



La réinsertion socioprofessionnelle des travailleurs salariés éloignés du marché du travail

Développement humain et socioprofessionnel des personnes
en incapacité de travail

Colloque du 02/12/2016

La réinsertion socioprofessionnelle: Un investissement social?

Jean Alves, Responsable du département réinsertion socioprofessionnelle
Service des indemnités de l'INAMI



1. Situation des travailleurs salariés en assurance Indemnités en Belgique ?

Constat: Augmentation du nombre d'invalides en incapacité de travail de longue durée (1/2)

année	Évolution des invalides	augmentation	% augmentation
		t/t-1	t/t-1
2004	204.397		
2005	208.595	4.198	2,05%
2006	215.822	7.227	3,46%
2007	223.684	7.862	3,64%
2008	232.153	8.469	3,79%
2009	245.209	13.056	5,62%
2010	257.935	12.726	5,19%
2011	269.499	11.564	4,48%
2012	283.541	14.042	5,21%
2013	299.408	15.867	5,60%
2014	321.573	22.165	7,40%
2015	346.971	25.398	7,90%

Facteurs explicatifs:

- Le nombre total d'invalides est passé de 168.083 à 346.971 entre 1995 et 2015. Ceci correspond à une hausse de 178.888 invalides.
- La plus forte augmentation du nombre d'invalides s'observe chez les femmes. Entre 1995 et 2014, le nombre de femmes invalides a progressé sans cesse passant de 61.350 en 1995 à 178.653 en 2014. Ceci correspond à une augmentation de 117.303 invalides sur une période de 20 ans.



Constat: Augmentation du nombre d'invalides en incapacité de travail de longue durée (2/2)

Facteurs explicatifs (Suite):

- Chez les hommes, on observe une légère diminution du nombre d'invalides entre 1995 et 1997. À partir de 1998, le nombre d'hommes invalides augmente de nouveau. Sur toute la période considérée, 106.733 à 142.920, ce qui correspond à une augmentation de 36.187 hommes invalides sur une période de 20 ans.

Remarquons que pour les invalides aussi, le relèvement de l'âge de la pension influence l'évolution du nombre d'invalides. Le relèvement de l'âge de la pension des femmes a, de 2 façons, une incidence sur le nombre de femmes invalides :

- les femmes risquent de devenir invalides jusqu'à un âge plus avancé.
- Les femmes qui sont déjà reconnues invalides, peuvent, si la reconnaissance de l'incapacité de travail est maintenue, rester plus longtemps en invalidité. Dans le passé, ces femmes sortaient de l'invalidité à l'âge de 60 ans. Elles passaient alors à un régime de pension. Suite au relèvement de l'âge de la pension, le nombre de femmes invalides dans la catégorie d'âge 60-65+ est passé de 209 à 27.713, dans la période 1995-2014.

Evolution en incapacité primaire (1ère année) (1/2)

Evolutions des nouveaux cas d'incapacité primaire (actif ou chômeur) de 2010 à 2012 :

Proportionnellement l'augmentation du nombre de nouveaux cas par rapport à 2013 est pratiquement équivalente selon qu'il s'agit d'actifs (+2,52%) ou de chômeurs (+2,62%).

On enregistre une légère baisse en 2015.

Nouveaux cas en incapacité primaire					
	2011	2012	2013	2014	2015
Actifs	302.466	296.481	294.689	302.128	305.178
Chômeurs	76.513	75.925	82.794	84.966	76.501
Total	378.979	372.406	377.483	387.094	381.679

Evolution en incapacité primaire (1ère année) (2/2)

Nouveaux cas en incapacité primaire					
	2011	2012	2013	2014	2015
Actifs	302.466	296.481	294.689	302.128	305.178
Chômeurs	76.513	75.925	82.794	84.966	76.501
Total	378.979	372.406	377.483	387.094	381.679

L'augmentation du nombre de cas provoque une forte augmentation du nombre de jours indemnisés. En 2014 le nombre de jours indemnisés augmente de 8,1% et de 1,65% supplémentaire en 2015.

