



COLLECTIF
CONTRE LES
VIOLENCES
FAMILIALES ET
L'EXCLUSION

LES TRAJETS DE RÉINSERTION POUR FEMMES MALADES ET SANS EMPLOI : UNE APPROCHE FEMINISTE DE L'INTERSECTION ENTRE FEMMES, TRAVAIL, HANDICAP ET MALADIE

Par Delphine Dessart



LA COLUMNA ROTA, FRIDA KAHLO

Au travers de la réforme de l'incapacité de travail de 2014, voici une analyse qui propose de partir à la découverte des situations de femmes qui un jour, suite à un accident ou par le biais d'une maladie, n'ont plus été aptes à travailler. Pour comprendre comment leurs histoires, situées à l'intersection entre leur genre, le travail, le handicap et/ou la maladie, éclairent des politiques d'activation très souvent mal vécues par le public auquel elles s'adressent. Pour aborder la question du validisme et la façon dont il touche les femmes, de leurs corps à leurs droits sociaux en passant par leur accès à l'emploi, à la vie sociale et culturelle. Et pour réfléchir à des pistes visant à lever la double peine qui est actuellement celle des femmes malades et/ou en situation de handicap.

« Tout ça, c'est une vaste blague, non ? Vous êtes assise, là, (...) en face d'un homme qui est malade, qui cherche un travail qui n'existe pas et que de toute façon il ne fera pas. Je perds mon temps. Les employeurs, idem. Vous, idem. Tout cela est totalement humiliant. Ça me détruit. Ou alors, c'est le but. Faire disparaître mon nom de vos ordis. Et moi, j'en ai ras-le-bol, j'arrête les frais. (...) Quand c'est votre dignité que vous êtes en train de perdre, vous êtes foutu. »

« Moi, Daniel Blake », Ken Loach (GB, 2016)

Introduction

Le passage de l'Etat-providence à l'Etat social actif¹ mène progressivement à des réformes de la sécurité sociale, généralement opaques pour le public mais qui le touchent de plein fouet. Si certaines réformes ont connu médiatisation et opposition vive², ce n'est pas le cas pour celle de l'incapacité de travail, qui a fait l'objet de critiques mais a connu peu de réactions populaires. Elle a donné naissance aux trajets de réintégration et de réinsertion. Si elle semble partir de bonnes intentions, en pratique, elle peut avoir de lourds effets sur le public. Parmi ce dernier, il y a ces femmes sans emploi en incapacité de travail³ ou en invalidité⁴ accompagnées par le département formations du CVFE, SOFFT⁵. Ces femmes partagent avec les formatrices leur vécu douloureux, à l'origine de cette analyse.

Convocations répétitives à des entretiens humiliants, injonctions à prendre sur soi, psychologisation de leurs états de santé physique, négation ou minimisation de leurs troubles de la santé mentale, suspicion, menaces de sanctions, au travers de leurs témoignages, nous tenterons de répondre à cette question : les trajets de réinsertion constituent-ils réellement un progrès pour la société et les femmes en incapacité ou en invalidité, ou s'agit-il d'un enfer pavé de bonnes intentions ?

Les trajets de réintégration et de réinsertion

En 2014, Maggie De Block, Ministre de la santé, s'allie à Chris Peters, alors Ministre de l'Emploi, pour rédiger deux arrêtés royaux. Le premier modifie l'application de la loi du 28/5/2003 sur la surveillance des malades en incapacité de travail, donnant ainsi naissance aux **trajets de réintégration**. Le second, quant à lui, modifie la loi du 14/7/1994 sur l'incapacité de travail, conduisant à l'instauration des **trajets de réinsertion**. Les missions des médecins-conseils sont modifiées⁶.

¹ <https://www.cairn.info/revue-courrier-hebdomadaire-du-crisp-2001-32-page-5.htm>

² En ce qui concerne la réforme des allocations d'insertion, par exemple.

³ Elles l'étaient déjà au moment de l'incapacité ou ont perdu leur emploi entre temps.

⁴ Le passage de l'incapacité de travail à l'invalidité a lieu après un an d'incapacité.

⁵ SOFFT est le Service d'Orientation et de Formation pour Femmes à la recherche d'un Travail, le département formations du CVFE, agréé comme CISP - www.soft.be

⁶ <https://www.partenamut.be/fr/ma-situation/decision-medecin-conseil>

Le trajet de réintégration⁷ concerne les personnes sous contrat de travail et en incapacité. Il consiste en une collaboration entre la personne concernée, le ou la médecin-conseil, le service de médecine du travail⁸ et l'employeur.euse. Son objectif est d'envisager le retour au travail de l'employé.e et les aménagements nécessaires à mettre en place par l'employeur.euse. Mais si la mesure peut favoriser la communication sur les aménagements utiles à la réintégration⁹, il arrive régulièrement que l'employeur.euse se déclare dans l'impossibilité de les proposer. Il se peut aussi que ce soit le.la travailleur.euse qui ne puisse envisager la reprise de son poste¹⁰. Dans ces deux derniers cas, la médecine du travail peut rompre le contrat pour cas de force majeure sans indemnité¹¹.

Le trajet de réinsertion¹², quant à lui, concerne les personnes qui n'ont pas ou plus de contrat de travail¹³ et a pour objectif de permettre leur reconversion professionnelle. Le trajet permet, par exemple, une reprise d'études, de tester des métiers via un stage¹⁴ ou d'être accompagné.e dans la définition d'un nouveau projet par, par exemple, le Forem, l'AVIQ¹⁵ ou un CISP¹⁶, comme SOFFT¹⁷, par exemple. En outre, en cas de refus de participer aux trajets, l'employé.e comme l'employeur.euse risque des sanctions¹⁸. Or, les mutualités reçoivent un incitant financier pour démarrer les trajets¹⁹. Si les trajets étaient, à l'origine pensés pour des personnes en maladie de longue durée, ils peuvent aujourd'hui débiter dès le deuxième mois d'incapacité.

Malgré différents contacts avec diverses institutions concernées par la réforme, nous n'avons malheureusement pas pu obtenir de statistiques suffisamment parlantes pour être exploitées dans cette analyse, ce qui nous conduit à un travail plus qualitatif que quantitatif. Toutefois, de telles statistiques concernant le genre, la tranche d'âge, la profession des personnes concernées auraient pu nous apporter un éclairage intéressant²⁰.

⁷ <https://www.jeveuxreprendre.be/>

⁸ <https://www.beswic.be/fr/themes/information-pour-les-medecins-traitants/cadre-legal-de-la-medecine-du-travail/taches-du-medecin-du-travail>

⁹ Aménagement des horaires, procédures internes, poste de travail, matériel, ...

¹⁰ En cas de burn-out ou de harcèlement professionnel, par exemple.

¹¹ Il y a perte d'emploi sans indemnité avec ou sans maintien de l'incapacité de travail.

¹² <https://www.jeveuxreprendre.be/>

¹³ Dont ces personnes dont le contrat de travail a été rompu pour cas de force majeure.

