique (5).

En ce qui concerne la méthodologie poursuivie dans ce rapport de recherche, la recherche utilise comme cadre de référence principal les sciences sociales, le droit positif belge et, pour une partie du rapport, le droit comparé. La démarche poursuivie est qualitative. Dans ce cadre, nous avons procédé à une quinzaine d'entretiens guidés (ou « semi-directifs ») qui « se caractérisent par des questions nombreuses, non formulées d'avance [à la personne interviewée], dont les thèmes seulement sont précisés, ce qui donne à l'enquêteur un guide souple, mais lui laisse une grande liberté »⁸. Ces entretiens ont pour objectif de faciliter la description des programmes de réinsertion à l'emploi. Ils permettent également d'avoir accès en peu de temps à des éléments de savoir issus d'autres disciplines, telles que la médecine, la psychiatrie ou le travail social. Dans ce cadre, nous avons rencontré des acteurs provenant des organismes suivants : le service régional de l'emploi flamand (le *Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding* (VDAB)), le service d'accompagnement spécialisé en handicap à l'emploi (le *Gespecialiseerde trajectbepaling en -begeleidingdienst* (GTB)), l'Espace Socrate, le « Service Activation » en Wallonie, les mutualités socialistes, les mutualités libres, l'Office wallon de la formation professionnelle et de l'emploi (Forem), l'Office régional bruxellois de l'emploi (Actiris), plusieurs coordinateurs locaux et fédéraux des projets 107, l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH), le service « Personne handicapée autonomie recherchée » de la Commission communautaire francophone (cocof) à destination des personnes handicapées francophones (PHARE), le centre de formation professionnelle Le Plope, le réseau de partenaires bruxellois en soins psychiatriques Hermès Plus et le centre de réadaptation fonctionnelle l'Intervalle⁹. Pour la plupart des entretiens, nous nous sommes rendue sur le lieu de travail de la personne interviewée ; quatre entretiens ont cependant dû être réalisés par téléphone. Nous avons également diffusé un questionnaire auprès des services régionaux de l'emploi. Les réponses à celui-ci sont restées parfois lacunaires et ne nous ont

⁸ GRAWITZ M., *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Editions Dalloz, 1993 (9^{ème} édition), p. 573.

⁹ Nous remercions également l'asbl Article 23 pour la documentation transmise. Sans que ce soit dans le cadre d'un entretien semi-dirigé, nous avons contacté les mutualités chrétiennes et les remercions également pour la documentation transmise.

dès lors pas permis de collecter les données nécessaires à l'établissement d'une cartographie exhaustive. Cette problématique sera réabordée ultérieurement dans le présent rapport.

Enfin, face à l'impossibilité d'établir une définition universelle et parfaitement objective de la maladie mentale, nous nous attèlerons, en tant que juriste, à décrypter la façon dont les autorités publiques belges ont défini, traité ou caractérisé la personne souffrant de troubles mentaux, souffrant de troubles psychiques ou dite « malade mentale »¹⁰. Nous utiliserons également ces termes de façon interchangeable.

2. Santé mentale, travail et Inami : un bref historique

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) s'est, dans un premier temps, intéressé à la réinsertion professionnelle de tous les allocataires souffrant d'une inaptitude au travail pour ensuite entamer une réflexion, dans un second temps, sur la question spécifique des allocataires souffrant spécifiquement de troubles mentaux.

C'est en 2006 que les possibilités de réinsertion professionnelle pour les assurés sociaux en incapacité de travail deviennent réellement une problématique intéressant les pouvoirs publics belges dans le domaine de l'assurance soins de santé et indemnités¹¹. En 2006, une nouvelle philosophie est mise en place dans cette branche de la sécurité sociale et elle vient modifier fondamentalement le rôle du médecin-conseil. Celui-ci n'a plus uniquement pour objectif d'évaluer le degré d'incapacité de travail de l'assuré (aux fins de lui ouvrir, ou non, le droit à des indemnités) ; désormais, il a également pour mission de préparer son processus de réadaptation professionnelle¹². Le médecin-conseil est un acteur-clé du processus de réinsertion : il doit veiller à la réinsertion professionnelle de l'assuré et contacter « avec

¹⁰ Notons que même certains psychiatres qui ont participé à l'élaboration de certaines définitions des troubles mentaux en arrivent à cette même conclusion – à savoir observer cette notion à travers les traitements qui en sont faits – dès lors que les troubles mentaux sont amorphes, protéiformes, et hétérogènes, pour reprendre les termes d'A. Frances en 2015 (FRANCES A., « DSM in Philosophyland. Curiouser and Curiouser » in PARIS J., PHILLIPS J., *Making the DSM-V, Concepts and Controversies*, Springer, 2014, pp. 98-99).

¹¹ Voyez la loi du 13 juillet 2006 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle (*Moniteur belge*, 1er septembre 2006) ainsi que l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (*Moniteur belge*, 31 juillet 1996).

¹² Articles 109bis et 153, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités modifiés par la loi du 13 juillet 2006 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle.

l'accord du titulaire, toute personne physique ou morale susceptible de contribuer à la réinsertion professionnelle de celui-ci »¹³.

La réforme de 2006 part du constat que « bon nombre de personnes bénéficiant d'indemnités d'incapacité de travail dans le régime incapacité de travail invalidité ou dans le régime accidents du travail ou maladies professionnelles conservent en effet une certaine capacité d'activité rémunérée qui pourrait être valorisée » mais que « les moyens actuellement disponibles en matière de réinsertion socioprofessionnelle s'avèrent insuffisants »¹⁴.

Dans ce contexte, le législateur décide de transférer la compétence en matière de réadaptation professionnelle du secteur des soins de santé (qui était assurée par le Collège de médecins directeurs) vers le secteur des indemnités. En vertu de l'article 109*bis* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités – adoptée en 2006 mais qui entrera en vigueur seulement le 1^{er} juillet 2009 – « le Conseil médical de l'invalidité a pour mission d'autoriser la prise en charge par l'assurance indemnités des programmes de réadaptation professionnelle en faveur des bénéficiaires de l'assurance indemnités. Les conditions auxquelles cette mission peut être exercée par les médecins-conseil visés à l'article 153 sont déterminées par le Roi ».

Concrètement, il faut attendre 2009 pour voir entrer en vigueur la réforme de 2006 lorsque la ministre des Affaires sociales, L. Onkelinx, adopte l'arrêté royal du 30 mars 2009 modifiant, en ce qui concerne la réadaptation professionnelle, l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994¹⁵. Cet arrêté prévoit notamment le transfert de la compétence de décision du Collège de médecins directeurs vers la Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité (CSCMI). Cette Commission, qui fait partie du Conseil médical de l'invalidité, compte désormais parmi ses missions « d'autoriser, sur proposition du médecin-conseil, la prise en charge par l'assurance indemnités, des programmes de réadaptation professionnelle » en faveur des bénéficiaires de l'assurance indemnités¹⁶.

¹³ Article 153, § 2, al. 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités.

¹⁴ Voyez l'exposé des motifs du ministre de l'Emploi, M. P. Vanvelthoven, dans le projet de loi portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle de décret portant les parcours de travail et de soins, Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales par Mme Greet Van Gool, *Doc. parl.*, Chambre, 1^{er} juin 2006, n°1334-004, p. 11.

¹⁵ *Moniteur belge*, 2 juin 2009.

¹⁶ Article 170, 13° de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Cette évolution a signifié un changement d'optique par rapport à la réinsertion des personnes invalides qui préservent une capacité de gain. Dorénavant, le processus de réadaptation est suggéré de façon plus systématique et ce processus est plus individualisé. Les assurés passent « d'un système basé essentiellement sur des conventions avec des opérateurs de formation vers des prises en charge individuelles »¹⁷. C'est dans ce même arrêté que les prestations de réadaptation professionnelle sont dorénavant définies comme comprenant « toutes les interventions ou tous les services visant à restaurer tout ou partie de la capacité de travail initiale du titulaire reconnu incapable de travailler ou à valoriser la capacité de travail potentielle de ce titulaire, en vue de son intégration complète dans un milieu de travail »¹⁸.

Le 17 novembre 2010, une déclaration d'intention tripartite est conclue entre l'INAMI, les unions nationales des mutualités et les organismes régionaux et communautaires en charge de l'insertion et de la formation professionnelles¹⁹. L'objectif est de conclure des conventions avec les différents services régionaux de l'emploi afin d'organiser la prise en charge professionnelle de ces assurés. Ces conventions seront signées respectivement en 2012 (avec le VDAB), en 2013 (avec le Forem) et en 2014 (avec Actiris)²⁰.

En mai 2011, le gouvernement fédéral lance également son programme « Back to work » et instaure une *taskforce* au sein de l'INAMI pour opérationnaliser ce programme. Ce plan prend place dans un contexte où l'INAMI et les organismes assureurs (O.A.) ont décidé d'amplifier leur collaboration avec les organismes régionaux et communautaires en charge de l'insertion et de la formation professionnelles²¹. Deux grandes initiatives sont prévues : d'une part, il s'agit de supprimer le caractère préalable de l'autorisation par le médecin-conseil de reprise partielle d'une activité et, d'autre part, de rendre plus attractif le cumul

¹⁷ Rapport annuel 2011, p. 71. <http://www.inami.be/presentation/fr/publications/annual-report/2011/pdf/ar2011p4.pdf>

¹⁸ Article 4 de l'arrêté royal du 30 mars 2009 modifiant, en ce qui concerne la réadaptation professionnelle, l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, *Moniteur belge*, 2 juin 2009.

¹⁹ INAMI, Rapport annuel 2011, p. 72.

²⁰ Ces conventions ne sont pas publiées au *Moniteur belge* mais elles sont reprises dans trois circulaires : la circulaire O.A. n°2012/490 du 12 décembre 2012 (contrat de collaboration INAMI - CIN-VDAB - GTB conclu dans le cadre de la réinsertion professionnelle des assurés reconnus en incapacité de travail), la circulaire O.A. n°2013/180 du 30 avril 2013 (convention de collaboration entre l'INAMI, les organismes assureurs, l'AWIPH et le Forem, conclu dans le cadre de la réinsertion professionnelle des assurés reconnus en incapacité de travail), et la circulaire O.A. n°2014/127 du 10 mars 2014 (INAMI – CIN – Actiris – Bruxelles Formation – VDAB – Phare) conclu dans le cadre de la réinsertion professionnelle des bénéficiaires reconnus en incapacité de travail.

²¹ INAMI, Rapport annuel 2011, p. 72.

entre un revenu professionnel et une indemnité²².

En ce sens, le législateur flexibilise, en juillet 2011, la procédure permettant à l'allocataire de reprendre le travail. Dans la loi-programme du 4 juillet 2011, il modifie les articles 100, § 2 et 101, § 1^{er} de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités²³. Ces modifications, entrées en vigueur le 12 avril 2013, signifient que le travailleur qui est reconnu comme étant incapable de travailler - qui est donc reconnu avec une incapacité de travail de 66% au moins - peut reprendre un travail autorisé à condition que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 %. L'article 101 de la loi du 14 juillet 1994 prévoit que l'autorisation ne doit plus être préalable à la reprise : une notification-demande doit être introduite au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement la reprise de travail²⁴. Cette réforme crée donc un changement substantiel ne fut-ce que dans la façon de concevoir l'assuré : celui-ci n'est plus seulement considéré comme un « malade » ; il peut également redevenir un travailleur à sa propre initiative. Comme l'explique C. Arbesu, cette réforme « s'inscrit dans une nécessité d'optimiser les mécanismes de réinsertion socioprofessionnelle au niveau du secteur des indemnités d'incapacité de travail et de favoriser ainsi le retour au travail des travailleurs reconnus en incapacité de travail, en assouplissant la procédure pour ceux qui souhaitent se réinsérer progressivement sur le marché du travail »²⁵.

La loi-programme du 29 mars 2012 a ensuite été adoptée pour stimuler financièrement la reprise d'une activité²⁶. L'article 47 de cette loi modifie l'article 215 *sexies* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 en augmentant les montants auxquels a droit le titulaire qui suit un programme de réadaptation professionnelle. Comparativement à la situation qui prévalait depuis 2009, le titulaire n'a plus droit à une prime d'un euro mais de cinq euros par heure effectivement suivie de formation, d'encadrement ou d'apprentissage. Autre nouveauté : le titulaire qui a mené à terme avec succès un programme de réadaptation professionnelle voit son allocation forfaitaire doubler : il peut prétendre à une somme de 500 euros au lieu de 250 euros.

Le 19 décembre 2014, c'est à nouveau par le biais d'une loi-programme que la loi organique

²² *Ibid.*, p. 76.

²³ *Moniteur belge*, 19 juillet 2011. Pour l'entrée en vigueur, voyez l'arrêté royal du 12 mars 2013 fixant la date d'entrée en vigueur des articles 16 à 18 de la loi-programme du 4 juillet 2011, *Moniteur belge*, 2 avril 2013.

²⁴ Voyez sur les contours des obligations de l'assuré et du médecin-conseil à ce sujet, la circulaire 2013/156 du 11 avril 2013, entrée en vigueur le 12 avril 2013.

²⁵ ARBESU C., « Mesures d'activation dans le secteur de l'assurance indemnités. Régime des travailleurs salariés », in DAVAGLE M. (dir.), *Le maintien au travail des travailleurs devenus partiellement inaptes*, Limal, Anthemis, 2013, pp. 109-110.

²⁶ *Moniteur belge*, 6 avril 2012.

de l'assurance soins de santé et indemnités est modifiée. Cette loi-programme insère à l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994, un paragraphe 1/1 prévoyant que, au plus tard trois mois après le début de la période d'incapacité primaire et après une consultation approfondie entre le médecin-conseil et tous les acteurs à impliquer, « un plan de réintégration multidisciplinaire est établi à l'intention du titulaire pour lequel une réintégration peut être envisagée au vu de ses capacités restantes »²⁷. Il est prévu que ce plan fasse l'objet d'un suivi régulier. Dans le projet de loi de la loi-programme, le gouvernement précise qu'il « souhaite renforcer les efforts qui sont accomplis en vue de favoriser la réintégration socio-professionnelle des titulaires reconnus incapables de travailler »²⁸. Dans cette loi-programme, d'autres mesures sont adoptées visant à resserrer les conditions de l'assurance indemnités, que ce soit par l'allongement du stage d'attente de six à douze mois ou le renforcement des sanctions administratives en cas de fraude²⁹.

Ces réformes successives sont conséquentes pour l'avenir professionnel des assurés de l'INAMI, y compris pour ceux souffrant de troubles mentaux. Elles ont également des effets sur les droits et obligations des assurés. Dans le cadre de la mise en œuvre de ces réformes, le Conseil technique médical joue un rôle central. Ce dernier est institué auprès du Service des indemnités et poursuit une triple mission : il émet des avis sur des problèmes médicaux concernant la détermination de l'incapacité de travail et il propose des directives et des critères médicaux généraux en vue de mieux résoudre les problèmes d'évaluation concernant l'incapacité de travail³⁰. Enfin, à l'aide de données statistiques relatives à l'incapacité de travail, il procède à des investigations portant sur le fonctionnement de l'assurance indemnités et émet des avis sur des problèmes qui surgissent en la matière³¹.

En matière de réinsertion professionnelle, le Conseil technique médical a défini des trajets type de réinsertion professionnelle adaptés à la situation des assurés et une méthodologie permettant aux médecins-conseil d'appliquer la même procédure à tous les assurés.

Jusqu'en 2013, la problématique vécue spécifiquement par les assurés souffrant de troubles psychiques n'a été que peu prise en compte par l'INAMI. La dernière étude de l'OCDE réalisée en Belgique sur la santé mentale et l'emploi fait notamment apparaître que la

²⁷ *Moniteur belge*, 29 décembre 2014.

²⁸ Voyez les explications du gouvernement dans le projet de loi-programme, *Doc. Parl.*, Chambre, 28 novembre 2014, n°0672/001, p. 68.

²⁹ Le nombre minimal de jours de sanction passe de 1 à 3 jours, et le nombre maximal de 200 à 400 jours. Voyez l'article 128, §1^{er}, 1° et 168^{quinquies} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par les articles 154 et 170 de la loi-programme du 19 décembre 2014.

³⁰ Article 85 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

³¹ *Ibidem*.

Belgique ne développe pas assez de mesures axées sur le retour au travail des bénéficiaires d'une allocation d'invalidité et qu'un rapprochement avec les services de l'emploi et le secteur de la santé (y compris mentale) est opportun. En outre, une réflexion spécifique sur la santé mentale s'avère nécessaire non seulement en raison de la prégnance des problèmes psychiques chez les assurés de l'INAMI mais également en raison des liens étroits qu'entretiennent les problèmes psychiques et l'inactivité, d'une part, les emplois de mauvaise qualité et les problèmes psychiques, d'autre part.

Depuis au moins deux ans, l'INAMI souhaite davantage remédier aux problèmes rencontrés par les allocataires souffrant de troubles mentaux. Dans son quatrième contrat d'administration, qui court de l'année 2013 à 2015, l'INAMI fait part de sa volonté d'« approfondir les facettes de l'incapacité de travail, là où les connaissances sont encore insuffisantes (par exemple la santé mentale, la qualité de l'évaluation médicale, etc.) »³².

Le 25 avril 2014, l'INAMI a organisé un colloque « Invalidité et travail, santé mentale » qui fait le point sur la prégnance du phénomène des troubles mentaux dans le domaine de l'assurance soins de santé et indemnités. Différents acteurs de terrain ont également été invités à faire part de projets qui poursuivent un objectif de réinsertion professionnelle.

L'objectif de la présente recherche est de poursuivre la réflexion engagée par l'INAMI.

Dans ce contexte, il n'est pas inutile de rappeler les recommandations formulées par l'OCDE dans son rapport relatif à la Belgique de 2013 en ce qui concerne le domaine de l'assurance soins de santé et indemnités³³ :

³² Le contrat a été repris dans l'arrêté royal du 21 mai 2013 portant approbation du quatrième contrat d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, *Moniteur belge*, 9 août 2013.

³³ Pour plus de précisions sur les recommandations, voyez OCDE, *Santé mentale et emploi : Belgique, op. cit.*, pp. 89-95.

1. Donner un rôle plus actif aux mutualités	• Renforcer les obligations des mutualités concernant le suivi et la gestion des maladies notamment en mettant un plan de réinsertion pour chaque bénéficiaire dans un délai plus bref mais en coopération étroite avec l'employeur, le salarié, le médecin du travail et le médecin traitant du salarié. • Rendre les mutualités financièrement responsables de l'activation des bénéficiaires d'indemnités maladie et invalidité. • Rendre systématiques le dialogue et la coopération entre le médecin-conseil de la mutualité et le médecin du travail de l'entreprise. • Mettre en place un programme de réinsertion et de réadaptation avec le service régional de l'emploi si la réintégration dans l'entreprise n'est plus possible.
2. Adapter les mesures d'activation	• Mettre fin au programme de réadaptation professionnelle de l'INAMI et formaliser la coopération avec les services régionaux de l'emploi. • Supprimer la règle selon laquelle le bénéficiaire perd ses droits dans les six mois suivant sa participation à un programme de formation.
3. Améliorer les incitations financières à l'intention des employeurs	• Faire en sorte que les congés de maladie de longue durée soient plus coûteux pour les employeurs afin d'encourager ces derniers à

	faciliter le retour au travail (quatre méthodes sont envisagées).
4. Associer les spécialistes de la santé au travail	• Limiter les contrôles médicaux systématiques effectués par le médecin du travail aux entreprises ayant des facteurs de risque plus élevés. • Envisager la suppression de la possibilité de licencier un salarié sans préavis pour cause de force majeure médicale. • Autoriser les médecins du travail à prendre contact avec les salariés absents depuis plusieurs semaines. • Informer davantage les travailleurs du rôle du médecin du travail (via les mutualités et les employeurs). • Tenir compte du volet « réinsertion des salariés après un arrêt maladie » dans l'évaluation de la qualité des services de prévention externes. • Faire en sorte que sur le lieu de travail, le conseiller en prévention et la personne de confiance accompagnent dans la durée les personnes souffrant de troubles mentaux.
5. Impliquer les médecins traitants	• Encourager la communication et la coopération entre médecins traitants, médecins du travail et médecins-conseil des mutualités.

	• Encourager la communication et la coopération entre médecins traitants, médecins du travail et médecins-conseils des mutualités. • Mieux former et informer les médecins traitants notamment sur la prescription d'arrêts maladie, la notion de capacité de travail, les avantages de la reprise d'activité et l'importance du rôle du médecin du travail. • Demander aux médecins traitants de justifier les raisons pour lesquelles un arrêt maladie doit se prolonger au-delà de ce qui avait été initialement prescrit.
--	---

3. Les programmes de réinsertion professionnelle à destination des assurés souffrant de troubles mentaux

Les programmes de réinsertion professionnelle à destination des personnes souffrant de troubles mentaux existent de façon disparate dans le paysage institutionnel belge et les autorités publiques ne répertorient pas de façon systématique toutes les initiatives qui sont mises en place. En outre, ce n'est que depuis très récemment que les autorités publiques s'intéressent aux programmes de réinsertion professionnelle à destination des personnes souffrant de troubles mentaux.

Ci-dessous, nous expliquerons tout d'abord les programmes à destination des allocataires souffrant de troubles mentaux dans le domaine de l'assurance chômage avant d'exposer les programmes qui leur sont accessibles dans le domaine de l'assurance soins de santé et indemnités. En effet, les réformes survenues depuis 2012 dans le domaine de l'assurance chômage ont un impact majeur sur la structuration des services régionaux de l'emploi (3.1.). Après avoir détaillé cette évolution ainsi que l'état d'avancement des programmes dans les services régionaux de l'emploi, nous observerons la façon dont les différents programmes à destination des assurés de l'INAMI souffrant de troubles mentaux ont été conçus. Dans ce

cadre, nous distinguerons également les acteurs clé qui conduisent les assurés vers ces programmes (3.2).

3.1. Les programmes de réinsertion professionnelle à destination des assurés souffrant de troubles mentaux dans le domaine de l'assurance chômage

Encadré A. La prise en charge des personnes fortement inaptes au travail par le domaine de l'assurance chômage

Jusqu'en novembre 2012, c'était une spécificité belge que d'avoir construit l'assurance chômage en y admettant « une proportion non négligeable de personnes, parfois gravement handicapées, dont les chances de reclassement sans accompagnement spécifique sont très compromises »³⁴. Contrairement à beaucoup de pays de l'OCDE, « le régime des allocations de chômage joue un rôle de premier plan pour les personnes souffrant de troubles mentaux qui perdent leur emploi »³⁵. Concrètement, quand la personne n'est pas suffisamment invalide pour avoir accès à l'assurance soins de santé et indemnités, la personne souffrant de troubles mentaux se tourne vers l'assurance chômage ou vers les allocations pour personnes handicapées.

Pour avoir le bénéfice de l'assurance chômage, il faut que la personne ne cumule pas les critères ci-dessous pour avoir accès à l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI) :

- la cessation des activités,
- une réduction de la capacité de gain de deux tiers ou plus – c'est-à-dire d'au moins 66%
 - par rapport à un travailleur de référence, c'est-à-dire un travailleur qui se trouve dans la même situation sur le marché de l'emploi,
- un lien causal direct entre la cessation des activités et le début ou l'aggravation des lésions ou troubles fonctionnels³⁶.

Lorsque la personne ne répond pas à ces critères, il est probable mais pas certain que l'assurance chômage la prenne en charge. Pour simplifier, la règle générale veut en tout cas que les personnes inaptes au travail à moins de 66% ne sont pas admises à l'ASSI mais au chômage.

Il faut toutefois nuancer l'explication ci-dessus en ajoutant deux éléments.

Premièrement, l'aptitude au travail du demandeur d'allocations de chômage n'est pas systématiquement contrôlée à l'entrée dans le chômage alors que l'inaptitude au travail est

³⁴ PALSTERMAN P., « L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale », *Chroniques de droit social*, 2004, n°6, p. 309.

³⁵ OCDE, *Santé mentale et emploi : Belgique*, op. cit., p. 38. Voyez le tableau de comparaison entre plusieurs pays de l'OCDE, op. cit., p. 37.

³⁶ Voyez l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités, *Moniteur belge*, 27 août 1994. Pour plus d'informations, voyez JOURDAN M., REMOUCHAMPS S., « La prise en compte de l'état de santé du chômeur dans la réglementation de l'assurance-chômage » in NEVEN J.-F., GILSON S. (dir.), *La réglementation du chômage : vingt ans d'application de l'arrêté royal du 25 novembre 1991*, Waterloo, Kluwer, Etudes pratiques de droit social, 2011, p. 239 ; PALSTERMAN P., « L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale », op. cit., pp. 306 et s.

contrôlée à l'entrée dans l'ASSI³⁷. Il en résulte que dans bien des cas, la personne est présumée apte aussi longtemps qu'elle n'est pas déclarée comme inapte au sens de l'assurance soins de santé et indemnités³⁸. C'est pour cette raison que P. Palsterman a souligné que « le bénéfice d'allocations de chômage n'établit pas [...], en soi, l'aptitude du travailleur »³⁹. Ainsi, il s'agit « d'une présomption qui peut être revue s'il apparaît que la capacité de travail était inexistante »⁴⁰.

Deuxièmement, le troisième critère de la loi, qui concerne la démonstration du lien causal direct entre la cessation des activités et le début ou l'aggravation des lésions ou troubles fonctionnels - qu'on appelle aussi l'absence d'un état antérieur -, est problématique à l'heure actuelle. En effet, ce critère aboutit parfois à refuser des personnes qui, bien que pouvant faire valoir un statut professionnel, se voient refuser l'ASSI car elles ne parviennent pas à démontrer l'aggravation de leur état de santé. Par conséquent, un taux d'inaptitude à plus de 66% ne garantit pas l'entrée dans l'ASSI. Nombre de personnes qui se voient refuser l'ASSI et qui ne souhaitent pas relever ou n'entrent pas dans les conditions des allocations pour personnes handicapées se tournent alors vers l'assurance chômage.

Dans les services régionaux de l'emploi, des grands changements sont survenus depuis la fin de l'année 2012. L'émergence de certaines classifications de demandeurs d'emploi souffrant de troubles mentaux ainsi que la réforme de l'activation des personnes partiellement inaptes à l'emploi dans le secteur du chômage ont pour effet de structurer progressivement une offre particulière à destination des allocataires souffrant de troubles mentaux. Etant donné que l'INAMI collabore avec les services régionaux de l'emploi en vue de réinsérer professionnellement les assurés relevant de l'INAMI, il a paru important de comprendre l'évolution des services régionaux de l'emploi dans le cadre de la prise en charge des troubles psychiques. Après avoir expliqué les grandes lignes des réformes adoptées dans le domaine de l'assurance chômage (3.1.1.), nous expliquerons l'effet de ces réformes sur les services régionaux de l'emploi et l'état d'avancement des programmes de réinsertion professionnelle à destination des personnes souffrant de troubles mentaux en Région flamande, en Région wallonne et en Région bruxelloise (3.1.2.).

³⁷ Voyez pour le chômage : PALSTERMAN P., « L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale. Approche transversale » in MATAGNE M. (dir.), *Invalidité, incapacité et handicap professionnel*, Amay, Medialoh, 2007, p. 271.

³⁸ Voyez PALSTERMAN P., « L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale », *op. cit.*, p. 306. La déclaration d'aptitude du demandeur dans le formulaire C6 - requis dans le cadre d'une demande d'allocations de chômage après une période indemnisée par la mutuelle - ne doit pas être attestée par un examen médical.

³⁹ PALSTERMAN P., « L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale », *op. cit.*, p. 311 ; Trib. trav. Bruxelles, 27 janvier 2005, n°1132/01, 11624/01, disponible sur *Jura*, consulté le 15 février 2012. URL : <http://www.jura.be>.

⁴⁰ Cour trav. Liège (2^{ème} ch.), arrêt du 4 novembre 1998, R.G. n° 24.637/96, disponible sur *Jura*, consulté le 15 février 2012. URL : <http://www.jura.be>.

3.1.1. Les réformes dans le domaine de l'assurance chômage et leur effet sur les politiques publiques à destination des allocataires souffrant de troubles mentaux

L'autorité fédérale a adopté, dans le domaine de l'assurance chômage, trois réformes d'ampleur entre 2012 et 2014. Ces réformes ont eu un impact décisif sur l'avenir des allocataires souffrant de troubles mentaux. Elles ont notamment eu pour effet de transférer certains allocataires sociaux vers l'assurance soins de santé et indemnités ou vers des prestations de type assistanciel (allocation de remplacement de revenus pour personnes handicapées ou aide sociale). A l'heure actuelle, nous ne disposons cependant pas des chiffres permettant de décrire précisément cette évolution mais il est incontestable que ces réformes pourraient avoir de fortes répercussions sur l'équilibre existant jusque là entre les différents types d'assurance en Belgique⁴¹.

La première réforme qui a modifié de façon conséquente l'avenir des assurés du chômage souffrant de troubles mentaux concerne l'activation des personnes partiellement inaptes. Depuis le 1^{er} novembre 2012, les personnes inaptes à 33% au moins (mais à moins de 66%) doivent être disponibles tant passivement qu'activement alors qu'elles ne devaient pas être disponibles activement auparavant⁴². Cela signifie qu'elles doivent toujours être inscrites comme demandeurs d'emploi et être disposées à accepter tout emploi convenable mais qu'elles doivent également en rechercher activement un. Cette réforme modifie considérablement les obligations et la relation au travail des 16.000 allocataires sociaux

⁴¹ Le fait que cette réforme pouvait engendrer des sorties de l'assurance chômage a été expliqué par l'ex-ministre de l'Emploi, M. De Coninck. A ce sujet, voyez notre thèse de doctorat : DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux. Une analyse des exclusions et des inclusions par le droit en assurance chômage et en aide sociale », thèse défendue le 29 avril 2015 à l'Université Libre de Bruxelles. Elle sera publiée au début de l'année 2016 dans la *Collection de l'Association belge pour le droit du travail et de la sécurité sociale* de la maison d'éditions La Chartre.

⁴² Voyez au sujet des changements substantiels de cette réforme les articles 4, 10, 2° et 30 de l'arrêté royal du 23 juillet 2012 modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant la réglementation du chômage dans le cadre de la dégressivité renforcée des allocations de chômage et modifiant l'arrêté royal du 28 décembre 2011 modifiant les articles 27, 36, 36^{ter}, 36^{quater}, 36^{sexies}, 40, 59^{quinquies}, 59^{sexies}, 63, 79, 92, 93, 94, 97, 124 et 131^{septies} de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant la réglementation du chômage, *Moniteur belge*, 30 juillet 2012.

souffrant d'incapacité partielle de ce type⁴³. Pour cette catégorie de bénéficiaires d'allocations de chômage, la réforme de 2012 constitue un tournant historique⁴⁴.

C'est dans le cadre de cette même réforme que la ministre de l'Emploi, M. De Coninck, a supprimé la notion d'inaptitude temporaire au travail de 33% au moins de la réglementation du chômage⁴⁵. Jusqu'au 1^{er} novembre 2012, cette notion avait pour effet de suspendre la procédure de suivi de la procédure d'activation le temps que dure l'inaptitude au travail⁴⁶. Pour les personnes malades mentales, cette suppression a été conséquente : l'inaptitude temporaire au travail de deux ans au moins était parfois la seule issue possible pour que la personne puisse tenter de comprendre ce qui lui arrive et stabiliser, voire guérir sa maladie. Cette notion permettait également d'être plus précis dans l'évaluation de l'inaptitude en prenant en considération la variabilité et l'évolution des troubles. A titre d'exemple, le fait que l'évolution de la maladie ne soit pas facilement prédictible pouvait conduire l'ONEm à déclarer l'inaptitude comme temporaire dans un premier temps et à la juger ultérieurement comme définitive ou comme inexistante (suite à la guérison)⁴⁷.

La deuxième réforme consiste à avoir consacré une nouvelle catégorie de chômeurs dans le code du chômage. Emboîtant le pas à l'autorité flamande qui avait pris des mesures dès 2006, l'autorité fédérale consacra la catégorie des chômeurs ayant des problèmes « de nature médicale, mentale, psychique et/ou psychiatrique », connue sous l'abréviation « MMPP ». Cette catégorie a été formellement consacrée le 28 mars 2014 dans le cadre des allocations d'insertion, à savoir les allocations de chômage attribuées à l'assuré sur la base de ses études (et non du travail) et après qu'il ait accompli un « stage d'insertion professionnelle »⁴⁸. Ces chômeurs se voient proposer un trajet d'accompagnement spécifique par les services régionaux de l'emploi.

⁴³ Sur la base des données statistiques communiquées par l'ONEm pour l'année 2012, la Ministre De Coninck déclare que « 16 000 chômeurs indemnisés de moins de 50 ans reconnus comme ayant une inaptitude au travail d'au moins 33 % sont, en principe, concernés par ce changement de réglementation » (voyez la réponse aux questions n°19790 de Zoé Genot sur « le contrôle des chômeurs avec un handicap » et n°19192 de Catherine Fonck sur « les conséquences pour les personnes handicapées de la nouvelle réglementation de l'ONEM », in *Compte-rendu intégral avec compte-rendu analytique traduit des interventions*, Chambre, Commission des affaires sociales, 9 octobre 2013, n°COM 828, p. 48).

⁴⁴ Pour des précisions, nous renvoyons le lecteur à notre thèse de doctorat : DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*.

⁴⁵ Cette notion ne figure plus dans le code du chômage depuis le 1^{er} novembre 2012. Voyez la note de bas de page 42 sur l'intitulé exact de la réforme.

⁴⁶ Ancien article 59 *bis*, § 2 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991.

⁴⁷ Pour des précisions, nous renvoyons le lecteur à notre thèse de doctorat : DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*.

⁴⁸ Arrêté royal du 28 mars 2014 modifiant l'article 63 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage dans le cadre de l'adaptation de la nouvelle réglementation des allocations d'insertion, *Moniteur belge*, 4 avril 2014.

La troisième réforme date, elle aussi, de 2014 et concerne les chômeurs présentant « une combinaison de facteurs psycho-médico-sociaux qui affectent durablement sa santé et/ou son intégration sociale et, de ce fait, son intégration professionnelle » (dits chômeurs « PMS »). Le 26 juin 2014, cette nouvelle classification de chômeur a été consacrée officiellement dans le code du chômage en ce qui a trait à la procédure de suivi de la procédure d'activation et, sans que les parlements des différentes entités fédérées aient encore donné leur assentiment au nouveau projet d'accord de coopération relatif à l'accompagnement et au suivi actifs des chômeurs⁴⁹. En pleine période d'affaires courantes, le gouvernement a réécrit l'article 59*bis* qui prévoit que la procédure de suivi de la PACR est suspendue - pendant la période durant laquelle le chômeur suit un trajet d'accompagnement spécifique qui lui est proposé par le service régional de l'emploi compétent – si le chômeur présente « une combinaison de facteurs psycho-médico-sociaux qui affectent durablement sa santé et/ou son intégration sociale et, de ce fait, son intégration professionnelle avec comme conséquence que le chômeur n'est pas en mesure de travailler dans le circuit économique normal ou dans le cadre d'un travail adapté et encadré, rémunéré ou non, dans les 12 mois qui suivent »⁵⁰. Cette nouvelle catégorie a donc eu pour effet d'aménager la procédure d'activation pour certains chômeurs partiellement inaptes au travail. Suite à ces réformes, les services de l'emploi ont dû restructurer leur offre d'accompagnement.

Etant donné que ces changements dans le domaine de l'assurance chômage modifient indirectement l'accompagnement proposé aux allocataires de l'assurance soins de santé et indemnités lorsqu'ils sont pris en charge par les services régionaux de l'emploi, il semble opportun de décrire l'état d'avancement de ces nouveaux programmes.

⁴⁹ Article 5 de l'arrêté royal du 26 juin 2014 modifiant les articles 27, 36, 51, 52bis, 59bis, 59bis/1, 59ter, 59ter/1, 59quater, 59quater/1, 59quater/2, 59quater/3, 59quinquies, 59quinquies/1, 59quinquies/2, 59sexies, 59septies, 59octies, 59nonies, 70 et 94 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, *Moniteur belge*, 10 juillet 2014.

⁵⁰ *Ibidem*.

3.1.2. L'état d'avancement des programmes de réinsertion professionnelle à destination des assurés souffrant de troubles mentaux dans les services régionaux de l'emploi

Suite à ces réformes, les services régionaux de l'emploi créent progressivement des programmes de réinsertion professionnelle à destination des personnes partiellement inaptes et entre autres à destination des personnes ayant des problèmes « de nature médicale, mentale, psychique et/ou psychiatrique » (« MMPP ») ou présentant « une combinaison de facteurs psycho-médico-sociaux (« PMS »)⁵¹.

Notons cependant que la catégorie « MMPP » et la réforme de l'activation n'étaient pas totalement neuves dans toutes les régions du pays. Partout en Belgique - dans toutes les régions du pays et en Communauté germanophone -, l'apparition de la notion de « MMPP » avait été évoquée par le passé. Elle avait été particulièrement mal accueillie en Wallonie. La Flandre est la seule entité fédérée au sein de laquelle la catégorie « MMPP » est déjà effective depuis 2006 et la seule entité qui active tous les allocataires au chômage. Pour elle, la réforme de l'activation des chômeurs partiellement inaptes et la création de la catégorie « MMPP » par l'autorité fédérale n'ont pas créé de grands changements. En effet, depuis plusieurs années, la Flandre a développé des programmes spécifiques pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Suite à la mise en place de trajets d'activation dans le cadre de la procédure d'activation, l'organisme de placement flamand, le *Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding* (VDAB), avait dit constater que certains demandeurs d'emploi de longue durée avaient des « problèmes non reliés au marché de l'emploi », de nature psychique ou médicale⁵². Suite à la mise en place de la réforme de la procédure d'activation du comportement de recherche d'emploi, le VDAB estimait n'avoir rien à proposer aux personnes dites « MMPP »⁵³. Cette prise de conscience du VDAB doit être recontextualisée dans le cadre du transfert de compétences relatif à la réinsertion professionnelle des personnes handicapées de l'Agence flamande pour les personnes handicapées (VAPH) au VDAB. Dès 2006, les ministres flamands de l'Emploi F. Vandenbroucke (SP.A) et de l'Economie sociale K. Van Brempt (SP.A) avaient restructuré les parcours d'accompagnement pour la catégorie de chômeurs identifiés comme

⁵¹ Sur la façon dont le diagnostic médical est opéré, voyez DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*

⁵² VDAB, *Tender activeringszorg*, document disponible sur l'intranet du VDAB, 14 mai 2013 et VDAB, « Samen voor meer banen: een Vlaams Meerbanenplan », publié le 16 janvier 2006, consulté le 30 septembre 2013. URL : <http://www.serv.be/uitgaven/946.pdf>.

⁵³ VDAB, *Tender activeringszorg*, *op. cit.*

« MMPP »⁵⁴.

Bref, le fait de s'être focalisé de façon très spécifique sur les troubles mentaux a été une réelle spécificité flamande jusqu'en 2014. Ce n'est que depuis l'apparition de catégories « MMPP » et « PMS » sur tout le territoire belge que les autres entités fédérées développent progressivement leurs programmes propres relatifs aux personnes souffrant de troubles mentaux. En pratique, ceux-ci sont opérationnels - et souvent de façon expérimentale - depuis la fin de l'année 2014, voire le début de l'année 2015. Dans les lignes qui suivent, nous détaillerons les orientations poursuivies dans les différentes régions du pays⁵⁵. Cependant, en Région wallonne, nous ne détaillerons pas les évolutions sur le territoire de la région de langue allemande, où l'*Arbeitsamt der Deutschsprachigen Gemeinschaft (ADG)* créé par la Communauté germanophone assure la formation professionnelle des demandeurs d'emplois et exerce également les compétences de la Région wallonne en matière de placement⁵⁶.

A. En Région flamande

Tout demandeur d'allocations de chômage fait l'objet d'un *screening* en Flandre et celui qui rencontre des troubles mentaux peut faire l'objet d'un *screening* spécialisé, réalisé soit par un psychologue du *VDAB*, soit par le Service spécialisé d'études de l'emploi (*Gespecialiseerde Arbeidsonderzoeksdienst (GA)*). Le « service spécialisé pour la définition et l'accompagnement de parcours » (également appelé « service d'accompagnement spécialisé en handicap à l'emploi » (*GTB*)), le « service spécialisé d'étude de l'emploi » (*GA*) et le « service spécialisé de formation, d'accompagnement et de médiation » (*GOB*) sont les trois services qui s'inscrivent, avec le *VDAB*, dans le processus d'accompagnement du demandeur qui rencontre un handicap du travail⁵⁷. A différentes étapes du processus, ces services proposent aux demandeurs d'emploi une expertise particulière : le *GA* est spécialisé dans le *screening*, le *GTB* dans la définition de parcours et l'accompagnement de la personne qui rencontre un handicap à l'emploi et le *GOB* est connu pour ses services de formation, d'accompagnement et de médiation.

⁵⁴ Cette note date du 21 juillet 2006 et est intitulée « Nota aan de leden van de Vlaamse regering. Betreft: invulling meerbanenplan budgetlijnen arbeidszorg en intensieve trajecten: werkzoekenden in arbeidszorg en intensieve trajecten op sporen ».

⁵⁵ Pour des informations relatives à la Communauté germanophone, voyez DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*.

⁵⁶ *Ibidem*.

⁵⁷ En 2012, la Flandre comptait 17 centres qui fournissent un service spécialisé d'études de l'emploi (*GA*). Depuis le 1^{er} juillet 2014, ces centres ont été intégrés à la structure du *GTB* pour une meilleure efficacité et une économie de coûts. Voyez la communication « Integratie GA-GTB » à ce sujet sur le site du *GTB*, consulté le 23 septembre 2014. URL : <http://www.gtb-vlaanderen.be/nieuws>.

En fonction du *screening*, le conseiller - du VDAB ou du GA - va opter pour le parcours d'accompagnement le plus approprié pour chaque demandeur d'emploi. Le *screening* effectué par le conseiller débouche actuellement sur cinq trajets possibles⁵⁸. Premièrement, le demandeur d'emploi entre, dans le cadre d'un parcours vers le travail, dans le circuit économique normal. Deuxièmement, le demandeur d'emploi a accès, directement ou *via* un accompagnement de parcours, à un travail adapté sous accompagnement professionnel, par exemple dans des ateliers sociaux ou protégés. Les ateliers sociaux relèvent de l'économie sociale et sont les plus proches du circuit régulier du travail. Les personnes travaillent, par exemple, dans des magasins de seconde main. Quant aux ateliers protégés, la personne y est plus souvent dirigée lorsqu'elle souffre d'une déficience intellectuelle. Troisièmement, le demandeur d'emploi travaille, directement ou *via* un accompagnement de parcours, dans une initiative d'*arbeidszorg*, c'est-à-dire dans un dispositif de soins du travail. Les initiatives d'*arbeidszorg* sont définies comme du « travail volontaire, non rémunéré sous accompagnement intensif »⁵⁹. Cependant, leur caractère volontaire est mis en question en Flandre dans le domaine de l'assurance chômage, inaugurant par là une forme de *workfare* avant-gardiste⁶⁰.

Quatrièmement, le demandeur d'emploi reçoit un « accompagnement d'activation » qui vise à neutraliser, soit ses problèmes « MMPP », soit ses problèmes socio-économiques, sociaux et/ou psychosociaux de façon à ce qu'il puisse transiter vers l'une des catégories précédentes. L'accompagnement d'activation est « un processus par lequel le demandeur d'emploi, en collaboration avec un accompagnateur, cherche à résoudre les problèmes médicaux, mentaux, psychiques, psychiatriques et sociaux susceptibles d'entraver son insertion dans le marché du travail »⁶¹. L'« accompagnement d'activation » vise à neutraliser les problèmes « MMPP » ou socio-économiques, sociaux et/ou psychosociaux eux-mêmes de façon à ce que, une fois les problèmes les plus sérieux résolus, la personne puisse travailler au minimum

⁵⁸ Cette distinction a été opérée lors de chaque entretien avec une personne du VDAB et est également mentionnée dans l'étude suivante : KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE A., « Nota 1 : Ernstige psychische aandoeningen en regulier betaald werk », werknota, mars 2011, LUCAS-KU Leuven, p. 9.

⁵⁹ DE PRINS P., MOTMANS J., *Arbeidszorg in Vlaanderen. De toegang tot de arbeidsmarkt als een instrumentele vrijheid*, Bruxelles-Anvers, Politeia, 2009, p. 7.

⁶⁰ Voyez à ce sujet DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*.

⁶¹ Article 1er, 16° de l'arrêté du 5 juin 2009 du Gouvernement flamand portant organisation de l'emploi et de la formation professionnelle, *Moniteur belge*, 23 septembre 2009.

dans une initiative d'*arbeidszorg*. L'accompagnement d'activation, qui dure maximum 18 mois, a pour but de supprimer les obstacles qui empêchent le retour au travail⁶². L'« accompagnement d'activation » comprend deux volets : un volet « soin » et un volet « *empowerment* », que l'on peut traduire par « autonomisation » ou « développement du pouvoir d'agir ». Cinquièmement, la personne a un grave problème « MMPP » et n'a pas la capacité d'accéder à un dispositif d'*arbeidszorg*, à un atelier social ou à un atelier protégé.

Deux organismes peuvent prendre directement en charge le parcours d'accompagnement de la personne dite « MMPP » et le suivi de ce parcours. Il s'agit soit du VDAB, soit du service spécialisé pour la définition et l'accompagnement de parcours (de *Gespecialiseerde trajectbepaling en -begeleidingdienst (GTB)*).

Le 25 avril 2014, le législateur flamand a franchi une étape supplémentaire en inscrivant ces parcours dans un décret portant les parcours de travail et de soin⁶³. Ce décret ne se limite pas aux assurés de l'assurance chômage et il concerne également ceux qui relèvent de l'assurance soins de santé et indemnités.

Encadré B. Le décret flamand du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soin

Le décret a pour but d'offrir « une approche adaptée » (*een aangepaste aanpak*) aux personnes « MMPP » mais aussi aux personnes en situation de pauvreté qui ne peuvent pas participer au marché de l'emploi ou aux personnes pour qui le travail rémunéré n'est temporairement pas possible⁶⁴. Il s'agit entre autres d'améliorer la situation des « (ex-) patients psychiatriques »⁶⁵. Le décret a également pour objectif de mieux structurer l'offre d'accompagnement du secteur de l'économie sociale et celle du secteur de la santé⁶⁶. Précisément, c'est la collaboration entre les services de santé mentale et de réadaptation professionnelle qui est particulièrement mise en exergue en Flandre dans le cadre de la

⁶² Les problèmes traités dans le cadre de ces parcours sont présentés comme n'étant pas liés au marché de l'emploi. Depuis 2006, cet accompagnement a été revu à deux reprises : le cadre du 'tender activeringstrajecten (TAT)' a été révisé dans le 'tender activeringszorg' (TAZ), lui même refondu dans un cadre TAZbis (effectif depuis février 2013). Voyez VDAB, document interne non daté intitulé « Situering activeringsbegeleiding » (TAZ) et Note de l'intranet du VDAB, *Tender Activeringszorg* (TAZ), 14 mai 2013.

⁶³ Décret flamand du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soins, *Moniteur belge*, 14 août 2014. Voyez l'exposé des motifs : Proposition de décret portant les parcours de travail et de soins, *Doc. parl.*, Parlement flamand, 31 janvier 2014, n°2442-1.

⁶⁴ Proposition de décret portant les parcours de travail et de soins, *Doc. parl.*, Parlement flamand, 31 janvier 2014, n°2442-1, p. 9.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 2.

⁶⁶ *Ibidem*.

présentation des parcours de travail et de soins⁶⁷.

Le décret ne concerne pas que les chômeurs indemnisés que suit le VDAB mais également les personnes qui relèvent de l'INAMI, des CPAS ou du SPF Sécurité sociale (DG Personnes handicapées)⁶⁸. Ce décret confirme la volonté des autorités publiques flamandes de transcender les différents statuts de protection sociale en tenant cependant compte des différents droits et obligations propres à chaque secteur (CPAS/ INAMI/ personnes handicapées)⁶⁹.

L'objectif du décret est également de retravailler les différents trajets autour d'une « échelle de participation » en vue de garantir aux allocataires une participation optimale à la société⁷⁰. Inspiré partiellement du système hollandais, ce projet a pour objectif de faire participer chacun, selon ses compétences, à la société, si possible par le travail.

L'échelle de participation fonctionne de la façon suivante : la personne relève du niveau 6 si elle peut travailler de façon rémunérée (comme un travailleur ordinaire), du niveau 5 si elle est apte au « travail rémunéré avec soutien ». Si la personne est associée à un de ces deux niveaux, elle sera engagée dans les liens d'un contrat de travail, ce qui n'est pas le cas des niveaux 1 à 4. La personne est évaluée au niveau 4 si elle peut être dirigée vers « des parcours d'activation temporaire » ciblés vers le travail rémunéré ; elle dépend du niveau 3 si elle peut seulement être orientée vers « des activités professionnelles » (qui peuvent comprendre l'*arbeidszorg*, le suivi d'une formation, d'un cours ou la participation à des activités d'une association ou de centres psychiatriques). Reste enfin le niveau 2 où la personne peut avoir des « contacts sociaux à l'extérieur » - elle peut notamment participer à des activités socio-culturelles - et le niveau 1 où les contacts sont limités au cercle familial ou à la structure d'aide sociale dans laquelle elle réside⁷¹.

Une fois le degré de participation sociale de la personne déterminé, un parcours lui sera proposé. Le législateur flamand a conçu trois types de parcours qui sont associés aux niveaux 3 ou 4 de l'échelle de participation⁷². C'est là que la demande d'encadrement des activités se faisait manifestement le plus sentir⁷³. Il s'agit des parcours d'activation, des parcours d'orientation sociale ou encore des parcours d'activités professionnelles⁷⁴. Les parcours d'activités professionnelles sont les seuls qui n'ont pas été élaborés dans ce décret. Le décret prévoit seulement que les contours des activités professionnelles seront

⁶⁷ *Ibid.*, p. 5. Voyez GAILLY L., KNAEPS J., VAN AUDENHOVE C., « La réadaptation professionnelle des personnes souffrant de troubles multiples », Sécurité sociale CHSS, dossier « Santé mentale et emploi », 2014, n°2, 78-79.

⁶⁸ Proposition de décret portant les parcours de travail et de soins, *Doc. parl.*, Parlement flamand, 31 janvier 2014, n°2442-1, p. 9.

⁶⁹ *Ibidem*.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 2. Voyez déjà le powerpoint du VDAB du 7 mai 2012 présenté en vue d'un échange avec le FOREM : URL : <http://prezi.com/jqlkbbemju0b/echange-forem-vdab-personnes-avec-des-problemes-de-sante/>, consulté le 6 janvier 2014.

⁷¹ Voyez l'article 8 du décret flamand du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soins, *op. cit.*.

⁷² Voyez le Rapport des Commissions de l'Economie, des Instruments économiques publics, de l'Innovation, de la Politique scientifique, de l'Emploi et de l'Economie sociale par Björn Rzoka, 15 avril 2014, n°2442-8, p. 5.

⁷³ *Ibidem*.

⁷⁴ Voyez également à ce sujet l'étude de SAMOY E., *Handicap en Arbeid*, Deel I, Definities en Statistieken over de arbeidsdeelname van mensen met een handicap, mars 2013, disponible sur le site des autorités publiques flamandes *werk.be*, consulté le 15 janvier 2014. URL : <http://www.werk.be/onderzoek/publicaties/notaHandicapArbeid.htm>.

définis par le gouvernement flamand⁷⁵. C'est donc lui qui déterminera l'offre des activités, les conditions minimales de qualité de l'offre, les modalités d'accès, le processus d'évaluation et les conditions de reconnaissance et de subsides pour ceux qui désirent introduire une offre d'activités professionnelles⁷⁶.

Le législateur flamand s'est donc attelé à concevoir, dans un premier temps, les deux premiers types d'activités (les parcours d'activation et d'orientation sociale)⁷⁷. La composante du travail est plus présente pour les parcours d'activation que ne l'est la composante de soin tandis que l'inverse s'applique aux parcours d'orientation sociale⁷⁸.

Les parcours d'activation peuvent avoir une durée de 3 à 18 mois⁷⁹. Le gouvernement flamand déterminera toutefois les conditions pour qu'ils puissent être prolongés⁸⁰. Il s'agit de parcours qui préparent l'allocataire au « travail professionnel rémunéré »⁸¹. Un accompagnement sur le lieu de travail est prévu et il peut être individuel ou collectif. Il ne sera toutefois précisé que lorsque les différents accompagnements seront définis (dans le cadre des trajets d'activités professionnelles). Dans ce contexte, le lieu de travail « donne la chance aux personnes d'expérimenter les fonctions latentes du travail, notamment le fait que la personne exerce une activité significative, qu'elle puisse recevoir une structure, avoir des contacts sociaux et une possibilité d'épanouissement personnel »⁸².

Les parcours d'orientation sociale ont, quant à eux, une durée de six mois maximum. Un tel parcours « prépare le participant à une combinaison de soins et d'activités éventuellement professionnelles »⁸³. Il peut être prolongé exceptionnellement d'après les conditions que déterminera le gouvernement flamand⁸⁴.

Le décret prévoit, pour chaque type de trajet, un *case manager* « Travail »⁸⁵ et un *case manager* « Soins » qui forment une équipe « autour de l'allocataire »⁸⁶. Ces deux *managers* définissent avec l'allocataire le parcours de travail et de soins qui lui correspond⁸⁷. Ces deux *case managers* existaient déjà par le passé mais la coordination entre ces deux « domaines » pourtant complémentaires n'était pas toujours optimale. Le législateur flamand

⁷⁵ Pour ce qui concerne l'accompagnement dans le cadre du trajet d'activation, la note de travail du 7 juin 2013 indiquait seulement des obligations en termes d'heures d'accompagnement, ainsi que de disponibilité, d'attention et de qualification de l'accompagnateur.