Incapacité primaire					
année	2011	2012	2013	2014	2015
jours	32.696.094	33.187.374	34.550.234	37.317.356	37.933.015
%		1,50%	4,11%	8,01%	1,65%



Evolution des jours indemnisés, des invalides, des entrées et des sorties

On constate pour 2014 et 2015 une augmentation importante des jours indemnisés , du nombre d'invalides et surtout des entrées par rapport aux exercices antérieurs.

Le nombre d'entrées en 2014 a augmenté de 12,01% et de 10,02% en 2015, alors que les sorties stagnent depuis 2013. Le fait que proportionnellement très peu d'invalides sortent, explique que le nombre d'invalides atteint 346.971 unités en 2015.

Invalidité					
année	2011	2012	2013	2014	2015
jours	81.211.654	85.009.195	89.818.988	95.519.687	103.076.828
%		4,68%	5,66%	6,35%	7,91%
invalides	269.499	283.541	299.408	321.573	346.971
entrées	47.061	50.452	52.499	58.803	64.694
%		7,21%	4,06%	12,01%	10,02%
sorties	36.621	38.186	38.361	38.842	41.789
%		4,27%	0,46%	1,25%	7,59%

Dépenses en incapacité de travail 2014 (1/2)

Dépenses en Indemnités de 2011 à 2015

Incapacité primaire					
année	2011	2012	2013	2014	2015
montants	1.396.783.066,59	1.456.755.526,02	1.555.127.578,84	1.694.034.778,24	1.755.603.692,50
%		4,29%	6,75%	8,93%	3,63%
Invalidité					
année	2011	2012	2013	2014	2015
montants	3.336.535.071,57	3.603.821.338,16	3.888.007.303,71	4.138.510.213,38	4.461.583.986,37
%		8,01%	7,89%	6,44%	7,81%

Total des dépenses en 2015 : 6.217.187.678€

Explications possibles de l'augmentation des dépenses

- Le vieillissement de la population: L'incapacité de travail augmente avec l'âge, quelque soit l'état social, l'exercice ou non d'une activité. Le vieillissement de la population active qui est toujours en cours, engendre une augmentation de l'incapacité de travail. La féminisation du marché du travail avec une augmentation du nombre de femmes dans les catégories d'âge élevées est d'importance d'autant plus que l'absentéisme est plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Explications possibles de l'augmentation des dépenses (Suite)

- L'émergence de nouvelles cartographies des maladies : Les affections musculosquelettiques et les problématiques psychiques restent les raisons principales de l'absentéisme de longue durée et continuent à augmenter.
- Les mesures prises dans d'autres secteurs de la sécurité sociale: Au cours des exercices précédents, des mesures ont été prises dans la réglementation chômage et des pensions. Ces mesures prises dans d'autres secteurs ont très probablement une influence sur les entrées en invalidité.

Ces explications possibles de l'augmentation des invalides se réfèrent à quelques études récentes réalisées par le Centre de Connaissance du service des indemnités. Il s'agit d'une part d'une étude relative à l'absentéisme en période d'incapacité primaire et d'autre part aux facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides. Dans ces études, les causes ci-dessus sont explicitées.

<http://www.inami.fgov.be/fr/themes/incapacite-travail/Pages/Centre-d'expertise>



Coût de l'absentéisme pour les entreprises

Selon le White paper 2015 de Securex,
le coût de l'absentéisme pour les entreprises en Belgique s'élève à
10.520.876.816 €

2. Quelles sont les mesures favorisant la réinsertion socioprofessionnelle dans le secteur de l'assurance indemnités ?



1. Mesures favorisant la réinsertion socioprofessionnelle dans le secteur de l'assurance indemnités

❑ La reprise progressive d'un travail adapté à l'état de santé (point 1.1.)

Article 100, §2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994 (LC)

❑ Le suivi d'un programme de réinsertion socioprofessionnelle (point 1.2.)

Article 106 et article 109bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994

❑ L'offre d'un plan de réintégration socioprofessionnelle (nouvelle mesure - voir point 2.)