¹⁴ <https://www.leforem.be/particuliers/tester-metier-mise-en-situation-professionnelle.html>

¹⁵ www.aviq.be

¹⁶ Centre d'Insertion Socioprofessionnelle, comme SOFFT.

¹⁷ Selon les informations reçues d'une mutualité, la personne est orientée vers l'AVIQ quand elle présente une pathologie plus lourde, si non, elle est orientée vers le Forem qui oriente ensuite vers SOFFT.

¹⁸ https://www.rtb.be/info/belgique/detail_reintegration-des-malades-de-longue-duree-sanctions-possibles-pour-les-patrons-ou-les-travailleurs?id=9921490

¹⁹ https://www.rtb.be/info/belgique/detail_incitant-financier-pour-les-mutuelles-poussant-les-malades-a-retravailler-une-approche-malsaine-denonce-ahmed-laaouej?id=9885655

²⁰ Chez SOFFT, les personnes concernées étaient issues des métiers dit du *care* (soit des métiers du nettoyage ou du soin aux personnes comme technicienne de surface ou aide familiale), « usées » par un travail physique au bout de quelques années de pratique.

Le rôle des médecins-conseils se voit grandement modifié par la réforme. Elleux qui évaluent la capacité d'un.e patient.e à reprendre le travail ont également un rôle de conseil et d'accompagnement²¹. Lors de rencontres, les médecins-conseils peuvent maintenir ou mettre fin à l'incapacité, ce qui constitue un pouvoir d'influence très important sur la vie des personnes concernées. Ils.elles peuvent aussi, aujourd'hui, décider de faire entrer le.la patiente dans un de ces trajets. Aujourd'hui, nombre de patient.e.s rapportent craindre les rendez-vous et se sentir de plus en plus souvent uniquement contrôlé.e.s, voire harcelé.e.s.

Le législateur a voulu mettre les employeurs.euses face à leurs responsabilités en imposant le trajet de réintégration mais conduit-il réellement aux résultats escomptés ? Et les trajets de réinsertion, sont-ils bénéfiques pour la personne malade ?

Entre idéalisation et critiques

La réforme a été défendue dans les médias²² par la Ministre De Block. Le Ministère de l'Emploi, du travail et de la concertation sociale a décrit la mesure comme un coup de pouce²³ qui viendrait répondre au coût important que constitueraient l'incapacité de travail et l'invalidité pour « *l'employeur, la sécurité sociale et pour la société* », mais aussi « *pour le travailleur* »²⁴. Aux yeux des représentant.e.s des employeurs.euses, la réforme est justifiée car l'incapacité « *est aussi un coût important pour l'employeur* »²⁵. De la part des pouvoirs publics et des représentant.e.s patronaux.ales, la mesure est présentée comme positive²⁶ et comme contribuant à l'égalité des chances et à la non-discrimination des

²¹ <https://www.mc.be/que-faire-en-cas-de/maladie-accident/incapacite-travail/medecin-conseil/incapacite>

²² <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/de-block-favorable-au-trajet-de-reintegration-des-malades-de-longue-duree-entame-plus-tot.html>

²³ <https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/la-surveillance-de-la-sante-des-travailleurs/reintegration-des>

²⁴ Il y perdrait non seulement un revenu, des contacts sociaux et qui pourrait acquérir des problèmes de santé causés par l'inactivité. Plus son incapacité serait longue, plus il aurait du mal à retourner vers le travail.

²⁵ « *C'est aussi un coût important pour l'employeur, son employé reste sur le payroll, cela provoque une surcharge de travail pour les collègues, l'ambiance du service se dégrade, et l'employeur peut difficilement réengager vu qu'il reste dans l'incertitude* ».

²⁶ En 2017, lors d'une journée d'étude de l'INAMI nommée « *la réinsertion professionnelle, un investissement social ?* », différents intervenants de services concernés par la mesure prennent la parole. Le Forem présente alors plusieurs « *success stories* »²⁶. Le travail est même présenté par un autre service comme « *une façon d'atteindre un sens et un but à sa vie et est donc considéré comme une composante importante du rétablissement* »²⁶. Un site²⁶ a même été créé spécialement pour promouvoir la mesure. On y trouve on y retrouve la mention : « *Vous avez désormais toutes les clés pour réussir un processus de réintégration !* » et trois témoignages vidéos très positifs de personnes qui ont pu reprendre le travail après leur incapacité.

personnes malades et/ou en situation de handicap²⁷. **Ces derniers objectifs sont effectivement fort louables mais qu'en est-il des effets pervers ?**

Les critiques émises au moment de la réforme de l'incapacité de travail ont généralement concerné les trajets de réintégration et non de réinsertion. Les syndicats ont parlé d'une « *machine à licencier* »^{28,29} tant les trajets accéléreraient les licenciements. En effet, en accélérant les procédures, l'employeur.euse peut se permettre de très vite se déclarer dans l'impossibilité de réintégrer le.la travailleur.euse à un poste aménagé. Le licenciement pour cas de force majeure, sans indemnité, est donc plus rapidement accessible. Du côté des politiques, certains partis ont critiqué la possibilité de sanctions³⁰, l'existence d'incitants financiers poussant les mutualités à inscrire davantage de personnes dans les trajets³¹, et décrit « *une logique budgétaire* »³² qui élude les conditions de travail et les contraintes familiales, l'explosion du burn-out et l'abandon du travail à temps plein, notamment par les femmes³³.

Les trajets de réinsertion au travers de quatre témoignages

Les trajets de réinsertion n'ont pas fait couler beaucoup d'entre. Si nous décidons d'en parler aujourd'hui, c'est parce que les CISP disposent maintenant d'un certain recul sur le sujet, grâce à différents accompagnements menés auprès de femmes concernées. Sandrine, Catherine et Amina³⁴ ont toutes trois, un jour, poussé la porte de SOFFT au moment de leur trajet de réinsertion, à l'initiative de leur conseiller.ère du FOREM. Rémi, quant à lui, n'a pas été suivi par SOFFT. Son témoignage apporte un autre éclairage sur la situation. Ces histoires³⁵ ont leurs divergences mais convergent en plusieurs points.

²⁷ Dans ce texte, ce concept de « *personne en situation de handicap* » est volontairement utilisé en lieu et place de celui de « *personne handicapée* » pour s'écarter du modèle médical et faire place au modèle social. <https://www.cairn.info/revue-d-ethique-et-de-theologie-morale-2009-HS-page-19.html>

²⁸ https://www.rtb.be/info/societe/detail_apres-la-maladie-retour-au-travail-ou-licenciement-quels-sont-les-veritables-chiffres-des-trajets-de-reintegration?id=10398470

²⁹ <https://www.fgtb.be/-/le-trajet-de-reintegration-des-malades-une-machine-a-licenciements-pour-les-employeurs>

³⁰ https://www.levif.be/actualite/belgique/perdre-son-emploi-ou-toucher-moins-d-indemnite-le-faux-choix-propose-par-le-gouvernement-aux-malades-de-longue-duree/article-opinion-844735.html?cookie_check=1597154950

³¹ https://www.rtb.be/info/belgique/detail_incitant-financier-pour-les-mutuelles-poussant-les-malades-a-retravailler-une-approche-malsaine-denonce-ahmed-laaouej?id=9885655

³² https://www.rtb.be/info/belgique/detail_incitant-financier-pour-les-mutuelles-poussant-les-malades-a-retravailler-une-approche-malsaine-denonce-ahmed-laaouej?id=9885655

³³ Muriel Gerkens pointe une logique budgétaire : « *Nous appelons une nouvelle fois la ministre de la Santé à mettre son énergie dans la protection de la santé des citoyens plutôt que d'uniquement suivre aveuglément une logique budgétaire. L'amélioration des temps de travail et des conditions de travail doivent intégrer réellement les contraintes des familles sous peine de poursuivre l'explosion de burn out, d'abandon du travail à temps plein, notamment par les femmes* »

³⁴ Prénoms d'emprunt

³⁵ Restituées dans leur intégralité en annexe.