⁷⁶ Articles 35, 36 et 37 du décret flamand du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soins, *op. cit.*.

⁷⁷ Voyez l'article 2, 31° du décret flamand du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soins, *op. cit.*.

⁷⁸ Proposition de décret portant les parcours de travail et de soins, *Doc. parl.*, Parlement flamand, 31 janvier 2014, n°2442-1, p. 8.

⁷⁹ Voyez l'article 24 du décret du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soins, *op. cit.*.

⁸⁰ *Ibidem*.

⁸¹ Voyez l'article 2, 1° du décret du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soins, *op. cit.*.

⁸² Proposition de décret portant les parcours de travail et de soins, *Doc. parl.*, Parlement flamand, 31 janvier 2014, n°2442-1, p. 20. Traduction libre.

⁸³ Voyez l'article 2, 24° du décret flamand du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soins, *op. cit.*.

⁸⁴ Voyez l'article 26 du décret flamand du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soins, *op. cit.*.

⁸⁵ Notons que seront en charge du *casemanager werk* le VDAB ou un acteur du travail qu'il mandatera pour assurer le suivi de l'allocataire. Plusieurs acteurs de terrain déplorent le fait que le VDAB soit juge et partie dans ce dossier.

⁸⁶ Voyez les articles 10 à 17 du décret flamand du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soins, *op. cit.* et proposition de décret portant les parcours de travail et de soins, *Doc. parl.*, Parlement flamand, 31 janvier 2014, n°2442-1, pp. 12 et s..

⁸⁷ Voyez les articles 13 et 14 du décret flamand du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soins, *op. cit.*.

a donc précisé les obligations de ces deux *managers* - entre autres en termes d'accompagnement de la personne - et exigé qu'ils travaillent davantage ensemble⁸⁸. Les prestataires de services auxquels font appel les *case managers* sont structurés en réseau. Afin de veiller à la bonne exécution du trajet, le rôle de secrétaire d'un réseau de prestataires de services, appelé *penhouder*, est créé, ce qui permet de regrouper en réseau les acteurs du travail et du soin⁸⁹. Au minimum dans chaque province, le *penhouder* devra représenter les prestataires et attester de leur expertise professionnelle⁹⁰. Notons que la composante soins doit être exécutée par un membre d'un établissement de soins, un médecin ou un psychiatre⁹¹. A la fin du parcours, un rapport final est dressé par les *case managers* et une discussion a lieu entre ceux-ci, le VDAB et l'allocataire sur la possibilité d'être dirigé vers le travail rémunéré (après le suivi d'un trajet d'activation), ou vers des activités de travail (après le suivi du trajet d'orientation sociale)⁹².

Le 1^{er} septembre 2015, l'entrée en vigueur du décret relatif à ce nouveau cadre est toujours indéterminée et son articulation avec les cinq trajets mentionnés ci-dessus n'a pas encore été précisée⁹³.

B. En Région wallonne⁹⁴

Pour prendre en compte les problèmes liés à l'inaptitude au travail, le Forem a modifié sa structure interne en mars 2013 en créant des comités pluridisciplinaires, dits aussi *comités d'appui*. Ces comités sont généralement composés de cinq ou six membres : y assistent un à deux représentants du secteur de la santé mentale, un représentant de l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH), deux représentants ayant une expertise dans le domaine de l'insertion socioprofessionnelle et un représentant ayant une expertise dans le domaine du social (CPAS)⁹⁵.

Concrètement, ces comités procèdent à l'étude de situations plus complexes relevant du psycho-médico-social⁹⁶. « C'est l'assistant social du Forem qui est la porte d'entrée de ce comité et qui est chargé d'y présenter les cas 'anonymisés' nécessitant un examen

⁸⁸ Ces managers travaillent avec l'allocataire à la définition du trajet, au suivi et à l'évaluation de l'allocataire par rapport à ce trajet et à l'aménagement du trajet en question (*Ibidem*).

⁸⁹ Proposition de décret portant les parcours de travail et de soins, *Doc. parl.*, Parlement flamand, 31 janvier 2014, n°2442-1, p. 17.

⁹⁰ C'est le gouvernement qui précise l'expertise nécessaire pour faire partie de ces prestataires. Article 18 du décret flamand du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soins.

⁹¹ Proposition de décret portant les parcours de travail et de soins, *Doc. parl.*, Parlement flamand, 31 janvier 2014, n°2442-1, p. 19.

⁹² Articles 33 et 34 du décret flamand du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soins.

⁹³ Pour l'accueil réservé à ce nouveau décret par les acteurs de terrain, voyez DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*

⁹⁴ A l'exception du territoire de langue allemande.

⁹⁵ Réponse de A. Antoine, ministre régional wallon de l'Emploi et de la Formation à la question écrite de G. Trotta (PS) sur « l'insertion professionnelle et les défis de la santé mentale », Parlement wallon, 10 juin 2013, n°114.

⁹⁶ Un document à ce sujet, présenté par Mme Carol Descamps, directrice exécutive de Forem conseil, a été distribué lors de la journée organisée par l'INAMI le 29 janvier 2013 autour de la sortie du rapport de l'OCDE déjà cité et relatif à "Santé mentale et emploi en Belgique".

pluridisciplinaire au regard de leur complexité ou de leur aspect multifactoriel. Suite à ces concertations/supervisions, le comité d'appui [est] amené à décider d'orienter la personne vers un ou des acteurs du réseau offrant des prestations susceptibles de venir en appui à celles des assistant(e)s sociaux(-les) et de répondre aux besoins de la personne tout en veillant à ne pas perdre de vue le volet insertion socioprofessionnelle »⁹⁷. Pendant ce processus, l'assistant social « continue à assurer le suivi de la personne en entretenant des contacts avec l'opérateur et/ou le comité d'appui et le demandeur d'emploi lui-même. La durée de cette prise en charge est variable en fonction des besoins de la personne. Estimée à 18 mois, celle-ci peut se prolonger si nécessaire »⁹⁸. Enfin, « à la fin de ces prestations, une évaluation concertée clôturera cet accompagnement et l'assistant social envisagera les suites du parcours avec la personne (retour vers l'accompagnement vers l'emploi ou recherche d'un parcours spécifique) »⁹⁹.

Les principaux partenaires du Forem peuvent être regroupés sous les catégories suivantes : les régies des quartiers, les centres d'insertion socioprofessionnelle (anciennement EFT et OISP), les agences locales pour l'emploi, les missions régionales pour l'emploi, l'enseignement de promotion sociale, l'Institut wallon de formation en alternance et des indépendants et petites et moyennes Entreprises (IFAPME), les centres publics d'action sociale (CPAS) et l'AWIPH. Au sujet des personnes souffrant de troubles mentaux, le Forem recourt surtout à « des partenaires hors champ insertion socioprofessionnelle tels que « les services de santé mentale, les relais sociaux, les projets 107, les centres de lutte contre la toxicomanie »¹⁰⁰.

Il semble que les partenaires - tant privés que publics - du Forem se font plus nombreux dans le domaine de la santé mentale¹⁰¹. A l'heure actuelle, c'est le décret wallon du 12

⁹⁷ Réponse de A. Antoine, ministre régional wallon de l'Emploi et de la Formation à la question écrite de G. Trotta sur « l'insertion professionnelle et les défis de la santé mentale », Parlement wallon, 10 juin 2013, n°114. Cette réponse reprend les termes du document du « Forem Structure d'appui aux prestations des assistants sociaux du Forem effectuées dans le cadre de l'accompagnement individualisé des demandeurs d'emploi ».

⁹⁸ Document présenté par Mme Carol Descamps, *op. cit.*.

⁹⁹ *Ibidem.*

¹⁰⁰ Information communiquée par le Forem en décembre 2014.

¹⁰¹ A titre d'exemple, l'asbl *Mirena*, l'asbl *Psytoyens*, la Mirec, l'initiative d'Habitation protégée *L'Entre-Temps*, l'entreprise de formation par le travail *L'Essor*, l'asbl *Article 23* - faisant écho au droit au travail tel qu'inscrit à l'article 23 de la Déclaration universelle des droits de l'homme -, la réhabilitation psychiatrique par l'*Espace Socrate*, le centre de réadaptation professionnelle *Prorienta*, certains relais sociaux (pour n'en citer que quelques-uns) proposent différentes pistes de réhabilitation professionnelle ou de réorientation pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Voyez

janvier 2012 relatif à l'accompagnement individualisé des demandeurs d'emploi et au dispositif de coopération pour l'insertion qui formalise ces collaborations¹⁰².

La personne souffrant de troubles psychiques peut, dans certains cas, être dirigée vers une formation. Elle est alors dirigée vers un des douze Carrefours Emploi Formation Orientation qui ont pour but d'aider les demandeurs d'emploi dans leur recherche d'emploi, de formation, dans la création d'activité et dans leur orientation¹⁰³.

Enfin, le Forem a lancé, en mars 2015, à Liège, Huy et Charleroi une expérimentation relative aux publics éloignés de l'emploi dont les personnes souffrant de problèmes psycho-médico-sociaux¹⁰⁴. Sont compris dans le groupe cible les personnes souffrant de crises d'angoisse, de phobies, de troubles obsessionnels compulsifs ainsi que les personnes souffrant de troubles bipolaires ou de schizophrénie. L'objectif de ce projet pilote est de « tester plusieurs scénarii relatifs à la mise en réseau des acteurs, au diagnostic et à l'établissement de trajets spécifiques vers l'emploi alternant accompagnement psycho-médico-social et actions d'insertion socioprofessionnelle ». Le projet comprend un volet « action » qui vise à fournir un accompagnement individualisé à 50 personnes et un volet « recherche » qui a notamment pour objectif de « proposer des trajets spécifiques 'types' susceptibles de lever des freins de type psycho-médico-sociaux, à des fins d'insertion socioprofessionnelle, listant notamment des indicateurs de progression vers l'emploi ». La première évaluation de cette expérience aura lieu en septembre 2015.

notamment à ce sujet CARBONNELLE S., GRUBER P., *Comment construire des ponts entre le monde du travail et le monde de la santé mentale ?*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, août 2011. Voyez également LARROUMETS-BRAND M., *L'insertion professionnelle des sujets souffrant de schizophrénie. En Belgique francophone, existe-t-il des possibilités d'insertion professionnelle pour les sujets atteints de schizophrénie ?*, publié en septembre 2012 sur le site expertisepunt, un projet du VOSEC et de SAW-B, les asbl flamandes et francophones spécialisées dans le domaine de l'économie sociale, consulté le 15 février 2014, pp. 34-35. URL : <http://www.expertisepunt.be>.

¹⁰² *Moniteur belge*, 23 janvier 2012. Voyez aussi l'arrêté du gouvernement wallon du 28 juin 2012 portant exécution du décret du 12 janvier 2012 relatif à l'accompagnement individualisé des demandeurs d'emploi et au dispositif de coopération pour l'insertion (*Moniteur belge*, 17 septembre 2012).

¹⁰³ Ces structures « sont le résultat d'un partenariat structurel » avec d'autres partenaires, dont l'AWIPH et les centres de réinsertion professionnelle qui prennent en charge les personnes souffrant d'une inaptitude au travail. Voyez le site du Forem, consulté le 1^{er} octobre 2014. URL : <https://www.leforem.be/partenaires/actions/fonctionnement-des-carrefour-emploi-formation-orientation.html>.

¹⁰⁴ L'appel est intitulé « Réseau Expérimental d'Appui Pluridisciplinaire au travail d'Insertion Socio-Professionnelle ».

C. En Région bruxelloise

Lorsqu'un demandeur d'emploi souffre de troubles mentaux, il est dirigé chez Actiris vers le service centralisé « guidance recherche active d'emploi » ou vers le service de la consultation sociale qui propose un « accompagnement pour public spécifique » (APS). Cet accompagnement consiste en « un parcours d'insertion personnalisé comprenant des séances d'accueil, des actions de détermination de projet professionnel et d'accompagnement intensif »¹⁰⁵. Le service « guidance recherche active d'emploi » aide le demandeur d'emploi à choisir une orientation professionnelle et lui apprend à faire valoir ses « atouts sur le marché de l'emploi »¹⁰⁶. Ce service « propose une aide personnalisée, adaptée aux besoins de chacun et notamment à un public plus fragilisé sur le marché de l'emploi »¹⁰⁷.

Si la personne dispose encore d'une capacité de gain suffisante, elle sera envoyée vers les services d'Actiris qui ont été renforcés par l'engagement de trois nouveaux assistants sociaux. Ces trois nouvelles recrues ont été engagées spécifiquement pour s'occuper des personnes qui rencontrent une inaptitude permanente de 33% au moins ou qui sont dites « MMPP ». Celles-ci recevront un accompagnement « renforcé ». Aujourd'hui, cela signifie que parallèlement au bilan de leur situation, elles doivent rencontrer les assistants sociaux de façon régulière. Les trajets proposés sont opérationnels - même s'ils le sont de façon encore expérimentale - depuis le 1^{er} novembre 2014.

Dans le cadre d'un trajet « APS », Actiris travaille souvent avec une série de partenaires (dits « APS »). Concrètement, cela signifie que « ces partenaires accompagnent ceux qui rencontrent des obstacles physiques, psychologiques ou comportementaux qui freinent leur intégration professionnelle ou l'accès à une formation »¹⁰⁸. Les parcours

¹⁰⁵ Voyez le site d'Actiris, consulté le 30 décembre 2014. URL : <http://www.actiris.be/ce/tabid/103/Default.aspx>.

¹⁰⁶ Voyez le site d'Actiris, consulté le 30 décembre 2014. URL : <http://www.actiris.be/ce/tabid/101/language/fr-BE/Orientation-professionnelle-et-techniques-de-recherche-d-emploi.aspx>.

¹⁰⁷ Rapport annuel 2013 d'Actiris, disponible sur le site d'Actiris.
URL : http://www.actiris.be/Portals/37/RA_2013_FR.pdf.

¹⁰⁸ Tel qu'exposé sur le site d'Actiris. Voyez pour la liste des partenaires : <http://www.actiris.be/Default.aspx?tabid=117&t=vtp&idType=2&language=fr-BE&lang=fr>, consulté le 2 novembre 2012. Au sujet du Centre de Réadaptation sociale et d'Intégration sociale (CRIT), voyez LARROUMETS-BRAND M., *L'insertion professionnelle des sujets souffrant de schizophrénie. En Belgique francophone, existe-t-il des possibilités d'insertion professionnelle pour les sujets atteints de schizophrénie ?*, op. cit., pp. 47 et s..

d'insertion personnalisés qu'ils proposent « comprennent des séances d'accueil, des actions de détermination de projet professionnel, et d'accompagnement intensif »¹⁰⁹.

Parmi la dizaine de partenaires d'Actiris qui s'inscrivent dans le cadre de l'APS, certains ont dirigé leur expertise vers les problèmes psychiatriques (combinés parfois avec d'autres problèmes de santé). Pensons tout d'abord aux missions locales pour l'emploi et leur équivalent néerlandophone, les *lokale werkwinkels*, qui accompagnent tous deux les demandeurs d'emploi les plus fragiles¹¹⁰. Les missions locales de Forest, de Schaerbeek et de Molenbeek sont connues pour accompagner régulièrement des allocataires souffrant de troubles mentaux. Il est également fait appel à d'autres opérateurs dans le secteur de la santé mentale tels que le centre de réadaptation sociale et d'intégration sociale (CRIT), l'Atelier *Groot Eiland* et le *Centrum voor Ambulante Diensten 'De Werklijn'*.

Actiris se tourne également vers les dispositifs proposés par les agences pour personnes handicapées en Région bruxelloise, à savoir pour les personnes handicapées bruxelloises francophones le service « Personne handicapée autonomie recherchée » (PHARE) qui dépend de la Commission communautaire française¹¹¹ et pour les personnes handicapées néerlandophones le VDAB qui a repris les compétences relatives à la réinsertion professionnelle des personnes handicapées de l'Agence flamande pour les personnes handicapées en 2006.

Actiris peut également recourir aux organismes de formation. Les néerlandophones seront orientés par Actiris vers le VDAB, précisément vers le service régional bruxellois

¹⁰⁹ Tel qu'exposé sur le site d'Actiris.

<http://www.actiris.be/Default.aspx?tabid=117&t=vtp&idType=2&language=fr-BE&lang=fr>, consulté le 2 novembre 2012.

¹¹⁰ Voyez à ce sujet l'ordonnance du 27 novembre 2008 relative au soutien des missions locales pour l'emploi et des "lokale werkwinkels" (*Moniteur belge*, 15 décembre 2008) et l'arrêté du 8 mars 2012 du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale portant exécution de l'ordonnance du 27 novembre 2008 relative au soutien des missions locales pour l'emploi et des "lokale werkwinkels", *Moniteur belge*, 16 mars 2012. Sur l'évolution du cadre normatif des missions locales, voyez DUMONT D., « Le droit bruxellois de l'emploi et de la formation professionnelle en mouvement : de la création de la Région à la veille de la sixième réforme de l'Etat » in DE BROUX P.-O., LOMBAERT B., YERNAULT D. (dir.), *Le droit bruxellois. Un bilan après 25 ans d'application (1989-2014)*, Bruxelles, Bruylant, 2015 (à paraître).

¹¹¹ Le service Personne Handicapée Autonomie Recherchée, est un « service à gestion séparée constitué au sein des services du Collège de la Commission communautaire française par le décret de la Commission communautaire française du 18 décembre 1998 relatif à la création d'un service à gestion séparée mettant en oeuvre la politique d'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées » (Voyez l'article 1, 9° du décret du Parlement francophone bruxellois du 17 janvier 2014 relatif à l'inclusion de la personne handicapée, *Moniteur belge*, 3 octobre 2014).

de la formation professionnelle du VDAB (*Regionale Dienst Beroepsopleiding Brussel*) qui joue le rôle d'opérateur et de régisseur des organismes de formation à Bruxelles¹¹². Les francophones seront, quant à eux, dirigés vers Bruxelles Formation qui est « l'opérateur de formation le plus important dans l'espace bruxellois francophone et le 'régisseur', c'est-à-dire le coordinateur de l'ensemble de l'offre de formation, publique et privée, au sein de ce même espace »¹¹³. Bruxelles Formation a été créé par le décret du 17 mars 1994 de la Commission communautaire française portant création de l'Institut bruxellois francophone pour la formation professionnelle¹¹⁴. Bruxelles Formation n'est pas le seul opérateur dans le domaine de la formation pour les francophones de Bruxelles : les organismes d'insertion socioprofessionnelle sont également des acteurs clé dans ce domaine¹¹⁵.

Enfin, il existe chez Actiris un groupe de travail abordant les problématiques transversales et étudiant à l'heure actuelle les dénominations optimales pour prendre en compte les problèmes de santé - et les autres problématiques qui s'y ajoutent - sans stigmatiser l'allocataire.

3.2. Les programmes de réinsertion professionnelle à destination des assurés souffrant de troubles mentaux dans le domaine de l'assurance soins de santé et indemnités

Après avoir expliqué les grandes évolutions qui ont lieu dans les services régionaux de l'emploi, il s'agit d'envisager à présent l'état d'avancement des différents programmes et services accessibles aux assurés de l'INAMI.

Lorsque la personne est en incapacité de travail, trois pronostics peuvent être posés par le médecin-conseil correspondant à différents trajets de réinsertion¹¹⁶ : premièrement, le médecin-conseil estime que l'assuré peut reprendre à terme son poste de travail de façon partielle ou totale. Deuxièmement, dans les cas où le retour vers le poste de travail est

¹¹² Voyez à ce sujet : DUMONT D., « Le droit bruxellois de l'emploi et de la formation professionnelle en mouvement : de la création de la Région à la veille de la sixième réforme de l'Etat », *op. cit.*.

¹¹³ *Ibidem*.

¹¹⁴ *Moniteur belge*, 6 avril 1994.

¹¹⁵ Voyez sur le rôle de chacun de ces acteurs : DUMONT D., « Le droit bruxellois de l'emploi et de la formation professionnelle en mouvement : de la création de la Région à la veille de la sixième réforme de l'Etat », *op. cit.*.

¹¹⁶ Voyez également la circulaire 2014/143 du 18 mars 2014 ; entrée en vigueur le 19 mars 2014 mais non publiée au *Moniteur belge*.

impossible car l'incapacité de travail est définitive, le médecin-conseil évalue la capacité de la personne à exercer une profession de référence, à savoir celle « qu'elle a ou aurait pu exercer du fait de sa formation et de sa carrière professionnelles »¹¹⁷. Il faut alors distinguer deux situations : soit elle est apte pour une autre profession de référence, moyennant éventuellement une mise à niveau nécessaire (qui est alors prise en charge par l'assurance chômage ou l'employeur), soit elle est temporairement inapte pour une autre profession de référence et elle peut suivre un processus de réhabilitation (qui est, lui, pris en charge par l'assurance soins de santé et indemnités). Troisièmement, si la personne est définitivement inapte à exercer une profession de référence, le médecin-conseil évalue alors avec elle la possibilité d'exercer à terme une autre profession en entamant un processus de réorientation professionnelle (qui fait partie intégrante du processus de réadaptation professionnelle de l'INAMI).

Dans cette section, nous aborderons la façon dont l'offre d'accompagnement est structurée entre les différents acteurs en charge de la réhabilitation professionnelle des assurés de l'INAMI souffrant de troubles mentaux (3.2.1.). Ensuite, nous ferons le point sur le type de programmes développés spécifiquement à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux (3.2.2.).

3.2.1. La structuration de l'offre d'accompagnement

Plusieurs organismes sont accessibles aux assurés de l'INAMI. Ils recouvrent des appellations diverses - qui se recoupent parfois - et sont extrêmement variés. A titre d'exemple, peuvent participer de près ou de loin à la réinsertion professionnelle des assurés de l'INAMI : des hôpitaux psychiatriques, des centres de revalidation psycho-sociale (CRP), des centres de réadaptation fonctionnelle (CRF), des centres thérapeutiques, psychothérapeutiques, des missions locales, des ateliers protégés, des ateliers sociaux, des dispositifs d'*arbeidszorg*, des services de santé mentale, des entreprises de travail adapté, des services d'activation, des ateliers ou des entreprises de formation par le travail (EFT), des centres de formation professionnelle, et encore d'autres asbl qui ne revêtent pas une de ces appellations.

¹¹⁷ Voyez pour plus de précisions à ce sujet la circulaire 2014/63 du 30 janvier 2014 et la circulaire 2014/143 du 18 mars 2014. Ces circulaires ne sont toutefois pas publiées au Moniteur belge.

Certaines initiatives sont soutenues localement, par exemple par un hôpital en particulier (l'Espace Socrate est financé en partie par le centre hospitalier universitaire de Charleroi) ou par un financement temporaire régional (le service Activation est financé par la Région wallonne). D'autres initiatives sont développées dans le domaine de l'économie sociale (certaines initiatives d'*arbeidszorg* par exemple). La plupart de ces structures peuvent toutefois être rattachées financièrement à trois grands organismes qui décident des grandes orientations de l'accompagnement prodigué : les services régionaux de l'emploi (A), l'INAMI (B) et les organismes pour personnes handicapées en charge de leur intégration (C)¹¹⁸.

Enfin, face à la multitude de micro-organisations, certaines initiatives sont nées dans le but de rassembler les divers projets existants et de mettre en exergue leur complémentarité ou dans l'optique d'accroître la communication entre certains secteurs cloisonnés participant à la réinsertion professionnelle des personnes souffrant de troubles mentaux¹¹⁹.

A. L'accompagnement des assurés par les services régionaux de l'emploi

Pendant plusieurs années, les assurés de l'INAMI ont pu être suivis par les services régionaux de l'emploi sans qu'une convention régisse la collaboration entre ces administrations publiques. Le demandeur d'emploi était alors simplement enregistré comme demandeur d'emploi libre. Depuis 2012, le processus d'accompagnement des services régionaux de l'emploi est progressivement structuré à l'égard de ces bénéficiaires. Trois conventions de collaboration - que nous passerons en revue ci-dessous - ont été conclues entre l'INAMI, les organismes assureurs, les services régionaux de l'emploi et les organismes en charge de l'intégration des personnes handicapées. En 2015, il est question de conclure une convention similaire avec la Communauté germanophone qui assure, sur le territoire de la région de langue allemande, la formation professionnelle et le placement des demandeurs d'emplois.

Chaque convention précise les rôles des différentes parties¹²⁰, les grandes étapes de la prise en charge, le suivi et l'évaluation de la convention et le financement des actions de réinsertion. Dans chaque convention, il est prévu que le bénéficiaire s'inscrit dans le

¹¹⁸ Ce rattachement financier ne saurait signifier que l'INAMI ne paye pas ces organismes, comme on va le voir ultérieurement.

¹¹⁹ Voyez à ce sujet les recommandations générales, le point 5.3.

¹²⁰ Le rôle des différentes parties à la convention est mentionné de façon plus ou moins précise dans chaque convention. Le rôle du médecin-conseil est également précisé dans le cadre du processus de réinsertion professionnelle.

processus sur base volontaire. Par contre, seules les conventions conclues pour la Flandre et la Région wallonne prévoient les modalités relatives à la résiliation du contrat et à ses modifications.

En ce qui concerne le financement des programmes de réinsertion pour les assurés de l'INAMI, des montants forfaitaires - pris en charge par l'INAMI - sont déterminés par bénéficiaire pour la phase de bilan et/ou de détermination du projet.

En Wallonie, les coûts relatifs à la détermination de projet ne peuvent excéder 6000 euros par bénéficiaire. A Bruxelles, les coûts relatifs à la phase de bilan ne peuvent excéder 2000 euros par bénéficiaire mais une phase supplémentaire de supervision par un conseiller peut être prévue si une proposition concrète de formation n'a pas encore été finalisée. Un coût supplémentaire de 2000 euros est alors prévu pour clôturer cette phase de bilan. Pour les modules de formation ou d'insertion, les coûts sont établis par les opérateurs de formation ou d'insertion, selon l'offre de services d'Actiris ou du Forem et de leurs partenaires respectifs. En Flandre, la convention prévoit un montant de 2500 euros pour la phase d'orientation et de 10 000 euros pour la phase de formation.

Précisons que dans les conventions pour les assurés établis à Bruxelles ou en Wallonie, il est mentionné que le médecin-conseil s'assure, préalablement à la sollicitation du conseiller d'Actiris ou du Forem, « que les aptitudes physiques et /ou mentales du bénéficiaire ne sont pas en contradiction avec tout processus de réinsertion socioprofessionnelle ». Il n'y a pas d'autre mention spécifique relative aux troubles mentaux dans ces accords. En Flandre, il est uniquement fait référence à une enquête psychologique dans le cadre de la phase d'orientation. Toutefois, nous avons déjà expliqué qu'une politique spécifique pour les assurés souffrant de troubles mentaux est effective et qu'elle est également mise en œuvre à l'égard des assurés de l'INAMI.

La convention à Bruxelles et sa mise en œuvre pour les personnes souffrant de troubles mentaux

En Région bruxelloise, une convention de collaboration a été conclue le 5 novembre 2013 entre l'INAMI, les organismes assureurs, Actiris, le VDAB, Bruxelles Formation et le Phare dans la cadre de la réinsertion socioprofessionnelle des bénéficiaires reconnus en incapacité de travail¹²¹. Actiris s'engage à prendre en charge un volume annuel maximal de **30 parcours**. Bien qu'entrée en vigueur le 5 novembre 2013, la convention n'a été mise en

¹²¹ Circulaire n° 2014/127 du 10 mars 2014.

œuvre qu'en mars 2014. Entre avril et septembre 2014, 45 personnes avaient été envoyées par les mutuelles et 38 parcours ont été entamés. Sur les 14 premiers accompagnements, Actiris estimait que cinq personnes présentaient cumulativement un problème de santé physique et psychologique mais personne n'avait été détecté comme souffrant exclusivement de problèmes dits « psychologiques »¹²².

A la fin de l'année 2014, Actiris ne recourait pas encore, dans le cadre de la convention avec l'INAMI, aux partenaires spécialisés dans le secteur de la santé mentale que nous avons répertoriés dans le cadre de l'accompagnement pour public spécifique (voir ci-dessus). Les assurés de l'INAMI étaient soit en phase d'orientation, soit en phase de formation. En juillet 2015, il y aurait plus de 130 parcours en cours - soit beaucoup plus que le volume annuel maximal fixé dans la convention - mais nous ne disposons pas d'informations plus détaillées.

En ce qui concerne les troubles mentaux, il apparaît que les troubles mentaux des assurés sont rarement mentionnés dans le document rempli par le médecin-conseil pour informer le service régional de l'emploi sur les limitations fonctionnelles du bénéficiaire. D'après Actiris, ce document est souvent incomplet et trop généraliste en ce qui concerne les troubles mentaux. Par exemple, le médecin-conseil signale un problème de stress alors qu'il peut s'agir d'une angoisse chronique ou d'un choc post-traumatique non traité. En outre, il est problématique pour Actiris que le médecin-conseil ne doive pas faire état du passé du bénéficiaire lorsque celui-ci impacte ses limitations au travail (difficultés d'apprentissage, suivi d'un enseignement spécial, hospitalisation en psychiatrie, troubles du comportement ou de l'humeur qui peuvent avoir un rôle dans le processus de retour à l'emploi).

Les conseillers d'Actiris doivent établir un bilan psycho-médico-social mais ils ne peuvent pas établir de diagnostic médical. Concrètement, lorsqu'ils constatent de potentielles souffrances psychiques, ils renvoient en règle générale les assurés vers Bruxelles-Formation, le VDAB ou le PHARE.

¹²² Voir la présentation d'Actiris lors de la conférence du 3 octobre 2014.

La convention en Wallonie et sa mise en œuvre pour les personnes souffrant de troubles mentaux

Le 30 avril 2013, une convention de collaboration entre l'INAMI, les organismes assureurs, l'AWIPH et le Forem fut conclue dans le cadre de la réinsertion professionnelle des assurés reconnus en incapacité de travail¹²³. Dans le cadre de cette convention, le Forem s'engage à prendre en charge un volume annuel maximal de **200 parcours**.

Au Forem, depuis le début de la convention en 2013 jusqu'à la fin avril 2015, 366 assurés de l'INAMI ont suivi ou suivent une phase de détermination de projet. Cinquante assurés ont été orientés vers le Forem mais n'ont pas suivi de phase de détermination pour plusieurs motifs : soit il n'y avait pas de demande de la part de l'assuré, soit le médecin n'avait pas validé la demande, soit les problèmes de santé étaient trop importants. Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de sous-classification officielle liée aux troubles mentaux. Pour la plupart des assurés qui sont arrivés au terme de la phase de détermination, la conclusion du Forem est qu'une formation est nécessaire.

Notons encore que certains assurés de l'INAMI peuvent participer à l'expérimentation à Liège, Huy et Charleroi relative aux demandeurs d'emploi éloignés de l'emploi (voir le point ci-dessus 3.1.2.B.). Le cas échéant, ils s'inscrivent comme demandeurs d'emploi et peuvent avoir accès à cette expérimentation. Ceux qui ont entamé l'expérimentation en mars 2015 sont, tous, en mai 2015, en phase de *screening* (phase incluse dans le projet d'expérimentation).

Les situations des assurés de l'INAMI ne sont par contre pas analysées par le comité d'appui qui, à l'heure actuelle, s'intéresse aux situations des allocataires relevant exclusivement de l'assurance chômage.

S'il est actuellement impossible de cartographier tous les programmes auxquels recourt le Forem, le Forem a exigé que chaque direction régionale établisse pour septembre 2015 un cadastre des différents opérateurs auxquels les travailleurs du Forem recourent, y compris les opérateurs dits « hors champ insertion professionnelle » qui concernent notamment les acteurs du champ de la santé mentale.

¹²³ Circulaire O.A. n°2013/180 du 30 avril 2013.

La convention en Flandre et sa mise en œuvre pour les personnes souffrant de troubles mentaux

On le sait à présent : les autorités flamandes appréhendent la problématique des « problèmes mentaux » et des « MMPP » de façon globale sans avoir égard au statut social de la personne. Par conséquent, les assurés de l'INAMI souffrant de troubles mentaux étaient déjà accompagnés par le *VDAB* ou le *GTB* avant la conclusion de la convention avec l'INAMI. Pour le *VDAB*, les assurés de l'INAMI doivent avoir accès à la même offre d'accompagnement que les demandeurs d'emploi¹²⁴. Les cinq trajets établis pour tout demandeur d'emploi (voir le point 3.1.2.A.) valent donc également pour les assurés de l'INAMI et ce, depuis plusieurs années.

Il découle de cette évolution que la convention de l'INAMI en 2012 avec le *VDAB* et avec le *GTB* s'inscrit dans un cadre déjà très structuré. Il est tout à fait spécifique à la Flandre d'avoir structuré ses services avant même l'adoption d'un projet pilote avec l'INAMI en 2011. En effet, depuis 2009, le service régional de l'emploi flamand s'intéresse au sort des assurés de l'INAMI. Avant l'adoption des réformes fédérales modifiant le rôle du médecin-conseil ainsi que celui de l'INAMI par rapport à la réadaptation professionnelle de ses assurés, le *VDAB* avait déjà développé des collaborations étroites avec les mutuelles établies en Flandre et le *GTB* dans une déclaration d'intention « Samen werken aan maatwerk voor personen met een arbeidshandicap » (« Travailler ensemble au travail adapté pour les personnes avec un handicap au travail »). Cette évolution pose question au regard du système de répartition des compétences en Belgique qui prévoit que l'autorité fédérale est compétente en matière d'assurance soins de santé et indemnités, y compris les programmes de réadaptation professionnelle des assurés¹²⁵.

La convention avec l'INAMI a donc formalisé un processus d'activation déjà existant à l'égard des assurés de l'INAMI. Preuve en est que le processus de réinsertion professionnelle des assurés de l'INAMI est largement entamé : en 2010 et en 2011, le *VDAB* comptabilise que 70 trajets d'activation avaient été mis en place avec des assurés de l'INAMI¹²⁶. En outre, si la convention de 2012 avec l'INAMI prévoit que le *VDAB* s'engage à

¹²⁴ Information reçue lors de notre entretien avec une conseillère du *VDAB* et une conseillère du *GTB*.

¹²⁵ Article 5, § 1^{er}, I de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles. Pour une présentation générale de la politique de la santé au regard du système de répartition des compétences, voyez VANSTEENKISTE S., « Het gezondheidsbeleid », dans la série *De bevoegdheidsverdeling in het federale België*, dirigé par VAN HAEGENDOREN G. et SEUTIN B. (eds.), tome 10, Die Keure, Bruges, 2001, pp. 47-56.

¹²⁶ Voyez la réponse de Philippe Muyters, ministre flamand des Finances, du Budget, de l'Emploi de l'Aménagement du territoire et du Sport à la question écrite n°333 de Lydia Peeters du 27 janvier

effectuer 100 trajets annuels d'accompagnement vers le travail via un trajet de formation, de rediriger annuellement 300 assurés vers les *werkwinkels* (maisons de l'emploi locales qui accompagnent initialement l'assuré) et d'accompagner annuellement 200 assurés dans une phase d'orientation, il a déjà procédé, avec le *GTB*, à beaucoup plus de trajets pour ces assurés. Entre 2012 et le 30 septembre 2014, 4115 assurés de l'INAMI se sont vus proposer un accompagnement. De ces 4115 assurés, 828 d'entre eux ont terminé le trajet et 316 travaillent. Pour les six premiers mois de 2014, nous savons que 845 personnes ont entamé un trajet ou du moins introduit une demande. 1600 assurés suivaient un trajet d'accompagnement en 2014.

En juin 2014, les trajets interrompus ou exécutés en 2014 menaient à quatre statuts : 38% de ces assurés restaient des allocataires de l'INAMI après avoir arrêté ou terminé un trajet (le processus de réinsertion est alors interrompu et ils ne sont plus activés), 25% d'entre eux restaient allocataires de l'INAMI et pouvaient encore être « activées » par le *VDAB*¹²⁷, 22% travaillaient sans que nous ayons connaissance du type de travail exercé et 11% avaient été transférés de l'assurance soins de santé et indemnités vers l'assurance chômage. Notons encore que la période antérieure à la convention produit toujours ses effets à l'heure actuelle. En effet, selon les informations communiquées par le *VDAB* et le *GTB*, l'INAMI ne finance qu'une partie des parcours suivis par ses assurés.

Enfin, relevons que les organismes d'accompagnement flamands semblent prêter attention au suivi du bénéficiaire également lorsqu'il est entré sur le marché du travail. Cet accompagnement semble être systématique lorsque le bénéficiaire est accompagné par le *GOB*. Celui-ci assure un suivi d'au moins 6 mois et se rend sur le lieu de travail.

2012, intitulée « Personen met RIZIV- of OCMW-statut – Activeringsbegeleiding », Parlement flamand, 24 février 2012.

¹²⁷ Elles sont dans ce cas-là reprises dans une catégorie administrative interne n°32.

B. L'accompagnement des assurés par l'INAMI dans le cadre des projets « 107 »

Les projets « 107 » empruntent leur nom à l'article 107 de la loi sur les hôpitaux¹²⁸. Cette disposition permet au Roi de prévoir « des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes ». L'article 107 permet concrètement de geler des lits dans les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux (de les « reconvertir ») au profit de projets-pilotes de proximité qui visent à créer des circuits et des réseaux de soins intégrant les ressources des institutions hospitalières et l'ensemble des services développés dans la communauté.

L'objectif poursuivi par la réforme « 107 » est que le patient puisse être maintenu le plus possible dans son milieu de vie. Cette réforme s'inscrit donc dans un vaste processus de désinstitutionnalisation. Ce processus a été entamé en 2002 et est toujours en cours de développement.

Dans le cadre de cette réforme, les circuits de soins - qui désignent les programmes et équipements de soins - et les réseaux de soins - qui désignent l'architecture institutionnelle à laquelle vont participer les acteurs de soin - sont orientés vers la réalisation de cinq fonctions interdépendantes¹²⁹. La première fonction désigne la mise en place d'« activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et [la] pose d'un diagnostic »¹³⁰. La deuxième fonction vise à offrir une alternative à l'hospitalisation en créant des équipes ambulatoires de traitement intensif, intervenant tant pour les problèmes psychiques aigus que pour les problèmes chroniques. La troisième fonction a pour objectif de financer des équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale, y compris - mais pas exclusivement - l'insertion professionnelle. La quatrième fonction concerne l'intensification des soins résidentiels spécialisés par des unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques. Dans ces situations, une hospitalisation est indispensable. La cinquième fonction concerne le développement d'habitats spécifiques pour des personnes qui souffrent

¹²⁸ Article 107 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins, *Moniteur belge*, 7 novembre 2008 (réintitulée suite à la loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé, *Moniteur belge*, 29 mars 2013). La conférence interministérielle (CIM) Santé publique du 28 septembre 2009 a décidé de passer à la mise en application de l'article 107 de la loi concernant les hôpitaux et autres institutions de soins. Voyez le Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins, publié en 2010 par la CIM, sur le site : <http://www.psy107.be/>

¹²⁹ Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins, *op. cit.* (pour tout le paragraphe)

¹³⁰ *Ibidem*.

de problématiques psychiatriques chroniques stabilisées et qui présentent des possibilités d'intégration sociale réduites.

C'est surtout la troisième fonction qui est au cœur de cette recherche, même s'il arrive que certains partenaires développent des programmes de réinsertion professionnelle en recourant aux autres fonctions¹³¹. Sur la base d'une étude ayant évalué les dix premiers projets 107, la fonction 3 est en général une fonction bien représentée dans chaque réseau¹³². Sur cinq des dix premiers projets lancés, la fonction 3 est même prépondérante sur les quatre autres fonctions si l'on s'en tient au nombre de partenaires impliqués dans chaque fonction¹³³.

Il existe 19 projets « 107 » en Belgique qui sont répartis géographiquement sur le territoire. Dix projets ont été financés en 2011 et un financement supplémentaire a été prévu en 2013 pour neuf projets supplémentaires. Avec ces 19 projets, deux tiers du territoire belge devrait être couvert¹³⁴. Les 19 projets ont été répartis géographiquement sur le territoire et sont rattachés à une province, une ville (ou partie de celle-ci) ou un arrondissement : Réseau Het Pakt (région Gand-Eeklo), Réseau Kempen (arrondissement Turnhout), Réseau de la Région Sud en Flandre occidentale, Réseau Bruxelles Est, Fusion Liège, RESEAUHO (Réseau du Hainaut Occidental), Réseau Santé Namur, Région Hainaut, Netwerk Accolade (Région Ieper-Dismuide), Réseau Noolim (Limbourg Oriental), Netwerk Reling (Limbourg occidental), Réseau Halle-Vilvoorde-Bruxelles, Réseau de la Région Sud de la Flandre occidentale, Netwerk Sara (Arrondissement d'Anvers), Netwerk PRIT (Région du milieu de la Flandre occidentale), Hermès Plus (Bruxelles), Réseau de la Région Centre (Manage), Réseau Verviers et Netwerk Vlabo (Brabant flamand). Certains projets sont en cours et bénéficient d'une ou de deux conventions « 7.72 ». Ces conventions assurent le financement des établissements de rééducation psychosociale pour adultes. D'autres projets n'ont pas encore été réalisés.

Certains des 19 projets sont donc toujours en construction. L'heure étant à la création de nouvelles conventions de revalidation dans les endroits « sans convention », on devrait

¹³¹ Voyez par ex. pour le GTB, le carnet *Bruggen bouwen*.

¹³² Voyez l'« Etude de faisabilité : recherche évaluative du programme de réforme fédérale 'vers de meilleurs soins en santé mentale' », réalisée par les équipes de recherche de l'IRSS-UCL, la VUB-OPIH et la KU Leuven LUCAS, disponible sur le site du projet 107, consulté le 15 juin 2015, p. 57. URL : http://www.psy107.be/SiteFiles/Eindrapport_Haalbaarheidsstudie_Artikel107.Jan2014.pdf

¹³³ *Ibidem*.

¹³⁴ Echange de vues sur le suivi de la proposition et des recommandations formulées par la commission spéciale relative au traitement d'abus sexuels et de faits de pédophilie dans une relation d'autorité, en particulier au sein de l'Eglise, rapport fait au nom de la commission de suivi relative au traitement d'abus sexuels et de faits de pédophilie dans une relation d'autorité, en particulier au sein de l'Eglise par Mme Sophie De Wit, *Doc. parl.*, Chambre, 22 octobre 2013, n° 0520/009, p. 32.

assister à l'engagement de plus de *jobcoachs* sur tout le territoire. Cela étant dit, même sur les territoires « couverts » effectivement par une convention, l'offre de *jobcoachs* demeure limitée. A Bruxelles par exemple, il existe seulement deux *jobcoachs* pour une population de plus d'un million d'habitants. A titre d'exemple, de septembre 2014 à décembre 2014, le *jobcoach d'Hermès plus* a reçu douze demandes dont 4 provenant d'assurés de l'INAMI. En 2015, 22 nouvelles demandes ont été introduites. Le réseau « Hermès plus » constate déjà « une forte demande qui devrait très vite atteindre la limite des possibilités d'accompagnement de notre seul job-coach »¹³⁵.

Pour le reste, la fonction 3 est rendue effective de façon diversifiée selon les projets et les partenaires, notamment parce que les partenaires intégrant les réseaux n'ont pas tous la même histoire : certains centres de réadaptation fonctionnelle ou de revalidation psychosociale sont subventionnés par les conventions INAMI (ils sont « conventionnés ») mais ils n'ont historiquement pas eu pour but de développer une vision socio-professionnelle dans le cadre de l'intégration sociale. Le fait de former des communautés thérapeutiques, par exemple, a été et peut demeurer un objectif en soi.

Un objectif fréquent des réseaux vise également à diversifier l'offre de soins ou à développer de nouvelles formes de soin¹³⁶. C'est ainsi que certains partenaires qui s'inscrivent dans la fonction 3 ne mettent pas tous en œuvre des actions spécifiques autour de la reprise ou de l'accompagnement professionnel. Dans la fonction 3, plusieurs réseaux ont également créé, en parallèle des comités de fonction 3, deux sous-groupes de travail qui concernent respectivement l'insertion professionnelle et l'insertion sociale. Ces sous-groupes comprennent des acteurs communs et des acteurs différents.

Le sous-groupe relatif à l'insertion professionnelle comprend, par exemple, les représentants provenant des centres d'insertion socio-professionnelle, des services ou centres de formation professionnelle, des centres « d'activation », des centres de réadaptation fonctionnelle, du service régional de l'emploi, du service spécialisé dans le handicap à l'emploi, du centre public d'action sociale local, des *jobcoachs*, des services sociaux des mutuelles, des familles, des acteurs en charge des trajets de soin pour les internés, des initiatives de dispositifs d'*arbeidszorg*, des ateliers sociaux ou protégés, des hôpitaux

¹³⁵ BERNON F., *HERMESplus: Job-Coach, un nouvel acteur de la fonction 3*, newsletter n°7, juin 2015.

¹³⁶ LEYS M., DE ROECK G., « Naar een betere GGZ (art.11, art. 107) », Interimrapport 1, Een comparatieve analyse van het interorganisatorisch netwerk ontwerp van 10 projecten (klasse 1a), 2012, disponible sur le site du projet 107, consulté le 15 juin 2015, p. 224. URL : <http://www.psy107.be/SiteFiles/interimrapport%201%20een%20vergelijkende%20analyse%20van%20projecten%20107-categorie%201a.pdf>

psychiatriques, des employeurs, des mutualités voire de l'Institut national de l'assurance maladie-invalidité, des coordinateurs de projets 107, des personnes directement concernées par l'accompagnement proposé dans le cadre de la fonction 3.

Le sous-groupe relatif à l'insertion sociale comprend des représentants des organismes suivants : des services d'insertion sociale, des groupes de loisirs, des centres de jour, des clubs thérapeutiques, des centres culturels, des centres publics d'action sociale, des acteurs en charge des trajets de soin pour les internés, des maisons médicales, des organismes s'inscrivant dans le cadre du plan de cohésion sociale, des maisons de soins psychiatriques, des maisons d'art, des logements protégés, des centres d'activités dans le cadre des ateliers protégés. Il est possible que des membres du voisinage, des membres de la famille et les patients eux-mêmes fassent partie de ce sous-groupe.

Ces comités de fonction 3 ainsi que ces sous-groupes de travail constituent un espace de rencontre intéressant entre les acteurs de la santé mentale et ceux de l'insertion socio-professionnelle. Souvent, les comités de fonction 3 sont encore en cours de construction. Selon le réseau concerné, le poids de ces comités n'est pas le même en pratique. Parfois, le sous-groupe de travail du comité ou le réseau sera plus investi par les membres que le comité de fonction. Par ailleurs, tous les réseaux ne mettent pas non plus en place la fonction 3 sur la même zone géographique : certains vont élaborer cette fonction à un niveau très local, d'autres à un niveau plus large (plus large que la zone du projet 107 parfois)¹³⁷.

Chaque réseau ayant été construit selon ses spécificités, nous avons estimé qu'il était opportun de répertorier les partenaires membres officiels des comités de fonction 3, voire des membres du groupe de travail « insertion professionnelle », afin d'avoir une vue globale des partenaires de la fonction 3 (voyez annexe 1)¹³⁸. Il faut constater que ces comités n'ont pas intégré en leur sein les mêmes autorités publiques, ce qui peut répondre à des préoccupations ou à des exigences locales ou communautaires. Notons également que là où certains réseaux intègrent des employeurs au sein des comités de la fonction 3, les syndicats, le comité pour la prévention et la protection au travail (CPPT) ou la délégation syndicale n'ont jamais été mentionnés dans les listes que nous avons reçues. Nous pensons pourtant qu'il pourrait être utile de les associer : cela permettrait d'améliorer les politiques de prévention ainsi que l'accueil sur le lieu de travail des personnes ayant connu une incapacité de travail.

¹³⁷ *Ibid.*, p. 88.

¹³⁸ Nous avons contacté les 19 coordinateurs de projets 107 à cette fin.

Enfin, une des difficultés du domaine de la santé mentale tient à l'éclatement des compétences et certaines évolutions importantes ont eu lieu suite à la sixième réforme de l'Etat. Pour avoir une vue globale par rapport aux patients psychiatriques, il convient d'être attentif à trois éléments. *Primo*, le législateur fédéral demeure compétent pour le financement des hôpitaux mais cette compétence se restreint au profit des autorités communautaires¹³⁹. *Deuxio*, la dispensation de soins de santé mentale en dehors du milieu hospitalier est devenue une compétence complète des communautés à l'exception de ce qui relève de l'assurance soins de santé et indemnités qui reste de la compétence de l'autorité fédérale¹⁴⁰. A ce titre, ont été communautarisées les maisons de soins psychiatriques (MSP), les initiatives d'habitation protégée (IHP) et les plateformes de soins de santé mentale, mais pas les hôpitaux psychiatriques, ni les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG)¹⁴¹. Cela étant dit, les soins de santé mentale à domicile, malgré qu'ils soient dispensés en dehors des hôpitaux, demeurent une compétence de l'autorité fédérale¹⁴². *Tertio*, la politique de revalidation *long term care* a été transférée, y compris les centres de réadaptation fonctionnelle qui participent directement aux projets 107¹⁴³. Par conséquent, les conventions liées à ces centres - les conventions de rééducation psychosociale pour adultes

¹³⁹ Voyez l'article 5, § 1er, I de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles réécrit par l'article 6 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat (*Moniteur belge*, 31 janvier 2014). « Si les communautés deviennent compétentes pour les normes d'agrément des hôpitaux et pour le financement des investissements de l'infrastructure et des services médicotechniques, la collectivité fédérale reste quant à elle compétente pour la législation organique, le financement (hors les parties A1 et A3 du BMF), les règles de base relatives à la programmation et la détermination des conditions et la désignation comme hôpital universitaire conformément à la législation sur les hôpitaux » (RENSON A.-S., « Soins de santé » in UYTENDAELE M., VERDUSSEN M. (dir.), *Dictionnaire de la sixième réforme de l'Etat*, Larcier, Bruxelles, 2015, p. 802). Voyez également VAN NIEUWENHOVE J., « De nieuwe gemeenschapsbevoegdheden inzake gezondheidszorg en hulp aan personen met een handicap », *Belgisch tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 2015, n°2, à paraître.

¹⁴⁰ Cette exception mentionnée à l'article 5, § 1er, I de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles doit cependant être nuancée en distinguant les prestations qui s'inscrivent dans le cadre collectif du fonctionnement des institutions relevant des compétences des entités fédérées et sont couvertes par un financement forfaitaire et celles qui relèvent des relations de soins individuelles qui demeurent fédérales (RENSON A.-S., « Soins de santé », *op. cit.*, p. 805 ; LUDMER J., « Les nouvelles compétences des Communautés et de la Commission communautaire commune dans les matières personnalisables. Et si l'accord papillon leur donnait des ailes ? » in UYTENDAELE M., SAUTOIS J., *La sixième réforme de l'Etat (2012-2013) : tournant historique ou soubresaut ordinaire ? Hommage à Philippe Lauvaux, Philippe Quertainmont, Michel Leroy et Rusen Ergec*, Anthemis, Limal, 2013, p. 404.

¹⁴¹ RENSON A.-S., « Soins de santé », *op. cit.*, p. 805 ; VAN NIEUWENHOVE J., « De nieuwe gemeenschapsbevoegdheden inzake gezondheidszorg en hulp aan personen met een handicap », *op. cit.*.

¹⁴² Proposition de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'Etat, Rapport fait au nom de la commission des Affaires Institutionnelles par MM. Moureaux et Claes, *Doc. parl.*, Sénat, 26 novembre 2013, n° 5-2232/5, p. 243. « Les 'projets article 107' ne sont pas transférés aux communautés », a par ailleurs expressément déclaré le Secrétaire d'Etat aux affaires institutionnelles lors des travaux parlementaires. Cette affirmation mérite d'être nuancée eu égard aux transferts en matière de politique de revalidation *long term care*.

¹⁴³ Pour la définition de la politique de revalidation *long term care*, voyez Proposition de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'Etat, *Doc. parl.*, Sénat, 25 juillet 2013, n° 5-2232/1, p. 37.

(n°7.72) - sont communautarisées depuis le 1^{er} juillet 2014¹⁴⁴. Financée dans le cadre de ces conventions, la fonction d'agent d'insertion professionnelle ou de « *jobcoach* » est, elle aussi, communautarisée.

Il faut noter que la Communauté française a transféré l'exercice de ses nouvelles compétences, en vertu de l'article 138 de la Constitution, à la Région wallonne pour le territoire de la région de langue française et à la Commission communautaire française pour les institutions monocommunautaires francophones de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, à l'exception des conventions de revalidation conclues avec des hôpitaux universitaires pour lesquelles la Communauté française succède elle-même aux droits et obligations de l'INAMI¹⁴⁵.

Les modalités du transfert des conventions INAMI du fédéral vers les régions et communautés ont été établies dans un Protocole santé publique et soins de santé. Le protocole prévoit les modalités de gestion et d'exécution de la réglementation et de tous les effets qui en résultent pendant la période transitoire. La période transitoire s'étend du 1^{er} juillet 2014 au 31 décembre 2017. Concrètement, la gestion des budgets afférents à ce type d'opérateurs incombe actuellement à l'INAMI¹⁴⁶.

C. L'accompagnement des assurés par les organismes pour les personnes handicapées

Enfin, des programmes à destination des assurés de l'INAMI souffrant de troubles mentaux peuvent également être mis en place par les organismes pour les personnes handicapées. Ceux-ci sont par ailleurs partie à la convention signée par l'INAMI, les organismes assureurs et le service régional de l'emploi. Ainsi, des formations, des mesures d'aide à l'emploi, voire parfois des accompagnements vers l'emploi sont proposés par les organismes pour les

¹⁴⁴ Proposition de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'État, *Doc. parl.*, Sénat, 25 juillet 2013, n° 5-2232/1, p. 38.