Nouveau §1/1 inséré à l'article 100 LC par la loi-programme du 19/12/2014 (MB du 29.12.2014)

Mesures d'aide à la réinsertion socioprofessionnelle et au retour à l'emploi:

➤ Durant une période de reconnaissance de l'état d'incapacité de travail

- Le travailleur doit avoir été préalablement reconnu incapable de travailler au sens de l'assurance indemnités (article 100, §1^{er} de la loi coordonnée le 14 juillet 1994)
- Et doit donc d'abord avoir cessé toute activité (la cessation d'activité constituant l'une des conditions pour la reconnaissance de l'état d'incapacité)



Ces mesures peuvent être sollicitées par le travailleur dès la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail

Mesures d'aide à la réinsertion socioprofessionnelle et au retour à l'emploi:

Valorisation des capacités restantes

- Evaluation de l'incapacité de travail de manière plus globale:
 - Evaluation des **conditions de reconnaissance** de l'état d'incapacité de travail
 - Evaluation des **capacités restantes** en vue de pouvoir soutenir le travailleur dans le cadre d'un processus volontaire
 - de reprise progressive d'un travail adapté à l'état de santé
 - de suivi d'un programme de réinsertion socioprofessionnelle
- Evaluation à réaliser le plus rapidement possible (pour garantir les chances de réussite)

Mesures d'aide à la réinsertion socioprofessionnelle et au retour à l'emploi:

Rôle clé du médecin-conseil de la mutualité

- Acteur de 1^{ère} ligne dans le processus de reconnaissance de l'état d'incapacité de travail (compétence exclusive durant la première année d'incapacité) ainsi que dans le processus de réinsertion socioprofessionnelle
- En contact direct avec le travailleur reconnu incapable de travailler: rôle d'accompagnement et de conseil
- Le médecin-conseil veille à la réinsertion socioprofessionnelle et participe au processus de réinsertion socioprofessionnelle (missions légales)
- **Approche intégrée et multidisciplinaire** : consultation, avec le consentement du travailleur, de tous les acteurs concernés (médecin traitant, employeur, conseiller en prévention-médecin du travail et conseiller des services et organismes des Régions et Communautés qui participent à la réinsertion socioprofessionnelle)

1. Mesures favorisant la réinsertion socioprofessionnelle dans le secteur de l'assurance indemnités

1.1. La reprise progressive d'un travail adapté à l'état de santé au cours d'une période de reconnaissance de l'incapacité de travail



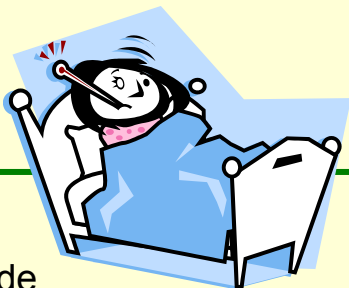
1.1. La reprise progressive d'un travail adapté à l'état de santé (1/4)

- Processus volontaire de reprise progressive
- Assouplie depuis avril 2013: le travailleur qui a déclaré et demandé préalablement l'autorisation peut déjà reprendre le travail dans l'attente de la décision du médecin-conseil (à rendre dans un délai relativement court)
- Compétence décisionnelle: compétence exclusive du médecin-conseil de la mutualité (tant en incapacité primaire qu'en invalidité)
- implique une approche intégrée avec tous les acteurs concernés (le travailleur, le médecin-conseil, le médecin traitant, l'employeur et le conseiller en prévention-médecin du travail)
- assortie de conditions d'ordre médical à remplir par le travailleur:
 - ✓ Le travailleur doit, sur le plan médical, conserver une réduction de sa capacité d'au moins 50% (évaluation sur le plan physique ou physiologique)
 - ✓ La reprise doit être compatible avec l'état de santé du travailleur

1.1. La reprise progressive d'un travail adapté à l'état de santé (2/4)

Entreprendre une reprise progressive du travail au cours de l'incapacité de travail
(pour permettre à terme une reprise complète de son travail)

Travailleur



Reconnue incapable de travailler

Demande d'autorisation de reprise d'un travail adapté



Bénéficiaire d'allocations de chômage

Cessation de toute activité

Dans l'attente de la décision du médecin-conseil: il peut déjà reprendre le travail