Un trajet de réintégration ou de réinsertion commence par un choc : celui d'un accident, d'une maladie physique ou mentale parfois invalidante et qui, un jour, rend le travail impossible. Ce choc fera place à différentes étapes permettant l'acceptation d'une difficile réalité, comme un deuil³⁶. Face à la perte d'autonomie, il est nécessaire de se réadapter, ce qui passe par un processus plus ou moins long et qui ne prendra que plus de place si le parcours est assorti de stigmatisations³⁷, de discriminations³⁸ ou de traumatismes psychologiques.

Amina, par exemple, était aide-soignante et a vécu un accident de travail, dont elle se sent coupable. Sandrine a appris sa maladie congénitale sur le tard et subi de plein fouet des douleurs invalidantes soudaines. Elle a du mal à accepter de ne plus être capable de cumuler 38 heures de travail comme technicienne de surface et 20 heures comme serveuse en salon de thé. Catherine fait le deuil de son travail d'auxiliaire de l'enfance qu'elle occupait depuis trente ans, dans une école. Quant à Rémi, il a tiré un trait sur son métier d'informaticien et il n'en est plus au stade du deuil.

Le travail d'acceptation, surtout lorsque la maladie est chronique et invalidante, est énergivore et compliqué, passe par des allers-retours. Chez SOFFT, la totalité des accompagnements de personnes en incapacité de travail dans le cadre de la formation d'orientation en individuel³⁹ a laissé une place à ce travail et à l'orientation vers des services appropriés pour le continuer.

Les corps indociles réduits au silence

Dans « *Les Corps Indociles*⁴⁰ », un Podcast Arte Radio, Charlotte Bienaimé donne la parole à plusieurs femmes en situation de handicap. Elles abordent genre, corps et société validiste qui déshumanise, réduit au silence, hiérarchise les corps. Entre volonté de normalisation, d'institutionnalisation, de revalidation et de maltraitance de ces corps, un paradoxe marquant apparaît : l'image du handicap est extrêmement négative mais, malgré le manque d'emplois et surtout d'emplois accessibles, les personnes en situation de handicap sont sommées d'en trouver un.

La plupart des maladies de longue durée sont invalidantes et peuvent conduire à une reconnaissance de handicap. Amina, Catherine, Rémi et Sandrine en sont des exemples. Un handicap peut mener à un sentiment de victimisation pour lequel il n'existe ni auteur, ni délit. Il ne peut que se renforcer : dans un monde où tout tourne autour des corps valides, les corps indociles⁴¹ font l'objet d'un rejet et de

³⁶ <https://www.apamad.fr/accepter-sa-maladie/>

³⁷ Dans les cas de handicap, par exemple. <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-551/La-stigmatisation-un-probleme-frequent-aux-consequences-multiples>

³⁸ <https://www.unia.be/fr/criteres-de-discrimination/handicap>

³⁹ <https://sofft.be/accompagnement-individuel/>

⁴⁰ <https://www.arteradio.com/son/61661891/feminismes-et-handicaps-les-corps-indociles-19>

⁴¹ <https://www.arteradio.com/son/61661891/feminismes-et-handicaps-les-corps-indociles-19>

discriminations systématiques⁴². Les malades, quand à elleux, sont généralement considéré.e.s comme des victimes plaintives et la réponse à un besoin qu'iels expriment comme du favoritisme.

« *Le validisme ou capacitisme est une discrimination basée sur le handicap. C'est un système d'oppression qui considère que les personnes valides sont supérieures aux personnes handicapées. Le handicap est alors perçu comme quelque chose "d'anormal" et de honteux. L'idéal à atteindre est la validité*⁴³. »

Cas exemplaire, bien que l'accessibilité soit un droit, celui-ci n'est pas souvent respecté, si ce n'est au prix de longues batailles. C'est à cette occasion que l'hostilité ouverte envers les personnes en situation de handicap se fait le plus souvent ressentir, ce qui peut avoir un impact psychologique non négligeable sur leur bien-être psychologique et leur estime d'elles-mêmes. C'est ainsi que bien des personnes en situation de handicap préfèrent s'arranger avec une réalité inconfortable, en se privant par-là d'autonomie, plutôt que de faire valoir leurs droits⁴⁴. Une politique capitaliste et méritocratique considère un corps handicapé comme improductif, inutile. Mais malgré tout, ces femmes en situation de handicap deviennent les marchandises du système capitaliste⁴⁵ sommées de s'y soumettre. Comment envisager sereinement son accès à l'emploi lorsque la vie quotidienne tient d'un parcours du.de la combattant.e, quand on est perçue.e comme un poids, comme inutile ?

Quand le sentiment d'injustice renforce la victimisation

Malgré ses douleurs insupportables, Sandrine a vite compris que le médecin-conseil la suspectait d'exagérer ses symptômes. Avant d'être réopérée, elle a reçu l'injonction de retourner travailler comme technicienne de surface, considérée « *trop jeune* » pour être en incapacité⁴⁶. Elle attribue la cause de son état dépressif aux paroles blessantes de son médecin-conseil et à la répétition, vécue comme harcelante, de convocations à des contrôles au cours desquels elle a subi des examens douloureux et vécus comme humiliants⁴⁷.

Malgré les principes de non-discriminations inscrits dans le droit Belge et les droits universels garantis par la *Convention des Nations Unies*⁴⁸ relative aux droits des personnes handicapées, y accéder reste un parcours du combattant, davantage

⁴² <https://www.eveprogramme.com/40626/cest-quoi-le-validisme/>

⁴³ <http://femmesdedroit.be/ressources/abecedaire-feministe-belgique/validisme/>

⁴⁴ Carlos, M.(2020). *Je vais m'arranger : Comment le validisme impacte la vie des personnes handicapées*. Broché.

⁴⁵ <https://www.cvfe.be/publications/dossiers-thematiques/182-dossier-employabilite-et-capabilites-renforcer-la-liberte-de-choix-des-travailleuses-precarisees>

⁴⁶ Ce qui constitue une discrimination fondée sur l'âge. <https://www.unia.be/fr/criteres-de-discrimination/age>

⁴⁷ Voir son témoignage complet en annexe.