¹⁴⁵ Le transfert a été opéré par un décret spécial de la Communauté française du 3 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, par deux autres décrets spéciaux identiquement intitulés, un décret de la Commission Communautaire française du 4 avril 2014 et un décret wallon du 11 avril 2014. Voyez également l'accord de coopération relatif à la concertation intra-francophone en matière de santé et d'aide aux personnes et aux principes communs applicables en ces matières conclu le 27 février 2014. Voyez pour une analyse fouillée : DEKLEERMAKER M., LOSSEAU L., « Les transferts de compétences intrafrancophones en matière sociale consécutifs à la sixième réforme de l'Etat », *Revue belge de sécurité sociale*, 2015, n°2, à paraître.

¹⁴⁶ Réponse de Maxime Prévot, Ministre des Travaux publics, de la Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine, à la question de Mme Joëlle Kampopolé, « le financement des centres de rééducation fonctionnelle dans le cadre des projets 107 relatifs à la santé mentale », Parlement wallon, 21 avril 2015, C.R.I.C., n°119.

personnes handicapées. De manière générale, plus que les programmes des organismes pour personnes handicapées, c'est la batterie de mesures d'aides à l'emploi auxquelles ont accès les personnes souffrant de troubles mentaux une fois qu'elles sont reconnues comme personnes handicapées qui est impressionnante. C'est ainsi que l'orientation par les organismes pour personnes handicapées semble souvent être décisive pour que les personnes souffrant de troubles mentaux graves accèdent à des formations ou des emplois dans le circuit ordinaire. Dans ce cas, elles doivent généralement démontrer qu'elles ont une déficience mentale d'au moins 20 % ou une déficience physique d'au moins 30 %.

Les différentes mesures mises en place par chaque communauté ou région sont reprises dans le vade-mecum des mesures d'intégration professionnelle des travailleurs handicapés disponible sur le site du Conseil national du travail¹⁴⁷.

En région bruxelloise, les personnes handicapées francophones peuvent s'adresser au service « Personne handicapée autonomie recherchée » (PHARE) qui dépend de la Commission communautaire française. Les personnes souffrant de troubles mentaux graves (schizophrénie, bipolarité) sont en règle générale reconnues par ce service bruxellois mais elles sont rarement accompagnées directement par les associations collaborant avec le Phare. En effet, celles-ci accompagnent le plus souvent les personnes souffrant d'un déficit intellectuel ou sensoriel et non pas psychique. Cela étant dit, certaines exceptions existent, surtout en cas de double diagnostic (ex. handicap mental et psychique). Lorsque la personne souffre de troubles mentaux, la personne est en règle générale dirigée vers Actiris (en vue d'un accompagnement pour public spécifique), vers les missions locales spécialisées dans ce domaine ou vers les *jobcoachs* des projets 107¹⁴⁸. Il est également possible que les allocataires souffrant de troubles mentaux soient orientés vers les entreprises de travail adapté mais cela semble plus rare. En effet, ces dernières les refusent souvent également¹⁴⁹. Le manque de qualification semble souvent s'ajouter à la maladie mentale¹⁵⁰. Par ailleurs, le Phare évalue également dans quelle mesure une aide à l'emploi peut être octroyée à la personne souffrant de troubles mentaux à condition que celle-ci soit stabilisée dans sa maladie.

¹⁴⁷ Mis à jour en septembre 2012, consulté le 15 janvier 2014 : <http://www.cnt-nar.be/DOSSIERS/Gehandicaptent/2012-09-01-Handicap-FR.pdf>. Voyez également le rapport 2014 du Conseil supérieur de l'Emploi, Dossier « La participation au marché du travail des personnes en situation de handicap ou atteintes d'une maladie chronique », juin 2014.

¹⁴⁸ Soulignons que la conseillère du Phare qui nous a transmis ces informations a précisé que ce choix peut dépendre du domicile de la personne et de son statut social.

¹⁴⁹ CARTON de TOURNAI M., « Evaluation de l'intégration professionnelle en entreprise de travail adapté des personnes présentant une maladie mentale », travail de fin de stage d'une psychologue travaillant au PHARE, 2010, p. 8 et p. 16.

¹⁵⁰ *Ibid.*, p. 18.

De mars 2014 à mars 2015, le Phare a évalué que 3 personnes souffrant de troubles mentaux sur 143 ont été engagées par des employeurs dans le circuit ordinaire avec l'aide des primes d'insertion du Phare.

En Flandre et pour les Bruxellois néerlandophones, c'est le *VDAB* qui décide de la reconnaissance du handicap¹⁵¹ et qui se fait seconder par le *GTB* pour le diagnostic et la définition et l'accompagnement de parcours. Les « services spécialisés de formation, d'accompagnement et de médiation » (*GOB*) proposent, quant à eux, des services « tels que formation professionnelle, encadrement professionnel, formation en milieu professionnel (...) et emploi assisté (...) »¹⁵². Les problématiques psychiques sont appréhendées de façon spécifique, tout comme pour les demandeurs d'emploi.

Le *GTB* procède fréquemment à des évaluations quantitatives et celles-ci sont indicatives de la réalité des troubles mentaux parmi les bénéficiaires. Il estime que parmi les personnes rencontrant une incapacité de travail qu'il suit (sans distinguer celles qui relèvent de l'INAMI ou non), 47% ont une limitation de type psychique, constituant ainsi le premier groupe d'incapacités¹⁵³.

Parmi les personnes qui ont reçu un accompagnement du *GTB* en 2012, 29% des personnes retournent sur le marché du travail classique. Le secteur des petites et moyennes entreprises serait un des secteurs les plus convoités. 45% des personnes arrêtent l'accompagnement pour des raisons médicales. Pour les 55% bénéficiaires restants, d'autres raisons expliquent l'arrêt de l'accompagnement : l'obtention d'un travail dans un atelier social ou protégé, l'obtention d'un travail en *arbeidszorg* ou un diagnostic « non-orientable ».

¹⁵¹ Le *VDAB* a été chargé d'intégrer en son sein les compétences relatives à la réinsertion professionnelle des personnes handicapées que prenait en charge l'Agence flamande pour les personnes handicapées (*VAPH*). Le transfert de responsabilités a officiellement eu lieu par l'arrêté du gouvernement flamand du 17 novembre 2006 ajustant la réglementation relative à l'intégration professionnelle des personnes handicapées dans le domaine politique « Emploi et Economie sociale » (*Moniteur belge*, 25 janvier 2007). Voyez également l'arrêté du 17 février 2006 du gouvernement flamand modifiant l'arrêté du gouvernement flamand du 24 juillet 1991 relatif à l'enregistrement auprès du "Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap" (Fonds flamand pour l'Intégration sociale des Personnes handicapées), *Moniteur belge*, 14 mars 2006. Le processus d'accompagnement par le *VDAB* a été revu ensuite par l'arrêté du gouvernement flamand du 18 juillet 2008 relatif à l'intégration professionnelle des personnes atteintes d'un handicap à l'emploi, modifié par l'arrêté du gouvernement flamand du 17 septembre 2010, *Moniteur belge*, 3 octobre 2008.

¹⁵² OCDE, *Santé mentale et emploi : Belgique*, Editions OCDE, 2013, p. 112.

¹⁵³ Il s'agit de limitations de type psychique qui sont clairement distinguées d'une limitation de type mentale qui représente 4% des personnes suivies par le *GTB*.

Lorsque la personne est trop instable, le travail intérimaire est une option privilégiée¹⁵⁴.

Enfin, le *GTB* a créé plusieurs projets à destination des personnes souffrant de troubles mentaux. Il diffuse les projets mis en place en éditant des cahiers sur un thème spécifique (appelés « werkschriften »). A titre d'exemple, le projet *Werk Werkt !* s'inspire du modèle IPS que nous développerons dans la partie suivante. En avril 2015, le *GTB* a diffusé un cahier relatif à « Bruggen bouwen » (construire des ponts) dans l'objectif d'intensifier les liens entre le domaine du travail et celui de la santé mentale. Le *GTB* y développe plusieurs outils qui ont vocation à s'appliquer dans toute la Flandre. Citons quelques outils mis en place :

- Des structures de communication entre les partenaires spécialisés en emploi et en santé mentale ;
- Une formation aux différents partenaires abordant le domaine de la psychopathologie et l'apprentissage de la manipulation de la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (CIF). Créée en 2001 par l'OMS, cette classification actualise son ancêtre, la *Classification internationale des handicaps*. La CIF se distingue d'autres manuels par son approche biopsychosociale ;
- L'échelle de participation (consacrée dans le décret du 25 avril 2014) est expliquée dans ce même cahier de façon concrète. Le niveau 4 est ici présenté comme « du travail non rémunéré » qui doit être une solution transitoire vers du travail rémunéré. Il est fait référence à l'*arbeidszorg*, aux accompagnements d'activation et au bénévolat.
- La mise en place d'un plan d'accompagnement, particulièrement approprié selon le *GTB*, pour les personnes souffrant de troubles mentaux qui sont plus instables.

Le *GTB* finance également diverses initiatives locales (par exemple dans la région de Gent-Meetjesland ou dans le cadre du réseau 107 Kempen) dans l'objectif de parvenir à une meilleure intégration des services de santé et de réinsertion professionnelle.

Enfin, en Région wallonne¹⁵⁵, l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes

¹⁵⁴ Information obtenue lors de notre rencontre avec des conseillères du *VDAB* et du *GTB*.

¹⁵⁵ Précisons que sur le territoire de langue allemande, l'accompagnement vers l'emploi des personnes handicapées est du ressort du service pour l'emploi germanophone ("Arbeitsamt der Deutschsprachigen Gemeinschaft", ADG) et le Start-Service du Dienststelle für Personen mit Behinderung (DPB) assure l'accompagnement général des personnes handicapées.

handicapées (AWIPH) peut accompagner des assurés de l'INAMI souffrant de troubles mentaux¹⁵⁶. Il n'y a donc aucune contre-indication mais ceux-ci doivent obtenir, comme dans les autres entités fédérées, une reconnaissance de 20% de déficience mentale pour accéder aux dispositifs de l'Agence. En général, c'est soit lors de la phase de détermination du projet, soit sur le lieu de formation que l'existence de troubles mentaux va être connue de l'AWIPH. Il n'y a toutefois pas de classification relative aux troubles mentaux au sein de l'AWIPH. Dans certains cas, la formation devra être interrompue en raison de l'existence des troubles mentaux dans la mesure où ils impactent le déroulement de la formation (ex. si la personne est très instable et refuse d'être suivie). Certains centres de formation professionnelle de l'AWIPH ont également une expertise plus pointue au sujet des maladies mentales. Cependant, le fait qu'il n'y ait pas de médecin présent dans les centres justifie souvent le recours à un service extérieur. En outre, notons que depuis le 1^{er} juillet 2014 et dans une optique de simplification administrative, la reconnaissance par d'autres autorités publiques que l'AWIPH d'une inaptitude au travail de 20% de déficience mentale ou 30% de déficience physique (ou d'une inaptitude équivalente à ces taux) suffit pour avoir accès aux centres de formation professionnelle de l'AWIPH¹⁵⁷.

Mentionnons encore qu'en 2005, l'AWIPH a créé son propre dispositif de « *jobcoachs* » dans l'optique de favoriser l'emploi des personnes handicapées sur le marché « ordinaire » de l'emploi. Nous ne disposons pas de données chiffrées sur la réinsertion des personnes souffrant de troubles mentaux sur le marché de l'emploi ordinaire. Par contre, dans le domaine des entreprises de travail adapté, nous savons que l'accompagnement professionnel des personnes souffrant de troubles mentaux demeure très limité¹⁵⁸.

L'AWIPH a également installé sept cellules mobiles d'intervention qui ont pour objectif d'accompagner la population cumulant une déficience mentale et des troubles psychiques (les problématiques de double diagnostic)¹⁵⁹. Ces cellules visent à faciliter l'intégration de ces personnes mais aussi à renforcer les liens entre les secteurs du handicap et de la

¹⁵⁶ Voyez sur l'accompagnement vers l'emploi : FOHAL L., « Les soutiens de l'A.W.I.P.H. au retour...et au maintien de l'emploi », in DAVAGLE M. (dir.), *Le maintien au travail des travailleurs devenus partiellement inaptes*, Limal, Anthemis, 2013, pp. 229-250.

¹⁵⁷ Cette reconnaissance doit émaner du SPF Sécurité sociale, des services régionaux de l'emploi, de l'INAMI ou des autres organismes pour personnes handicapées. Voyez l'article 931, §2 du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé revu par l'arrêté du gouvernement wallon du 15 mai 2014 modifiant certaines dispositions du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé, Deuxième partie, Livre V, Titre IX, Chapitre III, relatives aux centres de formation et d'insertion socioprofessionnelle adaptés (*Moniteur belge*, 9 juillet 2014).

¹⁵⁸ CARTON de TOURNAI M., « Evaluation de l'intégration professionnelle en entreprise de travail adapté des personnes présentant une maladie mentale », p. 13.

¹⁵⁹ Voyez le rapport d'activités de 2014 relatif à ces cellules sur le site de l'AWIPH, consulté le 16 juin 2015. URL : https://www.awiph.be/pdf/documentation/publications/aide_individuelle/Rapport-annuel-2014-CMI.pdf

psychiatrie. En 2014, il y a eu 461 dossiers actifs ouverts¹⁶⁰.

3.2.2. Le type d'accompagnement prodigué

Il y a deux grands types d'approches qui distinguent les programmes de réinsertion professionnelle destinés aux bénéficiaires souffrant d'une inaptitude au travail. La première approche est une approche dite « Train-then-Place » (former-puis-placer), à savoir une approche qui se base sur l'idée qu'il faut que la personne soit totalement guérie de sa maladie avant qu'elle réintègre le marché de l'emploi ordinaire. Ces programmes favorisent des activités, des formations (parfois qualifiantes), des travaux dans des ateliers protégés, des stages ou du bénévolat avant que la personne puisse accéder au marché de l'emploi ordinaire.

A l'inverse, l'approche « Place-then-Train » (placer-puis-former) favorise une recherche d'emploi rapide sur le marché de l'emploi ordinaire sans passer par cette phase transitionnelle. Le modèle de soutien à l'emploi ou d'emploi accompagné ou assisté (*supported employment*) s'inscrit dans cette approche. Mis en œuvre aux Etats-Unis et au Canada dès la fin des années 70, il a été diffusé en Europe à partir des années 90, notamment à travers l'*Union européenne de Soutien à l'Emploi*¹⁶¹. Etablie en 1993, cette organisation vise à promouvoir le développement de l'emploi accompagné en Europe et concerne des publics qui connaissent différents types d'incapacités (intellectuelle, psychiatrique, physique, etc.).

L'emploi assisté est défini comme « un procédé d'appui pour les personnes handicapées ou tout autre groupe désavantagé, en vue de leur permettre d'obtenir et de garder un emploi rémunéré sur le marché libre du travail. Les mesures doivent inclure une assistance pour le travailleur, avant, pendant et après l'obtention du poste, ainsi qu'un appui destiné à l'employeur. Un outil primordial à cette fin est la fonction d'accompagnateur d'emploi »¹⁶². Cela signifie que l'emploi assisté ne peut consister en une expérience professionnelle sans rémunération, ni en du bénévolat, ni en un emploi dans un atelier protégé, ni encore en un emploi rémunéré sans accompagnement¹⁶³. Il est souvent dit que l'emploi assisté a pour but

¹⁶⁰ *Ibidem*.

¹⁶¹ Voyez DELEU G., *Où nous mène la Réhabilitation Psychiatrique*, Socrate Editions Promarex, Charleroi, 2012, p. 65.

¹⁶² Rapport d'étude de la Commission Européenne, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », Luxembourg, 2012, p. 5. Le rapport a été écrit par l'entreprise de consultance COWI et ses partenaires, le Work Research Institute (Norway) et l'Union européenne de Soutien à l'Emploi.

¹⁶³ *Ibid.*, pp. 34-35.

de faire accéder les individus à des « vrais emplois » et non à des emplois de « seconde zone », faiblement ou non rémunérés¹⁶⁴.

Un modèle plus spécifique de *Supported Employment*, conçu pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, sera détaillé dans la prochaine partie.

En Belgique, malgré le fait que les autorités publiques ne collectent pas systématiquement de données à ce sujet, nous pouvons affirmer c'est plutôt la première approche (« Train-then-Place ») qui domine le paysage institutionnel. La Belgique privilégie encore beaucoup les ateliers protégés pour les personnes handicapées par opposition à beaucoup d'autres pays européens qui favorisent la réintégration en milieu ordinaire du travail¹⁶⁵. En outre, même si des organismes s'intéressent en Belgique aux formes de *Supported Employment* pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, ils l'appliquent de façon peu stricte aujourd'hui¹⁶⁶ et favorisent majoritairement des programmes de *transition* vers le marché de l'emploi ordinaire.

Le fait pour les acteurs de terrain et les autorités publiques de favoriser majoritairement une approche « Place-then-Train » (placer-puis-former) peut s'expliquer par différents facteurs.

J. Knaeps, chercheur à la KULeuven, s'est notamment intéressé, dans le cadre de son doctorat, aux facteurs pouvant expliquer pourquoi les emplois « compétitifs » - ou des emplois rémunérés accessibles à tout un chacun sur le marché de l'emploi classique - sont moins privilégiés par les conseillers en emploi en Belgique que les autres filières de réinsertion professionnelle plus « progressives ». Certains facteurs sont internationalement connus : certains conseillers ont le sentiment que les bénéficiaires souffrant de troubles mentaux ne sont pas « motivés » pour des emplois compétitifs - ces derniers semblent inaccessibles à ce public - et par conséquent ne privilégient pas la recherche de ces emplois¹⁶⁷. Par ailleurs, certains conseillers ne sont pas motivés pour rechercher ce type

¹⁶⁴ En anglais, on parle de *real jobs*. Voyez à ce sujet SPJELKAVIK Ø., FRØYLAND K., EVANS M., « Supported Employment in Norway. A National Mainstream Programme », Work Research Institute, Oslo, novembre 2004.

¹⁶⁵ Voyez les données de 2005 in SHIMA I., ZOLYOMI E., ZAIDI A., The Labor Market Situation of People with Disabilities in EU25, Centre européen de recherche en politique sociale, Policy Brief February, 2008 (1), consulté le 26 juin 2015. URL : http://www.euro.centre.org/data/1201610451_25081.pdf

¹⁶⁶ Voyez la section suivante relative au modèle IPS.

¹⁶⁷ KNAEPS, *Vocational rehabilitation. People with mental health problems, Vocational rehabilitation counselors and Mental health practitioners*, Thèse de doctorat défendue à la KULeuven, Lucas, mars 2015, p. 36 et COOK J.A., Employment Barriers for Persons With Psychiatric Disabilities : Update of a Report for the President's Commission, Psychiatric Services, 2006, 57 (10), pp. 1391-1405 ; SECKER J., GROVE B., SEEBOHM P., Challenging barriers to employment, training and education

d'emploi pour ces personnes même si elles le souhaitent¹⁶⁸.

Les autres facteurs influençant les conseillers sont toutefois peu connus dans la littérature scientifique. J. Knaeps a cependant pu identifier trois facteurs déterminants qui conduisaient les conseillers en emploi à favoriser la recherche d'emplois compétitifs. *Primo*, il faut qu'ils aient eu une expérience positive dans ce domaine, qu'ils soient favorables et même enthousiastes à la recherche d'emplois compétitifs pour ce public. *Deuxio*, ces conseillers doivent également être soutenus par d'autres équipes, par exemple par des experts sur le terrain ayant réinséré des personnes souffrant de troubles mentaux sur le marché du travail ordinaire. *Tertio*, il est important que les conseillers prennent conscience que leur comportement peut influencer la vie d'autres personnes (en l'espèce la vie professionnelle des bénéficiaires qu'ils accompagnent)¹⁶⁹.

Parmi les facteurs pouvant empêcher cette recherche d'emploi compétitifs, il est possible de distinguer les facteurs en fonction d'un niveau macro, méso et micro. A un niveau macro, les chercheurs relèvent que les tendances générales du marché de l'emploi, une réglementation mal adaptée qui ne favorise pas ces types d'emploi ainsi que les attitudes des employeurs peuvent être autant d'obstacles empêchant une réintégration des personnes souffrant de troubles mentaux sur le marché de l'emploi ordinaire¹⁷⁰. Au niveau meso, l'expertise, la formation des conseillers, leur perception des bénéficiaires, l'organisation interne des services peuvent expliquer certaines barrières à la réinsertion professionnelle des personnes souffrant de troubles mentaux. Enfin, à un niveau micro, un certain nombre de problèmes individuels peuvent sembler difficiles à dépasser, tels que le manque de compétences, le manque de motivation (même s'il peut être lié à une médication ou à une perte de confiance en soi), ou encore le stigmate vécu précédemment sur le lieu de travail. Une équipe de chercheurs de la KULeuven a également distingué huit facteurs pouvant interférer avec la recherche d'emplois compétitifs pour les personnes souffrant de troubles mentaux : les problèmes socio-économiques, les symptômes psychiatriques instables, le manque de temps pour opérer un suivi de la personne, les problématiques organisationnelles internes négatives (réduction du personnel, manque de soutien), le contact insuffisant avec les employeurs, l'incompatibilité de la législation avec cette recherche d'emplois, le manque de motivation du bénéficiaire et la collaboration insuffisante entre services (services locaux ou

for mental health services users : the service user's perspective, *Journal of Mental Health*, 10, 2001, pp. 395-404.

¹⁶⁸ *Ibidem*.

¹⁶⁹ KNAEPS, *Vocational rehabilitation*, op. cit., p. 36, p. V, et p. 95.

¹⁷⁰ *Ibid.*, pp. 20 et s. (pour tout le paragraphe).

services de santé mentale)¹⁷¹.

Bref, un certain nombre de facteurs peuvent avoir pour effet de ne pas favoriser la recherche d'un travail mais de favoriser une approche Train-then-Place. Abordons à présent le modèle IPS qui s'inscrit dans l'approche inverse et qui a été transposé de façon très localisée en Belgique.

4. Le modèle IPS

Un des modèles qui a récemment reçu beaucoup d'attention dans le monde scientifique est le modèle IPS (*Individual Placement and Support*). Nous nous proposons, dans un premier temps, de rendre compte de son origine et des principes sur lesquels ce modèle repose (4.1.). Ensuite, nous analyserons la question de la généralisation de ce modèle et examinerons sa mise en œuvre en dehors des Etats-Unis (4.2.). Enfin, nous envisagerons les conditions de sa transposition en Belgique et expliquerons qu'il fait déjà l'objet d'une mise en œuvre partielle en Wallonie et en Flandre (4.3.)¹⁷².

4.1. L'origine et les principes du modèle IPS

Le modèle IPS, spécialement conçu pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, est inspiré du concept de soutien à l'emploi (*supported employment*). Pour rappel, ce dernier concept repose sur une approche « Place-then-train » (placer-puis-former) en opposition à l'approche « Train-then-Place » (former-puis-placer), approche encore dominante chez nous et qui l'était aux Etats-Unis jusqu'à la fin des années 80¹⁷³. Le paradigme « Train-then-Place » part de l'idée qu'il faut d'abord que la personne soit entièrement guérie avant de pouvoir penser à sa réhabilitation, y compris sa réintégration professionnelle¹⁷⁴. A l'inverse, le modèle IPS ne requiert pas qu'une attention particulière soit posée par le professionnel sur le type de maladie de l'allocataire mais sur son souhait de

¹⁷¹ KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE C., « The IPS Fidelity Scale as a Guideline to Implement Supported Employment », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2012, 37(1), pp. 13-23 et KNAEPS J., NEYENS I., DONCEEL P., VAN WEEGHEL J., VAN AUDENHOVE C., « Beliefs Of Vocational Rehabilitation Counselors about Competitive Employment for People with Severe Mental Illness in Belgium », *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 58(3), pp. 176-188.

¹⁷² BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », *op. cit.*, pp. 32-39. DELEU G., *Où nous mène la Réhabilitation Psychiatrique*, Socrate Editions Promarex, Charleroi, 2012.

¹⁷³ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, Preface, *op. cit.*, 2012, p. 24.

¹⁷⁴ BEJERHOLM U., LARSSON L., HOFGREN C., « Individual Placement and Support illustrated in the Swedish welfare system : A case study », *op. cit.*, p. 60.

travailler¹⁷⁵.

Le modèle IPS a été initié aux Etats-Unis par deux chercheurs et professeurs de psychiatrie Robert E. Drake et Deborah R. Becker. Le chercheur et professeur de psychiatrie Gary R. Bond les a ensuite rejoints une dizaine d'années après et ils ont poursuivi leurs recherches ensemble. Ces chercheurs sont partis du constat que bien que nombre de personnes souffrant de troubles mentaux graves souhaitent travailler, elles n'accèdent pas au marché de l'emploi « ordinaire » et ce, même si elles ont suivi un programme de formation professionnelle¹⁷⁶.

Après le lancement du projet par Drake, Bond et Becker, ce sont ensuite plusieurs dizaines de chercheurs et d'experts qui ont continué à travailler sur ce modèle aux Etats-Unis et à le tester également sur d'autres continents¹⁷⁷. Comparé à nombre d'autres modèles qui n'ont jamais fait l'objet d'une telle évaluation scientifique, le modèle a fait l'objet d'études quantitatives et qualitatives. En 2014, on dénombrait vingt études randomisées relatives au modèle IPS¹⁷⁸. Aux Etats-Unis, on peut affirmer que là où 20% des assurés atteignent un

¹⁷⁵ *Ibidem*.

¹⁷⁶ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., p. 3.

¹⁷⁷ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, Préface, op. cit..

¹⁷⁸ Drake, Bond et Becker les ont répertoriées et partiellement évaluées (*Ibid.*, pp. 47 et s.). Voici leur liste : BOND G.R., SALYERS M.P., DINCIN J., DRAKE R.E., BECKER D.R., FRASER V.V., « A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n°75, 2007, pp. 968-982 ; BURNS T., CATTY J., BECKER T., DRAKE R.E., FIORITTI A., KNAPP M. et al., « The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness : A randomized controlled trial », *Lancet*, 2007, 370, pp. 1146-1152 ; DAVIS L. L., LEON A. C., TOSCANO R., DREBING C.E., WARD L. C., PARKER P.E. et al., « A randomized controlled trial of supported employment among veterans with posttraumatic stress disorder », *Psychiatric Services*, 2012, n°63, pp. 464-470 ; DRAKE R.E., FREY W.D., BOND G.R., GOLDMAN H.H., SALKEVER D.S., MILLER A. L., MILFORT R., « Assisting Social Security disability insurance beneficiaries with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression in returning to work », *The American Journal of Psychiatry*, 2013, 170, pp. 1433-1441 ; DRAKE R.E., McHUGO G.J., BEBOUT R.R.; BECKER D.R.; HARRIS M.; BOND G.R.; QUIMBY E. « A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders », *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56(7), pp. 627-633 ; DRAKE R.E., McHUGO G.J., BECKER D.R., ANTHONY W.A., CLARK R.E., « The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 64(2), 1996, pp. 391-399 ; GOLD P. B., MEISLER N., SANTOS A.B., CARNEMOLLA M.A., WILLIAMS O.H., KELLEHER J., « Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness », *Schizophrenia Bulletin*, 2006, n°32, pp. 378-395 ; HESLIN M., HOWARD L., LEESE M., McCRONE P., RICE C., JARRETT M., SPOKES T., HUXLEY P., THORNICROFT G., « Randomized controlled trial of supported employment in England : 2 year follow-up of the Supported Work and Needs », *World Psychiatry*, 2011, n°10, pp. 132-137 ; HOFFMANN H., JACKEL D., GLAUSER S., KUPPER Z., « A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2012, 125, pp. 157-167 ; KILLACKEY E., JACKSON H.J., MCGORRY P.D., « Vocational intervention in first-episode psychosis : Individual placement and support v. treatment as usual », *The British Journal of Psychiatry*, 2008, 193, pp. 114-120 ; LATIMER E.A., LECOMTE T., BECKER D., DRAKE R., DUCLOS I., PIAT M., XIE H., « Generalisability of the

emploi compétitif après avoir suivi un programme de réadaptation autre que l'IPS, plus de 50% - parfois 60% - d'entre eux y accèdent après avoir suivi le programme relatif au modèle IPS¹⁷⁹. Notons qu'en général, la plupart des personnes ayant suivi un tel programme travaillent à temps partiel, souvent en horaire à mi-temps¹⁸⁰.

Le modèle IPS est conçu pour les personnes souffrant d'une incapacité psychiatrique sévère¹⁸¹. Les incapacités psychiatriques sévères désignent principalement les psychoses, telles que la schizophrénie et les troubles de l'humeur sévères (troubles bipolaires, dépression chronique, etc.) dans la mesure où elles déclenchent une incapacité sur le long terme¹⁸². Certains chercheurs et praticiens se sont intéressés à la possibilité d'étendre ce modèle de façon plus large, aux personnes souffrant d'incapacité de travail physiques ou de troubles mentaux légers, tels que le trouble du stress post-traumatique (à savoir un type de trouble anxieux sévère qui se présente à la suite d'une expérience traumatisante)¹⁸³. S'il ne semble pas y avoir de contre-indication à utiliser la méthode pour d'autres groupes cibles,

individual placement and support model of supported employment : Results of a Canadian randomised controlled trial », *The British Journal of Psychiatry*, 2006, 189, pp. 65-73 ; LEHMAN A.F., GOLDBERG R.W., DIXON L.B., McNARY S., POSTRADO L., HACKMAN A., McDONNELL, « Improving employment outcomes for persons with severe mental illness », *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59, pp. 165-172 ; MICHON H.W., VAN VUGT M., VAN BUSSCHBACH J., « Effectiveness of Individual Placement and Support ; 18 & 30 months follow-up », Paper presented at the Enmesh Conference, Ulm, Allemagne, 2011 ; MUESER K.T., CLARK R.E., HAINES M., DRAKE R.E., McHUGO G.J., BOND G.R. et al., « The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004, n°72, pp. 479-490 ; NUECHTERLEIN K.H., « Individual Placement and support after an initial episode of schizophrenia : The UCLA randomized controlled trial. Paper presented at the International Conference on Early Psychosis, Amsterdam, Pays-Bas, 2010 ; TWAMLEY E.W., NARVAEZ J.M., BECKER D.R., BARTELS S.J., JESTE D.V., « Supported Employment for middle-aged and older people with schizophrenia », *Academic Journal of Psychiatry Rehabilitation*, 2008, 11, pp. 76-89 ; WONG K.K., CHIU R., TANG B., MAK D., LIU J., CHIU S.N., « A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong », *Psychiatric Services*, 2008, n°59, pp. 84-90 ; BOND G.R. & SWANSON S.J., « Supported employment for justice-involved people with mental illness », à paraître. Pour l'Europe spécifiquement, nous avons répertoriés des études randomisées réalisées en Italie (EQOLIZE Study), en Suisse (EQOLIZE Study), en Norvège, en Suède, au Royaume-Uni (EQOLIZE Study, SWAN, ENDEAVOR, IPS-LITE), aux Pays-Bas (EQOLIZE Study, SCION), en Allemagne (EQOLIZE Study) et en Bulgarie (EQOLIZE Study). Voyez la note de bas de page 208 à ce sujet. Voyez également au sujet des différents essais randomisés menés : LUCIANO A., DRAKE R.E., BOND G.R., BECKER D.R., CARPENTER-SONG E., LORD S., SWARBRICK P., SWANSON S.J., « Evidence-based supported employment for people with severe mental illness: Past, current, and future research », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2014, 40(1), p. 2.

¹⁷⁹ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, Preface, op. cit., pp. 47 et s.. Cela dit, il pourrait être intéressant que des économistes vérifient la fiabilité des vingt études randomisées existantes à ce jour.

¹⁸⁰ BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », op. cit., p. 36.

¹⁸¹ Le modèle a été créé initialement pour des adultes mais il a déjà été appliqué à des jeunes populations, notamment en Australie avec le programme Australia's Orygen Youth Health. Voyez à ce sujet OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 52.

¹⁸² DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., p. 5.

¹⁸³ *Ibid.*, p. 84.

plusieurs chercheurs recommandent de l'adapter alors aux aspects psychosociaux et médicaux des autres populations¹⁸⁴. La méthode IPS a en effet été créée spécifiquement pour prendre en compte les troubles mentaux graves.

Drake, Becker et Bond ont constaté que le modèle IPS, à l'instar de tout programme de réhabilitation dans le domaine de la santé mentale, fait ses preuves à condition de rencontrer les 9 critères suivants¹⁸⁵ :

- **Etre bien défini** : le programme doit avoir un objectif précis. Il est préférable d'établir un manuel fixant les différents critères auxquels doit répondre le programme et de créer une échelle de fidélité permettant de s'assurer de la conformité du programme à ces critères,
- **Refléter les objectifs de la personne** : les préférences de la personne sont déterminantes pour assurer le succès du programme ; elles évitent le problème de désengagement de la personne des services de santé mentale,
- **Correspondre aux objectifs sociétaux**, à savoir les objectifs rencontrant une forme d'intérêt général (telles qu'explicitées par exemple dans des normes juridiques),
- **Démontrer son effectivité par des méthodes fiables**,
- **Apporter des effets durables et non limités sur le court terme**,
- **Avoir des effets indésirables limités**,
- **Avoir des coûts raisonnables**,
- **Etre adapté à différentes communautés et groupes-cible**,
- **Etre facile à implémenter**.

Au cours des deux dernières décennies, ces mêmes chercheurs et praticiens américains ont également établi une série de principes auquel le modèle IPS doit répondre. Depuis 2012, on dénombre 8 principes qui fondent la spécificité - et le succès - du modèle IPS¹⁸⁶ :

1/ L'emploi compétitif doit être l'objectif poursuivi. Les programmes mis en place doivent faire entrer les personnes directement sur le marché de l'emploi compétitif. Cela signifie que ce modèle n'encourage ni le volontariat, ni les stages non rémunérés, ni les emplois

¹⁸⁴ *Ibidem*. Voyez sur les stress post-traumatiques, l'étude citée de DAVIS L. L., LEON A. C., TOSCANO R., DREBING C.E., WARD L. C., PARKER P.E. et al., « A randomized controlled trial of supported employment among veterans with posttraumatic stress disorder », *Psychiatric Services*, 2012, n°63, pp. 464-470.

¹⁸⁵ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment, *op. cit.*, pp. 15-17.

¹⁸⁶ Voyez à ce sujet *Ibid.*, pp. 33-39.

protégés car une approche « par étapes » n'apporte pas de résultats encourageants de remise à l'emploi compétitif, sur le court ou le long terme.

Notons cependant que cela ne signifie pas que les programmes IPS ne peuvent pas, concomitamment à la recherche d'un emploi compétitif, encourager des programmes de formation (*supported education*) si la personne le souhaite¹⁸⁷. A l'heure actuelle, peu de recherches ont cependant étudié cette question¹⁸⁸ mais une étude de 2012 a démontré l'avantage d'une telle combinaison¹⁸⁹.

2/ L'admissibilité au programme est basée sur le choix de la personne. La personne ne doit pas être exclue sur la base de ses symptômes ou de son diagnostic (critère dit d'« exclusion zéro »). Pour être admis à un programme IPS, la personne doit uniquement souhaiter travailler dans un emploi compétitif. Le caractère volontaire est le seul critère d'admission à un programme IPS¹⁹⁰. Contraindre des personnes qui ne souhaitent pas travailler à intégrer le modèle IPS est contraire aux principes guidant ce modèle et est également inefficace, le taux d'emploi étant dans ce cas plus bas¹⁹¹.

Le critère d'exclusion zéro a toutefois nécessité des changements importants au sein des services qui ont développé le modèle IPS et qui étaient habitués à sélectionner les bénéficiaires pouvant accéder à un programme de réhabilitation. Avec le modèle IPS, les praticiens encouragent les personnes à considérer une reprise du travail mais ce sont ces dernières qui doivent déterminer le moment de reprise au travail. Cela ne signifie pas que des incitants ne sont pas mis en place. A titre d'exemple, des dispositifs ont été élaborés afin que des (ex-) assurés partagent leur expérience de travail (dans le cadre de réunions collectives ou de *newsletters*)¹⁹².

¹⁸⁷ Voyez à ce sujet BECKER D.R., DRAKE R.E., BOND G.R., « The IPS Supported Employment Learning Collaborative », *op. cit.*, p. 83.

¹⁸⁸ LUCIANO A., DRAKE R.E., BOND G.R., BECKER D.R., CARPENTER-SONG E., LORD S., SWARBRICK P., SWANSON S.J., « Evidence-based supported employment for people with severe mental illness: Past, current, and future research », *op. cit.*, p. 8.

¹⁸⁹ BAKSHEEV G. N., ALLOTT K., JACKSON H. J., MCGORRY P. D., KILLACKEY, « Predictors of vocational recovery among young people with first-episode psychosis: findings from a randomized controlled trial », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2012, vol. 35, n°6, pp. 421-427. Voyez également MUESER K. T., COOK J. A., « Supported Employment, Supported Education, and Career Development », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2012, vol. 35, n°6, pp. 417-420.

¹⁹⁰ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, *op. cit.*, p. 34.

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 81 et LEHMAN A. F., GOLDBERG R.W., DIXON L. B., McNARY S., POSTRADO L., HACKMAN A. et al., « Improving employment outcomes for persons with severe mental illness », *Archives of General Psychiatry*, n°59, pp. 165-172.

¹⁹² DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, *op. cit.*, p. 34.

Enfin, la mise en place du modèle IPS a nécessité bien souvent de modifier la fonction des médecins amenés à diagnostiquer la capacité ou l'incapacité de remise au travail de la personne. Le médecin maintient un rôle clé mais celui-ci ne joue plus le rôle de filtre d'accès à un emploi (voyez *infra*). Cela ne signifie toutefois pas que les risques médicaux de reprise d'une activité professionnelle ne sont pas identifiés, ni discutés avec la personne¹⁹³.

3/ Les services de réhabilitation (en l'espèce spécialisés dans le modèle IPS) et de santé mentale doivent être intégrés. Les spécialistes de l'IPS participent régulièrement aux réunions de l'équipe soins (spécialisée dans les problèmes de santé mentale) afin d'expliquer en quoi consiste le modèle IPS et afin de faire le point sur le processus que suit la personne. Ces deux services (IPS et soins) partagent les informations et aident la personne à améliorer sa condition. Idéalement, les services de réhabilitation (appelés « travailleurs IPS ») et de santé mentale partagent un même espace afin de faciliter la communication entre eux. Lorsque l'intégration des services n'est pas envisageable, la collaboration entre les deux services doit être intensive et supervisée¹⁹⁴.

4/ Les services prodigués sont basés sur les préférences et les choix de la personne plutôt que sur le jugement du conseiller. La recherche d'un travail est réalisée d'après les préférences de la personne, ses forces et son expérience professionnelle. La personne concernée identifie les emplois qui l'intéressent, les modalités de travail et l'environnement de travail adéquats (les horaires de travail, le salaire et les services disponibles sur son lieu de travail sont des critères notamment pris en compte). Le spécialiste IPS peut faire des suggestions pour étendre les options.

D'après plusieurs études, la durée de l'emploi est d'autant plus longue qu'il a été satisfait aux préférences initiales de la personne et que l'environnement de travail lui est adapté¹⁹⁵. La perception de la personne quant au caractère adéquat de l'emploi (*job match*) ainsi que sa satisfaction à l'emploi peu de temps après être entrée sur le marché de l'emploi sont également des éléments clé¹⁹⁶.

¹⁹³ Voyez à ce sujet : <http://www.dartmouthips.org/faqs/>

¹⁹⁴ Voyez pour une étude faisant le point des différentes forces et faiblesses de ces collaborations : SWANSON S.J., MEYER R.H., COURTNEY C.T., REEDER S.A., « Strategies for Integrated Employment and Mental Health Services », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, vol. 37, n°2, pp. 86-89.

¹⁹⁵ BECKER D.R., DRAKE R.E., FARABAUGH A., BOND G.R., « Job Preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs », *Psychiatric Services*, 1996, 47, pp. 1223-1226 ; MUESER K.T., BECKER D.R., WOLFE R.S., « Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction », *Journal of Mental Health*, 2001, 10, pp. 411- 417.

¹⁹⁶ CARPENTER V., PERKINS D.V., Supported employment as a transition from state hospital to community, cité par DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An*

La question se pose également de dévoiler ou non à l'employeur l'incapacité de travail et, par conséquent, le fait que le spécialiste IPS entre ou non en contact avec l'employeur. Nombreuses sont en effet les études qui insistent sur le fait que les personnes affectées de troubles mentaux souffrent d'un fort stigmatisme lorsqu'elles révèlent leur maladie¹⁹⁷. Si le problème rencontré doit inciter à combattre plus largement les préjugés véhiculés sur la maladie mentale, il n'en demeure pas moins qu'il pourrait être utile de distinguer les situations où la personne souffrant de troubles légers (et plus souvent, non apparents) souhaite divulguer ses troubles de celles où elle souhaite les taire.

5/ La recherche d'un emploi doit être rapide. Ce principe a été vérifié à plusieurs reprises, y compris dans le cadre de plusieurs études randomisées. Il s'inscrit en opposition à une approche « par étapes » qui peut non seulement être inutile mais parfois préjudiciable à la personne. Avec le modèle IPS, il n'y a donc pas de phase d'orientation approfondie, de formation ou de formation préalable à l'emploi.

Concrètement, le travailleur IPS et l'intéressé créent, dans un premier temps, un profil de carrière tenant compte des compétences de ce dernier, de ses préférences, de son éducation et de son expérience professionnelle. Dans un second temps - à savoir dans le mois de démarrage d'un programme IPS - des contacts avec les employeurs sont pris sur la base de ce profil. Si l'assuré a des doutes sur l'emploi qui lui conviendrait, la recherche d'emploi peut démarrer en explorant différents types d'emploi. Plusieurs études démontrent que le conseiller doit croire aux capacités de la personne à entamer un travail et qu'il doit prendre au sérieux les objectifs qu'elle souhaite rencontrer. Le principe a parfois été mal compris, en substituant à une recherche d'emploi rapide, un placement rapide. Il est arrivé que des services placent vite le bénéficiaire sans tenir compte de ses préférences. Le résultat a été contreproductif : une mauvaise adéquation entre le profil et l'emploi mène en général à une insatisfaction au travail et ensuite, à une perte de l'emploi. En 2012, sur la base de quinze essais randomisés (9 aux Etats-Unis, 6 en-dehors des Etats-Unis), la durée moyenne de placement a été évaluée à 19 semaines¹⁹⁸.

Evidence-Based Approach to Supported Employment, op. cit., p. 36 ; HUFF S.W., RAPP C.A., CAMPBELL S.R., « 'Everyday is not Jell-O' : a qualitative study of factors affecting job tenure », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, vol. 31, pp. 211-218.

¹⁹⁷ Voyez sur cette difficulté : HOEKSTRA E. J., SANDERS K., VAN DEN HEUVEL W. J.A., POST D., GROOTHOFF J.W., « Supported employment in the Netherlands for people with an intellectual disability, a psychiatric disability and a chronic disease », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2004, n°21, pp. 39-48.

¹⁹⁸ BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », *World Psychiatry*, février 2012,

6/ Un soutien à durée indéterminée et individualisé doit être mis en place. Un tel soutien doit exister aussi longtemps que la personne en a le souhait et le besoin. Tant les spécialistes IPS que les membres de l'équipe soins apportent un soutien à l'emploi. Il peut s'agir pour le psychiatre d'ajuster la médication de la personne, pour le spécialiste en réhabilitation de développer des stratégies pour gérer des situations d'anxiété, ou encore d'aider la personne à mettre un terme à un emploi ou de développer une carrière.

Au début du programme, les spécialistes IPS rencontrent la personne de façon hebdomadaire, même si l'entrevue peut être brève. Le suivi est toujours individualisé (ex. aider la personne à se rendre sur son lieu de travail ou l'aider à négocier un aménagement spécifique, comme la possibilité de travailler dans un espace très calme). Par la suite, la transition est assurée entre les services IPS et, par exemple, une personne de confiance. Cependant, la personne doit toujours garder la possibilité de retourner vers les services spécialisés en IPS lorsque le besoin s'en fait sentir.

7/ Un conseil personnalisé sur les prestations sociales doit être prévu. Ce principe a été ajouté en 2004 après que le modèle ait été testé et que les acteurs de terrain aient rapporté que les personnes avaient peur de ne plus avoir droit à leurs allocations sociales. Les spécialistes de l'emploi aident la personne à obtenir une information personnalisée, compréhensible et précise relative à sa couverture sociale. Ces spécialistes envisagent les différents *scenarii* (y compris l'impact d'un changement d'heure ou de travail). Plus récent, ce septième principe a fait l'objet de moins d'études que les autres. Cependant, plusieurs études ont démontré que ce principe avait des retombées positives et que le modèle IPS était particulièrement adapté aux bénéficiaires qui reçoivent des allocations d'invalidité¹⁹⁹.

8/ Le développement de l'emploi doit être systématique. Ce principe est, avec le principe n°7, plus récent. Il a été constaté, d'une part, que le fait que les personnes souffrant de troubles mentaux sévères doivent elles-mêmes chercher un emploi est contre-productif et, d'autre part, qu'il est nécessaire de développer un réseau d'employeurs basé sur les intérêts de la personne. Ce dernier constat signifie que les spécialistes IPS ne doivent pas simplement prendre contact avec un employeur pour savoir si des emplois vacants existent. Ces spécialistes doivent avoir des contacts fréquents avec différents employeurs et les rencontrer également sur leur lieu de travail (dans la mesure où la personne concernée est

11(1), p. 36. Ces auteurs estiment que cette durée est encore longue mais ils insistent concomitamment sur la place réservée aux préférences de la personne.

¹⁹⁹ Voyez à ce sujet DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, p. 37.

d'accord). Concrètement, ils doivent se présenter à eux, s'intéresser au *business* de l'entreprise (et au service des ressources humaines) et évaluer les potentielles correspondances entre un emploi et le travailleur avec qui ils travaillent (*job match*). Il est en effet prouvé que les conseillers qui passent plus de temps à établir des contacts avec l'employeur obtiennent un score d'acquisition d'emploi plus élevé²⁰⁰.

Certains des huit principes développés *supra* ont été plus testés que d'autres. Ainsi, les principes 6 et 8 ont fait l'objet de moins d'études que les autres principes, en partie car les variables sont plus difficiles à isoler²⁰¹.

Quoi qu'il en soit, pour que le modèle IPS soit efficace, il doit, selon l'équipe de recherches qui a mis au point ce modèle, être appliqué fidèlement. Afin de s'assurer que le modèle IPS soit correctement appliqué, des chercheurs américains ont développé plusieurs échelles de fidélité. La plus récente comprend 25 critères qui ont trait au personnel, à l'organisation et aux services à mettre en œuvre dans le cadre du modèle IPS. Nous les énumérerons de façon synthétique ci-dessous. Le lecteur trouvera en annexe la grille complète publiée en 2012 par R.E. Drake, G.R. Bond et D.R. Becker.

Encadré C. Les 25 critères de l'échelle de fidélité du modèle IPS

Les critères relatifs au personnel :

- Les spécialistes de l'emploi, qui assurent la prise en charge individuelle des assurés, ne peuvent pas avoir plus de 20 personnes à suivre.
- Les spécialistes de l'emploi ne fournissent que des services d'emploi.
- Chaque spécialiste de l'emploi est un généraliste professionnel qui parcourt avec l'assuré l'ensemble du processus et les différentes phases du programme (admission à un programme, engagement, évaluation, placement ou développement de l'emploi, *job coaching*, suivi).

Les critères relatifs à l'organisation :

- Les services de réhabilitation ou d'intégration et les services de santé mentale doivent être intégrés dans une même équipe de travail.
- Les deux types de services se rencontrent fréquemment - si possible de façon hebdomadaire. Il est préférable qu'ils partagent les mêmes bureaux.

²⁰⁰ Voyez les études de Leff et al., de Rosenthal, Dalton & Gurvey, de Vandergoot et de Zadny & Jame citées in DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., p. 38. Par exemple, au Dartmouth IPS Supported Employment Center, les spécialistes de l'IPS passent 4 à 6h par semaine à développer l'emploi.

²⁰¹ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., p. 41.

- Les spécialistes de l'emploi et les conseillers en réadaptation professionnelle doivent collaborer et avoir des échanges fréquents au sujet des assurés qu'ils suivent.
- Deux spécialistes en emploi au moins et un responsable d'équipe constituent une unité d'emploi. Chaque semaine, cette unité se réunit et aborde différentes questions, notamment la supervision du travail des spécialistes de l'emploi (et la vérification d'une charge de travail raisonnable) et l'identification des stratégies pour la recherche d'emploi.
- Le rôle du responsable d'équipe de l'unité d'emploi (du « superviseur emploi ») est capital. Son unique fonction est de superviser les spécialistes de l'emploi (maximum 10 personnes). Il doit impérativement les rencontrer de façon hebdomadaire, communiquer régulièrement avec les responsables des équipes de santé mentale afin de s'assurer de l'intégration optimale des deux services, accompagner et former les spécialistes en emploi qui viennent d'être engagés ou qui rencontrent des difficultés. Enfin, le superviseur emploi revoit avec le spécialiste de l'emploi les « résultats » des assurés actuels et fixe, sur une base trimestrielle, des objectifs afin d'améliorer la performance au programme.
- Le critère d'exclusion zéro : toutes les personnes qui souhaitent retravailler doivent avoir accès au modèle IPS, sans que soient pris en compte leur comportement, leurs troubles mentaux ou leur passé violent.
- Les agences doivent être focalisées sur l'emploi compétitif pour les assurés et doivent promouvoir cet objectif par différentes stratégies (ex. diffusion de brochures, diffusion des histoires vécues par des assurés ayant participé aux programmes).
- Une équipe de direction doit être mise en place pour mettre en œuvre et assurer le suivi des programmes de soutien à l'emploi (*supported employment*). Cette équipe de direction doit connaître les principes sous-tendant ces programmes. Au minimum tous les six mois, un membre de cette équipe doit participer aux réunions visant à vérifier la haute fidélité au modèle IPS, en recourant aux échelles de fidélité. Deux fois par an, le responsable de la mise en place des programmes de soutien à l'emploi doit partager avec l'équipe de direction les obstacles ou les facilités rencontrées dans la mise en place du modèle. L'équipe de direction doit communiquer, dès le départ, des objectifs clairs et spécifiques.

Les critères relatifs aux services :

- Un plan d'incitants au travail doit être mis en place : à cette fin, tous les assurés doivent se voir proposer une assistance individuelle avant de se voir proposer un emploi. Ils doivent également avoir accès à une telle aide en cas de souhait de changement d'horaires de travail ou de revenus. Les incitants au travail mis en place peuvent comprendre des avantages sociaux.
- Un accompagnement est mis en place afin que l'assuré puisse décider, en connaissance de cause, de révéler ou non son handicap.
- Une évaluation professionnelle continue doit avoir lieu. Ensemble, l'agent et l'assuré établissent le profil professionnel de l'assuré et le complètent à la suite de chaque expérience professionnelle.
- Une recherche rapide d'un emploi compétitif est mise en place : une évaluation initiale de l'emploi et un premier contact entre un employeur et un spécialiste de l'emploi ou l'assuré doit avoir lieu dans les 30 jours de l'entrée de l'assuré dans le programme.
- Une recherche d'emploi individualisée est développée et mise à jour : le spécialiste de l'emploi est chargé d'opérer une bonne correspondance d'emploi (*good job match*) basée

plus sur les préférences de l'assuré (ce qu'il aime et ses objectifs personnels) et ses besoins (en termes de capacité, d'expérience, de santé, de symptomatologie) que sur l'état du marché de l'emploi. Autrement dit, le spécialiste de l'emploi ne doit pas partir de l'offre d'emploi accessible pour déterminer les préférences de l'assuré.

- Il faut qu'un contact fréquent soit établi avec les employeurs. Les spécialistes de l'emploi échangent au moins 6 fois par semaine avec un employeur (il peut s'agir de six échanges avec le même employeur).
- La qualité du contact avec l'employeur doit être prise en considération. Les spécialistes de l'emploi doivent construire des relations avec des employeurs en les rencontrant, en leur faisant part des forces des assurés et en leur expliquant l'apport du programme de soutien à l'emploi, y compris pour l'employeur.
- Il faut qu'il existe une offre diversifiée d'emplois. A cette fin, les spécialistes de l'emploi assistent notamment les clients dans la recherche de différents types d'emplois.
- Il faut également diversifier les employeurs auxquels il peut être fait appel.
- Les emplois doivent être compétitifs, ce qui signifie que les spécialistes de l'emploi doivent promouvoir des emplois qui ont un statut potentiellement permanent, par opposition à des emplois limités dans le temps. L'emploi compétitif doit être payé au minimum au salaire minimum et être accessible à tout un chacun (il ne doit pas être destiné exclusivement aux personnes handicapées).
- Le soutien doit être individualisé et continu. Cela signifie que le spécialiste de l'emploi doit également aider la personne à trouver un meilleur travail, à l'orienter, si elle le souhaite, dans le développement de sa carrière, etc. Il s'agit également de prendre en compte les préférences de l'assuré et de faire appel à différents acteurs (équipe médicale, amis, famille, collègues si l'assuré est d'accord) qui peuvent aider à subvenir à ses besoins (de tout type : médical - professionnel - social). Le spécialiste de l'emploi peut également apporter une aide à l'employeur, mais uniquement à la demande de l'assuré.
- Le soutien doit être continu et indéterminé. Le spécialiste de l'emploi voit la personne une semaine avant qu'elle démarre son travail, a un contact avec elle trois jours après qu'elle ait entamé son travail et après, mensuellement au moins durant une année ou plus. Lorsque la personne perd son emploi, le spécialiste de l'emploi en charge de son dossier la contacte 3 jours maximum après qu'il en ait connaissance.
- Les services de l'emploi sont des services communautaires ce qui signifie concrètement que le spécialiste de l'emploi doit passer idéalement 65% de son temps de travail dans la communauté.
- L'équipe accompagnant l'assuré doit faire preuve d'un engagement absolu et établir des stratégies de sensibilisation : elle doit travailler idéalement avec la famille des assurés, ne pas limiter la durée d'accompagnement de l'assuré et rencontrer fréquemment les assurés (chez eux ou dans la communauté). L'équipe arrête toutefois ses démarches lorsque l'assuré ne souhaite plus poursuivre le processus ou souhaite arrêter de travailler.