Le médecin-conseil devra rendre sa décision au plus tard le 30ème jour ouvrable à dater du 1er jour de la reprise

1.1. La reprise progressive d'un travail adapté à l'état de santé (3/4)

- Le médecin-conseil doit définir la nature, le volume et les conditions d'exercice de la reprise dans l'autorisation
- pas de caractère contraignant de l'autorisation vis-à-vis de l'employeur (d'où l'importance d'une concertation préalable)



Cette autorisation ne doit pas nécessairement correspondre à un mi-temps

L'autorisation de reprise d'un travail adapté peut être accordée:

- pour un nombre d'heures supérieur à un mi-temps
- pour un nombre d'heures inférieur à un mi-temps
- pour une reprise chez le même employeur ou chez un autre employeur (voire, comme indépendant)

Le travailleur occupé à temps partiel (avant son IT) peut également obtenir une autorisation de reprise d'une activité réduite

1.1. La reprise progressive d'un travail adapté à l'état de santé (4/4)

Durant la période de reprise autorisée par le médecin-conseil

Reconnaissance de l'état d'incapacité

Reste reconnu incapable de travailler

Pour autant qu'il continue à remplir les conditions d'ordre médical (sur le plan médical, réduction de sa capacité d'au moins 50 % et compatibilité) – pas de présomption d'incapacité durant la reprise

Maintien des indemnités, éventuellement réduites

Le revenu professionnel journalier brut (diminué des cotisations ONSS) perçu est pris en considération.

Si ce revenu se situe au-delà de 15,6068 EUR: une réduction de l'indemnité d'incapacité de travail journalière sera opérée à concurrence d'un certain pourcentage fixé par tranche de revenus

1. Mesures favorisant la réinsertion socioprofessionnelle dans le secteur de l'assurance indemnités

1.2. Le suivi d'un programme de réinsertion socioprofessionnelle au cours d'une période de reconnaissance de l'incapacité de travail



1.2. Le suivi d'un programme de réinsertion socioprofessionnelle (1/4)

- **Processus volontaire** de suivi d'un programme de réinsertion socioprofessionnelle
- En faveur du travailleur **reconnu inapte définitivement à exercer son dernier emploi et ses professions de référence** ou pour lequel il n'existe qu'un pronostic favorable de pouvoir, à terme, reprendre l'exercice de l'une de ses professions de référence
- **Démarche encadrée du travailleur**: accompagnement et soutien du travailleur dans sa volonté de suivre un programme de réinsertion socioprofessionnelle. Une évaluation individuelle du travailleur pourra préalablement être réalisée par le médecin-conseil en vue de déterminer si celui-ci est en mesure de suivre un tel programme
- **Suivi d'une formation, d'un apprentissage ou d'une formation dans et hors du cadre des Conventions de coopérations** conclues avec les Offices régionaux de l'emploi et de la formation (INAMI - VDAB, GTB pour la Flandre, FOREM, AWIPH pour la Wallonie et Actiris, Bxl-F, VDAB et Phare pour la Région de Bruxelles-Capitale).



1.2. Le suivi d'un programme de réinsertion socioprofessionnelle (2/4)

- Rôle central des conventions régionales guidées et suivies par les **comités d'accompagnement** composées par l'INAMI, les organismes assureurs et les partenaires de l'emploi et du handicap (création de plateforme de coordination au niveau des Directions régionales des partenaires des conventions)
- Implique une **approche intégrée** avec tous les acteurs concernés (le travailleur, le médecin-conseil, le médecin traitant, l'employeur, conseiller en prévention-médecin du travail et le conseiller des services et organismes des Régions et Communautés qui participent à la réinsertion socioprofessionnelle)
- Compétence décisionnelle: proposition de trajet de réinsertion socioprofessionnelle introduite par le **médecin-conseil** (tant en incapacité primaire qu'en invalidité) au **Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI**, compétent pour l'octroi de l'autorisation de prise en charge par l'assurance indemnités du programme de réadaptation