⁴⁸ https://www.aviq.be/handicap/pdf/AWIPH/handicap_Belgique/conventionONU/Convention_ONU.pdf

encore pour les malades (chroniques, visibles ou pas) sans handicap reconnu⁴⁹. Le manque d'accessibilité généralisé tel que décrit dans le livre « *Je vais m'arranger* » de Marina Carlos⁵⁰, entraîne une ségrégation de fait des personnes en situation de handicap. Leur désir légitime d'autonomie ignoré, elles se retrouvent soumises au bon vouloir d'une tierce personne et peuvent vivre des expériences négatives, voire violentes, vectrices d'auto-exclusion.

Au niveau politique, les situations de handicap ne semblent pas être ne fût-ce que pensées. Outre l'institutionnalisation à outrance et l'orientation des enfants en situation de handicap presque systématique vers l'enseignement spécialisé, les mesures Covid-19 sont un exemple d'oubli pur et simple du handicap⁵¹. Malgré plusieurs victoires des personnes en situation de handicap, accompagnées par Unia, le manque d'aménagements raisonnables liés au Covid-19 se poursuit en ce mois d'octobre. Au plus fort de la crise, il a même été envisagé de ne pas soigner les personnes en situation de handicap⁵², tout comme les personnes âgées⁵³. Cette manière de penser démontre la hiérarchisation des corps et une déshumanisation des personnes en situation de handicap⁵⁴. Contraires à la Convention des Nations Unies, certaines mesures Covid prises dans les plus hautes sphères de l'Etat (où l'on n'est pas supposé ignorer la loi) éludent les besoins les plus fondamentaux des personnes en situation de handicap -comme celui de faire ses courses en toute autonomie, qui a été mis à mal durant plus de deux mois en l'absence d'aménagement raisonnable permettant l'accès aux commerces à ces personnes.-

Bref, les droits des personnes en situation de handicap existent sur papier mais, de façon structurelle, sont peu ou mal appliqués.

En outre, des facteurs internes poussent les personnes en situation de handicap à ne pas réclamer leurs droits :

- Le « *non take-up* »⁵⁵ provoqué par la non-connaissance des droits, ou par la crainte, la honte, la complexité des démarches ou leur non-aboutissement en raison de problèmes d'ordre administratif.
- L'autocensure des femmes⁵⁶ : par crainte de stigmatisation ou de ne pas être entendues, les femmes ont tendance à s'autocensurer. On peut donc imaginer un

⁴⁹ En témoignent les difficultés d'accès à leurs droits pour les personnes en situation de handicap durant la crise du Covid face à des mesures qui nuisent à leur autonomie :

<https://www.unia.be/fr/articles/la-crise-du-coronavirus-a-eu-un-impact-dramatique-sur-les-personnes-en-situation-de-handicap>

⁵⁰ Carlos, M.(2020). *Je vais m'arranger*: Comment le validisme impacte la vie des personnes handicapées. Broché.

⁵¹ <https://www.unia.be/fr/articles/la-crise-du-coronavirus-a-eu-un-impact-dramatique-sur-les-personnes-en-situation-de-handicap>

⁵² La Ligue des Usagers des Services de Santé, sur son site, reprend d'ailleurs nombre de témoignages fort inquiétants. <https://www.luss.be/coronavirus-temoignages/>

⁵³ <https://www.unia.be/fr/articles/les-personnes-handicapees-et-les-personnes-agees-ont-le-droit-detre-soignee>

⁵⁴ Ou d'invalidité due au vieillissement.

⁵⁵ <https://www.luttepauvrete.be/themes/non-recours-aux-droits/>

⁵⁶ <https://www.eveprogramme.com/41283/les-femmes-sautocensurent-elles-plus-que-les-hommes/>

effet similaire chez les personnes en situation de handicap, d'autant plus quand elles sont femmes.

- Face au découragement lié à l'inaccessibilité des droits, on peut imaginer que la répétition de situations désagréables ou la rencontre de personnes hostiles peut conduire les personnes en situation de handicap, peu importe leur genre, à s'autocensurer, surtout lorsqu'elles ont intégré le validisme et se sentent honteuses ou coupables. Marina Carlos parle, dans son livre cité précédemment, de *l'anxiété construite*⁵⁷ qui naît face à tous ces obstacles et à l'obligation systématique pour la personne en situation de handicap de « s'arranger » face à l'inaccessibilité. Jamais paisible, la personne en situation de handicap dépense une énergie folle à prévoir et organiser, à se réadapter. Lui reste-t-il de l'énergie pour se battre ?

- La tendance à *l'invisibilisation* et à la *silenciation*⁵⁸ des personnes malades au sein de la société⁵⁹ a un grave impact sur leur estime d'elles-mêmes⁶⁰. Lorsque l'on ne se sent ni représenté.e ni écouté.e, comment s'imaginer qu'on pourra obtenir gain de cause lorsque l'on réclamera ses droits ?

Femmes et handicap : une double peine

Les femmes en situation de handicap subissent une double peine⁶¹. Catherine a beau souffrir du cancer et de ses séquelles invalidantes, les rôles genrés demeurent traditionnels à la maison. Même dans les pires moments, elle s'occupe seule du ménage et des repas, seule. Sandrine vit seule avec ses enfants et ne bénéficie que d'une aide réduite de leur père et de ses proches. Quant à leurs métiers, ils sont traditionnellement féminins⁶². Amina occupait un poste d'aide-soignante, un métier du care⁶³. Pour Sandrine, c'était le nettoyage et Carine était

⁵⁷ Carlos, M.(2020). Je vais m'arranger: Comment le validisme impacte la vie des personnes handicapées. Broché.

⁵⁸ Par invisibilisation, on entend le fait de rendre invisible et pas silenciation, le fait de pousser au silence.

⁵⁹ <https://roseaux.co/2017/04/validisme-invisibilisation-et-silenciation-des-personnes-malades-au-sein-de-la-societe/>

⁶⁰ Ainsi, si 17% de la population Française a un handicap, selon l'Insee et le CSA Français, seules 0,7% de personnes en situation de handicap sont présentes à la télévision. Dans de nombreux films, les personnes en situation de handicap sont en outre tou.te.s interprété.e.s par des acteurs.trices valides. Dans la sphère médiatique, les reportages consacrés au handicap ne représentent pas la diversité des handicaps et ne se concentrent que sur quelques types de handicaps, généralement les plus visibles. La parole est rarement donnée aux personnes en situation de handicap elles-mêmes sur les plateaux télé. En outre, les seules représentations positives des personnes en situation de handicap se veulent « inspirantes ». La personne en SITUATION DE HANDICAP qui arrive à « dépasser » son handicap est ainsi utilisée dans l'objectif d'« inspirer les personnes valides, de les motiver ou de les faire relativiser. » Son instrumentalisation est parfois accompagnée de validisme intériorisé.