Pour s'assurer de la mise en œuvre fidèle du modèle, les chercheurs ont également établi une échelle d'intensité permettant d'évaluer le degré de réalisation de chaque critère (voir annexe 4).

Avant de considérer les potentielles conditions de transposition de ce modèle en Belgique, il convient d'aborder la question de la généralisation du modèle IPS en-dehors des Etats-Unis. Le modèle IPS a été mis en place et évalué dans d'autres continents : au Canada, en Australie, en Nouvelle Zélande, en Asie et également en Europe²⁰².

4.2. La généralisation du modèle IPS en Europe

Pour mettre en place ou tester un tel modèle en Belgique, il faut considérer les études qui ont évalué le modèle IPS en Europe. Ces études révèlent que globalement, le modèle demeure efficace (4.2.1.) mais toutefois moins qu'aux Etats-Unis. Les différents facteurs connus dans la littérature scientifique et pouvant expliquer cette différence entre les deux continents sont exposés ci-dessous (4.2.2.). Enfin, un certain nombre d'éléments supplémentaires mériteraient d'être vérifiés, idéalement à l'aide d'essais randomisés (4.2.3.).

4.2.1. L'effet encourageant du modèle IPS

En Europe, le modèle de Soutien à l'Emploi (*Supported employment*) a été valorisé dès les années 90, notamment à travers l'*Union européenne de Soutien à l'Emploi*²⁰³. Le modèle IPS, spécifiquement développé à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux graves, est aujourd'hui développé dans plusieurs pays européens : au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Espagne, en Suède, en Suisse, en Norvège, au Danemark et dans certaines régions de l'Italie²⁰⁴. Plusieurs études européennes montrent que ce modèle fournit de meilleurs résultats que les méthodes dites traditionnelles d'insertion professionnelle²⁰⁵. Plusieurs recherches démontrent en effet que ce modèle double au moins le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux accédant au marché compétitif comparativement

²⁰² DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., p. 87.

²⁰³ Voyez DELEU G., *Où nous mène la Réhabilitation Psychiatrique*, Socrate Editions Promarex, Charleroi, 2012, p. 65.

²⁰⁴ Voyez LUCIANO A., DRAKE R.E., BOND G.R., BECKER D.R., CARPENTER-SONG E., LORD S., SWARBRICK P., SWANSON S.J., « Evidence-based supported employment for people with severe mental illness: Past, current, and future research », op. cit., p. 5.

²⁰⁵ Voyez BURNS T., CATTY J., « IPS in Europe : The EQOLISE trial », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, vol. 31, n°4, pp. 313-317 ; MICHON H., VAN BUSSCHBACH J., STANT A.D., VAN VUGT M. D., VAN WEEGHEL J., KROON H., « Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in the Netherlands: A 30-month randomized controlled trial », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol 37(2), juin 2014, pp. 129-136 ; FIORITTI A., D'ALEMA M., BARONE R., BRUSCHETTA S., « Social enterprises, vocational rehabilitation, supported employment : working on work in Italy », *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2014, 202(6), pp. 498-500 ; BOYCE M, SECKET J., FLOYD M., GROVE B., et al., « Factors Influencing the Delivery of Evidence-Based Supported Employment in England », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, vol. 31, n°4, pp. 360-366 ;

aux autres modèles dits traditionnels (55% versus 26%)²⁰⁶. En Suède par exemple, une étude randomisée relative au modèle IPS conclut que ce modèle est plus efficace qu'une autre méthode de réintégration professionnelle : sur une période de 18 mois, les participants au modèle IPS ont trouvé un emploi cinq fois plus vite que les participants à l'autre programme et l'ont maintenu²⁰⁷. Les chercheurs de l'étude ont pris en compte le nombre d'heures et de semaines de travail, le revenu et la durée de la période totale de travail. Plusieurs études randomisées ont été réalisées en Europe ces dernières années ou sont en cours de réalisation²⁰⁸.

Le rapport coût/bénéfice de l'implémentation de programmes IPS par rapport aux programmes traditionnels de réhabilitation professionnelle semble au pire identique, au mieux plus avantageux²⁰⁹. Pour l'évaluer, il faut prendre en compte les évolutions des patients sur le long terme ce qui n'a pas encore été fréquemment évalué (y compris les rechutes de l'état de santé). Une étude européenne conclut que le programme IPS réduit les hospitalisations des personnes ayant suivi ce programme²¹⁰.

Notons que pour mettre en œuvre le modèle IPS, certains pays, comme les Pays-Bas, ont collaboré avec le *Dartmouth IPS Supported Employment Center*, à savoir un centre

²⁰⁶ Voyez BURNS T., CATTY J., « IPS in Europe : The EQOLISE trial », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, vol. 31, n°4, p. 313 et BURNS T., CATTY J., BECKER T., DRAKE R.E., FIORITTI A., KNAPP M. et al., « The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness : a randomised controlled trial », *Lancet*, 2007, n°30, pp. 1146-1152 ; BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », *World Psychiatry*, février 2012, 11(1), pp. 32-39.

²⁰⁷ BEJERHOLM U., AREBERG C., HOFGRÉN C., SANDLUND M., RINALDI M., « Individual Placement and Support in Sweden - A randomized controlled trial », *Nord J Psychiatry*, 2014 Jul 1:1-10.

²⁰⁸ Voyez les articles suivants au sujet des études randomisées réalisées en Italie (EQOLIZE Study), en Suisse (EQOLIZE Study), en Norvège, en Suède, au Royaume-Uni (EQOLIZE Study, SWAN, ENDEAVOR, IPS-LITE), aux Pays-Bas (EQOLIZE Study, SCION), en Allemagne (EQOLIZE Study) et en Bulgarie (EQOLIZE Study) : BURNS T., CATTY J., « IPS in Europe : The EQOLISE trial », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, vol. 31, n°4, pp. 313-317 ; MICHON H., VAN BUSSCHBACH J., STANT A.D., VAN VUGT M. D., VAN WEEGHEL J., KROON H., « Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in the Netherlands: A 30-month randomized controlled trial », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol 37(2), juin 2014, pp. 129-136 ; FIORITTI A., BURNS T., HILARION P., VAN WEEGHEL J., CAPPÀ C., SUNOL R., OTTO E., « Individual placement and support in Europe », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, vol. 37, pp. 123-128 ; SVEINSDOTTIR V., LØVVIK C., FYHN T., MONSTAD K., LUDVIGSEN K., ØVERLAND S., and ENDRESEN REME S., « Protocol for the effect evaluation of Individual Placement and Support (IPS): a randomized controlled multicenter trial of IPS versus treatment as usual for patients with moderate to severe mental illness in Norway », *BMC Psychiatry*, 2014, 14, 307. URL : <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/307>

²⁰⁹ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., pp. 72 et s.

²¹⁰ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., p. 75. Voyez l'étude réalisée par BURNS T., CATTY J., BECKER T., DRAKE R.E., FIORITTI A., KNAPP M. et al., op. cit..

multidisciplinaire qui développe des recherches sur le modèle IPS et dispense des formations ou des conseils pour mettre en œuvre ce modèle²¹¹. Y collaborent notamment Bond, Drake et Becker. Enfin, précisons que tout comme aux Etats-Unis, les pays européens n'ont parfois pas totalement abandonné la méthode « Train-then-Place ». A titre d'exemple, le programme RESSORT de Lausanne (Suisse), créé en 2009, prévoit trois filières pour les personnes souffrant de troubles mentaux : le modèle IPS pour les personnes souffrant de troubles mentaux reconnus et traités, l'offre d'une réhabilitation professionnelle s'appuyant sur le réseau d'ateliers protégés et l'orientation vers un suivi psychiatrique pour les personnes signalées par des services sociaux et qui nécessitent des soins psychiatriques²¹².

Malgré le succès du modèle IPS en-dehors des Etats-Unis, les résultats en termes de réinsertion professionnelle sont en général moins spectaculaires en Europe qu'aux Etats-Unis.

4.2.2. Un effet plus limité ailleurs qu'aux Etats-Unis

Si le modèle IPS reste plus efficace que les autres programmes de réhabilitation professionnelle en termes de réinsertion professionnelle, les résultats diffèrent aujourd'hui entre, d'une part, les Etats-Unis et, d'autre part, les autres continents ou pays hors des Etats-Unis ayant appliqué ce modèle (Canada, Australie, Chine et Europe). Ainsi, 48,3% des assurés suivant le modèle IPS et habitant hors des Etats-Unis trouveraient un emploi compétitif contre 62,1% aux Etats-Unis²¹³. Quels critères permettent d'expliquer ces écarts ?

Une étude randomisée relative à plusieurs pays européens attribue l'effectivité limitée du modèle IPS au phénomène du « piège à l'emploi », phénomène qui serait favorisé par les réglementations européennes du travail et de l'incapacité de travail²¹⁴.

²¹¹ Sur les différents outils développés pour exporter l'IPS, voyez BECKER D.R., DRAKE R.E., BOND G.R., « The IPS Supported Employment Learning Collaborative », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, vol. 37, n°2, pp. 79-85. Sur la collaboration entre les Pays-Bas et le Dartmouth Psychiatric Research Center, voyez MICHON H., VAN BUSSBACH J. T., STANT A. D., VAN WEEGHEL J., VAN VUGT M. D., KROON H., « Effectiveness of Individual Placement and Support for People With Severe Mental Illness in the Netherlands : A 30-Month Randomized Controlled Trial », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, vol. 37, pp. 129-136. Sur les formations online proposées contre rémunération par le Dartmouth Psychiatric Research Center, voyez : <http://www.dartmouthips.org/training-consultation-services/>.

²¹² FAVRE C., SPAGNOLI D., POMINI V., « Dispositif de soutien à l'emploi pour patients psychiatriques: évaluation rétrospective », *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 2014, 165 (7), pp. 258-264.

²¹³ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., p. 87.

²¹⁴ BURNS T., CATTY J., BECKER T., DRAKE R.E., FIORITTI A., KNAPP M. et al., « The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness : a randomised controlled trial », *Lancet*, 2007, n°30, pp. 1146-1152.

D'autres obstacles empêchant une mise en œuvre adéquate du modèle IPS ont été mentionnés dans plusieurs études européennes. En Suède, certains chercheurs rapportent que l'inertie bureaucratique et les obstacles comportementaux auraient empêché le développement efficace du modèle IPS²¹⁵. Une étude relative à quatre pays européens - le Royaume-Uni, les Pays-Bas, l'Espagne et l'Italie - signale quela mise en œuvre du modèle peut prendre un certain temps en raison des valeurs culturelles profondément ancrées et relatives au travail ou à la santé mentale²¹⁶. Une étude anglo-saxonne révèle, quant à elle, que le modèle IPS a pu être mis en œuvre car le contexte politique encourageait les personnes à travailler mais qu'en parallèle, il existait plusieurs obstacles empêchant *a priori* la mise en œuvre du modèle IPS : « la peur et les préjugés de la part des intéressés ; une culture d'attentes dépourvues d'ambition à l'égard des personnes qui ont des difficultés liées à leur santé mentale ; une partialité profondément enracinée en faveur des démarches de 'formation-placement' dans le domaine de la réadaptation [...] et l'impact de la crise économique »²¹⁷. Le comportement pessimiste des cliniciens ou des accompagnateurs professionnels, tout comme le comportement peu accueillant des employeurs, aurait freiné l'envie des bénéficiaires de s'essayer à nouveau au monde du travail²¹⁸.

Plusieurs chercheurs américains estiment que cette baisse d'effectivité du modèle IPS en Europe pourrait également être liée à une mise en œuvre non optimale du modèle IPS, résultant du manque d'assistance technique et de formation du personnel au modèle IPS²¹⁹. Ces chercheurs estiment que les futures recherches devraient être réalisées sur la base de programmes IPS à haute fidélité et évalués par des évaluateurs indépendants et entraînés²²⁰.

²¹⁵ BEJERHOLM U., LARSSON L., HOFGRÉN C., « Individual Placement and Support illustrated in the Swedish welfare system : A case study », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2011, n°35, pp. 59-72 ; HASSON H., ANDERSSON M., BEJERHOLM U., « Barriers in implementation of evidence-based practice : Supported employment in Swedish context, *Journal of Health Organization and Management*, 2011, 25, pp. 332-345 ; DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., p. 87.

²¹⁶ FIORITTI A., BURNS T., HILARION P., VAN WEEGHEL J., CAPPA C., SUNOL R., OTTO E., « Individual placement and support in Europe », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, vol. 37, pp. 123-128.

²¹⁷ SCHNEIDER J., « Emploi et inclusion sociale : application du principe et réalité de la pratique » in GREACEN T., JOUET E., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse, Editions Erès, 2012, p. 214. Voyez au sujet des obstacles, l'étude menée par RINALDI M., LILLER L., PERKINS R., « Implementing the individual placement and support (IPS) approach for people with mental health conditions in England », *International Review of Psychiatry*, 2010, 22, pp. 163-172.

²¹⁸ BOARDMAN J., RINALDI M., « Difficulties in implementing supported employment for people with severe mental health problems », *The British Journal of Psychiatry*, 2013, n°203, pp. 247-249.

²¹⁹ BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », op. cit., p. 37.

²²⁰ *Ibidem*.

Enfin, quelques études aboutissent à un effet du modèle IPS plus mitigé²²¹. Dans ces études, la différence de pourcentage entre le groupe IPS et le groupe contrôle est moins net. Une de ces études a cependant été remise en cause par plusieurs chercheurs qui estiment que le modèle IPS avait été mal appliqué dans les régions qui servaient de base à l'étude²²².

4.2.3. Des éléments qui restent à vérifier

En 2014, une étude relative au modèle IPS révèle que de plus amples recherches devraient être réalisées pour analyser la carrière des bénéficiaires du modèle IPS²²³. A l'avenir, nous pensons qu'il serait également utile de relever systématiquement le type d'emploi trouvé par les personnes ayant suivi le modèle IPS²²⁴. Il faudrait en outre vérifier si dans chaque étude randomisée, un critère de stabilisation de la maladie a été exigé pour que le bénéficiaire soit pris en compte dans l'échantillon, permettant de voir comment le critère d'« exclusion zéro » est mis en œuvre. Il nous semble que cet élément devrait être examiné de façon précise, permettant de vérifier si les résultats des études diffèrent selon le trouble mental dont souffre la personne²²⁵. Une autre question qui mériterait d'être investiguée est de vérifier quels sont les principes du modèle IPS qui sont le plus mis en œuvre et lesquels posent le plus de

²²¹ LEHMAN A.F., GOLDBERG R.W., DIXON L.B., McNARY S., POSTRADO L., HACKMAN A., McDONNELL, « Improving employment outcomes for persons with severe mental illness », *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59, pp. 165-172 ; HESLIN M., HOWARD L., LEESE M., McCURRY P., RICE C., JARRETT M., SPOKES T., HUXLEY P., THORNICROFT G., « Randomized controlled trial of supported employment in England : 2 year follow-up of the Supported Work and Needs », *World Psychiatry*, 2011, n°10, pp. 132-137.

²²² L'étude de Heslin M. et al. a été critiquée par K. Campbell (« Employment rates for people with severe mental illness in the UK not improved by 1 year's individual placement and support », *Evidence-Based Mental Health*, 13 (4), 114) et E. Latimer (« An effective intervention delivered at sub-therapeutic dose becomes an ineffective intervention », *British Journal of Psychiatry*, 196, pp. 341-342).

²²³ LUCIANO A., DRAKE R.E., BOND G.R., BECKER D.R., CARPENTER-SONG E., LORD S., SWARBRICK P., SWANSON S.J., « Evidence-based supported employment for people with severe mental illness: Past, current, and future research », *op. cit.*, p. 6.

²²⁴ Il faudrait vérifier dans quelle mesure les emplois dans le secteur non-compétitif sont pris ou non en compte dans les analyses. Les défenseurs du modèle IPS s'opposent toutefois clairement aux emplois non-compétitifs qui coûtent plus chers et qui produisent moins d'effets positifs sur les sphères autres que professionnelles par rapport à un emploi compétitif. Voyez BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », *op. cit.*, p. 37.

²²⁵ Bond, Drake et Becker expliquent avoir répertorié une seule étude randomisée sur 15 études exigeant un tel critère. Ainsi, seule une étude de Los Angeles aurait requis une période de deux ou trois mois de stabilisation de la maladie. Pour l'étude de Los Angeles, voyez NUECHTERLEIN K.H., SUBOTNIK K.L., TURNER L.R. et al., « Individual Placement and Support for individuals with recent-onset schizophrenia : integrating supported education and supported employment », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, vol. 31, pp. 340-349. Sur cette analyse : BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », *op. cit.*, p. 34. Plus récemment, MICHON H., VAN BUSSBACH J. T., STANT A. D., VAN WEEGHEL J., VAN VUGT M. D., KROON H., « Effectiveness of Individual Placement and Support for People With Severe Mental Illness in the Netherlands : A 30-Month Randomized Controlled Trial », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, vol. 37, pp. 129-136.

problèmes à être mis en œuvre. Une étude souligne en 2000 que le placement rapide et l'emploi rémunéré sont deux principes difficiles à mettre en œuvre en Europe²²⁶.

Certaines études ont également fait part de résultats du modèle IPS sur les sphères non professionnelles mais elles demeurent rares. Elles ont en général évalué l'impact du modèle IPS sur la qualité de vie des patients suivant le programme IPS, la persistance de leurs symptômes psychiatriques ou sur le nombre d'hospitalisations psychiatriques. A cet égard, il manque d'études pour comparer les programmes IPS et les autres programmes de réinsertion professionnelle²²⁷. En Europe cependant, une recherche démontre que l'hospitalisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques a diminué lorsqu'elles ont intégré le programme IPS²²⁸. Par ailleurs, le fait que les personnes ayant suivi le programme IPS trouvent un emploi serait corrélé avec une hausse de leur fonctionnement global (estime de soi, qualité de vie, contrôle du symptôme, etc.)²²⁹. Dans ce cas toutefois, c'est plus le fait d'avoir trouvé un emploi que le fait de suivre un programme spécifique qui explique cet effet. Une étude néerlandaise va, elle aussi, dans ce sens et démontre que le fait d'avoir acquis un emploi « régulier » est associé à un impact positif sur la santé mentale, l'estime de soi et la qualité de vie²³⁰.

Il faudrait également évaluer si le modèle IPS permettrait aux bénéficiaires d'avoir accès à de meilleurs emplois ou à de meilleures conditions de travail sur le long terme en mesurant l'effet de l'accompagnement individualisé à durée indéterminée et de la recherche rapide d'un emploi sur le marché du travail ordinaire. Il faudrait observer les secteurs dans lesquels les bénéficiaires suivant ce modèle travaillent le plus et quelles sont leurs conditions de travail (horaire, rémunération, bien-être au travail, stabilité dans l'emploi). Il pourrait être également opportun de mesurer l'impact du marché de l'emploi et du taux de chômage sur l'effectivité du modèle.

²²⁶ VAN AUDENHOVE Ch., VAN ROMPAEY I., DE COSTER I., LISSENS G., *Op weg naar werk. Werkvoorbereiding en werkbegeleiding in de Geestelijke Gezondheidszorg*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2000 cité in JAEGERE V, KNAEPS J., DE GROOF M., DE COSTER I., DESMET A., VAN AUDENHOVE C., « Integratie Begeleid Werken en Begeleid Leren : een transnationaal project », Rapport de recherche de la KULEUVEN, Lucas, décembre 2011.

²²⁷ BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », *op. cit.*, pp. 70-71.

²²⁸ BURNS T., CATTY J., « IPS in Europe : The EQOLISE trial », *op. cit.*, p. 316.

²²⁹ Voyez *ibidem* et BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », *op. cit.*, p. 68.

²³⁰ MICHON H., VAN BUSSBACH J. T., STANT A. D., VAN WEEGHEL J., VAN VUGT M. D., KROON H., « Effectiveness of Individual Placement and Support for People With Severe Mental Illness in the Netherlands : A 30-Month Randomized Controlled Trial », *op. cit.*

4.3. Le modèle IPS en Belgique

En Belgique, la plupart des programmes de réinsertion professionnelle proposés aux personnes souffrant de troubles mentaux s'inscrivent dans une approche « Train-then-Place » (former-puis-placer). Cependant, le dispositif du *job coach*, de plus en plus mis en œuvre, montre certaines évolutions vers le modèle « Place-then-Train ». En outre, quelques projets belges recourent expressément au modèle IPS. Ils feront l'objet de cette section. Ainsi, le modèle IPS existe de façon très localisée en Wallonie (4.3.1.) et est évoqué dans certains manuels produits par les autorités publiques en Flandre (4.3.2.). Après avoir présenté ces projets, nous ferons le point sur une potentielle transposition du modèle IPS en Belgique (4.3.3.).

4.3.1. Le modèle IPS en Wallonie

L'espace Socrate est, d'après nos recherches, le seul endroit en Wallonie où il est fait expressément référence au modèle IPS.

C'est au sein du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Charleroi que le psychiatre Guy Deleu crée le service Socrate-Réhabilitation en 1991 dans le but de rendre accessibles au public francophone les approches et les modèles internationaux propres au champ de la « réhabilitation psychiatrique »²³¹. Sans être limitée exclusivement à la réintégration professionnelle, la *Réhabilitation psychiatrique* désigne « un ensemble de phases et d'activités qui aident la personne [qui rencontre une incapacité psychiatrique sévère] à progresser vers la réalisation de ses objectifs de réinsertion avec l'aide de son conseiller en réhabilitation. Ce cheminement n'est pas linéaire et les activités sont choisies en fonction de la situation et des besoins de la personne »²³². Aux débuts des années 90, ce modèle d'origine anglo-saxon est importé par le psychiatre et d'autres collègues dans le monde francophone, plus précisément en Wallonie, à Lausanne et à Lyon. Cette méthode est construite autour de quatre valeurs cardinales : l'approche de réhabilitation doit être orientée vers la personne, il doit y avoir un potentiel de progrès (ou d'espoir) - les services doivent voir au-delà de l'objectif de stabilisation de l'état médical de la personne et voir plus « grand » -, la personne doit avoir le droit à disposer d'elle-même afin de s'assurer qu'elle

²³¹ Voyez DELEU G., *Où nous mène la Réhabilitation Psychiatrique*, Socrate Editions Promarex, Charleroi, 2012.

²³² Voyez la définition reprise dans VALLET C., « Socrate Réhabilitation. Le soutien en emploi de personnes avec des troubles psychiatriques », *Cahier Labiso*, n°132, p. 5. Voyez sur les fondements de cette méthode : CORRIGAN P. W., MUESER K.T., BOND G.R., DRAKE R.E., SOLOMON P., *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation : An Empirical Approach*, New York, Guilford Press, 2007.

choisisse les objectifs et méthodes pour atteindre ceux-ci et enfin, un partenariat doit être mis en place entre la personne et des patients qui cheminent vers leur rétablissement (qu'on appelle aujourd'hui « des experts par l'expérience »)²³³.

Ce n'est qu'en 2010 que le psychiatre Deleu, après un voyage à Montréal, décide de tester le modèle IPS tout en l'inscrivant dans l'approche Choisir-Obtenir-Garder (*Choose-Get-Keep*) du Soutien en Emploi de l'Université de Boston qui permet d'assouplir certains objectifs du modèle IPS et d'accepter que « pour certaines personnes un travail adapté pourrait être la situation préférée »²³⁴.

En août 2015, le projet n'est pas encore pérenne : ne répondant pas aux critères pour constituer un centre de réhabilitation fonctionnelle, l'Espace Socrate n'est actuellement pas financé par l'INAMI mais par le CHU de Charleroi et par le bénéfice du pôle d'éditions (Socrate Editions Promarex) et du pôle de formations de l'Espace Socrate (Socrate-Formation). Par conséquent, les agents formés à l'IPS à l'Espace Socrate ne bénéficient pas d'une stabilité d'emploi.

Malgré certaines adaptation du modèle IPS, il y a cependant une volonté d'appliquer le modèle IPS de façon rigoureuse à l'Espace Socrate. Ainsi, les spécialistes de l'emploi travaillent de façon « intégrée » avec les services de la santé ; il n'y a aucun critère d'exclusion lié à un type de maladie mais la personne doit cependant être suivie par un psychiatre pour pouvoir intégrer le programme²³⁵ ; la personne reçoit des conseils sur ses prestations sociales et chaque spécialiste en emploi consacre plusieurs heures à rechercher de l'emploi (ce qui est appelé « le développement de l'emploi ») même si cela n'a rien d'évident. L'accompagnement n'a pas de durée limitée ; la recherche d'emploi est rapide et axée sur les préférences de la personne. On ne place donc pas la personne selon l'offre d'emplois disponibles mais en fonction de ses compétences, de ses forces et de ses envies. Le projet rencontre son petit succès auprès des assurés de l'INAMI en invalidité : ils sont près de la moitié des bénéficiaires de l'accompagnement de l'Espace Socrate. En outre, il est fréquent que des *jobcoachs* viennent se former à l'Espace Socrate.

L'équipe de l'Espace Socrate a, dès le début, fait superviser son travail trimestriellement par

²³³ Ce sont les valeurs cardinales de la méthode telle qu'elle est développée à l'Université de Boston. Voyez FARKAS M. Postface in DELEU G., *Où nous mène la Réhabilitation Psychiatrique*, op. cit., pp. 110-111.

²³⁴ DELEU G., *Où nous mène la Réhabilitation Psychiatrique*, op. cit., p. 72.

²³⁵ Cela ne signifie pas que la personne accepte sa maladie ou la reconnaisse, ni même qu'elle soit médiquée. Mais elle doit accepter d'être suivie par un psychiatre.

l'Institut Douglas de Montréal²³⁶. En juin 2015, l'Espace Socrate sera soumis à sa deuxième évaluation par ce même Institut. Les experts de cet Institut évalueront le programme en appliquant l'échelle de fidélité IPS.

Pour G. Deleu, le programme doit encore faire l'objet de certaines améliorations, notamment le développement de l'emploi qui est confronté à certaines limitations (crise économique, règles protectrices du droit du travail qui ne permettraient pas la même flexibilité dans l'engagement que dans d'autres pays), ou encore une meilleure communication avec certains médecins psychiatres des personnes. Ces améliorations ne dépendent pas que du travail de l'Espace Socrate mais de plusieurs facteurs extérieurs (situation économique du pays, réglementation permettant d'engager davantage les personnes ayant des troubles mentaux graves, réglementation permettant de combiner incapacité et reprise partielle du travail, *etc.*).

Les statistiques récoltées par l'Espace Socrate sur les années 2012 à 2014 font apparaître que les emplois sur le marché « ordinaire » de l'emploi restent un débouché extrêmement rare pour les personnes souffrant de troubles mentaux que l'Espace suit. De 2012 à 2014, entre 1 à 4% ont obtenu un contrat à durée déterminée ou indéterminée. Il faut ajouter à cela certains instruments – tels que le contrat d'adaptation professionnelle – qui permettent d'accéder au marché de l'emploi ordinaire pendant une durée d'un an à trois ans par le biais de la reconnaissance du handicap. A cet égard, il faut noter que 65% des personnes suivies à l'Espace Socrate ont obtenu la reconnaissance par une organisation pour personne handicapée. Même au sein de l'Espace Socrate, les formations et les emplois protégés restent fréquents ce qui interroge quant à l'efficacité du modèle IPS. Malgré la volonté des organisateurs de privilégier le marché compétitif du travail, plusieurs difficultés ne permettent pas à l'heure actuelle de garantir le succès du dispositif.

Parmi les problématiques rencontrées, l'Espace Socrate rencontre également certaines difficultés par rapport au principe de conseil relatif aux allocations sociales. Il est difficile de garantir à un assuré qu'il n'y a pas de risque à retravailler. Par ailleurs, certaines réformes, comme celle de l'activation des personnes inaptes dans le domaine de l'assurance chômage, ont parfois interrompu un processus de réinsertion en raison du stress de perte des allocations qu'elles occasionnent.

²³⁶ VALLET C., « Socrate Réhabilitation. Le soutien en emploi de personnes avec des troubles psychiatriques », *op. cit.*, p. 16.

4.3.2. Le modèle IPS en Flandre

En Flandre, le programme *Werk Werkt !* a été mis en place par les autorités publiques flamandes²³⁷. Ce programme a été développé à Asse, Halle et Vilvorde. Les partenaires du projet sont les suivants : le centre de santé mentale Ahasverus, le service spécialisé de formation, d'accompagnement et de médiation (*Gespecialiseerde opleidings-, begeleidings- en bemiddelingsdienst – GOB*), le centre de détection et intervention précoces de la psychose (*Vroege Detectie en Interventie van Psychose - VDIP*), le *GTB*, le *VDAB* et le centre de recherche LUCAS de la KULeuven.

Dans la brochure explicative du programme *Werk Werkt !*, les 8 principes du modèle IPS sont repris (sans qu'il soit fait référence au modèle) mais ils connaissent parfois certaines adaptations. L'objectif ne semble pas de mettre en œuvre de façon précise le modèle IPS mais de mettre en place un modèle de *Supported Employment* qui favorise l'approche Place-then-Train. A titre d'exemple, le fait qu'un conseil personnalisé sur les prestations sociales doit être mis en place ne figure pas dans les documents relatifs au programme *Werk Werkt !*. Il faut cependant mentionner que ce principe a été ajouté aux autres principes suite à l'évaluation répétée du modèle américain.

Voici la façon dont sont repris les critères du modèle IPS²³⁸ :

- 1/ Il ne doit y avoir aucun critère d'exclusion : la personne qui souhaite travailler ou étudier peut exercer un emploi *Werk Werkt !*
- 2/ Des services individuels sont élaborés : le souhait et les préférences de la personne constituent un point central du programme.
- 3/ Un emploi régulièrement rémunéré (au minimum, payé au salaire minimum) et un travail inclusif constitue l'objectif à atteindre par le programme. La majorité des collègues ne souffre pas de problèmes psychiques. L'*arbeidszorg* ou le bénévolat peuvent toutefois être des étapes intermédiaires mais ils constituent des exceptions et doivent normalement être limités dans le temps.
- 4/ La recherche d'un emploi doit être rapide. Dans le mois - et en général dans les deux semaines -, l'équipe du programme démarre la recherche d'emploi avec la personne. Il s'agit de vite « rechercher » un emploi et non de « mettre vite au travail ».
- 5/ Le soutien à l'emploi a lieu sur le lieu de travail, selon la philosophie « Place-then-Train ».

²³⁷ Voyez pour toutes les informations de ce rapport relatives à ce programme : le werkschrift n°5 du *GTB* intitulé « Werk werkt ! », écrit par J. KNAEPS, disponible sur le site du *GTB*, publié en novembre 2013, consulté le 1^{er} février 2015. URL : http://www.gtb-vlaanderen.be/docs/default-source/default-document-library/gtb_werkschrift5_web.pdf?sfvrsn=2

²³⁸ Traduction libre.

Si c'est nécessaire, un accompagnement est également prévu entre le domicile et le lieu de travail.

6/ Un soutien sur le long terme doit être mis en place.

7/ La collaboration avec les employeurs est soutenue (y compris sur le lieu de travail). L'accompagnateur répond notamment aux problèmes rencontrés ou aux questions soulevées par l'employeur et les collègues.

8/ Les services de l'emploi et ceux de la santé mentale doivent être intégrés. La collaboration entre les deux services doit être intensive : deux fois par semaine, des réunions formelles sont organisées. D'autres outils de collaboration sont également élaborés. L'accord du client est requis pour la transmission et le partage de certaines informations.

Le programme *Werk Werkt !* comprend une forme d'emploi assisté (*Supported Employment*) et également d'éducation assistée (*'Supported Education'*). Ce programme se distingue des programmes de travail en atelier protégé ou de l'*arbeidszorg*. Le modèle IPS a été investigué par les autorités flamandes, notamment lors de visites aux Pays-Bas, pays voisin qui a développé ce modèle²³⁹. Le programme *Werk Werkt !* puise également son inspiration dans le programme VETE développé en Australie qui a développé une intégration des services d'emploi et de la santé et qui a la spécificité de développer tant des services relatifs à l'emploi qu'à l'enseignement.

La brochure relative au programme *Werk Werkt !* comprend une série de conseils pratiques permettant à chaque conseiller de comprendre l'objectif du programme et de mettre en œuvre les principes en question. Des tâches spécifiques ont été attribuées à quatre types d'acteurs qui travaillent en étroite collaboration : les spécialistes du travail (appelés *Case Manager Werk* et provenant principalement du *GTB*), les thérapeutes du travail (*Case Manager Welzijn*), les médecins et assistants qui s'occupent de la santé de l'allocataire (*GGZ-hulpverlener*) et l'accompagnateur en matière d'enseignement qui prépare la transition des études vers le monde du travail (*Case Manager Onderwijs*). Un coordinateur encadre les *Case Managers* de chaque thématique : un « coordinateur du travail » coordonne le travail des spécialistes du travail, un « coordinateur de la santé » coordonne le travail mené par les thérapeutes du travail, les médecins et assistants qui sont en charge de la santé de l'allocataire, et enfin, un « coordinateur de l'enseignement » encadre les accompagnateurs de l'enseignement et les professeurs.

²³⁹ Voyez le *Kenniscentrum Phrenos* qui vise à développer les connaissances dans le domaine du rétablissement personnel des personnes ayant une maladie mentale grave et à promouvoir leur participation sociale. URL : <http://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/implementatietrajecten/ips/>

En outre, un superviseur coordonne les différents services, aide les *case managers* dans leurs missions et vérifie que les principes sont bien appliqués. Il peut également transmettre les problèmes rencontrés à un comité de pilotage qui est constitué des différents coordinateurs et qui a pour but de faire le point sur le programme et son extension.

Pour évaluer l'application du modèle, différentes recommandations sont émises dans cette même brochure, dont le fait de recourir à l'échelle de fidélité IPS²⁴⁰. Il est également suggéré d'évaluer l'évolution de l'état général de la personne et d'évaluer les types d'emplois que la personne a trouvés et gardés.

Il est important de comprendre que ce projet pionnier, tout comme d'autres études au sujet de la réhabilitation psychiatrique des personnes souffrant de troubles mentaux, a été réalisé avec l'aide de la communauté scientifique, particulièrement l'aide du centre de recherche LUCAS de la KULeuven.

Une recherche a également été commandée à ce même centre par le VDAB afin d'analyser les pratiques scientifiques qui accroissent les possibilités de remise au travail des personnes souffrant de troubles mentaux²⁴¹. Dans ce cadre, J. Knaeps, A. De Smet et C. Van Audenhove se sont intéressés au modèle IPS et ont réalisé une évaluation qualitative en interviewant une série d'accompagnateurs de différents organismes dans le but d'analyser dans quelle mesure ils avaient des pratiques proches du modèle IPS. En 2011, ils tiraient comme conclusion que l'organisme qui respecte le plus les principes IPS est le service spécialisé de formation, d'accompagnement et de médiation (*Gespecialiseerde opleidings-, begeleidings- en bemiddelingsdienst – GOB*). Bref, certains organismes, qui s'inscrivent en théorie dans l'approche « Train-then-place », ont cependant certaines similitudes à ce modèle qui s'inscrit dans l'approche « Place-then-train ». Après le GOB, le GTB arrive en deuxième position.

²⁴⁰ Un outil a été créé par le U.S. Department of Health and Human Services pour évaluer les programmes IPS. URL : <https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA08-4365/EvaluatingYourProgram-SE.pdf>

²⁴¹ Voyez KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE A., « Nota 1: Ernstige psychische aandoeningen en regulier betaald werk », werknota, mars 2011, p. 11. Voyez aussi les autres rapports de cette même recherche : KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE A., « Nota 2: Ernstige psychiatrische aandoeningen en regulier betaald werk: Perceptie van begeleiders », werknota, mars 2011, LUCAS-KU Leuven ; KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE A., « Nota 3: Ernstige psychiatrische aandoeningen en regulier betaald werk: effectieve principes in de Vlaamse praktijk », werknota, mars 2011, LUCAS-KU Leuven ; KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE A., « Nota 4: Arbeidstrajectbegeleider en de begeleiding van de MMPP-doelgroep: randvoorwaarden voor goede begeleiding, kennis en attitude », werknota, mars 2011, LUCAS-KU Leuven ; VAN AUDENHOVE A., KNAEPS J., « Begeleiding van personen met psychische kwetsbaarheid naar regulier werk: Aanbevelingen », LUCAS-KU Leuven, 2012.

J. Knaeps, A. De Smet et C. Van Audenhove estiment également que si les autorités flamandes offrent des services de l'emploi tenant compte des préférences des allocataires, beaucoup d'efforts doivent encore être fournis de leur part afin, d'une part, de parvenir à une meilleure collaboration entre les équipes de travail et celles relatives à la santé mentale et, d'autre part, d'aider l'assuré à rechercher un emploi rémunéré dans le circuit ordinaire du travail²⁴². Ils insistent sur le fait qu'il faut également sensibiliser les employeurs pour favoriser un suivi continu et fonctionnel de la personne et qu'il faut réduire le nombre de personnes que l'accompagnateur doit suivre afin que l'accompagnement prodigué soit plus intensif²⁴³.

Après avoir présenté ces deux expériences locales, il convient de s'interroger sur une possible transposition du modèle IPS en Belgique.

4.3.3. Une transposition plus large du modèle IPS pour les assurés de l'INAMI ?

Après avoir décrit les différents parcours de réinsertion pour les assurés de l'INAMI, plusieurs éléments démontrent que le modèle IPS n'est pas le modèle actuellement privilégié en Belgique et ce, pour plusieurs raisons :

- Le médecin-conseil peut empêcher un assuré désireux de s'exercer à un nouvel emploi (même si cette décision de refus peut être notifiée après la reprise d'un emploi). La Commission supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité (CSCMI) peut toutefois vérifier que ce refus est justifié mais le délai de traitement des demandes est souvent estimé comme étant trop long par les acteurs de terrain.
- La collaboration entre les services de la santé et de l'emploi/ de la réhabilitation professionnelle est encore peu articulée.
- Les acteurs qui accompagnent l'assuré semblent privilégier majoritairement des modèles qui relèvent d'une approche « Train-then-Place ». En outre, le plan de réhabilitation s'ancre davantage aujourd'hui dans cette approche (orientation - formation - réintégration). Selon les adeptes du modèle IPS, ce plan - fixé et approuvé par la CSCMI - ne permet pas de tenir assez compte de l'évolution des personnes.
- L'accompagnement de l'assuré s'inscrit sur une durée déterminée (certains relais existent mais ils ne sont pas systématiquement mis en place),

²⁴² KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE A., « Nota 3: Ernstige psychiatrische aandoeningen en regulier betaald werk: effectieve principes in de Vlaamse praktijk », werknota, mars 2011, LUCAS-KU Leuven, p. 3, p 20 et p. 21 et VAN AUDENHOVE A., KNAEPS J., « Begeleiding van personen met psychische kwetsbaarheid naar regulier werk : Aanbevelingen », LUCAS-KU Leuven, 2012, pp. 3-4.

²⁴³ *Ibidem*.

- L'assuré ne reçoit pas toujours de garantie claire sur le risque de perte de ses allocations et les incitants pour retravailler sont par ailleurs trop faibles,
- Le travail est trop peu rémunéré et le revenu lié aux allocations est souvent plus élevé qu'un travail mal rémunéré ce qui peut créer un phénomène de piège à l'emploi.
- La réglementation du travail à temps partiel reste peu flexible selon plusieurs acteurs de terrain.
- Certains employeurs sont sensibilisés par certaines organisations aux problématiques de santé mentale et de maladie mentale mais cette sensibilisation reste, de manière générale, limitée et les obligations légales des employeurs pour engager ou réintégrer ces travailleurs demeurent très limitées.

Bref, à de nombreux égards, plusieurs éléments attestent que les structures d'accompagnement mises en place aujourd'hui n'offrent pas les garanties suffisantes à l'assuré pour que celui-ci ose retravailler en toute sécurité et, par conséquent, pour que le modèle IPS soit mis en place.

Cependant, d'autres éléments montrent également que le modèle IPS pourrait trouver une terre d'accueil en Belgique :

- La création du rôle de *jobcoach*, telle que développé depuis plusieurs années par l'INAMI, se rapproche du rôle de l'agent IPS.
- La création prochaine d'une formation en *Disability Management* au sein de l'INAMI devrait permettre d'accroître la connaissance des acteurs de terrain (en particulier de l'administration) quant au fonctionnement du système des allocations sociales et en particulier des conditions d'octroi de l'assurance soins de santé et indemnités²⁴⁴. Il faut toutefois noter que cette formation ne saurait résoudre certaines situations d'insécurité juridique connues aujourd'hui par les assurés. Cette question sera plus amplement abordée lors des recommandations générales.

²⁴⁴ Le Service des indemnités a conclu un contrat de licence avec l'institut canadien *National Institute for Disability Management and Research* (NIDMAR) pour mettre en place la formation « Disability Management » (et sa certification) en Belgique. Un projet pilote de formation devrait débuter début 2016.

- Certaines collaborations existent entre des services de l'emploi et de la santé. Elles sont indispensables pour que le modèle IPS soit mis en place. A cet égard, une étude flamande expose que la collaboration entre les services de l'emploi et de la santé, d'une part, et celle entre les services de l'emploi et les employeurs, d'autre part, sont cruciales pour dépasser la peur des usagers de chercher rapidement un emploi et remettre en cause l'idée préconçue selon laquelle une rapide remise à l'emploi débouche sur l'échec si elle n'est pas précédée d'une longue phase de préparation²⁴⁵.

En Flandre, cette collaboration devrait devenir prochainement structurelle. En effet, les autorités publiques flamandes ont encadré décrétalement les trajets intégrés de travail et de soin²⁴⁶.

- Le fait que la législation relative au bien-être au travail est progressivement renforcée peut être une garantie parmi d'autres pour éviter des risques de rechute en lien avec le travail. Cependant, à ce stade-ci, de nombreux éléments doivent être mis en œuvre pour que cette législation soit plus effective²⁴⁷.
- Certains organismes qui ont *a priori* une approche « Train-then-Place » semblent déjà appliquer certains principes du modèle IPS et par là, opter implicitement pour une autre philosophie de type « Place-then-Train ».

Enfin, si le modèle IPS était mis en œuvre, certains « pré-requis » pourraient être envisagés :

- Il serait adéquat qu'une évaluation soit faite dès le lancement du projet pilote, plus précisément sous forme d'un *randomized controlled trial*, qui permet d'objectiver la mise en œuvre du modèle IPS en Belgique²⁴⁸,

²⁴⁵ KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE C., « The IPS Fidelity Scale as a Guideline to Implement Supported Employment », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2012, 37(1), p. 21.

²⁴⁶ Voyez la présentation du décret du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soins à l'encadré B.

²⁴⁷ Voyez les recommandations générales.

²⁴⁸ Dans ce contexte, il est important que la mise en œuvre du modèle en Belgique atteigne un haut degré de fidélité au modèle IPS, tel que décrit par les auteurs américains. En Angleterre, une étude RCT a été mise en cause en raison de la mise en œuvre peu fidèle du modèle. Pour un protocole relatif à l'évaluation des effets du modèle IPS dans le cadre d'une étude randomisée, voyez SVEINSDOTTIR V., LØVVIK C., FYHN T., MONSTAD K., LUDVIGSEN K., ØVERLAND S., and ENDRESEN REME S., « Protocol for the effect evaluation of Individual Placement and Support (IPS): a randomized controlled multicenter trial of IPS versus treatment as usual for patients with moderate

- Il est indispensable que le statut social de la personne soit clarifié tout au long de son parcours de réinsertion professionnelle (les rechutes rencontrées par l'assuré doivent être prévues). Aujourd'hui, l'assuré peut recevoir des informations différentes, voire contradictoires de la part de ses interlocuteurs²⁴⁹. Assez logiquement, l'assuré ose difficilement retravailler s'il n'a pas la garantie d'avoir au moins les mêmes revenus que lorsqu'il ne travaillait pas et s'il n'a pas la garantie de retrouver le même statut social lorsqu'il devra quitter son emploi.
- Il faut que les employeurs soient incités à engager des personnes souffrant de troubles mentaux et puissent accéder à certaines structures quand ils ont des questions au sujet de la signification des troubles mentaux (quand ils ont connaissance de ceux-ci). Il faut également que davantage d'emplois soient rendus accessibles aux personnes souffrant de troubles mentaux tout en évitant le caractère stigmatisant de politiques de discrimination positive. Cela nécessite de revoir la réglementation et d'instaurer certains dispositifs novateurs. Nous renvoyons à ce sujet aux recommandations générales.
- Enfin, si le modèle IPS est mis en place, il est indispensable de former rapidement et correctement les accompagnateurs. Le professionnalisme de ceux-ci est essentiel pour garantir le succès d'un tel projet.

5. Analyse de certaines réformes étrangères relatives à la réinsertion professionnelle des assurés souffrant de troubles mentaux

Sans prétendre à l'exhaustivité, cette partie comprend une sélection de plusieurs pratiques étrangères qui pourraient inspirer la Belgique. Ces dernières années, l'OCDE est l'organisation internationale qui s'est le plus intéressée à cette question et ses travaux seront cités à de nombreuses reprises dans cette partie. Précisons encore que le modèle IPS est un modèle souvent évoqué à l'étranger mais que nous ne détaillerons plus ici étant donné qu'une partie du rapport y a déjà été consacré. Enfin, dans la mesure où les autorités publiques belges voudraient procéder à la mise en œuvre de certaines bonnes pratiques, il est indiqué de vérifier l'efficacité des dispositifs à l'étranger et de s'assurer de leur

to severe mental illness in Norway », *BMC Psychiatry*, 2014, 14, 307. URL : <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/307>

²⁴⁹ Cette information a été rapportée en Flandre. Voyez notamment KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE A., « Nota 2: Ernstige psychiatrische aandoeningen en regulier betaald werk: Perceptie van begeleiders », *werknota*, mars 2011, LUCAS-KU Leuven, p. 23.

transposition sur le territoire belge.

5.1. Une structure favorisant l'emploi assisté (dit *supported employment*)

On le sait, l'emploi assisté est peu développé en Belgique aujourd'hui et ce sont principalement des accompagnements qui s'inscrivent dans l'approche « Train-then-Place » qui y sont développés. Les recherches qui existent à ce jour révèlent que l'approche « Place-then-Train » est prometteuse à plusieurs égards. Or, nous n'avons pas distingué en Belgique de structure publique qui rende ce type d'accompagnement financièrement viable. Il existe par contre de plus en plus de *jobcoachs* qui relèvent soit des projets 107 - qui demeurent toutefois des projets « pilotes » -, soit des organismes pour personnes handicapées. Le nombre de ces *jobcoachs* est cependant très limité.

En Europe, d'autres pays ont développé une structure qui permette de rendre pérenne l'emploi assisté. L'Autriche, la Norvège et la Suède sont des pays cités en exemple qui ont développé une structure spécifique pour le financement et la réglementation de l'emploi assisté²⁵⁰.

La Suède a, par exemple, développé un programme de *Jobcoach* (appelé SIUS) au sein de son service de l'emploi et destiné aux personnes sans emploi de longue durée²⁵¹. Le programme est financé par l'Etat et est parfois complété de financements locaux et d'une aide du fonds social européen²⁵². Les personnes souffrant de troubles mentaux, y compris ceux qui sont invalides, participent souvent - mais pas exclusivement - à ce programme. L'OCDE estime cependant que le programme pourrait être davantage dirigé vers eux²⁵³.

Concrètement, le programme a une durée de trois mois et est conçu pour aider le demandeur d'emploi à réintégrer le marché du travail, pour conseiller l'employeur sur la façon dont il doit réintégrer ces personnes et pour l'informer des enjeux psychosociaux sur le lieu de travail²⁵⁴. Un plan de réintégration est conçu entre l'employeur, le *jobcoach* et le demandeur d'emploi qui sera évalué au cours des deux réunions suivantes. Une aide par téléphone est également prévue pour répondre aux questions de l'employeur. En 2009, il y avait 325 *jobcoachs* et 51% de personnes suivies ont réintégré le marché du travail. En

²⁵⁰ Rapport d'étude COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 7.

²⁵¹ OCDE, *Mental Health and Work: Sweden*, Paris, 2013, p. 105.

²⁵² Certaines ONG peuvent également soutenir le programme. Voyez le Rapport d'étude COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 158.

²⁵³ OCDE, *Mental Health and Work: Sweden*, *op. cit.*, p. 108.

²⁵⁴ *Ibid.*, p. 105.

2015, on dénombre approximativement 500 *jobcoachs*²⁵⁵. Un *jobcoach* devrait accompagner 15 nouveaux assurés chaque année et aurait au total 30 assurés à suivre sur le long terme. Le salaire du travailleur est payé par l'Etat le temps que dure le programme et puis il est pris en charge par l'employeur. Dans ce dernier cas, le salaire est parfois complété par une subvention salariale ou une intervention de l'assurance invalidité²⁵⁶.

Pour prendre un autre exemple de pays qui a mis en place une structure pour l'emploi assisté, la Norvège a également, à travers son ministère du travail, institutionnalisé des *jobcoachs* qui relèvent des services de l'emploi et de la santé dans le cadre du programme *Arbeid met bistand* (ou *AB-initiative*). Elle a initié une réflexion dans l'enceinte parlementaire à ce sujet²⁵⁷. Ce projet pilote a démarré en 1992 et été institutionnalisé en 1996²⁵⁸. A son commencement, il était basé sur trois principes²⁵⁹ : *primo*, la formation au travail et l'emploi ordinaire doivent être mis en place de façon concomitante. *Secundo*, les subsides financiers doivent être une exception et non la règle²⁶⁰. *Tertio*, les services ne doivent pas seulement aider le travailleur qui a connu une capacité de travail réduite mais également ses collègues de travail ainsi que l'employeur et ce, dans l'objectif que le travailleur parvienne à obtenir et à maintenir son emploi. Des 40 *jobcoachs* initialement engagés pendant le projet pilote, la Norvège en comptait 260 en 2000 et 410 en 2002²⁶¹. En 2002, un *jobcoach* suivait en même temps 6 à 10 personnes²⁶². En 2002, 2460 personnes avaient accès à ce dispositif²⁶³. Le programme concerne toute personne rencontrant un handicap à l'emploi ou qui est socialement défavorisée. L'objectif est d'aider ceux qui ont le plus besoin d'un suivi pour accéder à un emploi rémunéré sur le marché du travail ordinaire²⁶⁴. Le suivi s'arrête en général après une période de trois ans mais peut aller au-delà de cette période, entre autres pour les personnes souffrant de troubles mentaux²⁶⁵. Le dispositif a été évalué comme

²⁵⁵ Rapport d'étude COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 156.

²⁵⁶ *Ibidem*.

²⁵⁷ Voyez à ce sujet The Rehabilitation White Paper (Rapport au Parlement n° 39 (1991-1992).

²⁵⁸ Rapport d'étude COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 128.

²⁵⁹ SPJELKAVIK Ø., FRØYLAND K., EVANS M., « Supported Employment in Norway. A National Mainstream Programme », *op. cit.*, p. 7.

²⁶⁰ Ceci ne l'a pas empêché de développer des subsides dans le cadre de sa réforme "Flexible job" (*Ibid.*, p. 10).

²⁶¹ *Ibid.*, p. 12 et EVANS M. J., « History of Supported Employment and Vocational Rehabilitation Measures in Norway », Employment Disability Unit, Dundee.

²⁶² SPJELKAVIK Ø., FRØYLAND K., EVANS M., « Supported Employment in Norway. A National Mainstream Programme », *op. cit.*, p. 11.

²⁶³ *Ibid.*, p. 12.

²⁶⁴ *Ibid.*, p. 11.

²⁶⁵ Rapport d'étude COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 129.

particulièrement positif à l'égard de ces dernières²⁶⁶. Le salaire du travailleur est payé par l'employeur et il est parfois compensé par une subvention salariale et complété par un revenu de l'assurance invalidité. Le programme *Arbeid met bistand* est considéré comme un des meilleurs exemples selon Mike Evans, expert dans le domaine de l'emploi assisté et ancien Vice-Président de l'*Union européenne de Soutien à l'Emploi*²⁶⁷. Celui-ci estime cependant qu'il y a encore de nombreuses améliorations à faire, notamment en ce qui concerne le développement de carrière, la rémunération et le fait que le dispositif devrait être davantage étendu²⁶⁸. Récemment et pour une période plus courte, le programme s'est vu adjoindre un programme appelé « *Follow-up* »²⁶⁹. Ce programme permet notamment d'accompagner encore plus d'assurés que ce qui était le cas précédemment.

Quant au modèle IPS, il est progressivement mis en place en Suède et est destiné surtout aux patients souffrant de schizophrénie²⁷⁰. En Norvège, nous avons déjà expliqué que le modèle IPS était étendu - et évalué - à des personnes souffrant de troubles modérés. Le projet IPS est également étendu depuis 2014 au Royaume-Uni à un public plus large et les premiers résultats d'une comparaison entre le modèle IPS et les autres projets plus traditionnels sont attendus pour 2015²⁷¹. En Australie, le modèle IPS est appliqué à des populations plus jeunes dans le cadre du *Australia's Orygen Youth Health*²⁷². A l'heure actuelle, le modèle « IPS » s'inscrit encore souvent dans le cadre de projets pilotes. Ils sont financés en général par les ministères de l'emploi ou de l'assurance invalidité.