1.2. Le suivi d'un programme de réinsertion socioprofessionnelle (3/4)

Durant la période de suivi autorisé d'un programme de réinsertion socioprofessionnelle

Reconnaissance de l'état d'incapacité

- **Présomption d'incapacité de travail**

Article 239, §2 AR 03.07.1996

Maintien des indemnités

Prise en charge des frais liés à l'examen d'orientation professionnelle, les frais de réinsertion socioprofessionnelle proprement dite (notamment, les frais d'inscription au cours et les frais d'examens), les frais de déplacement et les frais de matériel

Prime de **5 euros** par heure effectivement suivie de formation



1.2. Le suivi d'un programme de réinsertion socioprofessionnelle (4/4)

A l'issue de cette formation et durant les 6 mois qui suivent = phase de réintégration

Prise en charge des coûts liés à la réinsertion effective : ces frais doivent contribuer directement à l'intégration effective du titulaire, et être en proportion avec le but à atteindre (par exemple, frais de timbre liés à l'envoi de candidatures)

Octroi d'une allocation forfaitaire de 500 EUR pour les formations réussies.

Au terme de cette phase de réintégration

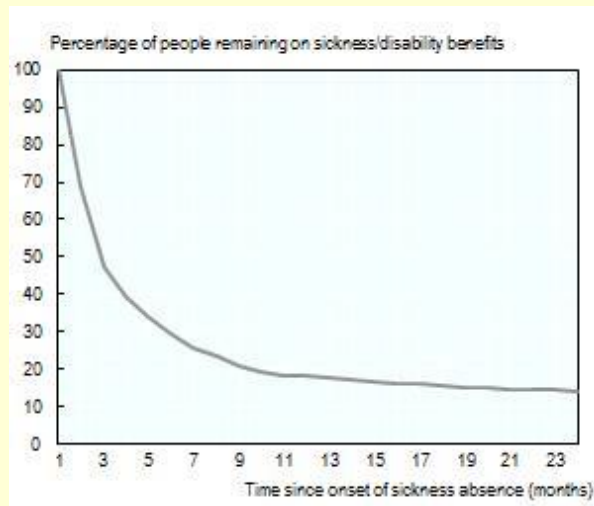
Prise en compte des nouvelles compétences professionnelles acquises pour l'évaluation de l'incapacité de travail

2. Quels sont les obstacles et les pistes d'amélioration à la réinsertion socioprofessionnelle pour ce qui concerne le secteur de l'assurance indemnités ?

2. Obstacles et pistes d'amélioration à la réinsertion socioprofessionnelle

> Facteurs psychosociaux

Risque de perte de confiance



Craintes du retour à l'emploi



Intervention précoce

Les chances de réussite sont plus élevées lorsque la réinsertion se déroule dans les premiers mois de l'incapacité de travail

2. Obstacles et pistes d'amélioration à la réinsertion socioprofessionnelle



Intervention précoce

- Évaluation des **capacités restantes**
 - Possibilité pour le travailleur de solliciter une mesure de réinsertion **dès la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail**
-
- **Plan Back to work** (approuvé par le Gouvernement fédéral en mai 2011 et repris dans le contrat d'administration de l'INAMI 2016-2018) : suppression de l'autorisation préalable du médecin-conseil pour la reprise d'un travail adapté à l'état de santé – augmentation du cumul maximum autorisé entre les indemnités et le revenu issu du travail adapté – accords de coopération avec les Régions et Communautés dans le cadre des trajets de formation – réinsertion socioprofessionnelle
 - **L'offre d'un plan de réintégration socioprofessionnelle (nouvelle mesure)**
Mesure insérée par la Loi-programme du 19 décembre 2014 (MB 29.12.2014) dans l'article 100, §1/1 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994