⁶¹ <https://www.axellemag.be/les-mecanismes-doppression-du-sexisme-et-du-validisme-se-rejoignent/>

⁶² <https://www.femmes-plurielles.be/prendre-soin-un-job-de-femmes/>

⁶³ <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2004-3-page-26.htm>

auxiliaire de l'enfance. Ces métiers dits du *care* ont un impact bien réel⁶⁴ mais peu mesuré sur les femmes, aussi bien en termes de santé mentale que physique. Le film documentaire « *Au bonheur des dames ?* » d'Agnès Lejeune et Gaëlle Hardy⁶⁵ l'illustre fort bien.

Usées par le travail physique dans des métiers traditionnellement considérés comme féminins, ces femmes ont rarement pu faire des études et certain.e.s, en fonction de leur état de santé mais aussi de leurs intérêts, ne pourront jamais en faire. Vers quel métier les orienter, alors ? Cette question peut être mise en lien avec la méritocratie et le point de vue de l'écrivain François Bégaudeau⁶⁶ : « *Personne n'a de mérite* », « *C'est ça, aussi, qui ne va pas dans la méritocratie, c'est : qu'est-ce qu'on fait des pas méritants ? (...) C'est bien le point aveugle de ce système.* »⁶⁷

Quand le genre s'invite dans l'évaluation de l'incapacité de travail

Lorsqu'on accompagne des femmes, la même histoire nous est souvent racontée : une femme souffre de douleurs, se rend chez son.s.a médecin et, parfois même sans l'ausculter, ce.tte dernier.ère lui déclare que ses souffrances proviennent de sa tête. C'est d'autant plus le cas avec les diagnostics de maladies chroniques invalidantes comme la fibromyalgie, la sclérose-en-plaques, la maladie d'Ehlers-Danlos⁶⁸ et la spondylarthrite ankylosante, qui nécessitent une exploration approfondie en raison de l'absence de signe visible à l'œil nu. Ce qui explique que nombre de patient.e.s se retrouvent en errance médicale. Mais d'où vient cette difficulté à établir un diagnostic ?

Au-delà des raisons purement médicales ou techniques, le biais de genre pourrait bien apporter une explication⁶⁹. Dans une étude de 2019⁷⁰, des chercheur.euse.s ont pu déterminer que davantage de femmes que d'hommes (40,8% contre 23%) se voyaient diagnostiquer des troubles psychosomatiques par erreur, en lieu et place d'un diagnostic de maladie physique potentiellement sérieuse. Une autre étude de 2011⁷¹ démontre que beaucoup de femmes font l'expérience de discriminations basées sur le sexe dans une relation médecin-patiente. Elle indique une tendance pour les femmes à minimiser leurs symptômes auprès du.de la

⁶⁴ https://www.cvfe.be/images/blog/analyses-etudes/Etudes/EP-2018-Etude-Travailler_dans_la_prcarit-CP_corrdoc.pdf

⁶⁵ Lejeune, A. Hardy, G. (Réalisatrices). 2018. *Au bonheur des dames ?* Les Films de la Passerelle, RTBF, WIP PRODUIT.

⁶⁶ Au vu des accusations de sexisme qui ont pesé sur François Bégaudeau, il nous semble nécessaire de préciser que nous ne cautionnons pas forcément l'homme dans son ensemble.

⁶⁷ https://www.youtube.com/watch?v=EduR-tk_5EM (4 :50, IN : « C à Vous », France 2, 29/01/2019)

⁶⁸ <https://sante.lefigaro.fr/article/ehlers-danlos-une-errance-medicale-jusqu-a-l-absurde/>

⁶⁹ <https://www.letemps.ch/sciences/stereotypes-lies-aux-hommes-aux-femmes-simmiscent-jusque-chez-medecin>

⁷⁰ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513959/>

⁷¹ <https://www.semanticscholar.org/paper/Gender-biased-Diagnosing%2C-the-Consequences-of-and-Smith/5ed2465d76c1956c43704f711a30243ff1487725>

médecin dans l'objectif de ne pas paraître plaintives ou « *irrationnelles* ». Enfin, elle met en exergue le fait que les femmes à qui une maladie psychosomatique a mal été diagnostiquée endurent des expériences médicales traumatisantes qui conduisent leur santé à se détériorer, parce que ces femmes, mises en doute, vont jusqu'à souffrir des années en silence.

Catherine souffre d'un cancer et Amina de séquelles de son accident de travail. Toutes deux peuvent prouver que leur mal a bien une origine physique et jamais le médecin ne leur a dit : « *c'est dans votre tête* ». Malgré tout, leurs témoignages laissent à penser que leurs douleurs sont minimisées. Une étude de 2003 prouve que les douleurs des femmes sont moins prises au sérieux que celles des hommes. Une autre établit que les situations des femmes reçues aux urgences sont considérées comme « *moins urgentes* » que celles des hommes⁷². En lieu et place d'analgésiques, les femmes sortent avec des anxiolytiques.

Sandrine, malgré les preuves de son état, se sent suspectée par le médecin-conseil de mentir ou d'exagérer. « *Il me faisait m'abaisser et me relever sans cesse, en sous-vêtements, dans son bureau... Je souffrais. Je pleurais* ». Sandrine le sent dubitatif : « *Ce que vous avez, ce n'est rien, retournez travailler, là, vous nous coûtez trop cher* ». Il l'invite même à consulter un.e psychiatre.

Si on ne peut prétendre que toutes les décisions des médecins-conseils se basent forcément sur un biais de genre, il serait fort étonnant qu'ils.elles y échappent, ne fût-ce qu'en partie. Quoi qu'il en soit, les trois femmes se sentent malmenées, infantilisées, ressentent une minimisation de leur état et ne se sentent pas écoutées. Rémi, quant à lui, ne rapporte aucune expérience négative de ce type.

En outre, en Belgique, la précarité n'a pas bonne presse. Les personnes précaires se voient souvent suspecter de « *faire semblant* », ce qui peut conduire à une forme de suspicion, de minimisation et peut-être même de condescendance. Les trois femmes sont issues d'un milieu économique défavorisé. Amina est une femme racisée. Expertes de leur propre santé, elles sont évaluées, dans leurs cas, par trois hommes économiquement favorisés et non racisés. On peut légitimement se demander si cet état de fait ne joue pas un rôle dans la perception de ces femmes. **Or, la sécurité sociale, pour laquelle elles ont cotisé, n'est-elle pas censée protéger les patient.e.s et non les catégoriser, les suspecter ?**

A la croisée de l'aide et du contrôle

L'Etat Social Actif chamboule les relations entre les professionnel.le.s et leur public. Qu'ils.elles décident ou non d'y avoir recours, les médecins-conseils se voient désormais attribuer le pouvoir de rendre un avis négatif quant au maintien des allocations d'un.e malade si le trajet de réinsertion n'est pas suivi comme prévu. Le politique, en ne valorisant que leur rôle de contrôle, les instrumentalise

⁷² https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/39196/1/gupea_2077_39196_1.pdf

et démontre sa vision négative des personnes malades. Le contrôle constitue un rappel à la norme, à la valeur travail, considérée prioritaire, bien avant la santé.