Dans d'autres pays, il existe des projets locaux relatifs à l'emploi assisté mais sans qu'ils soient « le résultat d'une décision politique nationale »²⁷³. C'est le cas par exemple de la République tchèque, de l'Espagne et du Royaume-Uni. Les auteurs du rapport de 2012 relatif à l'emploi assisté et commandé par la Commission européenne constatent que, aussi longtemps qu'il n'y a pas une réelle institutionnalisation de ce type d'accompagnement, l'implémentation de l'emploi assisté court le risque d'être éphémère :

« Dans beaucoup de pays, l'emploi assisté est encore considéré comme un projet expérimental ou un projet pilote, ou simplement comme des projets personnels, et ce, même si l'emploi

²⁶⁶ SPJELKAVIK Ø., FRØYLAND K., EVANS M., « Supported Employment in Norway. A National Mainstream Programme », *op. cit.*, p. 8.

²⁶⁷ *Ibid.*, p. 39.

²⁶⁸ *Ibid.*, p. 28, p. 32, pp. 18-19.

²⁶⁹ Rapport d'étude COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 128.

²⁷⁰ OCDE, *Mental Health and Work: Sweden*, *op. cit.*, p. 121.

²⁷¹ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, *op. cit.*, p. 173.

²⁷² *Ibid.*, p. 52.

²⁷³ Rapport d'étude COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 15.

assisté est mis en place et opérationnel depuis de longues années dans le pays. Ceci indique clairement que beaucoup de pays ont du mal à institutionnaliser l'emploi assisté ou à le généraliser »²⁷⁴.

Il est également précisé dans ce même rapport qu'un projet pilote peut avoir du sens pour lancer ce type d'accompagnement mais qu'il a également certaines limites :

« Il est important de savoir comment l'emploi assisté est financé et quelles en sont les conditions. Un financement sans conditions préalables peut être utile dans la phase initiale de la mise en place de l'emploi assisté, mais il y a un risque que ce concept ne soit pas institutionnalisé et continue de revêtir l'aspect de projet pilote avec un impact limité »²⁷⁵.

L'élément décisif pour s'assurer de l'implémentation de l'emploi assisté tient surtout à la création du rôle de *jobcoach* et à la formation dispensée à ces *jobcoachs*. Toujours d'après les auteurs du rapport de 2012 relatif à l'emploi assisté, la principale raison de la réception positive des employeurs du modèle d'emploi assisté tient au fait que « l'agence d'emploi assisté garantissait la participation d'un accompagnateur d'emploi qui prendrait part active dans le processus d'inclusion, pour que la responsabilité ne repose pas sur l'employeur seul »²⁷⁶. Ce constat a été confirmé par plusieurs études belges et étrangères²⁷⁷. Certaines études recommandent que le *jobcoach* conseille davantage les acteurs sur le lieu de travail plutôt qu'il organise lui-même le travail de la personne²⁷⁸. Notons toutefois qu'il est également possible que le *jobcoach* n'apparaisse pas sur le lieu de travail - et demeure invisible à l'employeur et aux collègues - lorsque la personne souffrant de troubles mentaux ne souhaite pas révéler l'existence de sa souffrance²⁷⁹.

Enfin, la mise en place d'une structure d'emploi assisté s'accompagne parfois de modifications de la réglementation. C'est ainsi que certains pays ont inséré dans leur législation le droit de l'assuré d'avoir accès à ce type d'accompagnement. En Allemagne par exemple, le livre IX du Code social est destiné à la réhabilitation des personnes handicapées. L'article 38a de ce livre IX, inséré en 2009, a trait spécifiquement à l'emploi

²⁷⁴ *Ibidem*.

²⁷⁵ *Ibid.*, p. 16.

²⁷⁶ Rapport d'étude COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 18.

²⁷⁷ Pour la Suède, voyez GUSTAFSSON J., PERALTA J., DANERMARK B., « The employer's perspective on supported employment for people with disabilities: successful approaches of Supported employment organizations », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2013, 38 (2), pp. 99-111.

²⁷⁸ SPJELKAVIK Ø., FRØYLAND K., EVANS M., « Supported Employment in Norway. A National Mainstream Programme », *op. cit.*, p. 15. Pour la Belgique, voyez les résultats de la recherche-action menée par l'asbl Article 23 en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin dans le rapport d'activités 2014 de l'asbl Article 23.

²⁷⁹ *Ibid.*, p. 26.

assisté. La mesure concerne en pratique des jeunes qui rencontrent des déficiences intellectuelles ou des problèmes mentaux mais qui n'impactent pas leur capacité de travail au point qu'ils ne pourraient pas travailler dans le circuit régulier²⁸⁰. 2000 personnes par an ont accès à cet accompagnement. Elles étaient 2300 en 2009²⁸¹.

Cependant, à ce jour et malgré la mention expresse de cette forme d'accompagnement, l'emploi assisté demeure peu connu des employeurs et faiblement utilisé²⁸². Des critiques concernent en outre le fait que cette mesure est seulement accessible à un groupe limité d'allocataires et que l'appel du pouvoir public à des opérateurs privés aurait conduit à privilégier les opérateurs peu coûteux par rapport aux opérateurs offrant un service de plus grande qualité aux bénéficiaires²⁸³.

D'autres critiques concernent le fait que la formation continue prévue pour les assurés - et devant leur permettre d'accroître leur libre choix d'une activité professionnelle - est inexistante car ils sont engagés dans des secteurs à budget serré qui ne requièrent pas que leurs travailleurs suivent des formations spécifiques leur permettant d'augmenter leurs connaissances²⁸⁴. Enfin, le statut de la personne handicapée qui travaille est également prévu à l'article 36 du livre IX. Malgré une volonté annoncée des autorités publiques de conférer des droits égaux aux personnes handicapées, force est de constater que la protection sociale des personnes handicapées est néanmoins en-deçà de celle des autres travailleurs. Ainsi, en vertu de l'article 36, les personnes handicapées ne sont pas considérées comme des travailleurs selon la législation du travail et ils n'ont droit qu'à une protection amoindrie. *De facto*, beaucoup de personnes handicapées sont payées en-dessous du salaire minimum et demeurent attachées juridiquement à des ateliers protégés tout en travaillant pour le circuit régulier du marché du travail²⁸⁵.

Pour conclure, une modification de la réglementation pour insérer l'emploi assisté peut être souhaitable mais elle n'est pas suffisante à elle seule si aucune sanction n'y est attachée et s'il n'existe pas une volonté politique - et budgétaire - de modifier le paysage institutionnel pour que cette mesure soit réellement effective. Il convient en outre d'avoir égard à l'ensemble de la réglementation en rapport avec le dispositif d'emploi assisté.

²⁸⁰ Rapport d'étude COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, pp. 83-84.

²⁸¹ *Ibid.*, p. 83.

²⁸² *Ibid.*, p. 87.

²⁸³ DOOSE S., « Supported employment in Germany », *Journal of Vocational Rehabilitation*, vol. 37, 2012, p. 200.

²⁸⁴ Rapport d'étude COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 85.

²⁸⁵ DOOSE S., « Supported employment in Germany », *op. cit.*, p. 201.

5.2. Une réglementation qui garantit la sécurité juridique des assurés et qui accroît la cohérence du système de sécurité sociale

C'est un problème régulièrement dénoncé par les acteurs de terrain en Belgique et qui sera, à nouveau, abordé lors des recommandations générales : le manque de sécurité juridique empêche les assurés d'oser reprendre le travail. En cas de reprise d'un travail, éventuellement à temps partiel, ceux-ci ne parviennent pas à savoir avec précision (et sur le long terme) s'ils auront encore droit aux allocations et quel en sera le montant.

La Belgique n'est pas le seul pays à rencontrer ce problème. Dans le cadre d'une étude européenne relative à l'emploi assisté, le problème de la transition entre les branches de la sécurité sociale est soulevé comme un problème général. Les auteurs du rapport estiment que remédier à ce problème « ne manquera pas de motiver les clients à s'engager dans l'emploi assisté ». Il est donc essentiel de prévoir avec les différentes autorités compétentes que la personne qui souhaite retravailler puisse avoir certaines garanties en cas de rechute ou de reprise graduelle du travail.

Certains pays ont tenté de remédier au problème de transition, notamment en redéterminant les rôles de certaines autorités publiques et en rendant contraignantes les décisions prises par un secteur de la sécurité sociale à l'égard d'autres secteurs.

En Autriche par exemple, une réforme appelée « *Gesundheitsstraße* » ou *Health Road* a été adoptée afin d'évaluer plus rapidement l'incapacité de travail – le rapport médical est dressé dans les trois semaines et est valable pour six mois – et afin d'éviter que des décisions contradictoires soient prises par différents organismes. Depuis le 1^{er} juillet 2010, c'est l'agence compétente en invalidité qui évalue l'incapacité au travail et cette évaluation vaut pour l'assurance chômage²⁸⁶. Il n'existe pas en Autriche d'invalidité partielle : la personne est apte au travail ou ne l'est pas²⁸⁷. La mise en place du dispositif *Health Road* a révélé que les troubles mentaux sont la première cause d'invalidité et qu'ils ont plus de chance que d'autres maladies d'être considérés comme constitutifs d'une incapacité de travail²⁸⁸.

En Suède, une réforme *Social Insurance Act* est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. La réforme encourage la reprise du travail et permet - comme en Belgique - de cumuler des allocations et des revenus de travail, ces derniers étant réduits à due concurrence à partir du

²⁸⁶ Un projet pilote a été mené dès avril 2009.

²⁸⁷ Commission européenne, *Vos droits en matière de sécurité sociale en Autriche*, Guide disponible en ligne, 2013.

²⁸⁸ Trude Hausegger, Christine Reidl avec la collaboration de Christian Scharinger, « Begleitende Evaluierung der 'Gesundheitsstraße', Endbericht », Rapport d'évaluation, Vienne, 2012, p. 3 et p. 20.

moment où ils atteignent un certain plafond. Cette réforme a été expliquée au grand public à travers des fiches explicatives²⁸⁹. Certaines fiches ont même été traduites en anglais et concernent différents cas de figure : « travailler avec des allocations invalidité », « recevoir une compensation de revenus » pour les jeunes ayant travaillé²⁹⁰, « l'assurance invalidité ». Cette dernière fiche par exemple explique les différences selon le statut de la personne, l'évaluation de l'incapacité de travail et les différents types d'assurance (pleine, trois quart - temps, mi-temps, quart-temps).

5.3. Des subventions salariales à destination des personnes rencontrant une capacité de travail très réduite

Les autorités publiques recourent en général à différents types d'instruments pour encourager l'engagement de personnes handicapées. On distingue en général les subventions salariales, les systèmes de quotas, les dispositions contractuelles flexibles et les mécanismes incitatifs créés dans le système de prestations sociales²⁹¹. Toutes ces mesures n'ont pas pour autant été évaluées et il est parfois difficile de mesurer l'impact précis qu'elles auront. Lorsque l'emploi est dit assisté, il a également été constaté que la création d'emplois est un aspect très important pour encourager l'engagement des personnes qui entrent dans ce dispositif. Le *jobcoach* a un rôle déterminant dans la création de ces emplois²⁹².

En ce qui concerne la personne souffrant de troubles mentaux, la question est complexe. D'une part, un subside peut réellement lui permettre d'intégrer un emploi ; d'autre part, il est possible qu'à l'aide d'un accompagnement ou d'un suivi, elle puisse réintégrer le marché du travail sans qu'il soit nécessaire d'octroyer à l'employeur une aide financière particulière²⁹³.

En outre, il convient de voir avec l'assuré s'il souhaite ou non divulguer sa maladie à l'employeur. Il est tout à fait possible que celle-ci soit invisible et que son impact sur sa capacité de travail soit limitée, voire même inexistante. A l'inverse, certaines personnes préfèrent ou finissent par accepter de devoir révéler leur maladie. Dans ce cas, elles introduisent souvent une demande de reconnaissance de la maladie à l'organisme pour

²⁸⁹ Voyez les fiches en anglais sur le site de l'Assurance Invalidité suédoise. URL : [http://www.forsakringskassan.se/sprak/eng/if_you_fall_ill_\(om_du_blir_sjuk\)/](http://www.forsakringskassan.se/sprak/eng/if_you_fall_ill_(om_du_blir_sjuk)/)

²⁹⁰ La Suède a créé un système d'assurance invalidité spécifique pour les jeunes de moins de 30 ans.

²⁹¹ Rapport d'étude COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 17.

²⁹² *Ibid.*, p. 18. Hormis dans le secteur public, certains critiquent la création d'emplois dans le secteur privé en raison de leur caractère provisoire. Voyez à ce sujet : SPJELKAVIK Ø., FRØYLAND K., EVANS M., « Supported Employment in Norway. A National Mainstream Programme », *op. cit.*, pp. 46- 47.

²⁹³ Voyez sur une critique des systèmes de subvention salariales à destination des personnes souffrant de troubles mentaux : OCDE, *Mental Health and Work : Sweden*, *op. cit.*, p. 103.

personnes handicapées afin d'avoir plus de chances d'accéder à un emploi. Le passage par cet organisme pose question, notamment en termes de stigmatisation. La personne souffrant de troubles mentaux qui n'est plus capable de travailler comme auparavant se résigne parfois à entrer dans un circuit qui n'est en général pas conçu pour prendre en charge des problèmes de santé fluctuants ou passagers. En raison du caractère spécifique de nombreux troubles mentaux, il y aurait intérêt à développer un autre outil de subsides conçu spécifiquement pour l'engagement ou le maintien à l'emploi des personnes souffrant de graves problèmes de santé, voire de santé mentale. Le fait de construire cet outil autour d'un problème de santé antérieur ou autour d'une capacité de travail (temporairement) réduite - sans devoir spécifier qu'il s'agit d'un trouble de santé mental - pourrait avoir l'avantage de réduire le stigmate vécu par l'allocataire. Afin d'éviter un recours abusif à ce type de dispositif, il pourrait également être utile de le restreindre aux personnes qui sont éloignées depuis une longue période du marché du travail et dont les chances de trouver un emploi sont par conséquent très faibles.

C'est ainsi qu'en vue de favoriser un retour au travail graduel mais rémunéré, le Danemark paye des subsides aux employeurs pour que les employés à capacité de travail réduite qui retournent travailler à plein temps mais qui travaillent moins ou moins bien qu'auparavant (en termes de productivité) soient cependant payés pour un temps plein²⁹⁴. Cette mesure fait partie du dispositif *Flexjobs*. Ce dispositif a fait l'objet de plusieurs correctifs, notamment car il attirait des employés qui n'étaient pas dans le groupe cible. Les évaluations du dispositif révèlent que la réforme a, dans l'ensemble, eu un effet positif et les subsides octroyés pour les *flexjobs* ont continué à croître²⁹⁵. Parmi les bénéficiaires de la mesure, on estime à 15% les personnes répertoriées comme souffrant de troubles mentaux²⁹⁶.

Les autorités publiques suisses ont, quant à elles, perfectionné leur système d'incitants financiers afin d'encourager l'engagement ou le maintien à l'emploi des personnes souffrant de problèmes de santé. Elles ont volontairement refusé de mettre en place un système de quotas qu'elles jugent trop stigmatisant et non-efficace en raison de la faible augmentation du taux d'emploi des personnes souffrant d'une capacité de travail réduite suite à l'introduction de ce type de dispositif²⁹⁷.

²⁹⁴ Pour les informations relatives à ce dispositif, voyez OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 131.

²⁹⁵ *Ibidem*.

²⁹⁶ *Ibidem*.

²⁹⁷ Voyez à ce sujet l'argumentaire du 19 mars 2007 développé par le Département fédéral de l'intérieur et Office fédéral des assurances sociales (OFAS) précédant la "votation populaire fédérale du 17 juin 2007 : oui à la 5ème révision AI", disponible sur le site de l'OFAS. URL : <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/gesetzgebung/00092/01581/?lang=fr>

Ainsi, dans le cadre de la cinquième révision de la loi suisse relative à l'assurance invalidité, adoptée le 28 septembre 2007 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008²⁹⁸, les employeurs du circuit régulier du travail reçoivent des subsides durant la première année s'ils engagent des personnes ayant été en incapacité de travail. Il est également possible de recevoir des conseils et un suivi sur le lieu du travail. Ils ont également droit à une allocation « d'initiation au travail » dans la mesure où « les performances de l'assuré ne correspondent pas encore au salaire convenu »²⁹⁹. En cas d'engagement d'une personne ayant souffert d'une incapacité de travail et devant s'absenter pour la même maladie que celle pour laquelle elle était précédemment en incapacité, les augmentations des cotisations à la prévoyance professionnelle ou à l'assurance d'indemnités journalières sont compensées par l'Etat pendant les deux premières années d'engagement³⁰⁰. Enfin, un dédommagement de l'employeur est prévu si ce dernier offre à un de ses employés souffrant d'une capacité de travail réduite la possibilité de rester au sein de l'entreprise et d'y effectuer des mesures de réinsertion³⁰¹.

Avant de mettre en place un tel dispositif en Belgique, il serait également indiqué d'étudier si le fait d'opter pour des subventions salariales ou des abattement fiscaux a un effet différent sur le comportement des entreprises. En effet, un problème généralement rencontré tient au fait que lorsque l'employeur ne bénéficie plus de subsides, il a davantage tendance à licencier la personne. Les entreprises seraient-elles plus susceptibles de maintenir un travailleur qui souffrirait sur le long terme d'une capacité de travail réduite si elles ne bénéficiaient pas d'une subvention salariale (qui intervient en amont et que l'employeur reçoit immédiatement) mais d'abattements fiscaux (qui ont lieu en aval du processus) ? La question mériterait d'être étudiée. Enfin, il semble également conseillé de délimiter de façon circonscrite les conditions pour accéder à ce subside et de ne pas l'envisager de façon exclusive : l'accompagnement de la personne par un *jobcoach*, cumulé à un tel subside, donne des résultats plus encourageants en termes de maintien dans l'emploi que le fait de recourir uniquement à des subsides³⁰².

²⁹⁸ Modification du Règlement sur l'assurance-invalidité (RAI) du 17 janvier 1961, *Recueil officiel des lois fédérales*, n°831.201, pp. 5155-5172.

²⁹⁹ Article 6^{ter} du RAI.

³⁰⁰ Voyez l'article 6^{bis} du RAI.

³⁰¹ Voyez l'article 4^{octies} du RAI.

³⁰² SPJELKAVIK Ø., FRØYLAND K., EVANS M., « Supported Employment in Norway. A National Mainstream Programme », *op. cit.*, p. 10.

5.4. Le recours à l'expérience d'anciens patients psychiatriques

Il est devenu de plus en plus courant de parler des « experts d'expérience », y compris dans le domaine de la psychiatrie. Concrètement, des organismes, tels que des hôpitaux ou des services psychiatriques, font appel à d'anciens patients psychiatriques pour partager leur expérience avec d'autres patients ou pour donner une formation à des patients psychiatriques dans laquelle ils font part de leur vécu. Par la force des choses, ils sont plus à même de comprendre les étapes - parfois extrêmes - par lesquelles les patients passent.

Des expériences menées en Europe, il semble que le fait de devenir formateur pour d'autres patients peut être bénéfique pour les patients mais aussi pour les formateurs qui sont heureux de pouvoir « utiliser leur maladie » positivement. D'une certaine façon, la formation que ces derniers dispensent contribue parfois même à leur rétablissement³⁰³. Les autres patients peuvent, quant à eux, voir « la preuve vivante qu'il est possible de surmonter les limitations imposées par le vécu de la maladie »³⁰⁴.

En intégrant des anciens patients dans le personnel psycho-médico-social, l'objectif est parfois aussi de réduire la distance qui sépare « us » and « them », à savoir la distance qui sépare ce personnel des patients. Dans un objectif similaire, l'exemple de la communauté de Gorizia - à l'hôpital psychiatrique de Gorizia où travaillait le psychiatre Franco Basaglia - est celui qui, pour son époque, était le plus innovant³⁰⁵. Aujourd'hui encore, les médecins doivent parfois mettre fin à certains de leurs préjugés, notamment lorsqu'ils pensent qu'en raison de la maladie, la personne ne pourra jamais (re)travailler. Certains médecins ont ainsi reconnu qu'ils participaient eux-mêmes à la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux et qu'ils devaient changer leurs pratiques³⁰⁶. Dans le même sens, d'autres projets expérimentent la co-construction de savoirs dans le cadre des activités ou formations dispensées³⁰⁷. Il faut cependant se garder de penser que cette co-construction est facile à

³⁰³ KLEVAN NILSEN T., « Témoignage d'une formatrice du projet Emilia, usagère des services de psychiatrie » in GREACEN T., JOUET E., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse, Editions Erès, 2012, p. 318.

³⁰⁴ *Ibidem*.

³⁰⁵ Voyez BASAGLIA F. (dir.), *L'institution en négation. Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia*, Paris, Editions du Seuil, 1970 (1^{ère} édition en langue italienne en 1968).

³⁰⁶ SURBER R.W., « Le rétablissement des professionnels qui stigmatisent leurs patients » in GREACEN T., JOUET E., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse, Editions Erès, 2012, p. 274.

³⁰⁷ JOUET E., DAWSON I., HANSEN B., NYBJERG K., GRIFFITHS C., OGUNLEYE J., « Le programme de formations d'Emilia » in GREACEN T., JOUET E., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse, Editions Erès, 2012, p. 296.

mettre en œuvre ³⁰⁸. Une ancienne patiente psychiatrique, devenue formatrice dans le cadre du projet européen Emilia qui recourt à l'expérience des « usagers », expose à ce sujet que :

« Je crois que le projet lui-même a dû apprendre, dès son démarrage, comment permettre aux usagers de participer dans une plus large mesure. Il y a comme une sorte d'arrogance, dans un projet, à vouloir valoriser la participation des usagers quand à la base, il faut tant de temps pour les impliquer. Mais changer sa manière de penser et d'agir prend du temps. En l'occurrence, c'était vrai autant pour les usagers participant au projet que pour les responsables. En tant que professionnel, il faut oser se départir un peu de son autorité, et en tant qu'utilisateur, il faut oser lâcher un peu de cette sécurité qu'offre le rôle du patient passif qui accepte toute aide proposée. Il s'agit d'un défi pour les deux parties » ³⁰⁹.

Certains projets n'avaient pas pour seul objectif de faire participer à ces réunions ou conférences les personnes souffrant de troubles mentaux en tant qu'(ex-) patients. Ils visaient à associer à leur expérience, une forte expertise. L'objectif a alors été de former ces anciens patients psychiatriques. C'est ainsi qu'au Danemark, précisément à Aarhus, un projet est né qui vise à faire revenir au travail des usagers de la psychiatrie en tant que membres du personnel en leur dispensant préalablement une formation spécifique. Par exemple, les services psychiatriques peuvent décider d'engager des anciens patients psychiatriques qui ont reçu cette formation. L'accès à la formation exige de répondre aux critères d'éligibilité suivants :

- « Vous avez suffisamment d'expérience personnelle d'une maladie mentale pour que cette expérience profite à la relation soignant-soigné.
- Vous avez trouvé une certaine sérénité par rapport à votre maladie mentale et vous arrivez à avoir une certaine distance par rapport à elle. Cette sérénité vous permettra d'intégrer le point de vue de l'utilisateur dans la prise en charge. Vous n'avez pas été hospitalisé dans les 12 derniers mois. Vous êtes capable de développer et de renforcer vos compétences et qualifications personnelles et professionnelles.
- Vous avez la capacité d'être un modèle, un exemple pour l'utilisateur (et pour le personnel) : il est possible de réussir sa vie même si on a ou on a eu une maladie mentale.

³⁰⁸ Pour mesurer la participation des usagers à des services, il peut être utile de se référer aux indicateurs de l'*empowerment* en santé mentale défini par l'OMS.

³⁰⁹ KLEVAN NILSEN T., « Témoignage d'une formatrice du projet Emilia, usagère des services de psychiatrie », *op. cit.*, p. 308.

- Vous savez tenir compte du point de vue de l'usager dans les soins en santé mentale. Vous savez mettre en perspective votre propre maladie dans votre travail.
- Vous devez être capable de travailler 15 heures par semaine une fois que les cours commencent.
- Vous avez une formation et une expérience professionnelle dans l'un des domaines suivants : aide-soignant, infirmier, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotricien, éducateur, psychiatre, psychologue, formateur, travailleur social »³¹⁰.

Le projet connaît son succès et a été étendu à six autres comtés et aux îles Féroé. Il a permis la création de 200 emplois, la plupart du temps dans des services psychiatriques³¹¹. Les personnes travaillent en moyenne 15 à 20 heures par semaine. Il n'y a pas encore d'étude qui, à notre connaissance, aurait évalué le dispositif de façon approfondie. Malgré le succès du projet, le projet n'a pas toujours eu un financement pérenne et ceux qui l'ont initié et développé espèrent qu'il pourra perdurer³¹².

5.5. La formation des médecins généralistes aux problèmes de santé mentale

Dans les pays de l'OCDE, seulement 50% des personnes souffrant de troubles mentaux sévères et 30% des personnes souffrant de troubles mentaux modérés reçoivent un traitement³¹³. Beaucoup de personnes qui sont sous traitement ne consultent qu'un médecin généraliste et pas un spécialiste, particulièrement lorsqu'il est question de troubles mentaux modérés³¹⁴. Il importe donc de savoir si les médecins généralistes sont à même de repérer la présence d'une souffrance mentale ou d'une maladie et le cas échéant, s'ils invitent leurs patients à consulter un spécialiste³¹⁵. Une étude belge en rapport avec ce sujet est en

³¹⁰ Extrait du livret de présentation du projet aux candidats traduit et repris par BÄCK MOLLER K., « Réintégrer des professionnels de santé, anciens usagers de la psychiatrie : le projet MB » in GREACEN T., JOUET E., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse, Editions Erès, 2012, p. 156.

³¹¹ Discours Kerstin Bäck Møller, Directrice de l'Education à l'hôpital Aarhus University, « Re-integrating Healthcare Professionals with User Experience into Mental Healthcare » sur le site de formation Enter Mental Health Delivery. Danish example ». URL : http://www.entermentalhealth.net/EMILIA_2/Final_conference/Kerstin_Moeller_Script.pdf

³¹² *Ibidem*.

³¹³ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 70.

³¹⁴ *Ibidem*. Pour la répartition entre spécialistes et non-spécialistes en Belgique, voyez *ibid.*, p. 71.

³¹⁵ Cette méconnaissance peut avoir pour effet que la maladie dure plus longtemps. Voyez CORBIERE M., NEGRINI A., DEWA C. S., « Mental Health Problems and Mental Disorders : Linked Determinants to Work Participation and Work Functioning » in LOISEL P., ANEMA J.R. (eds), *Handbook of Work Disability : Prevention and Management*, New York, Springer, 2013, p. 276.

cours³¹⁶. Les résultats provisoires de l'étude indiquent une demande dans le chef des médecins traitants d'améliorer leur connaissance dans le domaine des problèmes psychiques, notamment au sujet des effets de ces derniers sur l'exercice d'une activité professionnelle.

En raison du fait que les médecins généralistes sont des médecins qui sont fréquemment consultés par des personnes souffrant de troubles mentaux mais dont la connaissance dans ce domaine se révèle parfois limitée, certains pays ont investi dans leur formation en santé mentale (Danemark, Autriche, Australie) ou ont financé du personnel spécialisé dans ce domaine qui travaille avec le médecin généraliste (Australie, Pays-Bas)³¹⁷. A titre d'exemple, le Danemark dispense aux médecins généralistes des cours en ligne relatifs au stress, à l'anxiété ou à la dépression³¹⁸. Ces cours abordent également l'évaluation de la capacité au travail et proposent un catalogue de certaines maladies mentales courantes. Notons également qu'en Norvège où de fortes disparités avaient été constatées entre les certificats des médecins prévoyant des congés maladie, les médecins peuvent comparer leurs certificats sur un logiciel en ligne et se faire aider par d'autres médecins pour évaluer leurs futurs patients³¹⁹. En Suède, les médecins ont reçu les moyennes d'absence d'incapacité de travail pour différents types de maladies mentales. Il leur est également précisé les maladies pour lesquelles les différences individuelles peuvent être très fortes³²⁰. Enfin, certaines autorités publiques ont diffusé des instructions (*guidelines*) afin de familiariser les médecins aux maladies mentales³²¹.

Afin de s'assurer que les médecins généralistes développent effectivement leurs compétences dans le domaine de la santé mentale et de la psychopathologie, certains pays ont mis en place des incitants, notamment financiers. En Australie, les médecins généralistes sont mieux payés lorsqu'ils ont terminé leur formation en santé mentale³²². En Norvège, les médecins peuvent être amenés à payer des amendes s'ils ne respectent pas

³¹⁶ Voyez l'étude « Prévention de l'absence de longue durée des personnes avec une vulnérabilité psychique : une enquête auprès des médecins généralistes » par le Dr. Inge Neyens, *Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy – LUCAS KULeuven*. Pour les études sur cette question dans d'autres pays européens, voyez OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 74.

³¹⁷ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 76.

³¹⁸ *Ibidem*.

³¹⁹ OCDE, *Mental Health and Work : Norway*, Paris, 2013, p. 45.

³²⁰ OCDE, *Mental Health and Work: Sweden*, op. cit., p. 99 ; OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 117.

³²¹ C'est notamment le cas en Suède avec le *Guidelines for Sickness Certification* et les Pays-Bas avec le *Handelen van de Bedrijfsarts bij Werkenden met Psychische Problemen* (OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., pp. 95-96).

³²² *Ibid.*, p. 91.

les règles de certification³²³. Il est également possible que le médecin se voit retirer son droit de produire des certificats relatifs au congé maladie³²⁴. Cette dernière mesure est cependant rarissime et jugée inefficace par l'OCDE³²⁵.

5.6. L'amélioration de l'intégration des équipes de soin et de travail

En Belgique, la Flandre est donnée en exemple par l'OCDE pour mettre en place des équipes plus intégrées. Comme on l'a vu précédemment, le décret flamand du 25 avril 2014 institutionnalise cette collaboration. Ces équipes intégrées permettent de travailler de façon coordonnée et interdisciplinaire. Chaque personne souffrant de troubles mentaux peut avoir accès à une même série de services complémentaires sans devoir souffrir de l'absence d'expertise ou de l'absence d'informations d'un des acteurs responsables de son accompagnement. Si certains pans du décret sont *de facto* mis en œuvre, le décret n'est pas encore entré en vigueur. A l'avenir, il faudra également observer la mise en œuvre du décret et vérifier que le volet « soins » est autant considéré par les autorités publiques que le volet « emploi ». En effet, en Flandre, de nombreux acteurs de terrain craignent que le volet « soins » soit phagocyté dans le cadre de cette mise en commun des compétences car moins subsidié que le volet « emploi »³²⁶. Une autre question qui mériterait d'être clarifiée concerne le secret professionnel des acteurs accompagnant la personne souffrant de troubles mentaux.

D'autres pays sont également montrés en exemple par l'OCDE : l'Australie, les Pays-Bas, la Norvège³²⁷. Le Danemark travaille également à une meilleure intégration de ces services, spécifiquement à l'égard des personnes qui ont moins de 40 ans³²⁸.

Le *Norwegian National Strategic Plan for Work and Mental Health* est particulièrement mis en avant par l'OCDE. La Norvège a mis en place, dans 7 de ces 19 comtés, des *Centres for Work Coping* qui comprennent des spécialistes du soin et du travail. Ces centres, dirigés

³²³ OCDE, *Mental Health and Work : Norway*, op. cit., p. 45.

³²⁴ *Ibidem*.

³²⁵ *Ibidem*.

³²⁶ Voyez Proposition de décret portant les parcours de travail et de soins, audition de L. Martens (président de la VVSG) et l'audition de l'organisation *Recht-Op in* Rapport des Commissions de l'Economie, des Instruments économiques publics, de l'Innovation, de la Politique scientifique, de l'Emploi et de l'Economie sociale par Björn Rzoka, *Doc. parl.*, Parlement flamand, 23 avril 2014, n°2442-2, pp. 6 et s.. En ce sens, voyez également *Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen*, « Voorbereidende nota : werk -en zorgdecreet », 13 mars 2014, disponible sur son site, consulté le 21 septembre 2014. URL : <http://www.netwerktegenarmoede.be/documents/140312-commissie-economie-VP.pdf>

³²⁷ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 21.

³²⁸ *Ibid.*, p. 160.

principalement vers les questions relatives à l'emploi, sont destinés à des personnes souffrant de troubles mentaux légers ou modérés et qui, soit travaillent, soit sont en incapacité de travail et ont un emploi, soit sont sans emploi³²⁹. L'accompagnement comprend quinze sessions dont une aide de recherche active d'emploi. Les résultats provisoires d'un essai randomisé contrôlé feraient apparaître que ces centres ont des résultats positifs sur les personnes qui bénéficient à titre temporaire d'une indemnité d'incapacité de travail³³⁰.

Enfin, le modèle IPS, détaillé ci-dessus, prévoit parmi ses huit principes cardinaux, l'intégration des services de réhabilitation (d'emploi) et de santé mentale.

5.7. L'amélioration des conditions de travail, l'évaluation de la qualité des emplois et la sensibilisation du lieu de travail

De manière générale, nous avons déjà évoqué le fait que les personnes souffrant de troubles mentaux acceptent en moyenne des emplois de moins bonne qualité. Le lien de cause à effet ne va cependant pas que dans un sens. Ces emplois peuvent aggraver l'état de santé des travailleurs. L'OCDE mentionne en ce sens que dans les pays de l'OCDE, entre 20 à 40 % de travailleurs rapportent souffrir de « stress au travail »³³¹. En se basant sur différentes études, l'organisation internationale relève plusieurs facteurs qui peuvent affecter la santé mentale des travailleurs : la pression exercée au travail (notamment en terme de temps), la crainte de changements indésirables dans leur travail, le manque de sécurité de l'emploi, le manque de soutien des superviseurs, la charge de travail, le manque de reconnaissance pour son travail, la marge limitée de décision quant à la définition de ses propres tâches, ou encore, le manque de coopération de la part des collègues³³². D'autres études ont également mis en avant le caractère potentiellement nocif des tâches répétitives et des rôles peu définis dans une structure³³³.

En raison de sa législation quant à la prévention des risques psychosociaux au travail et au bien-être au travail, la Belgique est considérée, parmi les pays de l'OCDE, comme un bon élève³³⁴. Cependant, et nous y reviendrons plus longuement dans les recommandations de

³²⁹ OCDE, *Mental Health and Work : Norway*, op. cit., p. 107.

³³⁰ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 102.

³³¹ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 108.

³³² *Ibid.*, p. 109.

³³³ Voyez différentes études à ce sujet in CORBIERE M., NEGRINI A., DEWA C. S., « Mental Health Problems and Mental Disorders : Linked Determinants to Work Participation and Work Functioning », op. cit., p. 272.

³³⁴ Voyez ci-dessus l'explication relative à la loi du 28 mars 2014 complétant la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail quant à la prévention des risques psychosociaux au travail (*Moniteur belge*, 28 avril 2014).

ce rapport, la faible effectivité de cette législation a été, à de nombreuses reprises, soulevée³³⁵. Ainsi, si de plus en plus d'entreprises semblent recourir à des services internes et externes pour évaluer leurs services, encore faut-il que ces conseils et avis soient utiles et mis en œuvre sur le lieu de travail. Certaines entreprises auraient également des difficultés pratiques à mettre en œuvre les aménagements requis en raison de leur petite taille³³⁶. Par ailleurs, les défis sont encore nombreux à relever en Belgique tant en ce qui concerne l'effectivité de la prévention des risques psychosociaux qu'en matière de régulation de l'organisation du travail qui peut, à elle seule, avoir des conséquences néfastes sur la santé des travailleurs.

A cet égard, il peut être intéressant de s'inspirer de différentes bonnes pratiques étrangères qui ont permis d'améliorer les conditions de travail, d'évaluer la qualité des emplois et de sensibiliser le lieu de travail.

Tout d'abord, les gestionnaires des ressources humaines et les membres de la ligne hiérarchique sont souvent peu sensibilisés et formés aux problèmes de santé mentale³³⁷. Certains pays ont tenté d'y remédier. Le Royaume-Uni a mis en place, dès 2011, des aides en lignes (appelées « *occupational health advice lines* ») pour accompagner les petites et moyennes entreprises de moins de 250 employés à gérer des problèmes de santé survenant sur le lieu de travail, y compris de santé mentale³³⁸. Le Danemark a créé un guide destiné aux *managers* afin de les conseiller quant aux réactions adéquates à adopter avec des travailleurs qui sont en incapacité de travail à cause d'un problème de santé mentale³³⁹. Certaines campagnes ont été menées sur le lieu de travail spécifiquement en rapport avec la santé mentale et la stigmatisation liée aux troubles mentaux. Les campagnes menées par d'autres pays pourraient inspirer la Belgique, telles que celles menées au Danemark (« One of us ») ou en Suisse (« How are you ? »)³⁴⁰. Une autre réforme prometteuse existe en Norvège où en plus des cours et des informations mis à disposition des entreprises, les employeurs ont la possibilité d'obtenir une aide en contactant des centres présents dans

³³⁵ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 111 ; DUMONT D., VAN GEHUCHTEN P.-P., « Sortir le droit du bien-être au travail de l'oubli », Introduction, in DUMONT D., VAN GEHUCHTEN P.-P. (dir.), *Actualités en matière de bien-être au travail*, coll. UB3, Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 11.

³³⁶ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 112.

³³⁷ *Ibid.*, p. 114.

³³⁸ *Ibid.*, p. 140. Voyez également le site du Health & Safety Executive. URL : <http://www.hse.gov.uk/business/occupational-health-advice.htm>

³³⁹ *Ibid.*, p. 117.

³⁴⁰ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 107. Voyez également OCDE, *Mental Health and Work : Denmark*, Paris, 2013.

chacun des comtés³⁴¹. Ces centres ont non seulement pour mission de promouvoir la santé sur le lieu de travail et de faire de la prévention dans le domaine de l'incapacité de travail mais ils soutiennent également les employeurs qui ont signé l'*Inclusive Workplace Agreement*. A cet égard, des accords successifs relatifs à « une vie au travail plus inclusive », ont été conclus entre le gouvernement, les organisations des employés et celles des employeurs. Ils ont poursuivi plusieurs objectifs : prévenir et réduire l'absence au travail due à la maladie, aider les employés à revenir au travail, améliorer l'environnement de travail, tout comme prévenir le licenciement ou la renonciation au travail³⁴². En 2008, une étude révèle cependant que cette coopération n'a pas permis de réduire les congés de maladie³⁴³. De manière générale, l'OCDE pointe le fait que les obligations des employeurs pour évaluer les absences prolongées au travail sont limitées dans les pays de l'OCDE³⁴⁴.

En vue de mener une réelle politique de prévention, la nature de l'obligation pesant sur l'employeur est également capitale. En Belgique, il y a une controverse sur la nature des obligations qui pèsent sur l'employeur : la jurisprudence majoritaire estime que les obligations en matière de sécurité au travail sont des obligations de moyens³⁴⁵. Contrairement à la Belgique, la France a, quant à elle, créé une obligation de résultat dans le chef de l'employeur en matière de sécurité au travail. En effet, « depuis les arrêts rendus par la Cour de cassation en 2002 dans le cadre des 'affaires amiantes' et la consécration du principe 'd'obligation de sécurité de résultat', l'employeur est astreint à prendre toutes les mesures nécessaires à la prévention des risques au travail. La Cour de cassation considère de fait que le risque n'aurait jamais dû se réaliser »³⁴⁶. A cet égard, la réforme du droit de la santé au travail a été conséquente en France - beaucoup plus qu'en Belgique - comme l'explique Laurent Vogel :

« La quasi-immunité civile qui était conférée aux employeurs par la 'faute inexcusable' appartient au passé. La qualification de l'obligation de sécurité comme une obligation de résultat, la suspension de mesures de l'employeur concernant l'organisation du travail jusqu'à ce que les représentants des travailleurs aient été effectivement consultés, un encadrement

³⁴¹ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 128.

³⁴² L'accord en cours a débuté en 2014 et prendra fin le 31 décembre 2018.

³⁴³ LIE A., « 'Inclusive Working Life' in Norway – Experience from 'Models of Good Practices' Enterprises », *Croatian Medical Journal*, 09/2008, 49(4), pp. 553-560.

³⁴⁴ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p.120.

³⁴⁵ Voyez en ce sens : VOGEL L., « La législation sur le bien-être au travail : une réforme à mi-chemin de la systématisation de la prévention des risques », op. cit., pp. 44 et s..

³⁴⁶ LEROUGE L., *Risques psychosociaux en droit social. Approche juridique comparée France/Europe /Canada / Japon*, Paris, Editions Dalloz, 2014, pp. 16-17.

beaucoup plus précis du recours à l'expertise sont autant d'éléments qui montrent le rôle dynamique de la justice dans un renouveau de la saisie du travail par le droit »³⁴⁷.

Une solution préconisée par l'OCDE consiste à mettre en place des incitants financiers, voire des amendes élevées - plus élevées qu'à l'heure actuelle en Belgique - pour contraindre les employeurs, d'une part, à réintégrer adéquatement les travailleurs qui ont été en incapacité et, d'autre part, à procéder à l'analyse de risques de leurs sociétés³⁴⁸. Certains préconisent aussi de condamner plus les employeurs en matière d'accident au travail et de maladies professionnelles afin de leur faire prendre conscience de leurs responsabilités.

Certains pays ont souhaité ne pas attendre l'existence d'un contentieux judiciaire en créant un dispositif d'*experience rating*. Le but du système est de ne plus faire peser sur toutes les entreprises le coût de l'assurance invalidité lorsque certaines entreprises sont particulièrement responsables de l'aggravation de l'état de santé du travailleur. Sans mettre en péril le système de gestion de l'assurance invalidité qui continue à être financé généralement par les cotisations sociales, ce système permet d'objectiver les départs massifs qui ont lieu dans certaines entreprises et d'encourager les entreprises qui sont déjà soucieuses de l'état de santé des travailleurs en ne faisant pas entièrement reposer le risque d'incapacité de travail sur elles. En pratique, si l'employeur ne peut interférer lorsqu'un travailleur introduit une demande d'incapacité ou d'invalidité, il peut cependant faire des suggestions pour réintégrer des travailleurs et réduire de ce fait le flux de personnes invalides qui quittent son entreprise comme il peut également adopter des mesures préventives qui évitent que les travailleurs rencontrent une incapacité de travail (ex. réallouer la charge de travail pour qu'ils ne soient pas confrontés à du stress au travail ou à une souffrance au travail).

Le dispositif d'*experience rating* en matière d'assurance invalidité existe actuellement en Finlande ou aux Pays-Bas. En Finlande, il ne s'applique pas aux entreprises de moins de 50 travailleurs. Les études réalisées à ce jour et dont nous avons connaissance montrent que les effets de ce mécanisme sont controversés. Une étude finlandaise montre que ce dispositif a moins d'impact si l'entreprise peut facilement supporter sa part des coûts (même

³⁴⁷ VOGEL L., « La législation sur le bien-être au travail : une réforme à mi-chemin de la systématisation de la prévention des risques », *op. cit.*, p. 73.

³⁴⁸ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, *op. cit.*, p. 121. Voyez l'étude réalisée en 2011 sur la Belgique avant la loi de 2014 : Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, *Évaluation de la législation relative à la prévention de la charge psychosociale occasionnée par le travail, dont la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail*.

effective) des pensions d'invalidité³⁴⁹. Une autre étude montre que le dispositif n'a pas d'effet sur le comportement des employeurs ni sur le taux d'invalidité³⁵⁰. Par contre, aux Pays-Bas, l'étude de Koning montre que ce dispositif a réduit le taux d'incapacités de travail de 15% et que l'effet sur le comportement des employeurs a été surtout important lorsque l'employeur, qui voyait nombre de travailleurs quitter l'entreprise en raison d'une incapacité de travail, a dû payer des cotisations supplémentaires³⁵¹.

Ce dispositif doit être bien construit. En effet, malgré ses avantages, un des effets pervers du dispositif pourrait être qu'il incite les employeurs à sélectionner davantage leurs employés en discriminant les personnes sur la base d'une précédente incapacité de travail ou d'un état de santé fragile. Cependant, les études sont controversées à cet égard également.

Enfin, l'efficacité de ces dispositifs, outre qu'elle doit être bien pensée et peut-être couplée à une obligation d'engager des personnes ayant rencontré une incapacité du travail, nécessite de prendre en compte le contexte global. A ce sujet, l'efficacité du dispositif serait moindre aux Pays-Bas depuis qu'un autre incitant financier a été mis en place, à savoir le fait que les employeurs néerlandais doivent prendre en charge l'incapacité de travail de leurs travailleurs jusqu'à deux années³⁵². Ils ont également une obligation d'aider l'employé ayant rencontré une incapacité de travail à être réintégré au sein de l'entreprise ou ailleurs au risque de devoir payer une année supplémentaire d'incapacité de travail.

Outre les incitants financiers et la technique d'*experience rating*, il faut parfois envisager des méthodes qui permettent de réellement modifier l'organisation du travail qui peut se révéler nocive pour les travailleurs. La question mérite une réelle volonté politique de réguler davantage le monde des entreprises dans l'optique de réduire les problèmes de santé développés au travail. A petite échelle, il est cependant déjà possible d'initier des méthodes plus coopératives de travail - qui seraient bénéfiques en termes de santé au travail - mais elles semblent actuellement limitées aux entreprises désireuses de modifier leur méthode de management et d'organisation du travail. Ces pratiques des entreprises peuvent résulter d'une certaine éthique – accroître la santé mentale des travailleurs – mais aussi s'inscrire dans une démarche purement productiviste. Le psychiatre et psychanalyste Christophe

³⁴⁹ KYRÄ T., KORKEAMÄKI O., « Institutional rules, labour demand and retirement through disability programme participation », *Journal of Population Economics*, 2012, 25, pp. 439-468.

³⁵⁰ KYRÄ T., TUOMALA J., « Does Experience Rating Reduce Disability Inflow ? », Discussion Paper No. 7344, *The Institute for the Study of Labor*, Bonn, Avril 2013.

³⁵¹ KONING P., « Estimating the impact of experience rating on the inflow into disability insurance in the Netherlands », CPB Discussion Paper, The Hague, 2004, n°37.

³⁵² Einerhand M., Swart E., « Reform of the Dutch Sickness and Disability Arrangements », disponible sur le site de la Commission européenne.

Dejours a ainsi développé des méthodes en entreprises qui visent à diagnostiquer les problèmes de mal-être en termes d'organisation du travail et à y remédier. Il démontre notamment comment la création d'espaces de délibération collective peuvent concomitamment améliorer la santé mentale des travailleurs et accroître la productivité d'une entreprise³⁵³.

Lorsque la hiérarchie d'une entreprise ne souhaite pas se lancer dans ce type de démarche, les syndicats sont les acteurs les plus indiqués pour porter ce type de revendications vers la direction. En ce sens, l'OCDE estime que les syndicats devraient jouer un plus grand rôle dans l'entreprise pour éviter les licenciements de travailleurs souffrant de troubles mentaux et, de manière générale, pour défendre également leurs intérêts auprès de la direction³⁵⁴. Cependant, il faut observer que « la consultation des délégations syndicales sur les questions de santé au travail est limitée par le manque de temps et de formation spécifique des délégués syndicaux »³⁵⁵. Dans ce cas, abaisser le seuil de travailleurs nécessaires pour former un Comité pour la Prévention et la Protection au Travail (CPPT) semble être une solution complémentaire, parfois même meilleure. En Belgique, cinquante travailleurs sont en général nécessaires pour qu'un CPPT doive être formé. Or, « il s'agit d'un des seuils les plus élevés dans l'Union européenne. En Italie, toute entreprise doit disposer d'une représentation spécifique des travailleurs en santé et sécurité quelle que soit sa dimension. En Suède, il existe une représentation spécifique en matière de santé et de sécurité dans toutes les entreprises comptant au moins cinq travailleurs et les entreprises comptant moins de cinq travailleurs sont généralement couvertes par un système original de représentants régionaux pour la sécurité. Ce seuil s'élève à six travailleurs en Espagne, dix travailleurs au Danemark et en Finlande »³⁵⁶.

5.8. Une intervention précoce de l'assurance invalidité

En Suisse, dans le cadre de la cinquième révision de la loi relative à l'assurance invalidité, adoptée le 28 septembre 2007 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008³⁵⁷, une intervention précoce de l'assurance invalidité est rendue possible lorsque la personne est en incapacité

³⁵³ DEJOURS C., *Le Choix. Souffrir au travail n'est pas une fatalité*, Montrouge, Bayard Editions, 2015.

³⁵⁴ OCDE, *Mental Health and Work : Norway*, op. cit., p. 46.

³⁵⁵ VOGEL L., « La législation sur le bien-être au travail : une réforme à mi-chemin de la systématisation de la prévention des risques », op. cit., p. 73.

³⁵⁶ *Ibid.*, p. 62. Voyez également ses travaux au sujet du débat qui a été relancé avec la directive communautaire 2002/14 du 11 mars 2002 établissant un cadre général pour l'information et la consultation des travailleurs.

³⁵⁷ Modification du Règlement sur l'assurance-invalidité (RAI) du 17 janvier 1961, *Recueil officiel des lois fédérales*, n°831.201, pp. 5155-5172.

de travail ininterrompue pendant un mois ou s'est, pour des raisons de santé, absentée de manière répétée pendant des périodes de courte durée tout au long d'une année³⁵⁸. L'employeur, le médecin-traitant, l'employé ou d'autres tiers peuvent avertir l'office d'assurance-invalidité qui peut déterminer si des mesures d'intervention précoce sont indiquées. Cette aide peut également rassurer l'employeur et éviter que le contrat de travail ne soit rompu³⁵⁹.

Dans le cas où l'intervention précoce a lieu, différentes mesures de réadaptation, plafonnées à 20 000 francs suisses (l'équivalent de 18 777 euros au mois d'août 2015), peuvent être mises en place avant même d'examiner le droit aux prestations de la personne, et ce afin d'éviter toute perte de temps et de garantir au possible le maintien de la relation de travail³⁶⁰. Il s'agit, par exemple, de procéder à des adaptations du poste de travail, de donner des cours de formation, de placement, d'orientation professionnelle ou de réadaptation socioprofessionnelle.

En Suède, une intervention précoce est également prévue pour les personnes en incapacité de travail ou qui seraient sujettes à des absences sur le long terme. La *Rehabilitation Guarantee* a été créée en 2008 dans cette optique et dans le but d'augmenter le retour à l'emploi³⁶¹. Dans ce cadre, la personne a la possibilité de suivre une thérapie cognitivo-comportementale ou une psychothérapie qui comprend 8 à 20 séances³⁶². Entre 2009 et 2012, plus ou moins cent millions d'euros ont été investis dans la *Rehabilitation Guarantee* et dix millions ont été octroyés à des chercheurs afin d'évaluer le dispositif et les méthodes de traitement qui y sont offertes³⁶³. Les résultats avancés par deux études publiées en 2011 et 2012 ne sont cependant pas encourageantes³⁶⁴. Loin de montrer une diminution des congés maladie, une étude montre même l'effet inverse³⁶⁵. Une étude randomisée de 2013 aboutit

³⁵⁸ Article 1^{er} du RAI.

³⁵⁹ Voyez également à ce sujet : OCDE, *Mental Health and Work : Switzerland*, Paris, 2014, p. 63.

³⁶⁰ Article 1^{octies} du RAI.

³⁶¹ Voyez sur l'implémentation du dispositif : BRÄMBERG E.B., KLINGA C., JENSEN I., BUSCH H., BERGSTRÖM G., BROMMELS M., HANSSON J., « Implementation of evidence-based rehabilitation for non-specific back pain and common health problems : a process of evaluation of a nationwide initiative », *BMC Health Serv Res.*, 2015, 15 :79, publié en ligne le 28 février 2015.

³⁶² OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 151.

³⁶³ Sweden's national reform programme 2012, « Europe 2020 – EU's strategy for smart, sustainable and inclusive growth », disponible sur le site de la Commission européenne. URL : http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nd/nrp2012_sweden_en.pdf

³⁶⁴ BUSCH H., BONNEVIER H., HAGBERG J., LOHELA KARLSSON M., BODIN L., NORLUND A., et al., « En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantinseffekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport del I [A national evaluation of the rehabilitation guarantee effects on sickness absence and health], Stockholm: Karolinska Institutet, 2011 ; HÄGGLUND P., JOHANSSON P., L et LAUN L., Rehabiliteringsgarantin Rapport 2012:26. Voyez également pour les deux études menées par le Karolinska Institutet : OCDE, *Mental Health and Work: Sweden*, Paris, 2013, p. 122.

³⁶⁵ HÄGGLUND P., JOHANSSON P., L et LAUN L., Rehabiliteringsgarantin Rapport 2012:26.

au même résultat : l'évaluation précoce et multidisciplinaire est associée à de plus longues périodes de congé maladie et à des personnes plus souvent en incapacité de travail à temps partiel³⁶⁶. Une des raisons pouvant expliquer cette évolution pourrait être liée à la focalisation par les experts de la santé sur les symptômes et les problèmes rencontrés par la personne et non sur ses forces³⁶⁷. En outre, plusieurs voix se sont élevées pour critiquer le dispositif dans le cadre du contexte général de coupes des dépenses publiques et il est possible que ces critiques aient eu un impact sur le comportement des personnes intégrées au dispositif³⁶⁸. C'est également le manque d'évaluation continue de la *Rehabilitation Guarantee* qui a été critiqué ainsi que le fait d'avoir opté pour un certain type de thérapies³⁶⁹. D'après l'OCDE, le modèle doit encore être amélioré : le dispositif est encore peu utilisé, beaucoup d'assurés l'interrompent, il est financièrement peu viable et il faudrait former et recruter davantage de personnel apte à mener des thérapies³⁷⁰.

Bref, à l'heure actuelle, il est encore difficile de savoir quelle forme une assurance invalidité doit prendre pour lutter contre l'absentéisme au travail. Cela ne doit pas empêcher une réflexion sur les différentes possibilités de maintenir la relation de travail et sur la nécessité de mettre en place voire de renforcer les politiques préventives relatives aux risques psychosociaux sur le lieu du travail³⁷¹.