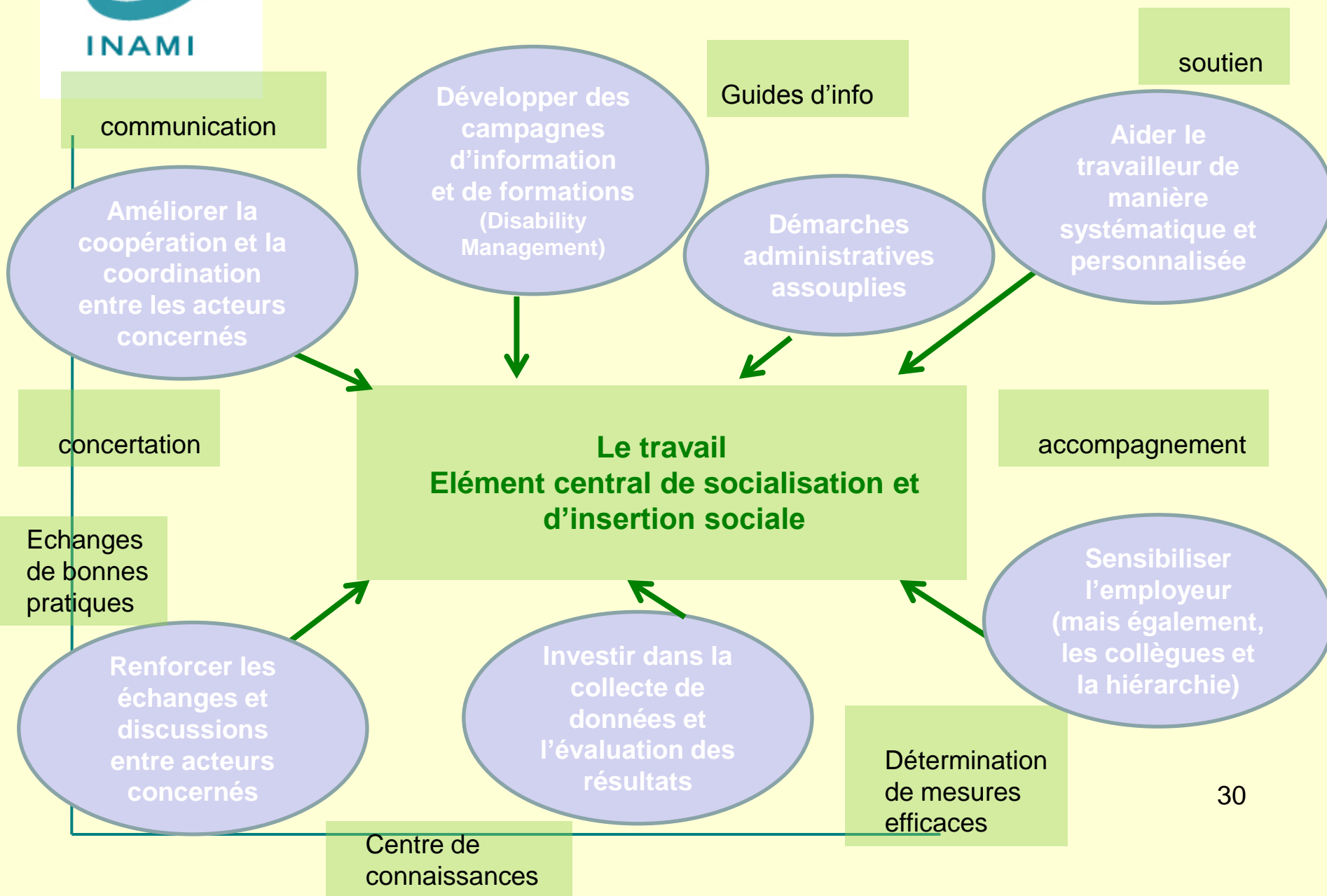
2. Obstacles et pistes d'amélioration à la réinsertion socioprofessionnelle

L'offre d'un plan de réintégration socioprofessionnelle (suite)

Article 100, §1/1 de la loi coordonnée 14 juillet 1994

- Mesure visant à prévoir l'offre obligatoire d'un plan de réintégration socioprofessionnelle établi par le médecin-conseil au plus tard trois mois après le début de la période d'incapacité de travail
- En faveur de l'assuré social pour lequel une telle réintégration peut être envisagée compte tenu de ses capacités restantes
- Après une consultation approfondie entre le médecin-conseil et tous les acteurs concernés (le travailleur, le médecin-traitant, l'employeur, le conseiller en prévention-médecin du travail, le conseiller des organismes régionaux) – approche multidisciplinaire
- Ce plan de réintégration fera l'objet d'un suivi régulier
- Le Roi détermine le contenu et les modalités du plan de réintégration ainsi que les modalités du suivi régulier (Arrêté royal en vigueur à partir du 01/12/2016)