Or, face au contrôle qu'il ressent sur sa vie et au sentiment d'infantilisation qu'il génère en lui, le public aura tendance à adapter son comportement, à minimiser certains éléments importants de son parcours, de peur d'empirer la situation. Le contrôle est paradoxal, car il réclame que la personne contrôlée soit responsable⁷³ tout en réduisant son autonomie, réduisant ainsi sa confiance en elle.

Si Rémi a choisi de prendre contact avec le médecin-conseil de la mutuelle pour lui demander de le soutenir dans son projet d'études, Amina, Sandrine et Catherine ont toutes trois **vécu leur trajet de réinsertion comme une contrainte avec une menace de sanction, verbalisée ou non, à la clé**. Aucune d'entre elles ne se sentait capable de retravailler au moment de signer les documents qui allaient les conduire en trajet de réinsertion. Elles ont ressenti qu'elles n'avaient pas le choix. Aucune solution n'ayant en outre été recherchée avec les employeurs de ces trois femmes pour éviter leur licenciement sans indemnité, que ce soit en aménageant leur poste ou en leur proposant une mutation, elles ressentent toutes trois une énorme injustice.

Face à une contrainte, il existe différentes manières de réagir⁷⁴. La première est de l'accepter et de considérer que la solution proposée est bonne pour soi. La seconde est de la refuser et comporte des risques de sanction. La troisième est appelée « *adhésion stratégique* ». Il s'agit pour la personne concernée d'adhérer au projet qui lui est présenté tout en y trouvant des parts de liberté. Elle peut y être amenée lorsqu'elle ressent une injustice, ne se sent pas écoutée ou lorsque la situation lui fait violence ou lorsqu'elle se trouve dans un conflit de valeurs ou d'enjeux. Il s'agit d'un réflexe de protection légitime. Une personne qui se sent obligée de participer à une formation d'orientation en groupe en sachant déjà pertinemment bien qu'elle ne pourra pas reprendre le travail ni une formation professionnalisante après celle-là pourra, par exemple, y participer en se fixant d'autres objectifs : reprendre une vie sociale, développer sa confiance en elle, augmenter ses capacités d'expression dans un groupe. Ce faisant, elle évite toute possibilité de sanction, ne fût-ce que temporairement, et prend ce qui peut lui servir. De même, une personne qui ne peut plus travailler dans son domaine pour des raisons psychologiques, mais, en l'absence de reconnaissance de la situation, se voit obligée de le faire, peut très bien postuler dans ce domaine pour satisfaire aux contrôles tout en décidant qu'elle sera claire avec les employeurs et leur exprimera qu'elle ne se sent plus apte à effectuer ce travail. L'adhésion stratégique

⁷³ « *Le fait de renvoyer l'employabilité d'un individu à sa propre responsabilité n'a évidemment rien d'anodin, à une époque de crise économique et de chômage de masse. Dans le même esprit que celui de l'activation du chômage et des chômeurs, l'individu est rendu seul responsable de sa situation. Les contraintes extérieures, telles que la conjoncture économique, l'état du marché de l'emploi, ou des caractéristiques personnelles (le type de formation initiale, d'expérience professionnelle ou encore l'âge) ne sont prises en considération.* » René Begon : « *Employabilité, les travailleuses/-eurs comme marchandises* » <https://www.cvfe.be/images/blog/analyses-etudes/2018/Dossier-employabilit.pdf>

⁷⁴ Hardy, G.(2012). S'il te plaît, ne m'aide pas ! : l'aide sous injonction administrative ou judiciaire. Broché.

n'est pas simple à repérer pour un.e professionnel.le dont le contrôle fait partie des attributions. Elle n'apparaît que dans le cadre d'un suivi dans un service qui ne participe pas à la contrainte. La contrainte est donc généralement peu efficace car elle peut facilement être détournée.

Or, plutôt que directement orienter les malades vers un accompagnement sans contrainte, le choix du législateur s'est porté sur l'obligation d'un parcours contrôlé, par essence contre-productif car générateur de résistance. Les effets psychologiques de la contrainte sur les personnes en situation de précarité sont désastreux⁷⁵. Nombre d'entre eux expriment une anxiété croissante voire une dépression générée par un contrôle qui conduit au blocage et, en fin de course, à la sanction. Ainsi, le contrôle d'auto-entretien. En 2019, à la demande de l'INAMI, une étude réalisée par des chercheurs.euses de l'ULB a montré les conséquences du contrôle des chômeurs.euses⁷⁶. Ses résultats démontrent que le contrôle entraîne « *la sortie d'une partie d'entre eux du marché du travail et provoque un basculement des dépenses publiques de l'assurance-chômage vers l'assurance-maladie-invalidité* ». Le contrôle semble donc avoir pour résultat de générer l'incapacité de travail chez une partie des chômeurs.euses qui y sont soumis.e.s. Notre hypothèse est que le stress lié aux contrôles en est responsable.

Alors, que penser des évaluations opérées par les mutualités ? Malgré des rapports cordiaux avec leur médecin-conseil, Amina et Catherine se sentent toutes deux mises sous pression. Catherine a l'impression de tourner en rond. Elle qui était auxiliaire de l'enfance dans une école est passée par un stage réussi comme agente d'accueil dans un service public. SOFFT a pu confirmer son projet durant son accompagnement. Elle a commencé une formation. Mais alors qu'elle aurait pu être engagée auprès de son lieu de stage à mi-temps, son médecin-conseil a refusé ce projet, estimant qu'il était trop lourd pour elle. Catherine ne le savait pas mais elle aurait pu tout de même accepter de signer un contrat de travail et de rencontrer le.la médecin du travail qui aurait pu déterminer si oui ou non elle pouvait occuper cet emploi. Toutefois, le public est rarement au courant de ses droits. Elle n'y a donc pas eu recours. Depuis, elle ne sait plus que proposer et exprime ne pas se sentir soutenue ou aidée dans la détermination d'un autre projet. Elle se sent fort déprimée et a rechuté depuis.

Amina souffre d'un trouble de stress post-traumatique causé par son accident de travail. Ses blessures psychiques sont encore bien plus profondes que ses blessures physiques. Bien que son accompagnement chez SOFFT lui ait permis de trouver des pistes pour résoudre ses problèmes psychomédicosociaux, le chemin vers le travail est encore long. Ceci n'a pas été entendu par le médecin-conseil qui lui semble à ses yeux la mettre sous pression. Amina tâche de soigner son traumatisme renforcé par l'impression d'infantilisation qu'elle ressent. Sandrine, quant à elle, a développé des symptômes anxiodépressifs suite aux évaluations répétées. Il est important qu'elle travaille sur sa confiance en elle et traite son

⁷⁵ <http://www.asbl-csce.be/journal/6061martenscontrolechomeurs.pdf>

⁷⁶ <https://www.inami.fgov.be/fr/agenda/Pages/seminaire-inami-incapacite-travail-20190424.aspx>

anxiété massive.
Ce qu'on peut observer, c'est que les trois femmes se sentent incitées à pousser leurs corps dans leurs retranchements, envisageant parfois même une reprise du travail qui serait pourtant destructrices pour elles, tout comme au moment où, avant d'arrêter le travail, elles ont reçu des signes d'alerte de leur corps sans les écouter, s'arrêtant beaucoup trop tard.