5.9. La prise en charge des problèmes de santé mentale dès la scolarité en évitant la stigmatisation

Les jeunes qui souffrent de troubles mentaux ont plus de chance de connaître une plus faible réussite scolaire et de quitter l'école plus tôt que les jeunes qui ont une bonne santé mentale³⁷². L'OCDE a suggéré une série de bonnes pratiques dans le domaine scolaire qui ont pour but de proposer une prise en charge rapide des élèves qui rencontrent des troubles mentaux, de prévenir les départs anticipés de l'école, d'accroître les expertises des

³⁶⁶ CARLSSON L., ENGLUND L., HALLQVIST J., & WALLMAN T., « Early multidisciplinary assessment was associated with longer periods of sick leave: A randomized controlled trial in a primary health care centre », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2013, 31, pp. 141–146.

³⁶⁷ *Ibidem*.

³⁶⁸ Voyez la critique adressée par la parlementaire Christina Oskarsson à Ulf Kristersson : Skriftlig fråga « 75 000 enskilda fall », 25 mars 2013, 2013/14:523.

³⁶⁹ Interview de Rolf Holmqvist par AGERBERG M., « Rehabgarantin får hård kritik », *Läkartidningen*, 28 juillet 2015.

³⁷⁰ OCDE, *Mental Health and Work: Sweden*, Paris, 2013, p. 122.

³⁷¹ Voyez en Norvège à ce sujet LØVVIK C., SHAW W., ØVERLAND S. and REME S.E., « Expectations and Illness Perceptions as Predictors of Benefit Reciprocity Among Workers with Common Mental Disorders: Secondary Analysis from a Randomized Controlled Trial », *BMJ Open*, 2014, Vol. 4 :e004321.

³⁷² OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 41.

professeurs et de suggérer des soutiens de transition entre l'école et la recherche d'un emploi³⁷³.

La Suède se démarque particulièrement pour avoir créé une structure accueillant les jeunes souffrant de troubles mentaux sans les stigmatiser³⁷⁴. A cette fin, elle a créé des *Youth Clinics* qui peuvent être visitées pour des problèmes sociaux, des problèmes de santé, y compris de santé mentale. La multitude de services accessibles aux jeunes dans ces cliniques rend les programmes de santé - et particulièrement de santé mentale - moins stigmatisants. Ces cliniques constituent un service public gratuit et accessible jusqu'à l'âge de 20 ans. Depuis leur création en 2002, elles ont reçu approximativement 1,3 million de jeunes.

En Belgique, certaines innovations semblent aller dans le même sens : en juin 2015, le réseau de soins psychiatriques Epsilon a ouvert le 1^{er} juillet 2015 à Bruxelles une maison d'ados « AREA+ ». Le centre pour adolescents peut accueillir 52 jeunes entre 12 et 20 ans dans le but de les aider face à différents types de problèmes : détresse psychologique, troubles alimentaires, dépression, rupture familiale, décrochage scolaire, *etc*³⁷⁵. Il s'agit ici cependant d'une clinique exclusivement destinée à prendre en charge les problèmes de santé mentale, voire psychiatriques. *A priori*, ce type de cliniques ne semble cependant pas se différencier des cliniques pédopsychiatriques déjà existantes. Si celles-ci peuvent s'avérer nécessaires pour la prise en charge de certains problèmes graves, elles peuvent également s'avérer stigmatisantes et, par conséquent, ne pas accueillir un large public.

Par ailleurs, et cette fois-ci à l'école, il existe aussi des centres psycho-médico-sociaux (CPMS) en Fédération Wallonie-Bruxelles³⁷⁶ ou des centres d'encadrement des élèves en Flandre³⁷⁷. Ceux-ci ont pour mission l'accompagnement et la guidance des élèves des établissements scolaires. De manière générale, il existe cependant de longues listes d'attente qui rendent ces centres moins accessibles et moins focalisés sur la prévention et la détection précoce des problèmes de santé que sur leur traitement³⁷⁸.

³⁷³ Voyez le chapitre 2 de OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit..

³⁷⁴ Voyez pour le paragraphe : OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 17, p. 59 ; OCDE, *Mental Health and Work: Sweden*, Paris, 2013.

³⁷⁵ Voyez le site du projet. URL : <http://www.laramee.be/index.php/hospitalisations/area>

³⁷⁶ Décret de la Communauté française du 14 juillet 2006 relatif aux missions, programmes et rapport d'activités des Centres psycho-médico-sociaux, *Moniteur belge*, 5 septembre 2006.

³⁷⁷ Décret flamand du 1^{er} décembre 1998 relatif aux centres d'encadrement des élèves, *Moniteur belge*, 10 avril 1999.

³⁷⁸ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 61.

Enfin, l'Australie a, quant à elle, été remarquée pour avoir initié deux campagnes de déstigmatisation à l'école qui ont connu un certain succès : la campagne *KidsMatter* qui concerne les établissements d'enseignement primaire et celle appelée *MindMatters*, mise en œuvre dans les établissements secondaires du pays³⁷⁹. L'objectif est entre autres de promouvoir la bonne santé mentale des étudiants et d'identifier les forces et les faiblesses des établissements à cet égard. Le programme promeut la collaboration entre professeurs, parents, élèves et la communauté scolaire plus large. Des premières études ont évalué la performance des programmes en question et ont montré que les professeurs prennent mieux en compte les problèmes de santé mentale qu'auparavant, communiquent mieux au sujet de ceux-ci auprès des élèves et que la prise en charge offerte augmenterait la bonne santé mentale globale des étudiants ainsi que leurs résultats scolaires³⁸⁰. D'autres études sont en cours pour mesurer plus précisément l'impact de ces programmes³⁸¹.

6. Recommandations

Pour clôturer ce rapport, nous mettons en relation certaines des bonnes pratiques étrangères avec la réalité belge et spécifiquement dans le domaine de l'assurance soins de santé et indemnités afin de formuler une série de recommandations en matière de politique de retour à l'emploi des personnes souffrant de troubles mentaux. Les recommandations ci-dessous sont à lire conjointement avec les bonnes pratiques étrangères et elles se basent principalement sur les propos recueillis lors d'entretiens libres et semi-directifs que nous avons menés ainsi que sur la documentation qui nous a été rendue accessible.

6.1. Collecter les données relatives au statut social, à l'organisme qui suit l'assuré, aux débouchés de la formation et aux conditions de travail

La première recommandation de ce rapport est d'ordre méthodologique mais elle est essentielle pour décrire et évaluer les différents parcours que suivent les personnes souffrant de troubles mentaux ainsi que leurs conditions de travail. A l'heure actuelle, beaucoup

³⁷⁹ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 41. Voyez à ce sujet Askell-Williams, H., Russell, A., Dix, K.L., Slee, P.T., Spears, B.A., Lawson, M.J., Owens, L.D. and Gregory, K., « Early challenges in evaluating the KidsMatter national mental health promotion initiative in Australian primary schools », *The International Journal of Mental Health Promotion*, 2009, 10, pp. 35-44 ; Slee PT, Lawson MJ, Russell A, Askell-Williams H, Dix KL, Owens L, Skrzypiec G, Spears B, « KidsMatter Primary Evaluation Final Report », Centre for Analysis of Educational Futures, Flinders University of South Australia, 2009. Voyez également une série d'outils mis à disposition sur le site de *Mindmatters*. URL : <http://www.mindmatters.edu.au>

³⁸⁰ Voyez les études de Slee et al., Langeveld et al., Weare et Nind, Skre et al. citées in OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 43.

³⁸¹ Voyez la collaboration entre le Commonwealth Department of Health and Ageing avec the Principals Australia Institute.

d'administrations ou d'associations qui collaborent avec celles-ci répertorient très peu de données relatives aux parcours que suivent les assurés de l'INAMI. Pour cette même raison, dresser un état des lieux de la prise en charge de ces personnes a été problématique dans le cadre de cette recherche.

Le problème ne concerne pas que les services qui accompagnent les assurés de l'INAMI et a déjà été jugé comme problématique par des organismes supranationaux. Le Comité des droits sociaux, qui a pour mission de juger la conformité du droit et de la pratique des Etats parties à la Charte sociale européenne, a conclu en 2012 que la situation de la Belgique n'était pas conforme à l'article 15§2 de la Charte au motif qu'en l'absence de données disponibles sur la Belgique, il n'est pas établi que l'égalité d'accès à l'emploi (en milieu ordinaire du travail) soit effectivement garantie aux personnes handicapées³⁸².

La construction d'une banque de données par les autorités publiques serait adéquate afin de pouvoir analyser l'effet de l'accompagnement reçu par les assurés sociaux. A cet égard, il serait adéquat de rassembler au minimum les données suivantes : le statut social de la personne, les éventuelles aides à l'emploi qu'elle reçoit, les formations qu'elle a reçues, son niveau de diplôme, le secteur de l'emploi dans lequel elle travaille, sa rémunération, les éventuelles aménagements spécifiques qui ont eu lieu sur le lieu de travail et son ancienneté.

Les rapports du *GTB*³⁸³ constituent un bon modèle en ce qui concerne les flux entre le système de sécurité sociale et le marché du travail mais il serait utile de collecter davantage d'informations relatives au travail obtenu et aux conditions de travail.

Du côté francophone, le rapport le plus complet que nous avons pu consulter était celui du « Service Activation » en Wallonie qui existe à Liège. Pour l'année 2013, le rapport détaille que 98 personnes ont été suivies par deux asbl liégeoises (AIGS et Article 23 asbl) dans le cadre du Service Activation. Sur ces 98 personnes, 33% avaient un statut INAMI (incapacité primaire/ invalidité) et 8 personnes de ces 98 ont trouvé un emploi sur le marché de l'emploi ordinaire. La grande majorité des bénéficiaires relevait toujours du Service Activation en 2014 et étaient en recherche d'emploi, de formation ou de stage. Depuis le début de la Convention Activation, le Service a également observé si les personnes qui ont retrouvé un emploi ont pu recourir à des aides à l'embauche. Pour les 11 personnes qui ont retrouvé un

³⁸² Conclusions 2012 du Comité européen des droits sociaux, articles 1, 9, 10, 15, 18, 20 et 25 de la Charte sociale européenne révisée.

³⁸³ Voyez les rapports suivants du GTB : *Uitstroomonderzoek* 2014, 2013 et 2012.

emploi, presque un tiers n'a pas eu besoin d'une aide à l'embauche, 18% ont été engagées par les CPAS via un article 60 et 18% ont été engagées grâce à l'aide prévue dans le cadre du plan Activa. Les autres aides auxquelles ont eu recours le tiers restant sont en général des aides de l'AWIPH (contrat d'adaptation professionnelle, prime à l'intégration ou prime de compensation) ou des aides à la promotion de l'emploi (à savoir des subsides octroyés aux employeurs du secteur non-marchand). Le Service Activation a également analysé le niveau d'études des bénéficiaires qui sont suivis par le service : 17% ont leur certificat d'études de base, 35% ont un certificat d'enseignement secondaire inférieur et 31% ont un certificat d'enseignement secondaire supérieur. Seules 9% ont obtenu un baccalauréat et 3%, un master. Enfin, le Service a relevé les secteurs d'activités dans lesquels travaillent les bénéficiaires : 4 personnes travaillent dans le secteur de l'Horeca, 1 personne dans le secteur logistique et transport, 2 dans le secteur administratif, 1 personne dans le secteur de la chimie, 1 dans le secteur de la peinture en bâtiment, 1 personne est agent d'accueil dans une institution spécialisée et enfin, une personne travaille dans le secteur de l'entretien (ouvrier polyvalent).

6.2. Finaliser un guide d'évaluation des maladies mentales pour sensibiliser et former les médecins

Les personnes souffrant de troubles mentaux font encore l'objet de préjugés importants, y compris de la part des médecins-conseil. Il n'est pas rare que certains médecins-conseil pensent que toute réinsertion professionnelle est exclue lorsque la personne souffre de troubles mentaux. Certains acteurs de terrain ont alors le sentiment de travailler « contre vents et marées »³⁸⁴. Du côté des services de l'emploi, certains travailleurs sociaux se plaignent du fait que le problème psychique est tout simplement éludé et non mentionné par le médecin-conseil dans le formulaire qui leur est transmis et qui fait part des limitations fonctionnelles de l'assuré. Les services de l'emploi tentent alors parfois de se faire aider par les médecins présents dans leur service ou attachés à un service extérieur (comme le GA en Flandre).

Certains médecins-conseil ne prennent pas au sérieux les problèmes psychiatriques et n'ont aucune connaissance dans ce domaine³⁸⁵. D'autres sont plus précautionneux et prennent contact avec les psychiatres soignants quand la personne est d'accord.

³⁸⁴ 4 juin 2015.

³⁸⁵ Pour l'anecdote, il nous a été rapporté qu'un médecin-conseil estimait qu'une personne qui s'était maquillée ne pouvait pas être dépressive.

Pour remédier à cette expertise limitée des médecins-conseil, un guide établi au sein de l'INAMI devrait prochainement permettre aux médecins-conseil de diagnostiquer les troubles mentaux et d'évaluer dans quelle mesure ils constituent une inaptitude au travail de 66% au moins. Ce guide est en cours d'élaboration par un groupe de travail de l'INAMI qui rassemble entre autres les différentes directions médicales des mutualités et est coordonné par le Dr Feron.

Cette initiative mérite d'être saluée. Cependant, ce guide ne sera pas suffisant à lui seul pour former des médecins-conseil à la psychiatrie et à la psychopathologie. A cet égard, nous renvoyons aux bonnes pratiques étrangères relatives à la formation des médecins généralistes.

6.3. Coordonner le travail des spécialistes dans le domaine de la santé et dans le domaine de l'emploi de façon plus systématique

Aujourd'hui, les acteurs dans le domaine de l'emploi et de la santé qui entourent les personnes souffrant de troubles mentaux se rencontrent de temps à autre mais travaillent rarement de façon coordonnée.

De nombreux problèmes de communication attestent de cette réalité, y compris au sujet de la réinsertion professionnelle des personnes souffrant de troubles mentaux. Ainsi, les accompagnateurs des personnes souffrant de troubles mentaux disposent parfois de trop peu d'information sur les processus de carrières envisageables pour les assurés³⁸⁶.

Les possibilités de formation ou de réinsertion professionnelle semblent trop souvent méconnues par les acteurs de terrain. Par exemple, en 2014, les centres de formation et d'insertion socioprofessionnelle destinés aux personnes handicapées étaient trop peu connus du service de l'emploi wallon³⁸⁷. Il nous a également été rapporté que les centres de réadaptation fonctionnelle et leurs *jobcoachs* étaient encore peu connus de certaines mutuelles qui ont l'habitude de diriger les personnes souffrant d'une inaptitude au travail vers les services régionaux de l'emploi ou vers les organismes pour personnes handicapées. Pourtant, ces organismes ne sont pas toujours adéquats pour répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux. En outre, la collaboration entre les services régionaux de l'emploi et les médecins-conseil demeure encore difficile, même si certains

³⁸⁶ Voyez le document de l'AIGS sur la réhabilitation psychosociale présenté et diffusé lors du Colloque de l'INAMI du 25 avril 2014 « Invalidité et travail, santé mentale ».

³⁸⁷ Information obtenue lors de l'exposé de l'AWIPH dans le cadre du colloque de l'INAMI du 25 avril 2014 « Invalidité et travail, santé mentale ».

acteurs de terrain et administrations tentent d'améliorer ces relations³⁸⁸.

Cela étant dit, cette carence souffre progressivement d'exceptions. Ainsi, en Flandre, le sommet de l'administration, tout comme le législateur, tendent progressivement à intensifier les rapports entre les acteurs participant aux domaines de la santé mentale et de l'emploi. Par exemple, les *job coaches* du projet 107 et les experts en matière de placement des allocataires (*VDAB* ou *GTB*) travaillent de plus en plus ensemble. Le *GTB* explique, dans son carnet *Bruggen Bouwen*, comment il intervient - sous un angle professionnel - dans le cadre des quatre premières fonctions des projets « 107 » et quelles initiatives il a mis localement en place avec d'autres partenaires. Une coordination importante a été effectuée entre le *GTB* et les autres partenaires des projets « 107 ». La collaboration entre les conseillers du *VDAB* et du *GTB*, d'une part, et les centres de santé mentale et les psychiatres, d'autre part, aurait permis d'accroître la connaissance des différents acteurs en présence. Un autre exemple flamand concerne l'intégration des services médicaux (*GA*) au sein du service de l'emploi destiné aux personnes souffrant d'un handicap au travail (*GTB*). De manière générale, les réseaux associant experts de la santé et experts du travail sont amenés à s'étendre en Flandre et à bénéficier d'une reconnaissance structurelle avec le décret flamand du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soins.

Du côté francophone, les initiatives semblent moins coordonnées directement par les administrations mais elles peuvent provenir d'acteurs locaux qui se voient financés par des administrations. En Wallonie par exemple, certaines associations travaillant à la réinsertion professionnelle coordonnent leur travail avec d'autres associations dans le secteur et parfois « s'auto-forment ». A titre d'exemple, le projet « Insertion socioprofessionnelle et Santé mentale » initié par l'asbl Calif qui réunit 27 partenaires vise entre autres à favoriser la collaboration entre les secteurs de l'insertion et de la santé mentale dans le but d'intégrer et de réinsérer le public cible de manière durable. L'asbl, financée dans le cadre d'un projet temporaire du Forem, a également mis en place certains outils communs dans le but de favoriser le travail en réseau. Un autre exemple tient à l'établissement d'un réseau supralocal en concertation avec l'Espace Socrate et les *jobcoachs* locaux à l'aide du réseau Wab qui, bien que conçu pour la prise en charge des personnes souffrant d'assuétudes, a fait profiter de sa méthodologie relative à l'implémentation d'un tel réseau. Les partenaires du réseau Wab ont défini un objectif général fédérateur ainsi que divers outils de travail qui facilitent le travail des partenaires (charte éthique, consentement éclairé du patient, R.O.I,

³⁸⁸ Voyez notamment l'exposé relatif à la convention Actiris-INAMI lors de la journée d'étude de l'INAMI du 3 octobre 2014 « La réinsertion socioprofessionnelle : quelles perspectives pour l'avenir ? ». La problématique n'est cependant pas propre à Bruxelles.

etc.). Un troisième exemple wallon est le Service activation qui était autrefois financé par l'autorité fédérale et qui est actuellement financé par la Région wallonne. Créé en 2002, ce service subsiste sur deux antennes depuis 2006 (Liège et Namur). En région liégeoise, c'est l'Association interrégionale de Guidance et de Santé (A.I.G.S.) et l'asbl Article 23 qui sont les opérateurs qui ont développé ce projet relatif à l'activation des personnes souffrant de troubles psychologiques vers l'emploi et la formation. Il s'agit entre autres de mettre en place un réseau de partenaires relevant des domaines d'emploi, de santé et de formation et également de développer des outils de travail communs. Le Forem est associé au processus et a signé avec le service un contrat de coopération. Un travail d'analyse des facteurs facilitant le maintien dans l'emploi est en cours.

Une dernière initiative prometteuse en termes de tissage de réseau concerne les projets fédéraux 107³⁸⁹ et les acteurs réunis au sein des comités de fonctions (voyez l'annexe 1). Le rôle de *jobcoach* a permis de tester des synergies et de mieux intégrer les services de soin et de réhabilitation professionnelle. Cependant, si la collaboration entre ces services augmente, il serait à l'heure actuelle présomptueux de considérer ces services comme étant « intégrés ».

Dans le cadre de cette collaboration intensive, il est indiqué de préciser les obligations et devoirs des différents intervenants et de s'assurer du consentement de la personne concernée en cas d'échange de ces informations. Travailler à une meilleure collaboration et à l'extension de réseaux ne signifie pas que toutes les informations connues des travailleurs sociaux doivent être partagées au sein du réseau. En effet, le travailleur social peut recueillir nombre d'informations de la part de l'assuré, informations qui doivent parfois être tenues secrètes en raison de l'obligation de secret professionnel. Ainsi, c'est à juste titre que certains acteurs de terrain estiment être prudents lorsqu'ils évoquent des situations avec des conseillers du Forem qui sont désormais en charge du contrôle de disponibilité des chômeurs ou avec des médecins-conseil qui doivent évaluer l'aptitude au travail de l'assuré.

6.4. Engager plus de *jobcoachs* et mieux les former

Que ce soit ou non dans le cadre de la mise en œuvre du modèle IPS, le rôle du *jobcoach* est clé pour permettre une réintégration professionnelle réussie. Le travail de celui-ci sera bénéfique si la personne est désireuse de retravailler et si sa charge de travail n'est pas excessive, de manière telle qu'il puisse accompagner la personne sur le long terme (sur le

³⁸⁹ Voyez à titre d'exemple la méthodologie suivie par le Projet "Fusion Liège", spécifiquement son vade-mecum pour l'utilisation du Plan de Services individualisé (PSI).

lieu de travail ou en-dehors de celui-ci si la personne ne veut pas qu'il soit visible³⁹⁰).

Aujourd'hui, un autre problème concerne le fait qu'après avoir accompli leur parcours de réadaptation professionnelle, ces personnes « se sentent démunies dans leur recherche d'emploi ou dans leur nouveau milieu de travail »³⁹¹. Pour remédier aux problèmes rencontrés par ces assurés et pouvoir leur proposer une réintégration professionnelle durable, un suivi sur le long terme et sur le lieu de travail devrait être systématiquement mis en place. En Flandre, le *GOB* semble y procéder de façon régulière. Du côté francophone, le suivi existe mais peut varier selon l'organisme en charge de l'assuré souffrant de troubles psychiques. Le modèle IPS promeut quant à lui un accompagnement à durée indéterminée.

A l'heure actuelle, les *jobcoachs* mis en place pour les 19 projets 107 ne peuvent suffire à accompagner qu'une infime partie des assurés souffrant de troubles mentaux qui, pour rappel, se chiffraient à 109.000 à la fin de l'année 2013. De manière générale, l'accompagnement proposé par les services d'accompagnement pour les assurés de l'INAMI ne semble pas suffisant³⁹².

Enfin, les *jobcoachs* doivent être mieux formés et doivent pouvoir se rencontrer plus souvent pour échanger les « bonnes pratiques ». En effet, aujourd'hui, des structures locales se créent pour former ou venir en aide aux *jobcoachs*. Cependant, cette offre n'a pas lieu de façon systématique et il serait utile que les *jobcoachs* puissent avoir une connaissance précise de ce qui est attendu de la part de l'INAMI. Au Sud du pays par exemple, l'Espace Socrate forme des *jobcoachs* aux techniques de réinsertion professionnelle. Des réseaux supralocaux, réunissant notamment les *jobcoachs*, se mettent en place dans le reste du pays sur la base d'initiatives de certains organismes qui veulent s'échanger de bons procédés. En Flandre, il semble que ce soit surtout le *GTB* qui, avec son expertise, communique ses procédés aux autres *jobcoachs*.

Pour remédier à ce problème, la création prochaine d'une formation en *Disability Management* au sein de l'INAMI devrait permettre d'accroître la connaissance des acteurs de terrain mais elle ne pourra pas remédier aux zones obscures de la réglementation. Il n'est pas non plus certain que cette connaissance théorique soit suffisante pour remédier aux

³⁹⁰ Pour une analyse faisant le point sur le besoin des employeurs de connaître les problèmes de santé mentale, voyez les résultats de la recherche-action menée par l'asbl Article 23 en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin dans le rapport d'activités 2014 de l'asbl Article 23, pp. 17 et s.

³⁹¹ COUTTELIER F., DELVAUX J., La réadaptation professionnelle pour un nouveau départ, dossier réalisé le 17 mai 2007, *En Marche* [le journal de la Mutualité Chrétienne].

³⁹² *Ibidem*.

problèmes pratiques rencontrés sur le terrain. A cet égard, il semble qu'une structure pourrait également être mise en place pour échanger les « bonnes pratiques » entre *jobcoachs*. Dans ce contexte, l'expérience d'anciens patients psychiatriques peut être utile³⁹³.

6.5. Mettre en place une structure nationale d'emplois assistés qui soit soucieuse des conditions de travail

Pour les raisons déjà expliquées dans le cadre de l'analyse de bonnes pratiques étrangères, il pourrait être opportun de créer une plateforme qui permette de former les *jobcoachs* et de diversifier les modèles de réinsertion professionnelle qui sont actuellement très orientés vers la formation (même si les activités qui y existent semblent parfois s'apparenter à du travail). Afin d'éviter de créer des structures parallèles qui n'apporteraient pas de résultats bénéfiques, il serait adéquat que le droit aux conditions de travail et le droit au libre choix de l'activité professionnelle - tous deux parties intégrantes du droit constitutionnel au travail - guident le développement de cette structure.

Par ailleurs, il semble adéquat de privilégier le caractère fédéral de cette structure dans la mesure où les allocations de l'assurance soins de santé et indemnités sont fédérales et que le traitement des allocataires qui relèvent de l'INAMI a déjà exigé des administrations des collaborations complexes entre les différents « niveaux » de pouvoir. La sixième réforme de l'Etat a certes défédéralisé le rôle de *jobcoach* mais il serait néanmoins opportun de mettre en place une structure commune entre *jobcoachs*. En effet, cette structure pourrait venir en aide aux comités de fonction 3 des projets 107 et permettrait à l'INAMI de déterminer ce qui doit rester spécifique à chaque comité et ce qui peut être transversal à ceux-ci (ex. à titre d'exemple, des représentants devraient-ils être présents dans tous ces comités ?, y a-t-il des modèles de réintégration qui sont plus bénéfiques que d'autres d'après les différents comités ?).

6.6. Expérimenter le modèle IPS et le tester de façon scientifique

Pour des raisons déjà exposées précédemment, ce modèle se révèle très prometteur pour les personnes souffrant d'un trouble mental grave (même si ce n'est pas exclusif). Cependant, certaines variables méritent d'être approfondies, notamment celles qui sont relatives aux conditions de travail et à la carrière des bénéficiaires. Nous avons suggéré qu'en cas de lancement d'un projet pilote, un essai contrôlé randomisé (*randomized*

³⁹³ Voir le point 4.4. du rapport « Recourir à l'expérience d'anciens patients psychiatriques ».

controlled trial) permettrait d'objectiver les résultats du modèle IPS en Belgique. De manière générale, ces essais permettent d'évaluer de façon beaucoup plus précise que d'autres méthodes les programmes de réinsertion à l'emploi.

Enfin, un certain nombre de pré-requis sont nécessaires pour qu'un tel projet soit mis en place. Nous renvoyons à cet égard à la partie relative au modèle IPS.

6.7. Accroître la rapidité du traitement des demandes de réhabilitation professionnelle pour éviter de mettre à mal le processus entamé par l'assuré qui souhaite retravailler

Dans le cadre de l'octroi de frais relatifs à l'actualisation de compétences ou à l'acquisition de nouvelles compétences, le processus administratif mis en place au sein de l'INAMI gagnerait à être simplifié afin de permettre le traitement efficace et rapide des demandes. Des acteurs de terrain estiment qu'il faut attendre trop de temps afin de recevoir une autorisation de la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité pour entamer une formation. Exceptionnellement, dans le cadre de nos entretiens, un médecin-conseil s'est plaint de ne pas recevoir assez vite les informations demandées aux accompagnateurs de l'assuré pour rendre sa décision.

Par ailleurs, certains acteurs de terrain rencontrés estiment que le médecin-conseil et la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité sont parfois trop précautionneux dans leurs décisions, venant parfois mettre à mal le projet construit par l'assuré et le travailleur social l'accompagnant.

Si un avis médical peut être précieux pour avoir connaissance de limitations fonctionnelles et que cet avis est indispensable pour poser un diagnostic médical, redéfinir le rôle du médecin-conseil dans le cadre du processus de réadaptation professionnelle - en fonction du rôle et de l'expertise des autres acteurs de terrain - permettrait un gain de temps et pourrait être plus adéquat. En effet, bien que la notion d'inaptitude au travail soit une notion économique, les médecins ont parfois une connaissance plus limitée du marché du travail que les acteurs de terrain aidant l'assuré à rechercher du travail ou à s'inscrire dans un projet.

6.8. Accompagner les assurés qui souhaitent reprendre le travail

Lorsqu'en 2011, la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités a été modifiée pour supprimer le caractère préalable de l'autorisation de reprise du travail et remplacer celle-ci par une autorisation *a posteriori*, le législateur a opté pour une reprise de travail volontaire. En effet, l'exposé des motifs du projet de loi-programme mentionnait qu'« il s'agit d'une mesure visant à favoriser une reprise volontaire du travail, par des titulaires reconnus incapables de travailler et qui conservent une certaine réduction de leur capacité, sur le plan médical »³⁹⁴.

Au-delà du fait que la philosophie de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités concerne l'assuré qui est volontaire pour reprendre un emploi, les acteurs de terrain ont soulevé d'autres arguments qui justifient, selon eux, le fait que les assurés doivent être volontaires pour réintégrer un programme de réinsertion professionnelle.

Tout d'abord, les services qui accompagnent les assurés de l'INAMI qui souhaitent retravailler semblent déjà à l'heure actuelle en surcharge. Comme on l'a expliqué au sujet du modèle IPS, il est pourtant essentiel que l'accompagnement individuel soit intensif pour que le choix de l'emploi soit optimal pour l'assuré et que sa réintégration sur le lieu de travail soit un succès. Or, budgétairement, l'accompagnement d'une personne qui a rencontré une incapacité de travail et qui n'est plus depuis longtemps sur le marché du travail est coûteuse et il est donc difficile de croire, pour certains des acteurs rencontrés, qu'accompagner de façon contrainte des assurés pourrait être, ne fut-ce, qu'envisageable sauf à dépenser beaucoup plus de moyens financiers.

Ensuite, le caractère volontaire de la démarche semble également participer à une réinsertion professionnelle réussie et être le signe que certains problèmes prioritaires ont pu être réglés. Ce constat a été posé par Mike Evans, expert dans le domaine de l'emploi assisté et ancien Vice-Président de l'*Union européenne de Soutien à l'Emploi*. Celui-ci explique qu'un des gros problèmes qu'il a connu en Irlande concerne les demandes inappropriées des allocataires (qui ne sont pas tous invalides) : certains ne voulaient pas travailler ou ne le pouvaient vraiment pas en raison de leur santé, de leur trop faible motivation ou de leurs problèmes personnels³⁹⁵. Il estime que le fait d'avoir tenté d'aider ces personnes qui ne souhaitent pas du tout cette aide - mais qui étaient contraintes de le faire

³⁹⁴ Projet de loi-programme, Exposé des motifs, *Doc. Parl.*, Chambre, 19 mai 2011, n°1481/001.

³⁹⁵ *Ibid.*, p. 39.

pour avoir leurs allocations - a été contre-productif. Son organisation a alors décidé d'être plus stricte sur les conditions d'accès³⁹⁶. Il estime également que certaines problématiques - notamment sociales ou comportementales - doivent parfois être résolues avant de se diriger immédiatement vers un travail. Selon lui, le modèle « Place-then-Train » qu'il a implanté dans son organisation ne convient pas à tout le monde³⁹⁷.

Cette remarque n'est pas sans rappeler le fait que certains besoins doivent être assurés avant d'autres, ce qui avait déjà été constaté par le psychologue Abraham Maslow. Ce dernier a hiérarchisé les besoins fondamentaux dans un cadre théorique qui est depuis devenu largement connu comme la « pyramide de Maslow ». Cette pyramide organise les besoins des individus en cinq niveaux³⁹⁸. L'être humain chercherait tout d'abord à satisfaire ses besoins physiologiques avant de satisfaire, en second lieu, ses besoins de sécurité (ex. la garantie d'avoir un revenu). Une fois que ces besoins sont satisfaits, les individus cherchent alors à satisfaire leurs besoins d'amour ou d'appartenance. Ce n'est qu'une fois ces besoins sécurisés que les besoins d'estime de soi deviennent importants et enfin, les besoins d'accomplissement de soi.

Enfin, la réforme belge de l'activation des allocataires partiellement inaptes au travail dans l'assurance chômage est un bon exemple pour analyser les effets d'une réforme contraignant les personnes inaptes au travail à retravailler. Certains acteurs de terrain estiment que cette réforme a tellement stressé les allocataires sociaux – aboutissant parfois à l'aggravation de leur état de santé – que certains d'entre eux osent encore moins (re)travailler qu'auparavant. Nous réaborderons cette question à la section suivante mais il est d'ores et déjà utile de rappeler que lorsqu'une personne a rencontré une incapacité de travail d'au moins 66%, envisager sa réinsertion professionnelle nécessite que sa capacité de travail le lui permette et que certains besoins de base soient assurés. Certaines conditions peuvent l'aider à se tester à nouveau à un emploi.

6.9. Accroître la sécurité juridique des assurés pour qu'ils puissent oser retravailler

Beaucoup d'acteurs de terrain rapportent que nombre d'assurés n'osent pas entamer un processus de réadaptation ou retravailler parce qu'ils craignent de perdre leurs indemnités et

³⁹⁶ SPJELKAVIK Ø., FRØYLAND K., EVANS M., « Supported Employment in Norway. A National Mainstream Programme », *op. cit.*, p. 41.

³⁹⁷ *Ibid.*, p. 42.

³⁹⁸ Voyez MASLOW A., *Devenir le meilleur de soi-même. Besoins fondamentaux, motivation et personnalité*, Paris, Eyrolles, 2008, pp. 57 et s.. La troisième édition date de 1987 et a été traduite de l'anglais par L. Nicolaieff.

notamment, de ne plus être assurés en cas de rechute sur le plan médical. Si une étude approfondissant tous les problèmes rencontrés pourrait être opportune, nous pouvons d'ores et déjà avancer quatre problèmes qui pourraient être résolus.

Un premier problème tient à la communication faite à l'assuré et aux acteurs le prenant en charge. Ils reçoivent parfois des informations différentes, voire contradictoires de la part de leurs interlocuteurs³⁹⁹. En 2012, une étude a fait apparaître que même des médecins-conseil, qui sont pourtant en première ligne dans le cadre du processus de réadaptation, n'avaient pas encore compris que le fait que la personne doive préserver une réduction de sa capacité de travail de plus de 50% ne signifie pas qu'elle doive se limiter à un travail à mi-temps⁴⁰⁰. Les brochures explicatives réalisées par l'INAMI ne semblent pas être suffisamment diffusées. Par ailleurs, elles ne reprennent pas d'explication au sujet du calcul de l'indemnité en cas de reprise du travail et ne comprennent pas de précisions en cas de rechute médicale. Cette question nécessite également des clarifications législatives et réglementaires sur le plan de la sécurité juridique et financière (voir ci-dessous).

Un deuxième problème concerne les incitants pour retravailler. A l'heure actuelle, plusieurs d'entre eux existent en Belgique dans le domaine de l'assurance soins de santé et indemnités mais ils restent somme toute limités. On a déjà évoqué la prime de 5 euros par heure effectivement suivie de formation, d'encadrement ou d'apprentissage ainsi que l'attribution d'une allocation forfaitaire. Il existe également une présomption légale d'incapacité de travail qui couvre la période de formation que suit l'assuré. Une garantie est également prévue à l'article 43 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997. Cette disposition aménage la situation du titulaire qui, après une période d'incapacité primaire de plus de six mois ou après une période d'invalidité, redevient incapable de travailler dans les vingt-quatre mois qui suivent la fin de cette période mais hors des délais classiques de rechute (donc à partir de 14 jours pendant l'incapacité de travail primaire et à partir de trois mois d'invalidité). Dans ce cas précis, la rémunération perdue ne peut être inférieure à la rémunération perdue sur la base de laquelle l'indemnité aurait été calculée si la période initiale d'incapacité s'était prolongée sans interruption⁴⁰¹. Enfin, un dispositif d'assurance continuée a été mis au point dans le cas de figure où le travailleur précédemment incapable

³⁹⁹ Voyez notamment KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE A., « Nota 2: Ernstige psychiatrische aandoeningen en regulier betaald werk: Perceptie van begeleiders », werknota, mars 2011, LUCAS-KU Leuven, p. 23.

⁴⁰⁰ Voyez MAIRIAUX P., SCHIPPERS N., KEFER F., CORNELIS S., DONCEEL P., SOMVILLE P.-R., Retour au travail après une absence de longue durée, Résumé du rapport de recherche à destination du SPF Emploi du 13 avril 2012, p. 20.

⁴⁰¹ Règlement portant exécution de l'article 80, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, *Moniteur belge*, 26 novembre 1997. Voyez également la circulaire 2014/143 du 18 mars 2014 ; entrée en vigueur le 19 mars 2014.

de travailler exerce une activité qui lui garantirait une protection sociale moindre que par le passé. Ainsi, s'il exerce « un métier l'assujettissant au statut social des travailleurs indépendants, ou [...] un métier pour lequel aucune obligation d'assurance n'existe en vertu d'une des législations en matière de sécurité sociale », il peut souscrire à une telle assurance - en vertu de l'article 247, § 1er, 4°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 - pendant une durée de deux ans.

Ces incitants ne sont pas encore suffisants pour que les assurés osent reprendre le travail. Le problème qui persiste est le suivant : « les personnes craignent de manière bien légitime de se retrouver dans une situation financière moins bonne après la réadaptation qu'[auparavant] alors qu'elles ont réalisé un effort pour se réinsérer professionnellement »⁴⁰². L'OCDE préconise de supprimer la règle selon laquelle l'assuré perd ses droits dans les six mois suivant sa participation à un programme de formation⁴⁰³. On ne sait pas si l'OCDE vise par là le fait que les coûts de la période de réintégration – qui suit celle de formation – sont limités à six mois ou si elle remet en cause le fait que le médecin-conseil puisse procéder à l'évaluation médicale sur la base des compétences nouvellement acquises six mois après que le programme ait été achevé⁴⁰⁴.

Une autre solution pourrait être d'étendre l'article 43 du Règlement des indemnités à une plus longue période, permettant ainsi au travailleur qui connaît une capacité de travail réduite de travailler mais d'avoir, en cas de rechute médicale, accès au même niveau de vie que celui qu'il avait durant le début de son incapacité (et qui se basait sur son ancienne rémunération). Enfin, il faudrait évaluer dans quelle mesure un régime optionnel de reprise d'un travail à l'essai avec maintien des indemnités de la sécurité sociale ne pourrait pas être instauré étant donné le succès de ce type de mesures pour les personnes handicapées⁴⁰⁵. Dans ce cas, il convient que cette solution soit de très courte durée et que l'employeur rémunère au plus vite le travail presté par le travailleur pour éviter certains effets pervers, tels que le licenciement du travailleur dès le terme de la subvention.

Un troisième problème concerne spécifiquement les travailleurs qui seraient encore dans les liens d'un contrat de travail. Dans ce cas de figure, le fait que les employeurs ne mettent pas

⁴⁰² COUTTELIER F., DELVAUX J., La réadaptation professionnelle pour un nouveau départ, *op. cit.*

⁴⁰³ OCDE, *Santé mentale et emploi : Belgique*, *op. cit.*, p. 91.

⁴⁰⁴ Voyez à ce sujet respectivement la circulaire 2014/143 du 18 mars 2014 et l'article 215 septies de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

⁴⁰⁵ La suggestion a été avancée pour les travailleurs qui étaient toujours dans les liens d'un contrat de travail. Voyez MAIRIAUX P., SCHIPPERS N., KEFER F., CORNELIS S., DONCEEL P., SOMVILLE P.-R., Retour au travail après une absence de longue durée, *op. cit.*, p. 20.

en place un dispositif d'accueil ou ne prévoient pas d'aménagements particuliers peut être problématique, voire même discriminatoire⁴⁰⁶. Il est également un fait que beaucoup d'employeurs recourent à la force majeure pour dissoudre le contrat de travail ce qui empêche une réelle politique de reclassement professionnel⁴⁰⁷. Pour remédier à ce problème, l'article 34 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail - mais qui n'est toujours pas entré en vigueur à ce jour - prévoit que l'incapacité de travail résultant d'une maladie ou d'un accident et qui empêche définitivement le travailleur d'accomplir le travail convenu ne met pas par elle-même fin au contrat pour cause de force majeure. Le 25 février 2015, une proposition de loi modifiant la loi du 3 juillet 1978 et remplaçant la disposition non entrée en vigueur a été déposée par F. Pehlivan, M. Kitir et M. De Coninck⁴⁰⁸. Elle prévoit que le recours à la force majeure résultant d'une incapacité de travail définitive n'est possible qu'après qu'ait d'abord été appliquée la procédure de reclassement dans le cadre de la surveillance de la santé, telle qu'elle est fixée dans la loi du 4 août 1996 et l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs.

Un quatrième problème est lié à la crainte de la perte du statut INAMI et au manque de sécurité juridique et financière si la personne décide de retravailler. Ce problème n'est pas sans lien avec le deuxième problème traité ci-dessus mais la question dépasse ici le secteur de l'assurance soins de santé et indemnités. Beaucoup d'assurés qui souhaitent retravailler craignent de devoir changer de statut social et de ne plus être couverts s'ils perdent ou doivent quitter leur emploi⁴⁰⁹. En effet, il y a un manque de coordination entre organismes évaluateurs de l'inaptitude au travail et une absence d'opposabilité *erga omnes* des décisions relatives à l'aptitude prises par les différents organismes de sécurité sociale aux autres secteurs de cette même sécurité sociale⁴¹⁰. Ainsi, les évaluations de l'inaptitude au

⁴⁰⁶ Sur les aménagements raisonnables, voyez NEVEN J.-F., « Le droit européen de la non-discrimination : un impact décisif en faveur d'une obligation généralisée de reclassement professionnel » in DAVAGLE M. (dir.), *Le maintien au travail des travailleurs devenus partiellement inaptes*, Limal, Anthémis, 2013, pp. 35-60 ; NEVEN J.-F., « Le droit anti-discrimination, facteur d'évolution du droit du travail », in FRIES D. (dir.), *Les droits de l'homme, une réalité quotidienne*, coll. Jeune barreau de Mons, Anthémis, Bruxelles, 2014, pp. 9-27.

⁴⁰⁷ MAIRIAUX P., SCHIPPERS N., KEFER F., CORNELIS S., DONCEEL P., SOMVILLE P.-R., Retour au travail après une absence de longue durée, *op. cit.*, p. 24 et LAMBINET F., GILSON S., « Quelques réflexions sur le sort du travailleur qui n'est pas complètement apte à reprendre le travail convenu après une incapacité de travail » in DAVAGLE M. (dir.), *Le maintien au travail des travailleurs devenus partiellement inaptes*, Limal, Anthémis, 2013, pp. 117-146.

⁴⁰⁸ Proposition de loi modifiant la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail en ce qui concerne la protection des travailleurs en incapacité de travail permanente, déposée par F. Pehlivan, M. Kitir et M. De Coninck, *Doc. parl.*, Chambre, 25 février 2015, n°0911/001.

⁴⁰⁹ Information confirmée lors de nos entretiens. Voyez également COUTTELIER F., DELVAUX J., La réadaptation professionnelle pour un nouveau départ, *op. cit.* et VALLET C., « Socrate Réhabilitation. Le soutien en emploi de personnes avec des troubles psychiatriques », *op. cit.*

⁴¹⁰ Voyez à ce sujet DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*. Voyez par ex. PALSTERMAN P., « L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale », *op. cit.*, p. 323.

travail peuvent provenir des organismes de l'assurance soins de santé et indemnités, des allocations pour personnes handicapées et des allocations de chômage. Or, ces évaluations n'ont pas d'effet contraignant, ni ne créent une présomption à l'égard des autres secteurs qui sont amenés à procéder ultérieurement à l'évaluation de la même personne. Cette situation place l'assuré social dans des situations d'insécurité juridique⁴¹¹.

En ce qui concerne particulièrement les personnes souffrant de troubles mentaux, plusieurs rapports de la Fondation Roi Baudouin soulignent que les troubles mentaux pouvant être chroniques, l'aléa devrait être pris en compte dans le cadre des systèmes d'allocations et ce, afin de ne pas compromettre les chances de succès d'une remise à l'emploi :

« Face aux problèmes de santé mentale, l'aptitude peut être fluctuante selon les périodes. On peut sembler 'apte' à un certain moment [...], mais ne pas se sentir 'apte' à un autre »⁴¹².

« De manière générale, les usagers témoignent de nombreuses difficultés qu'ils rencontrent en raison des différents statuts et des éventuels passages entre les statuts d'invalidité et de demandeur d'emploi ».

Ces informations sont toujours d'actualité. Certains acteurs de terrain font part du risque pour les personnes invalides de démarrer une formation ou un stage sans parvenir à décrocher un contrat de travail, ce qui peut les conduire *in fine* - si elles sont estimées aptes au travail - à devoir quitter l'assurance soins de santé et indemnités.

Ces constats conduisent la Fondation Roi Baudouin, à juste titre selon nous, à plaider pour « l'idée d'un statut définitif, permettant de garder des indemnités en cas de rechute, [qui] aiderait à résoudre bien des difficultés, en incitant l'usager à se réinsérer »⁴¹³.

Bref, une transition aisée entre les secteurs de sécurité sociale est estimée comme essentielle par les acteurs de terrain pour que la personne souffrant de troubles physiques puisse, soit bénéficier d'un filet de sécurité lorsque sa situation médicale s'aggrave alors qu'elle travaille à nouveau, soit tenter de retravailler lorsque sa situation se stabilise. Il importe que le statut social de la personne soit clarifié tout au long de son parcours de réinsertion professionnelle (les rechutes rencontrées par l'assuré doivent être prévues). La

⁴¹¹ Sur la suggestion d'une présomption opposable aux autres secteurs, voyez par ex. PALSTERMAN P., « L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale », *op. cit.*, p. 323.

⁴¹² CARBONNELLE S., GRUBER P., *Comment construire des ponts entre le monde du travail et le monde de la santé mentale ?*, *op. cit.*, p. 37.

⁴¹³ GRUBER P., *Santé mentale : sur les chemins du travail de la personne fragilisée... Repères pour construire une nouvelle solidarité au travail*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, 2013, p. 28.

création en 2014 d'un Collège national de médecine d'assurance sociale en matière d'incapacité de travail devrait aider à des évolutions en ce sens. En effet, un des objectifs poursuivis par ce Collège est de « proposer des méthodes standardisées d'évaluation de l'incapacité de travail dans le but d'une harmonisation des évaluations dans les différentes branches de la sécurité sociale »⁴¹⁴.

Le 20 janvier 2015, une proposition de loi portant des dispositions diverses en matière d'assurance indemnités et d'emploi est déposée par F. Pelhivan, M. Kitir et M. De Coninck. Elle prévoit des adaptations temporaires de la relation de travail lorsque le titulaire en incapacité de travail souffre de maladies chroniques ou particulières qui entraînent des épisodes d'incapacité de travail répétés⁴¹⁵. Il s'agit d'offrir une solution aux assurés qui alternent des périodes d'incapacité totale de travail et des périodes de reprise partielle ou totale au travail. L'idée est d'alléger les formalités administratives dans leur chef et de leur éviter de devoir passer systématiquement par le médecin-conseil. Ce dernier doit être informé mais ne doit plus reconnaître l'incapacité à chaque rechute, ni autoriser chaque reprise de travail adapté. La situation de l'assuré est cependant réévaluée chaque année. La liste des affections devrait être précisée par le Comité de gestion du service des indemnités de l'INAMI mais cette situation pourrait, d'après nous, viser tout à fait celle rencontrée par nombre de personnes souffrant de troubles psychiques étant donné que la maladie mentale présente souvent un caractère chronique⁴¹⁶. Cette proposition de loi modifie tant la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités que celle relative aux contrats de travail en prévoyant une présomption réfragable du maintien du contrat de travail initial (qui peut donc être réfutée par la partie adverse) malgré la reprise d'un travail adapté ou l'avenant régissant cette reprise. Pour les travailleurs qui sont dans une relation de travail, cette proposition semble intéressante même s'il faudrait vérifier, d'une part, que leur indemnité (désormais d'invalidité sur toute la période) resterait aussi élevée que s'ils étaient dans l'ancien système (qui prévoyait des retours successifs à la phase d'incapacité primaire) et, d'autre part, que l'avenant au contrat de travail soit entouré de certaines balises permettant d'assurer les aménagements de travail adaptés et de bonnes conditions de travail.

⁴¹⁴ Article 17 de la loi du 25 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de sécurité sociale, *Moniteur belge*, 6 juin 2014.

⁴¹⁵ Proposition de loi portant des dispositions diverses en matière d'assurance indemnités et d'emploi déposée par F. Pelhivan, M. Kitir et M. De Coninck, *Doc. parl.*, Chambre, 20 janvier 2015, n° 0815/001.

⁴¹⁶ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, *op. cit.*, p. 144.

6.10. Inciter financièrement les employeurs

Contrairement à d'autres pays européens, les autorités publiques belges n'ont mis au point que de très faibles incitants financiers pour que l'employeur réintègre une personne ayant rencontré une incapacité de travail. Or, l'absence d'une telle politique peut nuire à la politique de réintégration professionnelle mise en place par l'INAMI. A l'heure actuelle, les emplois créés ne sont pas en nombre suffisant et ils sont de manière générale trop peu accessibles aux personnes souffrant de troubles mentaux graves. Deux cas de figure fréquents se présentent de manière générale à l'égard des personnes qui ont connu une longue incapacité de travail : soit la personne souhaite reprendre le travail qu'elle exerce auprès du même employeur (si le contrat de travail n'a pas été rompu), soit elle cherche à travailler auprès d'un nouvel employeur (que ce soit avec les compétences déjà ou nouvellement acquises). Dans ces deux situations, les employeurs réintègrent ou engagent rarement leurs travailleurs ayant rencontré des troubles mentaux. C'est un problème particulièrement épineux et dont les effets peuvent être dangereux : les assurés qui aimeraient reprendre un travail pourraient voir leur état de santé mentale s'aggraver s'ils ne trouvent pas un emploi alors qu'ils en cherchent un⁴¹⁷.

Ce problème a été rapporté dans plusieurs autres études. En 2012, un rapport de recherche à destination du SPF emploi établissait que :

« Plusieurs intervenants familiers du système ont en effet souligné que le système belge ne comporte que très peu d'incitants, voire aucun, au niveau de l'employeur pour réintégrer au travail un travailleur atteint d'une problématique de santé ; en effet, la charge directe pour l'employeur ne concerne que la période de salaire garanti, qui est limitée à un mois dans notre pays »⁴¹⁸.

Dans la partie relative aux bonnes pratiques étrangères, nous avons déjà développé différentes façons de responsabiliser les employeurs : entre autres les incitants financiers et spécifiquement l'*experience rating*. Nous avons également évoqué la possibilité de prévoir, dans un cadre très délimité, des subsides pour les employeurs qui engagent des personnes ayant rencontré une forte incapacité de travail.

Une autre solution avancée par une équipe de chercheurs belges consiste à prévoir, comme

⁴¹⁷ Voyez cet impact négatif sur la santé mentale dans l'assurance chômage : BOURGUIGNON D., HERMAN G., LIENARD G., LEKOEUCHE A., « Insertion professionnelle et santé mentale », *La Revue Nouvelle*, janvier 2009, pp. 50-64.

⁴¹⁸ MAIRIAUX P., SCHIPPERS N., KEFER F., CORNELIS S., DONCEEL P., SOMVILLE P.-R., Retour au travail après une absence de longue durée, *op. cit.*, p. 15.

cela existe dans la législation relative aux accidents de travail, un *bonus/malus* en cas de réintégration par l'employeur de ses travailleurs⁴¹⁹. Bref, en plus d'un dispositif pénalisant les employeurs lorsque nombre de leurs travailleurs rencontrent une incapacité de travail, les employeurs recevraient une prime lorsqu'ils réintègrent ou engagent les travailleurs qui ont rencontré une incapacité de travail. Cette piste mérite, à notre sens, d'être investiguée. L'OCDE propose, elle aussi, différentes solutions pour la Belgique : allonger la période de prise en charge de la rémunération par l'employeur, faire en sorte que l'employeur assume une partie des coûts pendant toute la durée du congé de maladie, sanctionner les entreprises dans lesquelles la proportion d'arrêts maladie de longue durée est supérieure à la moyenne (ce qui correspond au mécanisme d'*experience rating*) ou récompenser les employeurs qui réintègrent un employé après une absence prolongée pour cause de maladie⁴²⁰.

Enfin, les incitants financiers qui pourraient être mis en place devraient idéalement être couplés à une aide spécifique mise à disposition des employeurs quand ils ont des questions au sujet de la signification des troubles mentaux ou des démarches adéquates qu'ils doivent adopter.

6.11. Veiller aux conditions de travail, y compris à la rémunération et à l'organisation du travail, des travailleurs souffrant de troubles mentaux

Pour que la politique de réintégration professionnelle soit suivie d'effet, il est primordial que certains dispositifs soient effectifs ou créés sur le lieu de travail et que les ministères de l'Emploi et de la Santé collaborent davantage.

Nous expliquerons ci-dessous l'importance de mettre en place des mécanismes sur le lieu de travail tant en vue d'aider les personnes souffrant ou ayant souffert de problèmes de santé mentale que de prévenir de manière générale les risques psychosociaux sur le lieu de travail (A). Il s'indique également de prendre en compte la rémunération des personnes souffrant de troubles mentaux et de la mettre en parallèle avec ce qu'on appelle le phénomène des pièges à l'emploi (B).

⁴¹⁹ *Ibid.*, p. 25.

⁴²⁰ OCDE, *Santé mentale et emploi : Belgique*, op. cit., p. 92.

A. La mise en place de mécanismes *ex ante* et *ex post*

Sous l'appellation des mécanismes *ex post*, il s'agit, d'une part, de désigner les dispositifs utiles pour réintégrer un travailleur qui est toujours dans les liens d'un contrat de travail mais qui a été en absence-maladie de longue durée et, d'autre part, les dispositifs qui seraient bénéfiques à la réinsertion d'un travailleur qui a rencontré une incapacité de travail et qui a perdu son contrat de travail. Pour ce dernier, nous avons déjà mentionné que le rôle du *jobcoach* pouvait être capital pour parvenir à une réinsertion professionnelle réussie.