2. Obstacles et pistes d'amélioration à la réinsertion socioprofessionnelle





2. Obstacles et pistes d'amélioration à la réinsertion socioprofessionnelle

➤ La réinsertion socioprofessionnelle en chiffres: premiers effets

Mesure de reprise d'un travail adapté:

En 2011, il y avait 41.964 reprises de travail autorisées (indépendants et salariés).

En 2014, ce nombre est passé à 54.620.

Soit +/- 12.000 de plus qu'en 2011.

Cette augmentation est d'autant plus remarquable qu'on se situe dans un contexte de crise économique peu propice au retour à l'emploi.

Ces reprises de travail à temps partiel débouche en moyenne à 40% de reprise de travail à temps plein et débutent pour 75% des titulaires pendant la 1^{ère} année d'incapacité.

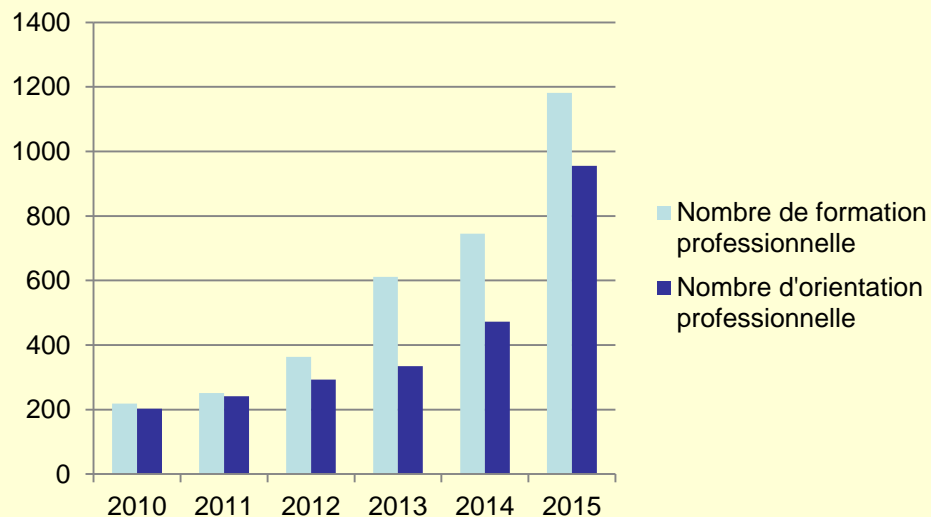
Mesure de suivi d'un programme de réinsertion socioprofessionnelle:

Entre 2010 et 2015, le nombre de parcours de formation passe de 219 à 1181 nouveaux parcours de formation et les parcours d'orientation de 203 à 955.

Depuis 2010 ce chiffre a donc été multiplié par 5.

Nombre de parcours de 2010 à 2015

Entre 2010 et 2015, 3370 parcours de formation et 2499 orientations ont été suivis.



Budget et dépenses en réinsertion socioprofessionnelle de 2010 à 2015

- Depuis 2010 les dépenses en réinsertion socioprofessionnelle n'ont jamais dépassé les 40% du budget prévu.

Coûts globaux de la réinsertion socioprofessionnelle (budget et dépenses) par an.