La seconde Palme d'Or de Ken Loach, "*Moi, Daniel Blake*"⁷⁷, met fort bien en scène les difficultés psychosociales induites par les politiques d'activation⁷⁸, particulièrement sur les personnes malades.

Qu'en tirer de bon ?

Le principe vertueux derrière la réforme est de vouloir permettre l'inclusion⁷⁹ socioprofessionnelle des personnes malades et en situation de handicap. La lutte contre les discriminations à l'embauche est essentielle. A l'heure où le vieillissement de la population semble conduire le législateur à repousser l'âge de la retraite, il semble logique de mettre en place des stratégies permettant un accueil de tout.e travailleur.euse, peu importe son état de santé et ses capacités. Pour ce faire, une solution est de permettre aux personnes aptes à retravailler et désireuses de le faire, de bénéficier d'accompagnements et d'aménagements.

En dehors de Rémi qui a effectué son travail de réorientation tout seul, les trois femmes interrogées ont eu besoin d'un accompagnement. Seules, elles ne pensaient pas forcément qu'il était possible de retourner vers le travail. Et bien que pour certaines, ce soit une tâche ambitieuse et qu'elles ne soient pas toutes prêtes à y retourner, envisager le travail leur permet de **retrouver l'espoir** de pouvoir à nouveau **obtenir un revenu décent**. Bien qu'elles soient tentées par l'idée de retravailler pour se sentir utiles, certaines d'entre elles peuvent amorcer une réflexion sur le lien abusif que la société établit entre utilité et emploi. **Les accompagnements ont donc bien tout leur sens** mais uniquement **s'ils visent l'acquisition d'un mieux-être**. Toutefois, afin d'atteindre l'objectif d'inclusion visé, il faudrait ne pas retomber dans les travers de l'intégration. L'intégration fait reposer la responsabilité sur la personne, qui reçoit l'injonction de se normaliser, de faire un effort d'ajustement pour rentrer dans les normes de la société. L'**inclusion**, elle, vise une **transformation sociétale**. Elle a pour objectif de lever les obstacles à l'accessibilité. Si l'intégration passe par une forme de ségrégation, de hiérarchisation et de normalisation, s'opère sur la personne malade et/ou en situation de handicap, l'inclusion, elle, **ne vise plus la**

⁷⁷ Loach, K. (Réalisateur). 2016. I, Daniel Blake. Sixteen Films. Why Not Productions. Wild Bunch.

⁷⁸ « Dans le Royaume-Uni des années 2010, Daniel Blake, un homme de 59 ans souffrant de graves problèmes cardiaques, et Katie Morgan, une mère célibataire de deux enfants, sont malmenés par les services sociaux. Ils essaient de s'entraider. » (Wikipedia)

⁷⁹ <https://www.inclusion-asbl.be/linclusion-quest-ce-que-cest/>

responsabilité individuelle mais bien collective. L'inclusion est un objectif à atteindre mais est elle-possible dans le cadre de l'Etat social actif ?

Des voix se font entendre

Si pour Amina, Sandrine et Catherine, les évaluations du.de la médecin-conseil ne sont pas de tout repos, tou.te.s les médecins-conseils et toutes les mutualités ne mènent pas la même politique. Témoins des souffrances des patient.e.s, iels peuvent même prendre des positions tranchées. Selon le public auquel elles s'adressent et leur politique interne, les mutualités peuvent émettre des critiques concernant les trajets. Les échos que nous avons pu recevoir de médecins-conseils de mutualités et même de responsables ne sont pas fort positifs. Il nous est exprimé que tout va de plus en plus vite. Ramener la possibilité d'entrer dans les trajets après à peine deux mois n'aurait pas amélioré les choses. « *Une horreur* », nous a-t-on dit. « *On ne parle même plus de stabilisation de l'état de santé avant d'enclencher les procédures de réinsertion. La victime a maintenant à prouver qu'elle est victime, la souffrance humaine est ainsi banalisée* »⁸⁰.

L'Observatoire des Maladies Chroniques⁸¹, quant à lui, réclame une meilleure communication entre le.la médecin-conseil et les patient.e.s, une meilleure information sur leurs droits et une procédure de recours simplifiée et plus rapide.

Si la volonté, pour certaines mutualités, est d'engager des médecins-conseils à l'écoute, empathiques et capables d'assertivité, ou, à défaut, de les former, il resterait un problème majeur : les médecins-conseils ne disposent plus que d'une dizaine de minutes à un quart d'heure par patient.e pour évaluer leur état de santé. Les libertés des médecins-conseils sont réduites et iels se trouvent sous pression. Bien que les médecins-conseils orientent les malades vers le Forem et, au travers de lui, les CISP, nous avons remarqué qu'iels sont très peu conscients des réalités du secteur, que ce soit en termes d'objectifs ou d'organisation des accompagnements visant l'orientation socioprofessionnelle. Iels ne peuvent dès lors que déplorer le manque de temps qui conduit à l'absence d'un travail en réseau qui ne pourrait être que bénéfique. Les mutualités, certaines plus que d'autres, posent ainsi un regard critique sur la réforme. Mais sont-elles entendues ?

Quoi qu'il en soit, il convient de rester objectif.ve et de ne pas tirer à boulets rouges sur les médecins-conseils : iels ne constituent pas une entité cohérente allant dans la même direction, loin de là. Reste à savoir s'iels pourraient décider, en compagnie de leurs mutualités, de se solidariser avec les patient.e.s et de résister, de se positionner politiquement.

⁸⁰ Extraits d'une conversation avec un.e médecin-conseil qui a désiré garder l'anonymat.

⁸¹ <https://www.inami.fgov.be/fr/inami/organes/Pages/observatoire-maladies-chroniques.aspx>

On voit donc que malgré la pression et l'ouverture du secteur aux entreprises privées (comme pour la médecine du travail), certaines mutualités se veulent militantes.

Des voix commencent ainsi à se faire entendre pour constater les dérives de la réforme et questionner la manière dont elle est appliquée, depuis l'administration jusqu'aux bureaux des médecins-conseils. **Mais au-delà de ce militantisme spécifique, qui reste-t-il pour remettre en question l'Etat social actif, à l'origine de l'individualisation et de la responsabilisation à outrance à laquelle nous assistons ?**

L'empowerment des femmes comme vecteur d'inclusion

Parce qu'elles s'autocensurent et sont peu informées de leurs droits difficilement accessibles, les femmes malades et/ou en situation de handicap s'arrangent⁸² avec la réalité qui leur est imposée. Isolées, elles ont tendance à se soumettre. Elles ne sont pas toujours informées de leurs obligations. Un contrat clair gagnerait à être établi avec leur médecin-conseil. Beaucoup d'entre elles souffrent des injustices subies mais ne vont pas au-delà de l'expression de la souffrance et de la colère. Leur rébellion est intériorisée et elles sont souvent guidées par la peur.