Un autre rôle qui semble primordial est celui du médecin du travail : celui-ci peut être un acteur clé pour préparer un retour au travail dans de bonnes conditions. C'est souvent celui-ci qui pourra proposer des aménagements du travail qui permettent de prendre en compte certaines difficultés rencontrées par le travailleur (ex. le déplacer dans un autre espace de travail, prévoir des horaires flexibles⁴²¹, etc.). C'est également lui qui peut - et qui devrait - vérifier que toutes les possibilités de réintégration sont utilisées au maximum dans l'entreprise⁴²². Pour impliquer le médecin du travail dans le processus de retour au travail, certains suggèrent de faciliter la procédure d'accès à la visite de pré-visite, voire même d'y associer le médecin-conseil et le médecin traitant. A cet égard, une initiative du côté francophone – appelée le réseau TRIO – ne manquera pas d'attirer l'attention. Lancé en mai 2014 à Bouge, ce groupe d'échanges entre médecins-conseil, médecins du travail et médecins généralistes vise à faire davantage collaborer ces acteurs et à améliorer la prise en charge des personnes concernées. Si l'initiative est très intéressante, des balises relatives au secret professionnel doivent également être mises en place afin que la relation de confiance entre le médecin traitant et son patient puisse être préservée.

Il importe également que les autres acteurs sur le lieu de travail soient sensibilisés. Une étude récente commandée par le SPF emploi révèle que « la littérature est particulièrement cohérente pour souligner l'impact que peut avoir sur le retour au travail, l'ambiance au travail, la qualité des relations entre collègues ou avec le responsable hiérarchique ou de façon globale, le niveau de satisfaction au travail »⁴²³. Dans certains cas, il sera utile de prévoir qu'une personne spécifique soit en charge de l'aide de la personne qui réintègre le milieu de travail.

⁴²¹ Voyez sur cette difficulté : GRUBER P., *Santé mentale : sur les chemins du travail de la personne fragilisée... Repères pour construire une nouvelle solidarité au travail*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, 2013, pp. 35-36.

⁴²² A cet égard, une équipe de chercheurs suggèrent que l'avis du médecin du travail soit rendu obligatoire (MAIRIAUX P., SCHIPPERS N., KEFER F., CORNELIS S., DONCEEL P., SOMVILLE P.-R., *Retour au travail après une absence de longue durée*, op. cit., p. 20).

⁴²³ *Ibid.*, p. 12.

A côté des aménagements de type individuel, certaines questions doivent être traitées de façon structurelle, notamment celles qui ont trait à l'organisation du travail et aux conditions de travail. A cette fin, il s'agit alors de mettre en place des mécanismes *ex ante*, soit des mécanismes qui préviennent l'incapacité de travail.

La Belgique a déjà initié, par l'intermédiaire du SPF Emploi, deux campagnes (en 2012 et en 2013), sur les risques psychosociaux au travail. Ces campagnes ont été créées pour le grand public dans l'objectif de sensibiliser en priorité les employeurs, les gestionnaires des ressources humaines, les membres de la ligne hiérarchique et les représentants des travailleurs. Ces campagnes ont notamment mis en exergue les enjeux – humains et économiques – propres aux risques psychosociaux. Il s'agissait également de montrer l'ampleur des risques psychosociaux. A cette fin, le SPF souligne que sur la base d'une enquête nationale belge portant sur 4000 travailleurs menée en 2010, trois travailleurs sur dix ressentent - la plupart du temps ou de façon continue - du stress au travail⁴²⁴. Il insistait également sur la présence de violences - verbales puis physiques -, de menaces, de comportements humiliants ou d'intimidation sur le lieu de travail⁴²⁵.

La campagne de 2013 a, quant à elle, été menée à l'aide de procédés très variés : un site web (www.sesentirbienautravail.be), des spots radio, des *banners* thématiques sur des sites d'information généralistes et spécialisés, un guide pratique relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail⁴²⁶, des recommandations concrètes pour passer de l'analyse des risques à l'action en s'appuyant notamment sur la dynamique du Comité pour la Prévention et la Protection au Travail (CPPT), des sessions de sensibilisation pour les membres des CPPT, des sessions de sensibilisation en partenariat notamment avec les syndicats et l'Union des Classes moyennes (UCM) et le financement d'un projet de recherche-action dans les entreprises en rapport avec la mise en œuvre de la démarche de prévention proposée dans le guide pratique.

A notre connaissance, ces campagnes n'ont par contre pas été orientées vers un travail de déstigmatisation lié aux troubles mentaux⁴²⁷. A ce sujet, les campagnes menées par d'autres

⁴²⁴ « Campagne 2013 de sensibilisation aux risques psychosociaux: 'Les signaux ne sont jamais aussi clairs' », publié sur le site du SPF. URL : <http://www.emploi.belgique.be/defaultNews.aspx?id=39963>

⁴²⁵ *Ibidem*.

⁴²⁶ Le Guide a été rédigé pour le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale par l'Université de Namur en 2013.

⁴²⁷ Quelques initiatives ponctuelles existent mais elles semblent assez limitées. A titre d'exemple, une course à vélo a été organisée en juillet 2015 visant à combattre la stigmatisation des troubles mentaux ("Te gek !? Tour de France") avec le soutien de la Reine Mathilde et de la chanteuse Selah Sue.

pays pourraient inspirer la Belgique, telles que celles menées au Danemark (« One of us ») ou en Suisse (« How are you ? »)⁴²⁸. Ces campagnes sont destinées tant aux collègues de travail qu'aux *managers* ou employeurs qui ne savent pas toujours comment réagir face à une situation problématique. Pourrait être couplé à cette démarche le fait de créer des aides accessibles en ligne aux employeurs.

Au-delà de la sensibilisation des employeurs, certains dispositifs permettraient de rendre effective la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail quant à la prévention des risques psychosociaux au travail. Ainsi, l'OCDE explique que le dispositif d'*experience rating* peut avoir pour effet que les employeurs mettent effectivement en place des services de prévention⁴²⁹. Depuis les modifications apportées par la loi du 28 février 2014 et ses arrêtés d'exécution complétant la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail quant à la prévention des risques psychosociaux au travail⁴³⁰, certaines innovations sont à souligner. Ce nouveau cadre « améliore et renforce considérablement la lutte contre les risques psychosociaux. Ces derniers sont décrits de manière plus précise et doivent faire l'objet de mesures de prévention spécifiques, basées des analyses de risques mieux définies »⁴³¹. De manière générale, « la loi donne aux activités préventives un caractère systématique et organisé, lié à des procédures de concertation et qui fait l'objet d'une planification et d'une évaluation périodique »⁴³². Mentionnons également que les analyses de risque - qui permettent de déterminer des mesures de prévention - doivent dorénavant être réalisées lorsqu'un - et un seul - danger est détecté et que l'analyse est demandée par un membre de la ligne hiérarchique ou un tiers au moins de la délégation des travailleurs au comité pour la prévention et la protection au travail ou, à défaut, un tiers au moins de la délégation syndicale ou, à défaut, un tiers au moins des travailleurs eux-mêmes⁴³³. L'exigence d'une certification de la qualité des services externes est également propre au droit belge. A cet

⁴²⁸ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 107. Voyez également OCDE, *Mental Health and Work : Denmark*, Paris, 2013.

⁴²⁹ OCDE, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers (Vol. 3) Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands*, 2008, Paris, p. 142.

⁴³⁰ *Moniteur belge*, 28 avril 2014. Cette réforme est entrée en vigueur au 1^{er} septembre 2014. Voyez également la loi du 28 mars 2014 modifiant le code judiciaire et la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail en ce qui concerne les procédures judiciaires (*Moniteur belge*, 28 avril 2014) et l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail (*Moniteur belge*, 28 avril 2014).

⁴³¹ BRASSEUR P., CORDIER J.-P., « La prévention des risques psychosociaux au travail : des origines à la réforme de 2014 » in DUMONT D., VAN GEHUCHTEN P.-P. (dir.), *Actualités en matière de bien-être au travail*, coll. UB3, Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 139.

⁴³² VOGEL L., « La législation sur le bien-être au travail : une réforme à mi-chemin de la systématisation de la prévention des risques » in DUMONT D., VAN GEHUCHTEN P.-P. (dir.), *Actualités en matière de bien-être au travail*, coll. UB3, Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 53.

⁴³³ Article 6 de l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail, *Moniteur belge*, 28 avril 2014.

égard, le financement des services externes pour la prévention et la protection au travail est une des clés de la réussite : ces services sont essentiels pour assurer l'analyse et la gestion des risques et donc pour assurer la surveillance de la santé des travailleurs. L'élargissement progressif des catégories de travailleurs soumis à la surveillance de la santé mérite également d'être soulignée même si celle-ci devrait s'appliquer de manière universelle⁴³⁴.

Malheureusement, d'autres problèmes n'ont pas été résolus dans cette réforme législative. Laurent Vogel a répertorié les difficultés non résolues par la réforme⁴³⁵. Il pointe l'absence de contrôle par les autorités publiques qui affaiblit en pratique l'effectivité des obligations de prévention et constate « la tendance des services de prévention à s'enfermer dans une relation mercantile vis-à-vis des employeurs, perçus comme des clients »⁴³⁶. Il souligne également que la loi sur le bien-être formule une obligation de sécurité à charge de l'employeur en des termes moins précis que ne le fait la directive-cadre communautaire ayant pour effet que la jurisprudence majoritaire n'y voit aujourd'hui qu'une obligation de moyen et non de résultat. Vogel mentionne encore l'ineffectivité des sanctions contre un manquement de l'employeur (que ce soit à travers la responsabilité pénale ou par le biais des procédures basées sur la responsabilité civile). Aujourd'hui, hormis dans les cas de violence et de harcèlement ou à moins de parvenir à démontrer la faute intentionnelle de l'employeur, une immunité civile est accordée de fait aux employeurs en cas d'atteinte à la santé. En outre, il signale que n'est pas conforme au droit communautaire le fait que l'employeur puisse occuper lui-même la fonction de conseiller en prévention dans toutes les entreprises de moins de vingt travailleurs sans qu'il soit démontré qu'il ait les « capacités nécessaires » pour exercer cette fonction. En outre, il critique le fait que le seuil pour la formation d'un CPPT a été maintenu à 50 travailleurs, ne permettant pas dans les faits une participation effective des travailleurs sur les questions de santé au travail. Enfin, il signale que le débat doit porter sur l'organisation du travail, permettant de privilégier une prévention primaire qui élimine les risques à la source.

Une autre question importante dans ce débat concerne les conditions de travail et spécifiquement la rémunération des travailleurs.

⁴³⁴ VOGEL L., « La législation sur le bien-être au travail : une réforme à mi-chemin de la systématisation de la prévention des risques », *op. cit.*, p. 61.

⁴³⁵ *Ibid.*, pp. 42 et s..

⁴³⁶ *Ibid.*, p. 44.

B. Le phénomène des pièges à l'emploi en lien avec les salaires des travailleurs

Un des problèmes mis en évidence par les acteurs de terrain concerne le phénomène des « pièges à l'emploi ». Nous avons déjà exposé que ce phénomène pouvait exister en raison du manque d'incitants à retravailler et en raison de la crainte de l'assuré de ne pas être couvert en cas de rechute (au sens médical). Dans cette section, nous voudrions aborder un autre angle de ce phénomène, à savoir qu'il est souvent mis en relation avec la rémunération perçue par les travailleurs souffrant ou ayant souffert d'une incapacité de travail. Ce phénomène désigne alors « toutes les situations dans lesquelles la mise au travail selon les conditions salariales minimales apparaît comme pénalisante par rapport au maintien de la situation d'allocataire »⁴³⁷.

Selon plusieurs acteurs de terrain rencontrés, les bas salaires peuvent inciter les assurés à ne pas retravailler pour maintenir leur allocation qui est plus élevée que leur salaire et leur permettre de maintenir une vie plus décente. Cette problématique des bas salaires et des emplois de mauvaise qualité concerne particulièrement les personnes souffrant de troubles mentaux qui sont plus sujettes que d'autres à travailler en étant très faiblement rémunérée, comme le rapporte une étude de l'OCDE de 2015⁴³⁸. Dans cette étude qui se base sur des chiffres de 2010 de plusieurs pays européens, l'OCDE montre que les personnes souffrant de troubles mentaux modérés gagnent 55% en moins que les salaires moyens européens et que les personnes souffrant de troubles mentaux graves gagnent 60% en moins que ceux-ci⁴³⁹.

En 2013, une étude de la Fondation Roi Baudouin pointait notamment le fait que les personnes malades mentales en Belgique « héritent d'emplois précaires ou de tâches plus ingrates que celles des autres »⁴⁴⁰. Certaines initiatives de travail accompagnées peuvent en outre être non-rémunérées. C'est le cas des dispositifs d'*arbeidszorg* qui existent en Flandre et de façon plus limitée à Bruxelles⁴⁴¹. Outre le fait que ces derniers promeuvent le travail non-rémunéré, ils sont problématiques sur le plan légal si les assurés peuvent être contraints d'y

⁴³⁷ NEVEN J.-F., « Quelques observations sur les régimes d'aide aux personnes handicapées en Belgique » in BOUJEKA A., *Les politiques de protection des personnes handicapées en Europe et dans le monde*, ouvrage issu de la journée d'études ATHAREP, Bruxelles, Bruylant, coll. Droit et société, 2009, p. 163.

⁴³⁸ OCDE, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 35.

⁴³⁹ *Ibidem*.

⁴⁴⁰ GRUBER P., *Santé mentale : sur les chemins du travail de la personne fragilisée... Repères pour construire une nouvelle solidarité au travail*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, 2013, pp. 35-36.

⁴⁴¹ Voyez à ce sujet DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », op. cit..

travailler en échange d'allocations sociales⁴⁴². En outre, le travail intérimaire est parfois considéré comme étant le plus adapté pour les personnes souffrant de troubles mentaux⁴⁴³. La protection à l'emploi dont elles bénéficient est alors limitée à la durée très éphémère de ce type de contrat.

Le rapport annuel de l'INAMI en 2013 avait déjà attiré l'attention sur les conclusions du rapport de l'OCDE, précisant, d'une part, que les emplois de mauvaise qualité peuvent être néfastes et, d'autre part, que les personnes souffrant de troubles mentaux « sont plus susceptibles que les autres d'occuper un emploi qui cadre mal avec leurs compétences et ont une plus grande probabilité d'exercer un emploi peu qualifié (travail administratif, emplois des services et de la vente, petits métiers) »⁴⁴⁴. Ce rapport soulignait l'impact nocif pour la santé mentale d'un emploi de mauvaise qualité. A cet égard, le SPF Emploi et le SPF Santé devraient mieux se coordonner. La doctrine relève aujourd'hui que « les autorités en charge de la santé publique n'interviennent jamais sur les conditions d'emploi et de travail, alors qu'il s'agit d'un déterminant central dans les inégalités sociales de santé »⁴⁴⁵. Bref, sans collaboration plus intense entre ces deux ministères et sans responsabilisation des acteurs sur le lieu de travail ou en lien avec celui-ci, une politique de réinsertion professionnelle peut rester vaine.

Par ailleurs, le risque de pauvreté serait encore plus présent si la personne travaille à temps partiel et qu'elle ne bénéficie plus d'indemnités. A cet égard, il faut toutefois préciser que le système permet le cumul d'un revenu et des indemnités d'incapacité ou d'invalidité pour autant que la personne ait été admise à reprendre le travail par le médecin-conseil ou la Commission supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité et qu'elle maintienne une réduction de sa capacité de travail sur le plan médical de plus de 50%. Dans ce cas, les indemnités de base sont diminuées du revenu professionnel à concurrence d'un certain pourcentage fixé par tranche de revenus⁴⁴⁶.

Enfin, nous avons déjà souligné que certains acteurs qui accompagnent les assurés de l'INAMI répertorient les secteurs d'activités dans lesquels les assurés travaillent ou suivent

⁴⁴² Voyez DE GREEF V., « Les chômeurs 'MMPP' : la trouvaille d'un arbre pour cacher la forêt. Quelles limites à l'insertion professionnelle des sans-emploi ? », *Chroniques de droit social*, 2013, n°1, pp. 1-13.

⁴⁴³ C'est une des options poursuivies par le VDAB en Flandre mais également par l'AWIPH en Wallonie qui a lancé l'initiative *Hand'in Job* pour que les personnes handicapées puissent avoir plus aisément accès au travail intérimaire. Ce projet est le fruit d'une collaboration entre l'AWIPH et le Fonds de formation pour les intérimaires.

⁴⁴⁴ Rapport annuel de 2013, Dossier thématique « Santé mentale et emploi », p. 73.

⁴⁴⁵ VOGEL L., « La législation sur le bien-être au travail : une réforme à mi-chemin de la systématisation de la prévention des risques », *op. cit.*, p. 76.

⁴⁴⁶ Circulaire 2013/156 du 11 avril 2013, entrée en vigueur le 12 avril 2013.

une formation⁴⁴⁷. Cette collecte de données permet d'avoir une vue globale sur le type d'emplois auxquels accèdent les personnes souffrant de troubles mentaux et d'avoir davantage d'informations sur la qualité des emplois proposés. Cette pratique n'a cependant rien de systématique aujourd'hui en Belgique.

6.12. Vérifier le consentement réel des assurés qui entament un trajet de réinsertion professionnelle

Alors que les assurés de l'INAMI ne connaissent pas toutes les conséquences de l'acceptation d'un parcours de réintégration professionnelle, certains d'entre eux signent une convention avec l'opérateur assurant le parcours d'intégration (ou le *jobcoach*) et parfois avec l'employeur⁴⁴⁸.

Or, si certains estiment que des conventions permettent de clarifier les engagements mutuels des deux parties, il n'est toutefois pas certain que la personne souffrant de troubles mentaux puisse pleinement consentir au contrat. Pour les personnes souffrant de troubles mentaux qui ne sont pas sous un régime de protection civile (qui mène à la nullité du contrat⁴⁴⁹), il faudra analyser si la personne avait une capacité de discernement et, par conséquent, une volonté « libre et consciente »⁴⁵⁰. Il faudra vérifier si elle pouvait comprendre le sens et la portée de ces actes juridiques et, à défaut, constater que le consentement est vicié.

En outre, certains contrats conclus avec la personne posent problème car ils contiennent des mentions erronées : ainsi, l'assuré de l'INAMI qui doit s'inscrire au service de l'emploi flamand pour avoir accès à un accompagnement doit signer une convention pour les utilisateurs du VDAB (*trajectovereenkomst voor VDAB-gebruikers*), convention qui prévoit que l'ONEm sera informé en cas de non-collaboration du demandeur d'emploi et que cela peut avoir un impact sur le bénéfice de ses allocations.

Enfin, l'enjeu des conventions tripartites, conclues entre l'opérateur, l'employeur et l'assuré, nous semble particulièrement ambigu : quel est l'impact du non-respect de la convention

⁴⁴⁷ Le service Activation en Wallonie est, à notre sens, un modèle à cet égard.

⁴⁴⁸ Notons cependant que certains soulignent que le contrat tripartite est parfois peu utilisé car les bénéficiaires ayant trouvé un emploi ne souhaitent pas toujours que l'accompagnement qu'ils reçoivent soit connu de l'employeur.

⁴⁴⁹ Voyez l'article 1123 du Code civil.

⁴⁵⁰ Voyez Cour appel Liège, arrêt du 17 septembre 2012, R.G. n° 2011/RG/900, disponible sur www.juridat.be. La Cour précise en l'espèce qu'« il peut exister une absence totale de volonté en raison d'une cause physiologique telle que l'altération des facultés mentales ou l'ivresse ».

pour l'assuré ? L'employeur qui intervient parfois dans cette convention tripartite (avec l'opérateur et l'assuré), peut-il considérer que la personne ne respecte pas les conditions de la convention et le cas échéant, l'opérateur décider par ce simple fait de la perte des allocations de l'assuré ? Dans l'affirmative, on assisterait à une privatisation partielle et *de facto* de la sécurité sociale en ce que l'avis d'acteurs privés serait capital pour décider du maintien des allocations sociales.

6.13. Créer des emplois adaptés et prévoir des aménagements

Le contexte de crise économique est souvent mis en évidence par les acteurs de terrain qui ne parviennent pas à trouver des emplois pour les personnes souffrant de troubles mentaux.

Même les organismes qui promeuvent des modèles tels que l'IPS ont parfois du mal à proposer des solutions à ces personnes. Ainsi, l'Espace Socrate qui est situé à Charleroi est confronté à un taux de chômage particulièrement élevé⁴⁵¹. Par ailleurs, comme nous avons déjà pu le démontrer à l'aide des chiffres de l'OCDE, les personnes qui souffrent de troubles mentaux enregistrent un taux d'emploi bien inférieur que les autres travailleurs. Ainsi, « l'emploi représente pour elles quelque chose d'un peu mythique »⁴⁵².

Pour réintégrer ces personnes sur le marché du travail, il faut pouvoir mettre en évidence leurs forces et lutter contre la stigmatisation propre aux troubles mentaux. Pour être efficace, l'accompagnement prodigué doit également se coupler à une politique de réintégration professionnelle qui rend les employeurs plus responsables face au phénomène grandissant de l'incapacité de travail lié à des troubles mentaux.

Dans ce contexte, il faut également pouvoir mettre en place certains aménagements du travail et des conditions de travail. Il importe notamment de pouvoir adapter le contenu du travail face aux difficultés rencontrées par la personne⁴⁵³. Une étude réalisée en Wallonie révèle que les employeurs peuvent se montrer assez ouverts à certains types d'aménagements pour les personnes souffrant de troubles mentaux, qu'ils soient liés au rythme de travail, à la simplification de certaines tâches, ou à l'aménagement de l'horaire de

⁴⁵¹ VALLET C., « Socrate Réhabilitation. Le soutien en emploi de personnes avec des troubles psychiatriques », *op. cit.*, p. 16.

⁴⁵² *Ibid.*, p. 9.

⁴⁵³ Sur l'importance de la définition du contenu du travail, voyez DECUMAN S., *Arbeidsparticipatie met systeemsclerose*, Thèse de doctorat, Universiteit Gent, 2014, p. 109.

travail⁴⁵⁴. D'autres études mettent en évidence d'autres aménagements spécifiques tels que l'aménagement de l'espace de travail, la réduction de la charge de travail ou même le financement de thérapies⁴⁵⁵. Le rôle de « personne de référence » ou de « personne de confiance » est estimé comme très utile par les acteurs souffrant de troubles mentaux⁴⁵⁶. L'adaptation des aménagements du travail peut parfois entraîner une réflexion plus générale sur l'organisation du travail, laquelle peut avoir pour effet de prévenir l'apparition des troubles mentaux⁴⁵⁷. Cependant, nombre d'employeurs ont des préjugés sur la maladie mentale et refusent d'engager des personnes souffrant de troubles mentaux⁴⁵⁸.

Dans ce contexte, il est utile de rappeler l'existence d'instruments supranationaux relatifs au droit au travail des personnes handicapées. A cet égard, la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'Organisation des Nations Unies⁴⁵⁹, la Charte sociale européenne⁴⁶⁰ et les législations antidiscriminatoires⁴⁶¹ sont des instruments qui peuvent

⁴⁵⁴ Voyez les résultats de la recherche-action menée par l'asbl Article 23 en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin dans le rapport d'activités 2014 de l'asbl Article 23, p. 21.

⁴⁵⁵ BELL M., « Mental Health at Work and the Duty to Make Reasonable Adjustments », *Industrial Law Journal*, 2015, vol. 44, n°2, pp. 200, 210 et 218.

⁴⁵⁶ Ceci avait été particulièrement mis en évidence lors des travaux relatifs à la santé mentale et au travail qui ont été organisés en 2012 par le Fonds Reine Fabiola pour la Santé mentale et le Fonds Julie Renson.

⁴⁵⁷ A cet égard, voyez les points 4.7 et 5.11..

⁴⁵⁸ CALLARD F., SARTORIUS N., ARBOLEDA F., BARTLETT P., HELMCHEN H., STUART H., TABORDA J., THONICROFT G., *Mental Illness, Discrimination and the Law : Fighting for Social Justice*, Wiley Blackwell, United Kingdom, 2012, pp. 85-86.

⁴⁵⁹ Adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 13 décembre 2006, elle est entrée en vigueur en Belgique le 1^{er} août 2009. La Convention et son Protocole facultatif ont été ratifiés par la Belgique le 2 juillet 2009 (voyez la loi portant assentiment aux Actes internationaux suivants : Convention relative aux droits des personnes handicapées, Protocole facultatif se rapportant à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptés à New York le 13 décembre 2006, *Moniteur belge*, 22 juillet 2009). Voyez à ce sujet DE BECO G., « Het recht op arbeid voor personen met een handicap volgens artikel 27 van het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap met een toepassing in Vlaanderen », *Revue belge de sécurité sociale*, 2014, n°4, pp. 1-23 et WADDINGTON L., « The European Union and the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities : a Story of Exclusive and Shared Competences », *Maastricht Journal*, 2011, n°4, pp. 431-453.

⁴⁶⁰ Charte sociale européenne révisée, signée à Strasbourg le 3 mai 1996.

⁴⁶¹ Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, *Moniteur belge*, 30 mai 2007 ; Décret du 6 novembre 2008 de la Région wallonne relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination, *Moniteur belge*, 19 décembre 2008 ; Décret du 19 mars 2012 de la Communauté germanophone relatif à la garantie de l'égalité de traitement sur le marché du travail, *Moniteur belge*, 5 juin 2012 ; Décret du 12 décembre 2008 de la Communauté française relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination, *Moniteur belge*, 13 janvier 2009 ; Décret du 8 mai 2002 de la Communauté flamande sur la participation proportionnelle sur le marché de l'emploi, *Moniteur belge*, 26 juillet 2002 ; Décret du 10 juillet 2008 de la Communauté flamande portant le cadre de la politique flamande de l'égalité des chances et de traitement, *Moniteur belge*, 23 septembre 2008 ; Décret de la Commission communautaire française de la région Bruxelles-Capitale du 22 mars 2007 relatif à l'égalité de traitement dans la formation professionnelle, *Moniteur belge*, 24 janvier 2008 ; Ordonnance du 4 septembre 2008 de la Région de Bruxelles-Capitale relative à la lutte contre la discrimination et à l'égalité de traitement en matière d'emploi, *Moniteur belge*, 16 septembre 2008 ; Ordonnance du 4 septembre 2008 de la Région de Bruxelles-Capitale visant à promouvoir la diversité

donner lieu à des évolutions positives dans la mesure où la personne souffrant de troubles mentaux accepte de révéler l'existence de sa maladie et de passer par le filtre du « handicap »⁴⁶². Certains de ces instruments pourraient avoir pour effet de rapprocher ces dernières du marché du travail ordinaire, peut-être même plus vite que celles qui ne sont pas reconnues comme des personnes handicapées. A titre d'exemple, les aménagements raisonnables - qui ont pour but de réduire, autant que possible, les effets négatifs d'un environnement inadapté sur la participation d'une personne à la vie en société - peuvent parfois avoir pour effet d'éviter qu'une personne quitte son emploi car son employeur a procédé à certains aménagements⁴⁶³. Pour pouvoir en bénéficier, la personne souffrant de troubles mentaux devra cependant démontrer que son handicap présente une certaine durabilité⁴⁶⁴. Dans certaines situations, le dispositif des aménagements raisonnables pourrait même avoir pour effet d'initier une réflexion plus large, au sein de l'entreprise, sur l'organisation du travail⁴⁶⁵. Cependant, l'efficacité des législations anti-discrimination peut également poser question lorsque les employeurs décident de ne plus engager de personnes nécessitant des aménagements particuliers⁴⁶⁶.

Enfin, une réflexion relative à la flexibilisation des règles relatives au temps partiel de travail pourrait être envisagée dans la mesure où les exigences relatives aux heures de travail constituent parfois un effort trop important, dans un premier temps du moins, pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves qui n'ont plus travaillé depuis un certain temps. En effet, la durée hebdomadaire des prestations d'un travailleur à temps partiel ne peut être inférieure à un tiers de la durée hebdomadaire de travail des travailleurs à temps plein de la même catégorie dans l'entreprise⁴⁶⁷. Il semble qu'une modification de la loi du travail du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail serait une piste plus intéressante que

et à lutter contre la discrimination dans la fonction publique régionale bruxelloise, *Moniteur belge*, 16 septembre 2008.

⁴⁶² Décider par ce « filtre » n'a rien d'évident et peut avoir des effets pervers également. Voyez à ce sujet DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*.

⁴⁶³ BELL M., « Mental Health at Work and the Duty to Make Reasonable Adjustments », *op. cit.*, p. 213.

⁴⁶⁴ Voyez le protocole conclu le 19 juillet 2007 entre l'Etat fédéral, la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone, la Région wallonne, la Région de Bruxelles-Capitale, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française en faveur des personnes en situation de handicap. - Protocole relatif au concept d'aménagements raisonnables en Belgique en vertu de la loi du 25 février 2003 tendant à lutter contre la discrimination et modifiant la loi du 15 février 1993 créant un Centre pour l'égalité des chances et de lutte contre le racisme, *Moniteur belge*, 20 septembre 2007.

⁴⁶⁵ BELL M., « Mental Health at Work and the Duty to Make Reasonable Adjustments », *op. cit.*, pp. 206-207.

⁴⁶⁶ Voyez sur l'efficacité des aménagements : GONTHIER P., « L'insertion professionnelle des personnes souffrant de handicap psychique : brève revue critique de la littérature économique récente », in Alter, *European Journal of Disability Research*, vol. 7, n°3, 2013, pp. 163-175.

⁴⁶⁷ Article 11bis de la loi du travail du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, *Moniteur belge*, 22 août 1978.

le développement de « stages » en entreprise qui, la plupart du temps, ne sont pas rémunérés et posent question au regard du droit à une rémunération équitable.

6.14. Se méfier des « fausses » formations

Sous cet intitulé, trois problématiques méritent d'être soulignées. Premièrement, les formations peuvent ne pas permettre à la personne de se réinsérer sur le marché du travail alors qu'elles sont présentées comme permettant une telle réinsertion (A). Deuxièmement, ces formations peuvent s'apparenter *de facto* à du « travail » mais sans que la législation du travail s'applique (B). Troisièmement, le bénévolat est utilisé parfois de façon disproportionnée et certains de ses éléments constitutifs tendent à faire défaut, plaçant les différents acteurs qui y recourent dans une situation illégale (C).

A. La formation semble être toujours « la » solution

Toutes les formations et activités ne doivent pas avoir pour but d'être en lien avec l'emploi. Cela étant dit, pour la personne qui souhaite travailler et accéder au marché de l'emploi ordinaire, certaines formations peuvent ne pas être qualifiantes et la maintenir dans une zone de « formation par le travail » ou de « travail protégé ». Les études évaluant la méthode « Train-then-Place » ont montré que le retour au travail d'une personne peut parfois prendre plus de temps que lorsque la personne cherche immédiatement un travail (qu'elle peut coupler à une formation). A cet égard, il importe que la « formation » ne soit pas l'option choisie par défaut par les travailleurs sociaux en charge des personnes souffrant de troubles mentaux. Dans cette optique, il serait adéquat que les parcours de réinsertion professionnelle établis par l'INAMI ne favorisent pas automatiquement cette option.

Par ailleurs, il demeure possible que la personne ayant suivi une formation puisse obtenir un meilleur travail ou un travail correspondant plus à ses qualifications. Il est indispensable de s'assurer de la qualité des formations pour que celles-ci offrent réellement la possibilité à la personne d'exercer l'activité qu'elle souhaite. En effet, sans procéder à une telle évaluation, ce sont les allocataires qui ont initialement reçu un niveau de qualification élevé qui auront plus de probabilités d'accéder au travail de leur choix.

B. La formation n'a pas toujours un objectif de formation

Les formations peuvent ne pas se révéler « transitionnelles » en ne permettant pas une transition de l'allocataire vers le marché du travail « ordinaire ». Dans certaines situations, ces formations s'apparentent à du travail déguisé. Il existe une relation de travail salariée

étant donné que la personne preste parfois réellement un travail et que l'exécution des activités a lieu sous un contrôle hiérarchique, c'est-à-dire sous un lien d'autorité. Dans ce cas de figure bien précis, ces formations instaurent un statut de travailleur de « seconde zone » en ne soumettant pas le travailleur à la législation du travail. A titre d'exemple, les activités d'*arbeidszorg* ne sont pas considérées comme du travail mais comme une formation selon le service régional de l'emploi flamand. La question a toutefois été controversée pour l'ONEm qui a longtemps considéré ces activités comme du travail⁴⁶⁸. A nos yeux, lorsqu'il est établi que le travailleur produit des biens dans le cadre de ces initiatives et que cette activité a lieu sous un contrôle hiérarchique, il s'agit d'un travail salarié. Notons que l'auditorat du travail semble de plus en plus attentif à cette problématique et une certaine jurisprudence requalifie des faux contrats dits « d'immersion professionnelle » ou de « stage en entreprise » en un contrat de travail en bonne et due forme⁴⁶⁹.

C. Le bénévolat doit être du « vrai » bénévolat

Certains acteurs en charge des dossiers des personnes souffrant de troubles mentaux n'hésitent parfois pas à favoriser l'option du bénévolat pour que ces dernières puissent retravailler. Il faut toutefois être attentif au fait que le bénévolat soit l'option désirée par la personne et ne sert pas de substitut à un travail rémunéré.

Trois problématiques spécifiques existent à ce sujet.

Premièrement, il se peut que la personne ne consente pas à exercer ce type d'activités. A titre d'exemple, si l'allocataire se voit menacer de perdre ses allocations en refusant d'exercer ces activités, l'acceptation de cet emploi n'est plus volontaire et est, à notre sens, illégal. Précisément, cette activité est alors constitutive d'une forme d'exploitation économique telle que le travail forcé, porte atteinte au libre choix d'une activité professionnelle et pourrait également porter atteinte à l'obligation de *standstill* attachée au droit au travail inscrit à l'article 23 alinéa 3, 1°, de notre Constitution⁴⁷⁰. Il n'est pas non plus inconcevable que le gérant de l'initiative d'*arbeidszorg* puisse être poursuivi sur la base de l'article 229 du Code pénal social⁴⁷¹ qui prévoit une sanction de niveau 4 pour l'employeur,

⁴⁶⁸ Voyez DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*

⁴⁶⁹ Voyez par ex. Cour trav. Mons, 8 janvier 2015, R.G. n° 2013/AM/340 ; Cour trav. Bruxelles, 23 avril 2014, R.G. n° 2012/AB/718 et Cour trav. Bruxelles, 9 juillet 2014, R.G. n° 2012/AB/1.247.

⁴⁷⁰ Voyez sur le développement du caractère illégal de l'*arbeidszorg* : DE GREEF V., « Les chômeurs 'MMPP' : la trouvaille d'un arbre pour cacher la forêt. Quelles limites à l'insertion professionnelle des sans-emploi ? », *op. cit.*

⁴⁷¹ 6 juin 2010, *Moniteur belge*, 1^{er} juillet 2010.

son préposé ou mandataire « qui fait ou laisse travailler une personne alors qu'il sait qu'elle bénéficie d'indemnités d'incapacité primaire ou d'invalidité en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ».

Deuxièmement, si le choix du travail non-rémunéré est volontaire, il faut cependant être attentif au fait qu'il n'ait pas été présenté comme l'unique possibilité accessible aux personnes souffrant de troubles mentaux. A cet égard, il existe auprès de certains travailleurs sociaux et de certains allocataires un préjugé selon lequel la personne ne serait pas à même d'exercer un réel travail rémunéré et que le bénévolat serait la seule solution pour qu'elle puisse travailler. Or, beaucoup de personnes souffrant de troubles mentaux travaillent et celles qui sont sans emploi sont tout à fait à même de reprendre un travail rémunéré, même s'il est parfois nécessaire que cette reprise soit graduelle et nécessite un accompagnement spécifique.

Troisièmement, il convient de s'interroger sur les dispositifs qui ne sont pas présentés comme du travail, ni comme du bénévolat mais comme du travail « non-rémunéré ». Cette mention est prévue dans la convention et les annexes établies pour la Flandre entre l'INAMI, les organismes assureurs, le VDAB et le GTB⁴⁷². Si le travail non-rémunéré est obligatoire, il est actuellement illégal dans notre ordre juridique pour les raisons mentionnées ci-dessus. S'il est volontaire, il faudra alors qu'il soit qualifié de « bénévolat » et il faudra alors vérifier s'il entre dans le champ d'application de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires⁴⁷³.

⁴⁷² Une des annexes à la convention prévoit un objectif de cumul de l'assurance soins de santé et indemnités et de travail rémunéré et non-rémunéré (Visie- en afsprakennota bij de samenwerkingsovereenkomst tussen de Vlaamse VI (via het NIC), het RIZIV, GTB en de VDAB, point 6.2.). Le travail non-rémunéré - qui s'inscrit dans un *continuum* de travail qui peut varier du travail non rémunéré au travail rémunéré - est également mentionné dans la convention du 15 juin 2012. La définition du travail est similaire à celle du document des autorités publiques flamandes du « werkdocument W² » du 7 juin 2013, p. 21. Disponible sur le site des autorités publiques flamandes werk.be, consulté le 24 décembre 2013. URL : https://www.werk.be/sites/default/files/20130607_conceptnota_WW.pdf.

⁴⁷³ *Moniteur belge*, 29 août 2005.

ANNEXES

ANNEXE 1

**Liste des partenaires membres
du comité de la fonction 3 dans
le cadre des projets 107**

La liste des partenaires membres des comités de la fonction 3 a été constituée à l'aide des coordinateurs locaux des réseaux 107.

Sont uniquement indiqués ici les noms des organisations impliquées dans le comité de fonction 3. Il peut y avoir plusieurs représentants par organisation. Le coordinateur de réseau participe au comité de fonction.

La liste est représentative des partenaires impliqués mais pas pour autant exhaustive : plusieurs réseaux collaborent avec des services non partenaires pour diverses raisons (projet innovant, situation particulière de l'assuré, etc.). Des experts ou acteurs de terrain sont parfois invités aux réunions du comité sans faire partie de la liste des membres du comité fonction 3. Certains comités sont également ouverts à l'ensemble des partenaires du réseau (afin de favoriser le caractère interdépendant des fonctions).

Enfin, certains réseaux n'ont communiqué que les listes des organisations membres des groupes de travail dans le cadre de la fonction 3. Il apparaît que dans certains réseaux, le groupe de travail ait plus d'importance que la réunion du comité (dans son ensemble).

Bruxelles Est	
	W.O.P.S. De Nuit
	Centre Psychothérapeutique de Jour du WOPS
	Centre Thérapeutique et Culturel Le Gué asbl
	Atelier Côté Cour
	Le Bivouac Centre de Jour
	Centre Psychothérapeutique de Jour - Le Canevas Clinique Sanatia Asbl
	Foyer Aurore SPST résidentielle
	Asbl L'Equipe • Le Foyer • La Pièce • Le CRIT • Le Code • IMAGO • Centre de Jour pour Adolescents

Hermès Plus (Bruxelles)	
	Asbl L'Equipe • Le Foyer • La Pièce • Le CRIT • Le Code
	• IMAGO • Vivès Club
	Centre Psychothérapeutique de Jour - Le Canevas Clinique Sanatia Asbl
	Club Antonin Artaud
	W.O.P.S. De Nuit
	Centre Thérapeutique et Culturel Le Gué asbl
	Den Teirling
	IBW De Nieuwe Thuis
	IBW Festina Lente
	IBW Primavera
	PSC Sint Alexius Elsene
	MSP Sanatia
	SSM La Gerbe
	Uilenspiegel
	CAD De Werklijn
	Phare
	CPAS Ixelles service ISP
	Mission Locale Schaerbeek
	Atelier Groot Eiland
	HOBO de CAW Brussel

Fusion Liège	
	Association interrégionale du Guidance et de Santé (A.I.G.S.)
	Asbl Article 23
	Forem
	Centres de formation AWIPH
	Les centres de réadaptation fonctionnelle Beyne, Vottem et Club André Baillon
	Le centre de revalidation psychosociale l'Ancre
	Maison médicale la Passerelle
	Intergroupe Liégeois des maisons médicales
	Revers
	Dédale (unité spécifique de soins pour personnes présentant un double diagnostic - psychose et dépendance)
	Services psychiatriques de soins à domicile (SPADI)
	Les Hôpitaux psychiatriques ISOSL et Notre Dame des Anges
	Amon Nos Hotes
	CPAS de Liège (Coup d'envoi – intégration par le sport)

Netwerk GGZ Zuid West-Vlaanderen	
	't Ac-oord (Activiteitencentrum)
	't Veer
	't Veer (Maatwerkbedrijf)
	Activiteitencentrum Tracée De Bolster (Activiteitencentrum)
	Arbeidszorgcentrum Domino
	Beschut Wonen De Bolster (Dienst Beschut Wonen)
	CAW Zuid-West-Vlaanderen
	Contact (Activiteitencentrum)
	De MaRe (Psychosociaal revalidatiecentrum)
	De Pendel – dagkliniek
	De Poort (Werkervaringsproject)
	Eigen Woonst (Dienst Beschut Wonen) (2 leden)
	Groep Ubuntu (Begeleid wonen Gehandicaptensector)
	GTB West-Vlaanderen (2 leden)
	HISE (Arbeidszorgcentrum)
	Jobcentrum (GOB) (2 leden)
	Kringloopwinkel Zuid-West-Vlaanderen (Maatwerkbedrijf)
	Mobiele teams Impact en Amphora (2 leden)
	OCMW Menen
	Psychiatrisch Centrum Menen (Psychiatrisch ziekenhuis) (2 leden)
	Psychiatrisch Ziekenhuis H. Familie Kortrijk (2 leden)
	Toemaatje (Arbeidszorgcentrum)
	Travo (Arbeidszorgcentrum)
	VDAB
	Waak (Maatwerkbedrijf)
	Ziekenhuis OLV van Lourdes Waregem + Beschut Wonen De Rank (PAAZ)

Netwerk GGZ Halle-Vilvoorde-Brussel	
	St. Alexius (13 leden)
	CGG Ahasverus (2 leden)
	Similes (2 leden)
	CAW Vilvoorde
	Beschut Wonen De Raster
	SEL Zenneland
	CGG Passant
	Lokale SEL Asse
	RHEA Team
	PVT Kraaienberg (2 leden)
	DENK (Ervaringsdeskundige) (2 leden)
	UVC Brugmann
	GTB (2 leden)
	Coördinator Revalidatiecentrum
	Groep Intro
	Job Link

Netwerk Noolim (Oost-Limburg) (les partenaires de ce réseau ne sont pas scindés en fonctions)	
	Bw t veer
	Katarsis (2 leden)
	CGG/VGGZ
	Huisartsenplatform
	Vzw Similes
	Bw de overstap
	Zol (4 leden)
	Vzw Familieplatform (2 leden)
	Vzw arbeidskansen
	Landelijke thuiszorg
	Cgg/dagg (2 leden)
	Netwerk internering
	Reval
	LSO (2 leden)
	GTB
	Thuisverpleging
	Team alken
	Validag
	Vzw Basis
	Landelijke thuiszorg
	Mc St Jozef (3 leden)
	CGG Litp
	Bw n-limburg
	Vzw Listel (4 leden)
	Vzw uilenspiegel
	Thuisverpleging
	Steunpunt arbeidszorg
	Bw basis
	Huisartsenplatform
	AZ Vesalius
	Vzw in-z
	Noolim
	Huisartsenplatform
	AZ Maas en kempen (2 leden)
	Dgat
	Opzc/pvt Rekem (4 leden)
	Vzw Uilenspiegel
	Huisartsenplatform
	Caw Limburg
	CAD
	Vzw Team

Netwerk Sara (Arrondissement Antwerpen)

Er zijn ook 3 themagroepen in het kader van functie 3 ('arbeid', 'vrije tijd en ontmoeting' en 'ambulant psychosociaal centrum De Keerkring').

Voor de samenstelling van deze themagroepen, zie
<http://oggpa.be/?action=onderdeel&onderdeel=546&titel=Netwerkplatform+functie+3>

	Fracarita (2 leden)
	Activering De Link
	Activering 't SAS
	BW Min - 't Lokaal
	Instuif
	PZ Broeders Alexianen
	PZ Bethanië
	De Brug
	IBW Antwerpen
	De Vinken en De Ridder
	TSEDEK (RIZIV-conventie)
	De Keerkring (RIZIV-conventie)
	CAW Antwerpen
	Patiëntenvereniging Uilenspiegel
	OP WEGG
	Familievereniging
	Familieplatform GGZ /Similes
	Schakelteamlid SaRA - Internering
	Netwerkcoördinatoren SaRA

Région Santé Namur Ce réseau regroupe différents secteurs (action sociale – aide sociale / jeunesse / handicap/ insertion socio- professionnelle/ structures d'accueil de jour/ mutualités/ Equipe trajet de soins)	
	Ville de Namur – Service de Cohésion Sociale (M.E.)
	C.P.A.S. de Namur (M.A.)
	C.P.A.S. de Fernelmont (M.A.)
	C.P.A.S. de Fosses-La-Ville (M.A.)
	C.P.A.S. de Gesves (M.A.)
	C.P.A.S. de Sambreville (M.A.)
	Commune d'Andenne (M.A.)
	Aide Sociale aux Justiciables (A.S.J.) (M.A.)
	Les Trois Portes – asbl (M.E.)
	Service d'Accompagnement de Namur (M.A.)
	Service d'Accompagnement « Vis-à-Vis » (M.A.)
	Service d'accompagnement « L'accueil Mosan » (M.A.)
	C.N.F.A. – Carrefour Namurois des Formations à l'Autonomie (M.E.)
	FOREM de Namur (M.A.)
	MIRENA – Mission Régionale Emploi (M.E.)
	ONEM Namur (M.A.)
	Ateliers du Pontauray (M.A.)
	Espace Formation Emploi – Awiph (M.A.)
	Forma – asbl (M.A.)
	Centre Européen du Travail (M.A.)
	Jeunes Au Travail, J.A.T. (M.A.)
	La Maison de Géronsart – Awiph (M.A.)
	Le Perron de l'Illon (M.A.)
	Lire et Ecrire (M.A.)
	Nouveau Saint-Servais (M.E.)
	AWIPH – Bureau Régional de Namur (M.A.)
	Service social des Mutualités Chrétiennes (M.E.)
	Service social des Mutualités Solidaris (M.E.)
	C.R.F. La Charnière – Centre en Rééducation Fonctionnelle (M.E.)
	C.R.P.J. – Centre de Réhabilitation Psychosomatique de Jour – Mont-Godinne (M.E.)
	Hôpital de Jour de Jambes (M.E.)
	La Charabiole – Club psychosocial (M.E.)

	Le Centre-Lieu – asbl Psynergie (M.E.)
	Le Ressort – asbl (M.A.)
	Nouvel Hôpital de Jour du Beau Vallon (M.E.)
	Phenix – asbl (M.E.)
	S.A.J.A. Carpe Diem (Service d'Accueil de Jour) (M.A.)
	S.A.J.A. Institut Saint-François d'Assise (Service d'Accueil de Jour) (M.A.)
	S.A.J.A. Le Landoir (Service d'Accueil de Jour) (M.E.)
	ESTIM Lg (M.E.)
	Institut Notre-Dame de Lourdes (M.A.)
	AWIPH – Bureau Régional de Namur (M.A.)
	Institut F. Kegeljian – Fondation Louise Godin (M.A.)
	Le Palier – asbl (M.A.)
	S.A.I. (Service d'Aide à l'Intégration) Institut Saint-François d'Assise (M.A.)
	S.R.J. Clair Val (Service Résidentiel pour Jeunes) (M.A.)
	S.R.J. Institut Saint-François d'Assise (Service Résidentiel pour Jeunes) (M.A.)
	S.R.J. Le Foyer (Service Résidentiel pour Jeunes) (M.A.)
	S.R.J. Reumonjoie (Service Résidentiel pour Jeunes) (M.A.)

Netwerk Reling (West-Limburg)	
	vzw LITP / REVAL
	vzw Validag
	PVT Asster
	vzw Basis
	vzw Beschut Wonen N-Limburg (2 leden)
	vzw Bewust
	vzw De Overstap
	GTB (betrokken partner maar niet kernpartner)
	Prov. Steunpunt Arbeidszorg (PSAZ) (betrokken partner maar niet kernpartner)

Netwerk GGZ Vlaams-Brabant / Vlabo	
	vzw De Hulster (2 leden)
	Psychosociaal Centrum Leuven
	CGG Vlaams-Brabant Oost
	vzw Uilenspiegel
	WGC De Ridderbuurt
	UPC KU Leuven
	WGC De Ridderbuurt - BOV
	vzw Hestia
	Werkgroep DENK
	Schakelteam Internering
	ECHO Walden
	Sint-Annendael
	WGC De Ridderbuurt
	vzw De Linde
	PZ Sint-Annendael
	CB Leuven
	vzw Walden
	Solidariteit voor het Gezin
	VDAB
	Netwerkcoördinatoren (2 leden)
	Psychosociaal Centrum Leuven
	vzw De Raster
	CAW Oost-Brabant
	PK Broeders Alexianen
	Job-link
	Psychosociaal Centrum Leuven
	Mobiel Team Oude Baan Leuven
	UPC Sint-Kamillus (2 leden)
	vzw De Hulster
	VDAB
	GTB Vlaanderen (3 leden)
	vzw Hestia
	Psychosociaal Centrum Leuven
	UPC Kortenberg (3 leden)
	vzw Hestia
	CGG Vlaams-Brabant Oost (4 leden)
	vzw De Hulster
	Psychosociaal Centrum Leuven
	Solidariteit voor het gezin
	vzw Pastya
	vzw Logistiek Vlabo

Netwerk Accolade	
	GTB-West-Vlaanderen
	P.Z. H.Hart - Ergotherapeutisch centrum 2
	VOKA
	Stuurkracht 2, arbeidszorgcentrum Ieper
	Sowepo - Sociale Werkplaats, Poperinge
	Westlandia - Beschutte Werkplaats, Ieper
	VDAB
	HEDERA - Centrum voor psychische revalidatie
	Jobcentrum
	De Groene Kans - Werkperspectief
	Netwerkcoördinator

RESEAUHO (Réseau Hainaut Occidental)	
	AID L'Escale-Aides intégrées de Développement
	ALE Tournai -Agence Locale pour l'Emploi
	Article 27- Maison de la Culture
	Blub psychosocial Bric a Brac
	Club thérapeutique B'eau B'art
	Club thérapeutique Un lieu Un lien
	CPAS Tournai -Service Insertion socio-professionnelle
	CRF L'Ancre Le Cap
	CRF Laurent Marechal
	CRP Les Marroniers - Service social
	Declic emploi
	Femmes Actives
	Forem Mouscron
	Forem Tournai
	IFI-Initiative Formation Insertion
	La Cahu
	La cuisine en herbe
	Lire et écrire ho
	Psytoyens
	Relais social urbain
	Tremplin 2000
	Ville Tournai - SAIS-Service d'Aide à l'Intégration Sociale (administration communale)

Réseau de la Région du Centre	
	L'Espérance centre de Postcure
	Ellipse - Centre de Postcure
	Trempline centre de Postcure
	Bureau régional Awiph
	Forem de La Louvière
	La Croisée (hôpital de jour)
	L'Entre-Temps
	Osons – Association des usagers
	Socrate Réhabilitation
	CRF Alba

Réseau de la Région du Hainaut	
	Forem de Tournai
	Onem Mons
	Forem Mons
	CPAS de Lessines
	Service social CPAS de Lessines
	CPAS Frasnes-lez-Anvaing
	CPAS Ath
	CPAS de Péruwelz
	CPAS Brunehaut
	Accesport - CPAS Mons
	PCS Leuze
	PCS Ath
	CRF Impulso
	CRF Impulso Mons
	C.R.F. Le Cap Tournai
	Hôpital de jour Insert CHP
	Coach du travail 107/CRF
	Coach du travail 107/CRF
	Solidaris Mons - U.N.M.S
	Union Nationale des Mut. Socialistes
	SIS Sac à Dos
	SIS Accesport
	SIS Entraide de Ghlin
	Awiph Mons
	Atelier de Blicquy
	SAC CFCS Mons
	L'Echelle, Ath
	Psytoyens
Invités transversaux au comité de fonction 3	CHU P - MB
	Hôpital Saint-Charles
	Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (2 leden)
	Clinique de Bonsecours
	107 Leuze Equipe mobile
	107 Mons - Psychologue
	SPAD Médias Mons
	Habitation protégée Leuze/Ath (Acis)
	Habitation protégée Mons L'appart
	Maison médicale Le Car d'Or

Réseau de Verviers	
	Relais Social Santé
	Téléservice
	CPFA
	SSM Centre Psychothérapeutique de jour
	Forem Verviers
	Le Hall
	CPFA F3
	CPFA Hôpital de jour
	Club thérapeutique Stavelot
	Aktivation
	Estim'Liège (EM TSI)
	ASD
	CRSE
	IHP Fagnes-Ardenne
	PCS Verviers
	PCS Verviers axe insertion
	Couleur Café

Netwerk GGZ Kempen (Turnhout)

Er zijn ook 2 themagroepen in het kader van functie 3
(‘werkgroeparbeid’, ‘werkgroep activering’)

	Arbeidszorg OPZ Geel
	GTB (2 leden)
	GOB De Ploeg (2 leden)
	Netwerk GGZ Kempen/Route 11
	CGG Kempen De Meander
	Psychosociaal revalidatiecentrum Route 11
	Dagactiviteitencentrum 't Twiggje
	Kunsthuis Yellow Art
	DAC De Pas OPZ Geel
	Dienst vrije tijd en sport OPZ Geel
	CGG Kempen
	VDAB Psychologische Dienst
	CAW De Kempen
	CGG Kempen
	OPZ Geel
	huisarts/Netwerk GGZ Kempen
	PVT Salto
	PAAZ AZ Turnhout
	Intergemeentelijke Tewerkstellingscoördinator
	Provinciaal Overleg Arbeidszorg Antwerpen
	TAZ
	GOB Goci
	De Kiem

Netwerk GGZ Noord-West-Vlaanderen – Werkgroep « arbeid »

In dit netwerk, zijn er twee werkgroepen (arbeid en activering) die over concreten projecten werken.