ANNEE	Budget	Dépenses	% (dépenses/budget
	Loontr. - Sal.	Loontr. - Sal.	Loontr. - Sal.
2010	5.200.000 €	1.388.250,34 €	26%
2011	11.710.000 €	1.521.656,97 €	12%
2012	15.130.000 €	2.494.742,24 €	16%
2013	15.130.000 €	6.001.881,54 €	39%
2014	15.130.000 €	6.092.093,46 €	40%
2015	15.130.000 €	5.364.420,03 €	35%



Résultats : Estimation provisoire

- 32% des parcours de formation professionnelle et 26% des orientations professionnelles débouche sur une sortie de l'invalidité.
- La réinsertion socioprofessionnelle de 2010 à 2015:
 - a coûté 23.284.239 € pour un budget de 78.082.000€.
 - L'estimation des indemnités économisées est de 28.315.461€, avec une différence positive entre les économies et les coûts de 5.031.222€. (calculés sur base du coût moyen d'une année d'invalidité)
 - Le montant dépensé en réinsertion socioprofessionnelle ne représente que 82,2 % des économies réalisées en indemnités et 36% du budget alloué à la réinsertion sur la période.

3. Entre réalité opérationnelle et stratégie d'investissement social orientée vers le futur: La réinsertion socioprofessionnelle en Belgique



Stratégie d'investissement social orientée vers le futur

Il reste encore beaucoup à faire, un long chemin à parcourir :

- L'opérationnalisation du plan réintégration du gouvernement Michel reste à mettre en place durablement.
- La coordination des moyens et des ressources en réinsertion socioprofessionnelle est nécessaire pour une prise en charge de qualité des assurés.
- Des études nombreuses demandées et financées par le Centre de Connaissances du service des Indemnités de l'INAMI viendront éclairer encore cette matière et apporter des recommandations pour améliorer notre travail.
- Le service des Indemnités de l'INAMI se prépare pour faire face aux besoins croissants, pour permettre précocité et justesse dans les actions au fil d'un parcours de réinsertion socioprofessionnelle, et donne une place centrale au travail social
- Les freins concernant les reprises de travail à temps partiel sont levés, un assuré social peut spontanément reprendre le travail auprès de son employeur dans le cadre d'un temps partiel médical en introduisant une demande d'autorisation à son médecin-conseil.
- Les directives règlementaires et les bonnes pratiques expérimentées dans les projets pilotes des conventions régionales sont répercutées vers l'ensemble des opérateurs.



La sensibilisation

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

- La création d'un Collège national de Médecine d'Assurance Sociale en matière d'incapacité de travail devrait dans les prochaines années assurer que cette vision soit partagée par l'ensemble des secteurs et des acteurs, ce qui facilitera d'autant le travail de terrain et la diffusion d'informations pertinentes et cohérentes entre système pourtant différent.
- Un nouveau certificat médical pour la déclaration d'une incapacité de travail, élaboré par le Conseil Technique Médical du service des Indemnités, obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2016 prévoit que le médecin traitant ou spécialiste pose une date de fin d'incapacité et fasse un premier pronostic concernant les chances de retour au travail.



Le changement (1/2)

Le service des Indemnités montre être capable de changer et de s'adapter aux nouveaux défis liés à la croissance du nombre d'invalides.

- L'investissement social dans la réinsertion socioprofessionnelle des travailleurs en incapacité de travail et en invalidité est un pilier pour l'avenir.
- De nouveaux métiers seront appuyés et financés par le service des Indemnités, le job coaching pour l'accompagnement spécialisé vers le retour au travail (IPS), le disability management pour la coordination des actions et des acteurs au fil de l'incapacité de travail.



Le changement (2/2)

Un vaste apprentissage collectif.

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

- Une coordination des moyens et des ressources des différents secteurs emploi, santé, émancipation sociale, formation professionnelle est indispensable...
- C'est l'enjeu d'une société qui se veut rationalisée et raisonnable dans ses coûts et investissements.



Les partenariats

L'INAMI ne travaille pas seul

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

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

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



Se réinventer

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

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

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



Une société transitionnelle

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

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

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

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



Créer les conditions du changement

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

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

Elle cherche à les sécuriser et à les valoriser.

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

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

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



Merci pour votre attention.

Alves Jean
Responsable du Département Réinsertion socioprofessionnelle
Service des Indemnités
Tél.: 02/739.76.98
Fax: 02/739.76.92
jean.alves@inami.fgov.be

Institut national d'assurance maladie-
invalidité
Avenue de Tervueren 211
1150 Bruxelles
<http://www.inami.be>