Soms is er een gezamenlijk overleg als het meer over visie-ontwikkeling gaat.

	Ingelburch
	PTC Rustenburg
	PZ OLV
	PC S-A
	De Sleutel
	CGG Prisma
	BW Oostende-Westkust
	Jobcentrum
	Loca Labora
	GTB
	VDAB
	WOK
	Familievertegenwoordigers

Netwerk PRIT (Midden-West Vlaanderen)	
	saMENSpel
	De Bieweg
	Kliniek Sint Jozef (Pittem)
	GTB
	VOC - Opstap
	CGG Largo
	AZ Delta
	CGG Mandel & Leie

Netwerk Het Pakt (Regio Gent-Eeklo) - Werkgroep « arbeid » Eer is ook een werkgroep « vrije tijd »	
	De Moester
	PCGS
	RC Mirabello
	De Sleutel
	Groep Intro
	Familieplatform
	Beschut wonen Zagan
	Ateljee VZW
	Popov GGZ (2 leden)
	St. Jan Baptist
	Uilenspiegel
	Het PAKT
	Co. De Sporen
	Netwerkpunt
	De Keiberg
	Ryhove
	OCMW Gent
	OTC
	Ateljee

ANNEXE 2

Liste des partenaires dans le cadre des accompagnements d'activation en Flandre (TAZ) (trajet d'accompagnement n°4)

La liste nous a été transmise par le *VDAB* et est arrêtée au mois de novembre 2014.

Perceel	Financ.nummer	Regio	Penhouder	Partner zorg	Partner empowerment	Onderaannemer
Perceel 1	A00D023	Antwerpen	WEB	CGG Andante	WEB	
				CGG VAGGA	Levanto	
				CGG De Pont	Vokans	
				OPZ Geel		
Perceel 2	V00D023	Vlaams-Brabant	UPC-KUL Campus Kortenberg	UPC-KUL Campus Kortenberg	Walden	
				UPC Sint Kamillus Bierbeek	Groep Intro	
				PK Broeders Alexianen Tienen		
				PK Sint-Annendael		
Perceel 3	W00D023	West-Vlaanderen	PC Sint-Amandus	PC OLV v Vrede, vzw CIGB	Groep Intro	SamENspel
				PZ Sint-Jozef	Werkperspectief	Beschut Wonen Roeselare Tielt
				GZBJ Campus PZ HHart Ieper	Mentor	Centrum psychische revalidatie Inghelburch
						CGG NWVlaanderen
						PZ Heilige Familie Kortrijk
						CGG Prisma
						PZ OLV Brugge

Perceel 4	O00D023	Oost-Vlaanderen	Popov GGZ	CGG De Drie Stromen	SW De Sleutel	Diversiteit in Tewerkstelling
				CGG Zuid-Oost Vlaanderen	Diversiteit in Tewerkstelling	PC Gent-Sleidinge
				De Kiem	Groep Intro	PC Sint-Jan-Baptist (De Sprong)
				DC De Sleutel	Compaan	PC Sint-Jan-Baptist
				PC Caritas	Jobs&Milieu	CGG Eclips
				PC Dr. Guislain	PC Dr. Guislain (Compagnie De Sporen)	
				PC Sint-Hiëronymus	PC Caritas (De Keiberg)	
				PC Sint-Jan		
				PC Zoete Nood Gods		
				PZ Sint-Camillus		
				PZ Sint-Franciscus		
Perceel 5	L00D023	Limburg	GTB	GTB	GOB Ter Engelen (Arbeidskansen)	CAW Sonar
				Validag	De Winning-Doorstroom	CGG LITP
				Bewust	Alternatief	
					Kopa	
					De Ploeg	
					Team	

ANNEXE 3

Liste des dispositifs de l'*arbeidszorg* dans le domaine de l'économie sociale

L'annexe 3 reprend les dispositifs d'*arbeidszorg* dans les ateliers sociaux (tableau 1) et dans le cadre de l'initiative « *experiment arbeidszorg* » mise en place principalement dans les ateliers sociaux et les ateliers protégés (tableau 2)¹. Ces tableaux nous ont été transmis par le VDAB.

Il existe sept réglementations différentes encadrant les initiatives d'*arbeidszorg* et toutes ne sont pas subsidiées. Les deux tableaux ci-dessous reprennent les dispositifs mis en place dans le domaine de l'économie sociale. Ces dispositifs se sont développés notamment à la suite du *Meerbanen plan*, un plan qui vise à augmenter la participation professionnelle des personnes éloignées du marché de l'emploi.

Tableau 1.

Prov	PROMOTOR	STRAAT	POSTCODE	GEMEENTE
Antwerpen	Sociale Werkplaatsen - WEB	Steenweg op Tielen 70	2300	Turnhout
Antwerpen	De Kringwinkel Zuiderkempen	Noordstraat 25 bus 1	2220	Heist-op-den-Berg
Antwerpen	De Troef	Neringstraat 8	2360	Oud-Turnhout
Antwerpen	Het Rekreatief	Doornstraat 600	2610	Wilrijk (Antwerpen)
Antwerpen	WRAK	Dendermondsesteenweg 207	2830	Willebroek
Antwerpen	WOTEPA Sociale Werkplaats	Mulhousesteenweg 4	2030	Antwerpen 3
Antwerpen	TWERK	Collegestraat 16	2200	Herentals
Antwerpen	Opnieuw en Co Mortsel	Hondiuslaan 46	2570	Duffel
Antwerpen	De Sprong	Dr Van de Perrestraat 218A	2440	Geel
Antwerpen	Levanto - fixit	Clara Snellingsstraat 27	2100	Deurne
Antwerpen	Fietsenatelier Mol	Sint-Appolloniaalaan 190 B	2400	Mol
Antwerpen	De Enter	Bethaniënlei 5	2960	Brecht
Limburg	Atelier Alternatief	Runkstersteenweg 134	3500	Hasselt
Limburg	De Ploeg	Montenakenweg 53	3800	Sint-Truiden
Limburg	Sociale Werkplaats De Sluis	Halmstraat 4	3600	Genk
Limburg	Arbeidscentrum De Wroeter	Sint-Rochusstraat 8	3720	Kortesseem
Limburg	M-PLUS	Boorsestraat 2	3630	Maasmechelen
Limburg	Labor Ter Engelen	Capucienstraat 23	3680	Maaseik
Limburg	De Biehal - Sociaal Tewerkstellingscentrum	Balendijk 76	3920	Lommel
Limburg	Groenwerk	Sint-Ferdinandstraat 1	3560	Lummen

¹ Le premier tableau date du 1^{er} janvier 2013 et reste d'actualité. Le second tableau a été réalisé en 2015.

Limburg	Hebe	Boorsestraat 2	3630	Maasmechelen
Limburg	Kringwinkel Maasland	Boorsestraat 2	3630	Maasmechelen
Limburg	De Springplank	Sint-Truidersteenweg 150	3500	Hasselt
Limburg	Kringwinkel West-Limburg	Marktplaan 9/10	3550	Heusden-Zolder
Oost-Vlaanderen	SWP SpoorTwee	Spoorwegstraat 1B	9220	Hamme
Oost-Vlaanderen	Grijskroon - Werkplaats	Stationsstraat 3	9690	Kluisbergen
Oost-Vlaanderen	Den Azalee	L. De Meesterstraat 3	9100	Sint-Niklaas
Oost-Vlaanderen	Sociale Werkplaats De Sleutel	Mahatma Gandhistraat 2A	9000	Gent
Oost-Vlaanderen	't Vierkant	Herenveld 4	9500	Geraardsbergen
Oost-Vlaanderen	Merlijn Marketeer	Heulendonk 19	9991	Adegem
Oost-Vlaanderen	Sociale Werkplaats De Loods	A. Nichelsstraat 14	9300	Aalst
Oost-Vlaanderen	Ateljee	Vlaamsekaai 10	9000	Gent
Oost-Vlaanderen	Pro Natura Sociale Werkplaats	Galgenstraat 60	9900	Eeklo
Oost-Vlaanderen	Sociale Werkplaats De Kromme Boom	Eikstraat 81	9041	Oostakker
Oost-Vlaanderen	De Cirkel Sociale Werkplaats	Lepelstraat 4	9160	Lokeren
Oost-Vlaanderen	JOMI	Driegaaistraat 160	9100	Sint-Niklaas
Oost-Vlaanderen	De Kringwinkel Meetjesland	Slachthuisstraat 2 bus b	9900	Eeklo
Vlaams Brabant	IGO-W	Aarschotsesteenweg 212	3010	Kessel-lo
Vlaams Brabant	Boerderij De Brabander	Leedse Vroente 6	3472	Kersbeek-Miskom
Vlaams Brabant	Televil	Mechelsesteenweg 588 D	1800	Vilvoorde
Vlaams Brabant	SPIT - Tewerkstelling	Ijzerenmolenstraat 4	3001	Heverlee
Vlaams Brabant	Wonen en Werken Tewerkstelling	Vaartkom 12	3000	Leuven
Vlaams Brabant	De Vlaspit	Rozenstraat 12b	3270	Scherpenheuvel-Zichem
Vlaams Brabant	Kringwinkel Hageland	Leuvensesteenweg 467	3300	Tienen
Vlaams Brabant	Delta Sociale Werkplaats in Oost-Brabant	Pastorijstraat 118	3300	Tienen
Vlaams Brabant	Opbouwwerk Haviland - W	Brusselsesteenweg 617	1731	Zellik
Vlaams Brabant	SWP Den Diepen Boomgaard	Rijkenhoekstraat 80	1850	Grimbergen
West-Vlaanderen	Loca Labora 2	Bulskampveld 12	8730	Beernem
West-Vlaanderen	De Kringwinkel Midden West-Vlaanderen	Desiré Mergaertstraat 15	8800	Roeselare
West-Vlaanderen	Sociale Werkplaats Molendries	Koolskampstraat 24	8830	Gits
West-Vlaanderen	Constructief	Watermolenstraat 69 B	8500	Kortrijk

West-Vlaanderen	SOWEPO	Vlaanderenlaan 25/27	8970	Poperinge
West-Vlaanderen	Veerkracht 4	Kazernestraat 7-11	8930	Menen
West-Vlaanderen	Lochting - Dedrie	Oude Stadenstraat 15	8800	Roeselare
West-Vlaanderen	De Groene Kans	Sparkevaardekenstraat 4	8600	Diksmuide
West-Vlaanderen	Kringloopcentrum Zuid-West-Vlaanderen	Magdalenastraat 15 A	8500	Kortrijk
West-Vlaanderen	Sociale Werkplaats - OCMW Waregem - Tandem	Schakelstraat 41	8790	Waregem
West-Vlaanderen	Kringloopcentrum Leefbaar Wonen	Terluchtestraat 38	8020	Ruddervoorde
West-Vlaanderen	WSW Waak Sociale Werkplaats	Heirweg 125	8520	Kuurne
West-Vlaanderen	SOBO@werk (Sociaal Ondernemen en omgeving)	Pathoekeweg 9 A/7	8000	Brugge

Tableau 2.

NR	organisatie	azi is bekend als	adres		gemeente	rol
BW 096	Mivas		Plaslaar 41	2500	LIER	werkvloer
BW 184	Aralea	Kinderboerderij Mikerf	Gemeentepark 6	2930	BRASSCHAAT	werkvloer
BW 184	SW Brasschaat		Gemeentepark 6	2930	Brasschaat	werkvloer
SV 83109	SW Levanto fix-it		Clara Snellingsstraat 47	2100	DEURNE	coördinator/werkvloer
SV 83109	Antwerps Netwerk Arbeidszorg vzw	ANA	Ferdinand Cosemansstraat 116	2600	Berchem	partner/werkvloer
SV 83109	SW De Sleutel		Jozef Guislainstraat 43A	9000	Gent	partner/werkvloer
SV 83053	De Biehal STC		Balendijk 76	3920	LOMMEL	coördinator/werkvloer
SV 83053	De Biehal LDE		Balendijk 76	3920	Lommel	partner/werkvloer
SV 83053	Lidwina Stichting		Postelarenweg 213	2400	Mol	partner/werkvloer
SV 83053	Provinciaal der Broeders van Liefde	OC Sint-Ferdinand /AZ De Oogst	Ferdinand Van Baelstraat 6	3970	Leopoldsburg	partner/werkvloer
SV 83053	Fietsenatelier Mol		Sint-Apolloniaalaan 190/1	2400	Mol	partner/werkvloer
SV 83053	De Sprong		Ambachtstraat 4a	2450	Meerhout	partner/werkvloer
SV 83053	De Kringwkel Zuiderkempen		Noordstraat 25 bus 1	2220	Heist-op-den-Berg	partner/werkvloer
SV BW 070	Imsir BW		Industrieweg 1b	2850	BOOM	coördinator/werkvloer
SV BW 070	Imsir SW		Industrieweg 9	2850	Boom	partner/werkvloer
SV BW 070	De Dageraad BW		Heiveldekens 7	2550	Kontich	partner/werkvloer
SV BW 070	Ergasia		Antwerpsestraat 48	2845	Niel	partner/werkvloer
SV BW 141	De Brug BW		Waesdonckstraat 1	2640	MORTSEL	coördinator
SV BW 141	De Link vzw	De Link activering	Deurnestraat 252	2640	Mortsel	partner/werkvloer
SV BW 141	De Vliering vzw	t Karwei	Heuvelstraat 170	2530	Boechout	partner/werkvloer
SV BW 141	De Link vzw	t Nieuw Klavier	Jan De Graefstraat 13	2600	Berchem	partner/werkvloer

SV 83011	Televil		Mechelsesteenweg 588 D	1800	VILVOORDE	coördinator
SV 83011	BW Rodea		Smaragdlaan 34c	1640	Sint-Genesius-Rode	partner/werkvloer
SV 83011	BW De Floere		Zavelstraat 97	1500	Halle	partner/werkvloer
SV 83080	Wonen en Werken Tewerkstelling		Ijzerenmolenstraat 2	3001	HEVERLEE	coördinator
SV 83080	Velo vzw		Hollestraat 1	3001	Heverlee	partner/werkvloer
SV 83086	De Kringwinkel Hageland		Walstraat 2	3300	TIENEN	coördinator
SV 83086	De Vlaspit		Basilieklaan 53	3270	Scherpenheuvel	partner/werkvloer
SV BW 050	Blankedale		Pastorijstraat 118	3300	TIENEN	coördinator
SV BW 050	Delta vzw		Pastorijstraat 118	3300	Tienen	partner/werkvloer
SV BW 050	SW Hageland		Leuvenselaan 467	3300	Tienen	partner/werkvloer
SV BW 050	t Heft vzw		Montenakenweg 53	3800	Sint-Truiden	partner/werkvloer
SV 83008	Atelier Alternatief		Runkstersteenweg 134	3500	HASSELT	coördinator
SV 83008	Stichting Ommersteyn		De Schiervellaan 5	3650	Dilsen-Stokkem	partner/werkvloer
SV 83008	BW 't Veer vzw	inclusief Dagactiviteitencentrum Genk	Rijksweg 92	3630	Maasmechelen	partner/werkvloer
SV 83008	Labor Ter Engelen	DAC Genk	Capucienenstraat 23	3680	Maaseik	partner/werkvloer
SV 83044	Labor Ter Engelen		Capucienenstraat 23	3680	MAASEIK	coördinator
SV 83044	Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg	DAGG	Koningin Astridlaan 105	3680	Maaseik	partner
SV 83031	Abri		Industrieweg 2007	3520	ZONHOVEN	coördinator
SV 83031	Werkende Handen vzw		Industrieweg Zuid 1325 bus 1	3520	Zonhoven	partner
SV 83076	Groenwerk		Sint-Ferdinandstraat 1	3560	LUMMEN	coördinator
SV 83076	BWWL vzw	De Schans	P. Paquaylaan 123 bus 1	3550	Heusden-Zolder	partner/werkvloer
SV 83076	Broeders van Liefde vzw	Arbeidszorgcentrum De oogst	Stropstraat 119	9000	Gent	partner/werkvloer
SV 83076	Vreebos vzw	De Winning - Vreebos	Sint-Ferdinandstraat 1	3560	Lummen	partner/werkvloer
SV 83023	De Ploeg		Montenakenweg 53	3800	SINT-TRUIDEN	coördinator
SV 83023	t Heft vzw	Arbeidscentrum 't Heft	Montenakenweg 53	3800	Sint-Truiden	partner/werkvloer
SV 83023	Basis vzw		A. Rodenbachstraat 29/7	3500	Hasselt	partner/werkvloer
SV 83023	SW Arbeidscentrum De Wroeter		Sint-Rochusstraat 8	3720	Kortesseem	partner
SV 83023	SW De Springplank	Okazi	Sint-Truidersteenweg 150	3500	Hasselt	partner

SV 83023	Wiric vzw		Diestersteenweg 59	3800	Sint-Truiden	partner
SV 83023	Intesa vzw		Tongersesteenweg 84	3840	Borgloon	partner
SV 83023	Bewel Diepenbeek (BW33)		Ginderoverstraat 143	3590	Diepenbeek	partner
SV BW 077	Bewel Neerpelt		Boseind 50	3910	NEERPELT	coördinator/werkvloer
SV BW 077	Bewel Maaseik (BW112)		Jagersborg 1313	3680	Maaseik	partner/werkvloer
SV BW 077	Bewel Opglabbeek (BW110)		Industrieweg Noord 1162	3660	Opglabbeek	partner/werkvloer
SV BW 077	SW De Biehal STC		Balendijk 76	3920	Lommel	partner/werkvloer
SV BW 099	Bewel Tongeren		Industriezone Tongeren-Oost Heesterveldweg 14 A	3700	TONGEREN	coördinator
SV BW 099	Bewel Diepenbeek (BW33)		Ginderoverstraat 143	3590	Diepenbeek	partner/werkvloer
SV BW 099	Bewel Tessenderlo (BW201)		Ravenshout 6023	3980	Tessenderlo	partner/werkvloer
SV 83035	SW Mo-Clean		Klein Hulststraat 6	9100	SINT-NIKLAAS	coördinator
SV 83035	PC Sint-Hieronymus	De Witte Hoeve	Dalstraat 84	9100	Sint-Niklaas	partner/werkvloer
SV 83035	APZ Sint-Lucia		Ankerstraat 91	9100	Sint-Niklaas	partner
SV 83035	Pro mente		Hazewindstraat 41	9100	Sint-Niklaas	partner
SV 83035	Beschut Wonen Waasland	Werk.Saam	Antwerpsesteenweg 164	9100	Sint-Niklaas	partner/werkvloer
SV 83057	SW De Loods		A. Nichelsstraat 14	9300	AALST	coördinator
SV 83057	Beschutte Werkplaats Aalst		Wijngaardveld 7	9300	Aalst	partner
SV 83057	Reymeers vzw -Beschut Wonen	Sava	Dwarsstraat 1a	9340	Lede	partner/werkvloer
SV 83061	Ateljee		Vlaamsekaai 10	9000	GENT	coördinator
SV 83061	CAW Artevelde		Prinsenhof 56	9000	Gent	partner/werkvloer
SV 83061	Demival BW		Machelenstraat 169	9800	Deinze	partner/werkvloer
SV 83061	OCMW Gent	Afdeling OTC/Receptiewerking	Onderbergen 86	9000	Gent	partner/werkvloer
SV 83061	BW Zonnehoeve		Zonnestraat 15	9810	Eke - Nazareth	partner/werkvloer
SV BW 030	Ryhove		Koningsdal 24 - 26	9000	GENT	coördinator/werkvloer
SV BW 030	Kompas vzw		R. de Hemptinnelaan 33	9030	Mariakerke	partner/werkvloer
SV BW 030	Een Open Plaats vzw	Kringloopwinkel Brugse Poort	Haspelstraat 49	9000	Gent	partner/werkvloer
SV BW 030	Zagan vzw	Compagnie De Sporen	Tolhuislaan 82	9000	Gent	partner/werkvloer
SV BW 030	Psychiatrisch Centrum Caritas	PC Caritas - De Keiberg	Caritasstraat 76	9090	Melle	partner/werkvloer

SV BW 030	Hand in Hand vzw	De Moester	Putstraat 16	9051	Sint-Denijs-Westrem	partner/werkvloer
SV BW 052	Wase Werkplaats		Kapelanielaan 20	9140	TEMSE	coördinator/werkvloer
SV BW 052	Alderande Werken vzw		Daknamdorp 54	9160	Lokeren	partner/werkvloer
SV BW 052	De Sperwer vzw	Begeleid Werken	Gentse Steenweg 54	9160	Lokeren	partner/werkvloer
SV BW 052	CGG Waas en Dender DAC De Loft	De Loft	Grote Peperstraat 15	9100	Sint-Niklaas	partner/werkvloer
SV BW 052	OCMW Dendermonde		Kerkstraat 115	9200	Dendermonde	partner/werkvloer
SV BW 052	CAW Oost-Vlaanderen vzw	CAW Huis Dendermonde	Gasmeterstraat 81B	9100	Sint-Niklaas	partner/werkvloer
SV BW 052	Emiliani vzw	De Teerling	Krekelstraat 17	9160	Lokeren	partner/werkvloer
SV 83037	De Kringwinkel Midden-West-Vlaanderen		Desiré Mergaertstraat 15	8800	ROESELARE	coördinator/werkvloer
SV 83037	De Lochting vzw		Oude Stadenstraat 15	8800	Roeselare	partner/werkvloer
SV 83037	OC Sint-Idesbald		De Zilten 52	8800	Roeselare	partner/werkvloer
SV 83037	Het Werkspoor vzw		De Zilten 52	8800	Roeselare	partner/werkvloer
SV 83037	Beschut Wonen Roeselare-Tielt	Arbeidszorgcentrum De Bieweg	Wallenstraat 46-48	8800	Roeselare	partner/werkvloer
SV 83037	Samenspel vzw	Arbeidszorgcentrum Den Tatsevoet	Ommegangstraat 19	8870	Izegem	partner/werkvloer
SV 83041	Constructief		Watermolenstraat 69 B	8500	KORTRIJK	coördinator/werkvloer
SV 83041	BW WAAK		Heirweg 125	8520	Kuurne	partner
SV 83041	SW WAAK		Heirweg 125	8520	Kuurne	partner/werkvloer
SV 83041	Samenwerkingsverband De Bolster	Arbeidszorgcentrum Domino	Groeningepoort 4	8500	Kortrijk	partner/werkvloer
SV 83041	Kringloopwinkel ZW Vlaanderen		Markebekestraat 7	8510	Marke	partner/werkvloer
SV 83041	Groep Ubuntu vzw		Bevrijdingslaan 43	8580	Avelgem	partner/werkvloer
SV 83041	HISE vzw		Arendstraat 62bis	8530	Harelbeke	partner/werkvloer
SV 83041	Hond in 't Kegelspel vzw		Sint-Denijseweg 71	8500	Kortrijk	partner/werkvloer
SV 83041	Mobiel vzw		Min. Tacklaan 57	8500	Kortrijk	partner
SV 83041	Tandem vzw		Oude Vijvestraat 29	8790	Waregem	partner/werkvloer
SV BW 020	Mariasteen		Koolskampstraat 24	8830	GITS	coördinator
SV BW 020	Dominiek Savio Instituut vzw		Koolskampstraat 24	8830	Gits	partner/werkvloer
SV BW 034	Arcotec		Dreef ter Panne 14	8000	BRUGGE	coördinator
SV BW 034	Huize Tordale vzw	BW Optima T	Bruggestraat 39	8820	Torhout	partner/werkvloer

SV BW 034	Vereniging WOK	Vereniging van OCMW's	Ruddershoeve 4	8000	Brugge	partner/werkvloer
SV BW 034	Sociaal Atelier Knokke-Heist		Kursaalstraat 56b	8310	Knokke-Heist	partner/werkvloer
SV BW 034	4veld vzw (PC Sint Amandus)	Arbeidszorgcentrum De Klus	Stationsstraat 127	8730	Beernem	partner/werkvloer
SV BW 079	De Oesterbank		Vaartblekersstraat 15	8400	OOSTENDE	coördinator/werkvloer
SV BW 079	Duinenwacht vzw		Stationsstraat 54b	8460	Oudenburg	partner/werkvloer
SV BW 079	OCMW Blankenberge		Jordaenslaan 34	8370	Blankenberge	partner/werkvloer
SV BW 079	Het Strijkatelier		Koning Albertlaan 112	8370	Blankenberge	partner/werkvloer
SV BW 079	Gemeente Ichtegem		Dr. Bruwierplein 1	8480	Ichtegem	partner/werkvloer
SV BW 102	Westlandia		A. Dehemlaan 1	8900	IEPER	coördinator
SV BW 102	SW Sowepo		Vlaanderenstraat 25-27	8970	Poperinge	partner/werkvloer
SV BW 102	BW Interwest vzw		Werkplaatsstraat 4	8630	Veurne	partner/werkvloer
SV BW 102	SW De Groene Kans vzw		Sparkevaardekenstraat 4	8600	Diksmuide	partner/werkvloer
SV BW 102	Stuurkracht 2 vzw		Haiglaan 31E	8900	Ieper	partner/werkvloer
SV BW 102	SW Kringloopwinkel West		K. Steverlyncklaan 8	8900	Ieper	partner/werkvloer
SV BW 192	B.W.M. 't Veer		Industrielaan 32	8930	MENEN	coördinator/werkvloer
SV BW 192	Eigen Woonst vzw	Travo Arbeidszorgcentrum	Ieperstraat 113	8930	Menen	partner/werkvloer

ANNEXE 4

Grille détaillée des 25 critères du modèle IPS (y compris l'échelle de conformité)

SUPPORTED EMPLOYMENT FIDELITY SCALE*

1/7/08

Rater:

Site:

Date:

Total Score:

Directions: Circle one anchor number for each criterion.

Criterion

Data
Source**

Anchor

Staffing

1. Caseload size: Employment specialists have individual employment caseloads. The maximum caseload for any full-time employment specialist is 20 or fewer clients.

MIS,
DOC, INT

- 1= Ratio of 41 or more clients per employment specialist.
- 2= Ratio of 31-40 clients per employment specialist.
- 3= Ratio of 26-30 clients per employment specialist.
- 4= Ratio of 21-25 clients per employment specialist.
- 5= Ratio of 20 or fewer clients per employment specialist.

2. Employment services staff: Employment specialists provide only employment services.

MIS, DOC
INT

- 1= Employment specialists provide employment services less than 60% of the time.
- 2= Employment specialists provide employment services 60 - 74% of the time.
- 3= Employment specialists provide employment services 75 - 89% of the time.
- 4= Employment specialists provide employment services 90 - 95% of the time.
- 5= Employment specialists provide employment services 96% or more of the time.

*Formerly called IPS Model Fidelity Scale

**See end of document for key

3. Vocational generalists: Each employment specialist carries out all phases of employment service, including intake, engagement, assessment, job placement, job coaching, and follow-along supports before step down to less intensive employment support from another MH practitioner. (Note: It is not expected that each employment specialist will provide benefits counseling to their clients. Referrals to a highly trained benefits counselor are in keeping with high fidelity, see Item # 1 in “Services”.)

MIS, DOC,
INT, OBS

- 1= Employment specialist only provides vocational referral service to vendors and other programs.
- 2= Employment specialist maintains caseload but refers clients to other programs for vocational services.
- 3= Employment specialist provides one to four phases of the employment service (e.g. intake, engagement, assessment, job development, job placement, job coaching, and follow along supports).
- 4= Employment specialist provides five phases of employment service but not the entire service.
- 5= Employment specialist carries out all six phases of employment service (e.g. program intake, engagement, assessment, job development/job placement, job coaching, and follow-along supports).

ORGANIZATION

1. Integration of rehabilitation with mental health treatment thru team assignment: Employment specialists are part of up to 2 mental health treatment teams from which at least 90% of the employment specialist’s caseload is comprised.

MIS, DOC,
INT, OBS

- 1= Employment specialists are part of a vocational program that functions separately from the mental health treatment.
- 2= Employment specialists are attached to three or more mental health treatment teams. OR Clients are served by individual mental health practitioners who are not organized into teams. OR Employment specialists are attached to one or two teams from which less than 50% of the employment specialist’s caseload is comprised.
- 3= Employment specialists are attached to one or two mental health treatment teams, from which at least 50 - 74% of the employment specialist’s caseload is comprised.
- 4= Employment specialists are attached to one or two mental health treatment teams, from which at least 75 - 89% of the employment specialist’s caseload is comprised.
- 5= Employment specialists are attached to one or two mental health treatment teams, from which 90 - 100% of the employment specialist’s caseload is comprised.

*Formerly called IPS Model Fidelity Scale

**See end of document for key

2. Integration of rehabilitation with mental health treatment thru frequent team member contact:

Employment specialists actively participate in weekly mental health treatment team meetings (not replaced by administrative meetings) that discuss individual clients and their employment goals with shared decision-making. Employment specialist's office is in close proximity to (or shared with) their mental health treatment team members. Documentation of mental health treatment and employment services is integrated in a single client chart. Employment specialists help the team think about employment for people who haven't yet been referred to supported employment services.

MIS, DOC
INT, OBS

1= One or none is present.

2= Two are present

3= Three are present.

4= Four are present.

5= Five are present.

All five key components are present.

- Employment specialist attends weekly mental health treatment team meetings.
- Employment specialist participates actively in treatment team meetings with shared decision-making.
- Employment services documentation (i.e., vocational assessment/profile, employment plan, progress notes) is integrated into client's mental health treatment record.
- Employment specialist's office is in close proximity to (or shared with) their mental health treatment team members.
- Employment specialist helps the team think about employment for people who haven't yet been referred to supported employment services.

3. Collaboration between employment specialists and Vocational Rehabilitation counselors: The employment specialists and VR counselors have frequent contact for the purpose of discussing shared clients and identifying potential referrals.

DOC, INT
OBS, ISP

1= Employment specialists and VR counselors have client-related contacts (phone, e-mail, in person) less than quarterly to discuss shared clients and referrals. OR Employment specialists and VR counselors do not communicate.

2= Employment specialists and VR counselors have client-related contacts (phone, e-mail, in person) at least quarterly to discuss shared clients and referrals.

3= Employment specialists and VR counselors have client-related contacts (phone, e-mail, in-person) monthly to discuss shared clients and referrals.

4= Employment specialists and VR counselors have scheduled, face-to-face

*Formerly called IPS Model Fidelity Scale

**See end of document for key

4. Vocational unit: At least 2 full-time employment specialists and a team leader comprise the employment unit. They have weekly client-based group supervision following the supported employment model in which strategies are identified and job leads are shared. They provide coverage for each other's caseload when needed.

MIS, INT,
OBS

meetings at least quarterly, OR have client-related contacts (phone, e-mail, in person) weekly to discuss shared clients and referrals.

5= Employment specialists and VR counselors have scheduled, face-to-face meetings at least monthly and have client-related contacts (phone, e-mail, in person) weekly to discuss shared clients and referrals.

1= Employment specialists are not part of a vocational unit.

2= Employment specialists have the same supervisor but do not meet as a group. They do not provide back-up services for each other's caseload.

3= Employment specialists have the same supervisor and discuss clients between each other on a weekly basis. They provide back-up services for each other's caseloads as needed. OR, If a program is in a rural area where employment specialists are geographically separate with one employment specialist at each site, the employment specialists meet 2-3 times monthly with their supervisor by teleconference.

4= At least 2 employment specialists and a team leader form an employment unit with 2-3 regularly scheduled meetings per month for client-based group supervision in which strategies are identified and job leads are shared and discuss clients between each other. They provide coverage for each other's caseloads when needed. OR, If a program is in a rural area where employment specialists are geographically separate with one employment specialist at each site, the employment specialists meet 2-3 times per month with their supervisor in person or by teleconference and mental health practitioners are available to help the employment specialist with activities such as taking someone to work or picking up job applications.

5= At least 2 full-time employment specialists and a team leader form an employment unit with weekly client-based group supervision based on the supported employment model in which strategies are identified and job leads are shared. They provide coverage for each other's caseloads when needed.

5. Role of employment supervisor: Supported employment unit is led by a supported employment team leader. Employment specialists' skills are developed and improved through outcome-based supervision. All five key roles of the employment supervisor are present.

MIS, INT,
DOC, OBS

1= One or none is present.

2= Two are present.

3= Three are present.

4= Four are present.

5= Five are present.

Five key roles of the employment supervisor:

- One full-time equivalent (FTE) supervisor is responsible for no more than 10 employment specialists. The supervisor does not have other supervisory responsibilities. (Program leaders supervising fewer than ten employment specialists may spend a percentage of time on other supervisory activities on a prorated basis. For example, an employment supervisor responsible for 4 employment specialists may be devoted to SE supervision half time.)
- Supervisor conducts weekly supported employment supervision designed to review client situations and identify new strategies and ideas to help clients in their work lives.
- Supervisor communicates with mental health treatment team leaders to ensure that services are integrated, to problem solve programmatic issues (such as referral process, or transfer of follow-along to mental health workers) and to be a champion for the value of work. Attends a meeting for each mental health treatment team on a quarterly basis.
- Supervisor accompanies employment specialists, who are new or having difficulty with job development, in the field monthly to improve skills by observing, modeling, and giving feedback on skills, e.g., meeting employers for job development.
- Supervisor reviews current client outcomes with employment specialists and sets goals to improve program performance at least quarterly.

6. Zero exclusion criteria: All clients interested in working have access to supported employment services regardless of job readiness factors, substance abuse, symptoms, history of violent behavior, cognition impairments, treatment non-adherence, and personal presentation. These apply during supported employment services too. Employment specialists offer to help with another job when one has ended, regardless of the reason that the job ended or number of jobs held. If VR has screening criteria, the mental health agency does not use them to exclude anybody. Clients are not screened out formally or informally.

DOC, INT
OBS

- 1= There is a formal policy to exclude clients due to lack of job readiness (e.g., substance abuse, history of violence, low level of functioning, etc.) by employment staff, case managers, or other practitioners.
- 2= Most clients are unable to access supported employment services due to perceived lack of job readiness (e.g., substance abuse, history of violence, low level of functioning, etc.).
- 3= Some clients are unable to access supported employment services due to perceived lack of job readiness (e.g., substance abuse, history of violence, low level of functioning, etc.).
- 4= No evidence of exclusion, formal or informal. Referrals are not solicited by a wide variety of sources. Employment specialists offer to help with another job when one has ended, regardless of the reason that the job ended or number of jobs held.
- 5= All clients interested in working have access to supported employment services. Mental health practitioners encourage clients to consider employment, and referrals for supported employment are solicited by many sources. Employment specialists offer to help with another job when one has ended, regardless of the reason that the job ended or number of jobs held.

7. Agency focus on competitive employment: Agency promotes competitive work through multiple strategies. Agency intake includes questions about interest in employment. Agency displays written postings (e.g., brochures, bulletin boards, posters) about employment and supported employment services. The focus should be with the agency programs that provide services to adults with severe mental illness. Agency supports ways for clients to share work stories with other clients and staff. Agency measures rate of competitive employment and shares this information with agency leadership and staff.

DOC, INT,
OBS

- 1= One or none is present.
- 2= Two are present.
- 3= Three are present.
- 4= Four are present.
- 5= Five are present.

Agency promotes competitive work through multiple strategies:

- Agency intake includes questions about interest in employment.
- Agency includes questions about interest in employment on all annual (or semi-annual) assessment or treatment plan reviews.

*Formerly called IPS Model Fidelity Scale

**See end of document for key

8. Executive team support for SE: Agency executive team members (e.g., CEO/Executive Director, Chief Operating Officer, QA Director, Chief Financial Officer, Clinical Director, Medical Director, Human Resource Director) assist with supported employment implementation and sustainability. All five key components of executive team support are present.

DOC, INT,
OBS

- Agency displays written postings (e.g., brochures, bulletin boards, posters) about working and supported employment services, in lobby and other waiting areas.
- Agency supports ways for clients to share work stories with other clients and staff (e.g., agency-wide employment recognition events, in-service training, peer support groups, agency newsletter articles, invited speakers at client treatment groups, etc.) at least twice a year.
- Agency measures rate of competitive employment on at least a quarterly basis and shares outcomes with agency leadership and staff.

1= One is present.

2= Two are present.

3= Three are present.

4= Four are present.

5= Five are present.

- Executive Director and Clinical Director demonstrate knowledge regarding the principles of evidence-based supported employment.
- Agency QA process includes an explicit review of the SE program, or components of the program, at least every 6 months through the use of the Supported Employment Fidelity Scale or until achieving high fidelity, and at least yearly thereafter. Agency QA process uses the results of the fidelity assessment to improve SE implementation and sustainability.
- At least one member of the executive team actively participates at SE leadership team meetings (steering committee meetings) that occur at least every six months for high fidelity programs and at least quarterly for programs that have not yet achieved high fidelity. Steering committee is defined as a diverse group of stakeholders charged with reviewing fidelity, program implementation, and the service delivery system. Committee develops written action plans aimed at developing or sustaining high fidelity services.

*Formerly called IPS Model Fidelity Scale

**See end of document for key

- The agency CEO/Executive Director communicates how SE services support the mission of the agency and articulates clear and specific goals for SE and/or competitive employment to all agency staff during the first six months and at least annually (i.e., SE kickoff, all-agency meetings, agency newsletters, etc.). This item is not delegated to another administrator.
- SE program leader shares information about EBP barriers and facilitators with the executive team (including the CEO) at least twice each year. The executive team helps the program leader identify and implement solutions to barriers.

SERVICES

1. Work incentives planning: All clients are offered assistance in obtaining comprehensive, individualized work incentives planning before starting a new job and assistance accessing work incentives planning thereafter when making decisions about changes in work hours and pay. Work incentives planning includes SSA benefits, medical benefits, medication subsidies, housing subsidies, food stamps, spouse and dependent children benefits, past job retirement benefits and any other source of income. Clients are provided information and assistance about reporting earnings to SSA, housing programs, VA programs, etc., depending on the person's benefits.

- 1= Work incentives planning is not readily available or easily accessible to most clients served by the agency.
- 2= Employment specialist gives client contact information about where to access information about work incentives planning.
- 3= Employment specialist discusses with each client changes in benefits based on work status.
- 4= Employment specialist or other MH practitioner offer clients assistance in obtaining comprehensive, individualized work incentives planning by a person trained in work incentives planning prior to client starting a job.
- 5= Employment specialist or other MH practitioner offer clients assistance in obtaining comprehensive, individualized work incentives planning by a specially trained work incentives planner prior to starting a job. They also facilitate access to work incentives planning when clients need to make decisions about changes in work hours and pay. Clients are provided information and assistance about reporting earnings to SSA, housing programs, etc., depending on the person's benefits.

*Formerly called IPS Model Fidelity Scale

**See end of document for key

2. Disclosure: Employment specialists provide clients with accurate information and assist with evaluating their choices to make an informed decision regarding what is revealed to the employer about having a disability.

DOC, INT
OBS

1= None is present.

2= One is present.

3= Two are present.

4= Three are present.

5= Four are present.

- Employment specialists do not require all clients to disclose their psychiatric disability at the work site in order to receive services.
- Employment specialists offer to discuss with clients the possible costs and benefits (pros and cons) of disclosure at the work site in advance of clients disclosing at the work site. Employment specialists describe how disclosure relates to requesting accommodations and the employment specialist's role communicating with the employer.
- Employment specialists discuss specific information to be disclosed (e.g., disclose receiving mental health treatment, or presence of a psychiatric disability, or difficulty with anxiety, or unemployed for a period of time, etc.) and offers examples of what could be said to employers.
- Employment specialists discuss disclosure on more than one occasion (e.g., if clients have not found employment after two months or if clients report difficulties on the job.)

3. Ongoing, work-based vocational assessment: Initial vocational assessment occurs over 2-3 sessions and is updated with information from work experiences in competitive jobs. A vocational profile form that includes information about preferences, experiences, skills, current adjustment, strengths, personal contacts, etc, is updated with each new job experience. Aims at problem solving using environmental assessments and consideration of reasonable accommodations. Sources of information include the client, treatment team, clinical records, and with

DOC, INT,
OBS, ISP

1= Vocational evaluation is conducted prior to job placement with emphasis on office-based assessments, standardized tests, intelligence tests, work samples.

2= Vocational assessment may occur through a stepwise approach that includes: prevocational work experiences (e.g., work units in a day program), volunteer jobs, or set aside jobs (e.g., NISH jobs agency-run businesses, sheltered workshop jobs, affirmative businesses, enclaves).

3= Employment specialists assist clients in finding competitive jobs directly without systematically reviewing interests, experiences, strengths,

*Formerly called IPS Model Fidelity Scale

**See end of document for key

the client's permission, from family members and previous employers.

etc. and do not routinely analyze job loss (or job problems) for lessons learned.

- 4= Initial vocational assessment occurs over 2-3 sessions in which interests and strengths are explored. Employment specialists help clients learn from each job experience and also work with the treatment team to analyze job loss, job problems and job successes. They do not document these lessons learned in the vocational profile, OR The vocational profile is not updated on a regular basis.
- 5= Initial vocational assessment occurs over 2-3 sessions and information is documented on a vocational profile form that includes preferences, experiences, skills, current adjustment, strengths, personal contacts, etc. The vocational profile form is used to identify job types and work environments. It is updated with each new job experience. Aims at problem solving using environmental assessments and consideration of reasonable accommodations. Sources of information include the client, treatment team, clinical records, and with the client's permission, from family members and previous employers. Employment specialists help clients learn from each job experience and also work with the treatment team to analyze job loss, job problems and job successes.

4. Rapid job search for competitive job: Initial employment assessment and first face-to-face employer contact by the client or the employment specialist about a competitive job occurs within 30 days (one month) after program entry.

DOC, INT,
OBS, ISP

- 1= First face-to-face contact with an employer by the client or the employment specialist about a competitive job is on average 271 days or more (> 9 mos.) after program entry.
- 2= First face-to-face contact with an employer by the client or the employment specialist about a competitive job is on average between 151 and 270 days (5-9 mos.) after program entry.
- 3= First face-to-face contact with an employer by the client or the employment specialist about a competitive job is on average between 61 and 150 days (2-5 mos.) after program entry.
- 4= First face-to-face contact with an employer by the client or the employment specialist about a competitive job is on average between 31 and 60 days (1-2 mos.) after program entry.
- 5= The program tracks employer contacts and the first face-to-face contact with an employer by the client or the employment specialist about a competitive job is on average within 30 days (one month) after program entry.

*Formerly called IPS Model Fidelity Scale

**See end of document for key

5. Individualized job search: Employment specialists make employer contacts aimed at making a good job match based on clients' preferences (relating to what each person enjoys and their personal goals) and needs (including experience, ability, symptomatology, health, etc.) rather than the job market (i.e., those jobs that are readily available). An individualized job search plan is developed and updated with information from the vocational assessment/profile form and new job/educational experiences.

DOC, INT
OBS, ISP

- 1= Less than 25% of employer contacts by the employment specialist are based on job choices which reflect client's preferences, strengths, symptoms, etc. rather than the job market.
- 2= 25-49% of employer contacts by the employment specialist are based on job choices which reflect client's preferences, strengths, symptoms, etc., rather than the job market.
- 3= 50-74% of employer contacts by the employment specialist are based on job choices which reflect client's preferences, strengths, symptoms, etc., rather than the job market.
- 4= 75-89% of employer contacts by the employment specialist are based on job choices which reflect client's preferences, strengths, symptoms, etc., rather than the job market and are consistent with the current employment plan.
- 5= Employment specialist makes employer contacts based on job choices which reflect client's preferences, strengths, symptoms, lessons learned from previous jobs etc., 90-100% of the time rather than the job market and are consistent with the current employment/job search plan. When clients have limited work experience, employment specialists provide information about a range of job options in the community.

6. Job development - Frequent employer contact: Each employment specialist makes at least 6 face-to-face employer contacts per week on behalf of clients looking for work. (Rate for each then calculate average and use the closest scale point.) An employer contact is counted even when an employment specialist meets the same employer more than one time in a week, and when the client is present or not present. Client-specific and generic contacts are included. Employment specialists use a weekly tracking form to document employer contacts.

DOC, INT

- 1= Employment specialist makes less than 2 face-to-face employer contacts that are client-specific per week.
- 2= Employment specialist makes 2 face-to-face employer contacts per week that are client-specific, OR Does not have a process for tracking.
- 3= Employment specialist makes 4 face-to-face employer contacts per week that are client-specific, and uses a tracking form that is reviewed by the SE supervisor on a monthly basis.
- 4= Employment specialist makes 5 face-to-face employer contacts per week that are client-specific, and uses a tracking form that is reviewed by the SE supervisor on a weekly basis.

*Formerly called IPS Model Fidelity Scale

**See end of document for key

7. Job development - Quality of employer contact:
Employment specialists build relationships with employers through multiple visits in person that are planned to learn the needs of the employer, convey what the SE program offers to the employer, describe client strengths that are a good match for the employer. (Rate for each employment specialist, then calculate average and use the closest scale point.)

DOC, INT,
OBS

5= Employment specialist makes 6 or more face-to-face employer contacts per week that are client specific, or 2 employer contacts times the number of people looking for work when there are less than 3 people looking for work on their caseload (e.g., new program). In addition, employment specialist uses a tracking form that is reviewed by the SE supervisor on a weekly basis.

1= Employment specialist meets employer when helping client to turn in job applications, OR Employment specialist rarely makes employer contacts.

2= Employment specialist contacts employers to ask about job openings and then shares these “leads” with clients.

3= Employment specialist follows up on advertised job openings by introducing self, describing program, and asking employer to interview client.

4= Employment specialist meets with employers in person whether or not there is a job opening, advocates for clients by describing strengths and asks employers to interview clients.

5= Employment specialist builds relationships with employers through multiple visits in person that are planned to learn the needs of the employer, convey what the SE program offers to the employer, describe client strengths that are a good match for the employer.

8. Diversity of job types: Employment specialists assist clients in obtaining different types of jobs.

DOC, INT,
OBS, ISP

1= Employment specialists assist clients obtain different types of jobs less than 50% of the time.

2= Employment specialists assist clients obtain different types of jobs 50-59% of the time.

3= Employment specialists assist clients obtain different types of jobs 60-69% of the time.

4= Employment specialists assist clients obtain different types of jobs 70-84% of the time.

9. Diversity of employers: Employment specialists assist clients in obtaining jobs with different employers.

DOC, INT,
OBS, ISP

5= Employment specialists assist clients obtain different types of jobs 85-100% of the time.

1= Employment specialists assist clients obtain jobs with the different employers less than 50% of the time.

2= Employment specialists assist clients obtain jobs with the same employers 50-59% of the time.

3= Employment specialists assist clients obtain jobs with different employers 60-69% of the time.

4= Employment specialists assist clients obtain jobs with different employers 70-84% of the time.

5= Employment specialists assist clients obtain jobs with different employers 85-100% of the time.

10. Competitive jobs: Employment specialists provide competitive job options that have permanent status rather than temporary or time-limited status, e.g., TE (transitional employment positions). Competitive jobs pay at least minimum wage, are jobs that anyone can apply for and are not set aside for people with disabilities. (Seasonal jobs and jobs from temporary agencies that other community members use are counted as competitive jobs.)

DOC, INT,
OBS, ISP

1= Employment specialists provide options for permanent, competitive jobs less than 64% of the time, OR There are fewer than 10 current jobs.

2= Employment specialists provide options for permanent, competitive jobs about 65- 74% of the time.

3= Employment specialists provide options for permanent competitive jobs about 75-84%% of the time.

4= Employment specialists provide options for permanent competitive jobs about 85-94% of the time.

5= 95% or more competitive jobs held by clients are permanent.

*Formerly called IPS Model Fidelity Scale

**See end of document for key

11. Individualized follow-along supports:

Clients receive different types of support for working a job that are based on the job, client preferences, work history, needs, etc. Supports are provided by a variety of people, including treatment team members (e.g., medication changes, social skills training, encouragement), family, friends, co-workers (i.e., natural supports), and employment specialist. Employment specialist also provides employer support (e.g., educational information, job accommodations) at client's request. Employment specialist offers help with career development, i.e., assistance with education, a more desirable job, or more preferred job duties.

DOC, INT,
OBS, ISP

- 1= Most clients do not receive supports after starting a job.
- 2= About half of the working clients receive a narrow range of supports provided primarily by the employment specialist.
- 3= Most working clients receive a narrow range of supports that are provided primarily by the employment specialist.
- 4= Clients receive different types of support for working a job that are based on the job, client preferences, work history, needs, etc. Employment specialists provide employer supports at the client's request.
- 5= Clients receive different types of support for working a job that are based on the job, client preferences, work history, needs, etc. Employment specialist also provides employer support (e.g., educational information, job accommodations) at client's request. The employment specialist helps people move onto more preferable jobs and also helps people with school or certified training programs. The site provides examples of different types of support including enhanced supports by treatment team members.

12. Time-unlimited follow-along supports:

Employment specialists have face-to-face contact within 1 week before starting a job, within 3 days after starting a job, weekly for the first month, and at least monthly for a year or more, on average, after working steadily, and desired by clients. Clients are transitioned to step down job supports from a mental health worker following steady employment. Employment specialists contact clients within 3 days of learning about the job loss.

DOC, INT,
OBS, ISP

- 1= Employment specialist does not meet face-to-face with the client after the first month of starting a job.
- 2= Employment specialist has face-to-face contact with less than half of the working clients for at least 4 months after starting a job.
- 3= Employment specialist has face-to-face contact with at least half of the working clients for at least 4 months after starting a job.
- 4= Employment specialist has face-to-face contact with working clients weekly for the first month after starting a job, and at least monthly for a year or more, on average, after working steadily, and desired by clients.
- 5= Employment specialist has face-to-face contact within 1 week before starting a job, within 3 days after starting a job, weekly for the first month, and at least monthly for a year or more, on average, after working steadily and desired by clients. Clients are transitioned to step down job supports, from a mental health worker following steady employment clients. Clients are transitioned to step down job supports from a mental health worker following steady employment.

*Formerly called IPS Model Fidelity Scale

**See end of document for key

		Employment specialist contacts clients within 3 days of hearing about the job loss.
13. <u>Community-based services</u> : Employment services such as engagement, job finding and follow-along supports are provided in natural community settings by all employment specialists. (Rate each employment specialist based upon their <u>total</u> weekly scheduled work hours, then calculate the average and use the closest scale point.)	DOC, INT OBS	1= Employment specialist spends 30% time or less in the scheduled work hours in the community. 2= Employment specialist spends 30 - 39% time of total scheduled work hours in the community. 3= Employment specialist spends 40 -49% of total scheduled work hours in the then community. 4= Employment specialist spends 50 - 64% of total scheduled work hours in the community. 5= Employment specialist spends 65% or more of total scheduled work hours in the community.
14. <u>Assertive engagement and outreach by integrated treatment team</u> : Service termination is not based on missed appointments or fixed time limits. Systematic documentation of outreach attempts. Engagement and outreach attempts made by integrated team members. Multiple home/community visits. Coordinated visits by employment specialist with integrated team member. Connect with family, when applicable. Once it is clear that the client no longer wants to work or continue SE services, the team stops outreach.	MIS, DOC, INT, OBS	1= Evidence that 2 or less strategies for engagement and outreach are used. 2= Evidence that 3 strategies for engagement and outreach are used. 3= Evidence that 4 strategies for engagement and outreach are used. 4= Evidence that 5 strategies for engagement and outreach are used. 5= Evidence that all 6 strategies for engagement and outreach are used: i) Service termination is not based on missed appointments or fixed time limits. ii) Systematic documentation of outreach attempts. iii) Engagement and outreach attempts made by integrated team members. iv) Multiple home/community visits. v) Coordinated visits by employment specialist with integrated team member. vi) Connect with family, when applicable.

*Data sources:

MIS	Management Information System
DOC	Document review: clinical records, agency policy and procedures
INT	Interviews with clients, employment specialists, mental health staff, VR counselors, families, employers
OBS	Observation (e.g., team meeting, shadowing employment specialists)
ISP	Individualized Service Plan

2/14/96
6/20/01, Updated
1/7/08, Revised

Supported Employment Fidelity Scale Score Sheet

Staffing		
1.	Caseload size	Score:
2.	Employment services staff	Score:
3.	Vocational generalists	Score:
Organization		
1.	Integration of rehabilitation with mental health thru team assignment	Score:
2.	Integration of rehabilitation with mental health thru frequent team member contact	Score:
3.	Collaboration between employment specialists and Vocational Rehabilitation counselors	Score:
4.	Vocational unit	Score:
5.	Role of employment supervisor	Score:
6.	Zero exclusion criteria	Score:
7.	Agency focus on competitive employment	Score:
8.	Executive team support for SE	Score:
Services		
1.	Work incentives planning	Score:
2.	Disclosure	Score:
3.	Ongoing, work-based vocational assessment	Score:
4.	Rapid search for competitive job	Score:
5.	Individualized job search	Score:
6.	Job development—Frequent employer contact	Score:
7.	Job development—Quality of employer contact	Score:
8.	Diversity of job types	Score:
9.	Diversity of employers	Score:
10.	Competitive jobs	Score:
11.	Individualized follow-along supports	Score:
12.	Time-unlimited follow-along supports	Score:
13.	Community-based services	Score:
14.	Assertive engagement and outreach by integrated treatment team	Score:
Total:		

115 – 125 = Exemplary Fidelity

100 - 114 = Good Fidelity

74 – 99 = Fair Fidelity

73 and below = Not Supported Employment

*Formerly called IPS Model Fidelity Scale

**See end of document for key