Chez SOFFT, nous ne pouvons que remarquer la différence évidente entre l'état d'une personne suivie sous contrainte et une personne qui ne l'est pas. Un suivi sous contrainte vient avec de l'anxiété, un sentiment d'injustice, un manque d'énergie. Or, si l'on élimine la contrainte et qu'on la remplace par une belle offre de services accessibles et dont la publicité est correctement faite auprès du public, ce dernier trouve aisément son chemin, dès qu'il se sent prêt. Il ne peut alors que bénéficier au mieux de ce qui lui y est offert. Un accompagnement volontaire, bienveillant et inclusif permet de se sentir libre de développer sa créativité, que l'objectif soit l'emploi ou non.

Avec l'accompagnant.e, la personne développera des ressources, trouvera des prises pour accéder à ses droits et oser y avoir recours. Cela ne s'envisage que dans l'inclusion, le respect et le renforcement de l'autonomie du public. **Le travail individuel** est un biais pour y arriver. Il **permet de favoriser l'écoute, d'entendre les limites, les besoins, d'analyser les problématiques et la demande en profondeur**. Il peut se compléter par **le travail de groupe**, soit en insertion, soit en éducation permanente. Ce dernier **permet de retisser du lien social, de partager ses expériences, de cesser de se voir comme seul.e responsable de sa situation et de co-construire des alternatives**.

En amont de l'insertion professionnelle, il est également possible d'accéder à des suivis psychologiques, des centres de réadaptation fonctionnelle, des services d'insertion sociale. Rendre ces services visibles permet à la personne de trouver un accompagnement dans le changement violent subi, d'apprendre à dépasser la

⁸² <https://www.madmoizelle.com/marina-carlos-livre-anti-validisme-1060653>

culpabilité et à gérer son anxiété, de se resocialiser et de prendre le temps de réfléchir à son avenir, ce qui limite l'amplification de problèmes psychosociaux.

Conclusion

La réforme de l'incapacité de travail avait plusieurs objectifs, dont l'inclusion des personnes en incapacité ou en invalidité et la réduction de coûts divers. **Si la réduction des coûts pour les employeurs est bien favorisée, pour la sécurité sociale, cela n'a pas pu être établi.** Toutefois, **c'est un prix majeur que paient les personnes concernées** : l'objectif d'inclusion n'est pas atteint et, par le stress généré, la réforme aurait même tendance à faire pire que mieux.

Si les politiques d'activation ont bien un effet pervers, c'est celui d'isoler les personnes fragilisées et de leur faire porter la responsabilité unique de leur situation. Or, en matière d'accessibilité de l'emploi pour les personnes en situation de handicap et malades, l'une des clés est bien de travailler sur la société pour la rendre plus inclusive. Le premier principe pour y arriver est de permettre une accessibilité à la vie sociale, professionnelle, culturelle, ... en toute autonomie, c'est-à-dire sans avoir à dépendre de quelqu'un d'autre. Pour la favoriser, l'infantilisation doit cesser. Des aménagements sont à prévoir pour tout type de handicap, en amont de toute décision et ce avant même qu'un besoin ne s'exprime⁸³, mais ils doivent toutefois ne pas rester figés dans le marbre car pour une même pathologie ou un même handicap, même si dans les grandes lignes, ils se rejoignent, deux personnes peuvent présenter des besoins différents. L'inclusion se travaille par la connaissance des maladies et handicaps, par la lutte contre les stéréotypes et un travail sur les mentalités et les privilèges des personnes valides. Ce travail est un très grand défi à relever.

En outre, en matière de politique, des études en *disability mainstreaming*⁸⁴ devraient être menées avant toute décision pouvant affecter les personnes en situation de handicap et les personnes malades. Le manque chronique d'aménagements et de pratiques inclusives montrent qu'il est nécessaire et urgent d'intégrer le handicap et la maladie dans les processus d'élaboration de projets,

⁸³ Si une personne à mobilité réduite en chaise roulante a besoin d'un passage plus large à la caisse, la personne à mobilité réduite qui présente des douleurs en faisant la file aura besoin d'un autre aménagement. Si une rampe est installée pour l'accès à un bâtiment public, il n'est pas accessible pour la cause car qu'est-ce que ferait une personne malvoyante d'un tel aménagement si elle ne bénéficie pas d'un parcours et d'informations en braille pour lui permettre de s'orienter en toute autonomie ? Elle devrait à coup sûr demander de l'aide, ce qui conduit bien des personnes en situation de handicap à vivre des expériences difficiles voire violentes pour elles.

⁸⁴ Comme pour le gender mainstreaming, communément traduit par « *approche intégrée de la dimension de genre* » (https://igvm-iefh.belgium.be/fr/activites/gender_mainstreaming), le disability-mainstreaming peut se traduire comme une « *approche intégrée du handicap* ». C'est un concept de politique publique peu usité en francophonie, qui consisterait « *à évaluer les différentes implications pour les personnes* » en situation de handicap « *de toute action politique planifiée, y compris la législation et les programmes, dans tous les domaines et à tous les niveaux.* » Cette définition a été inspirée de la page Wikipedia consacrée au gender mainstreaming (https://en.wikipedia.org/wiki/Gender_mainstreaming).

plutôt que de continuer à les considérer comme des un poids engendrant ennuis et perte de temps.

Pourtant, en matière de handicap, plus que d'émettre des déclarations de bonnes intentions, les institutions se doivent d'assurer leurs missions de protection du public fragilisé. Or, le non-respect des réglementations et conventions en matière de handicap est régulièrement constaté⁸⁵, surtout en cas de crise. Ce non-respect se manifeste par l'absence d'aménagements dans bien des bâtiments publics⁸⁶, une proportion trop peu importante de personnes en situation de handicap engagées au sein des institutions publiques et parfois même, comme dans le cas de Catherine, une attitude négative au moment où un membre du personnel d'un service public développe une maladie invalidante. Les initiatives visant la sensibilisation du public au handicap ne peuvent pas passer que par les histoires inspirantes⁸⁷ ou, a contrario, par un misérabilisme parfois utilisé dans les campagnes de charité. Pour favoriser l'inclusion, il faut se battre contre le validisme, ce qui passe nécessairement par la visibilité des personnes concernées et une politisation du débat.

Si le rapport du Formateur⁸⁸ Paul Magnette et du nouveau Premier-Ministre Alexander De Croo présenté au Roi Philippe en vue de la formation du Gouvernement fédéral a consacré une bonne partie au handicap et plus spécifiquement à l'accessibilité à l'emploi salarié, indépendant et aux services publics, l'Etat social actif n'y a pas été vraisemblablement remis en question. Dès lors, comment imaginer résoudre une problématique de discrimination structurelle sans un travail sur les causes du validisme, profondément lié au capitalisme ? Si cela n'est pas déjà pas résolu, qu'imaginer comme réponse possible aux problématiques qui apparaissent à l'intersection entre validisme et sexisme.

Avec la réforme, le secteur de l'insertion ouvre plus largement ses portes à un public fragilisé, habituellement peu enclin à les pousser. Il est amené à s'outiller pour réinventer certaines de ses interventions. Chez SOFFT, elles passent de facto par l'*empowerment*⁸⁹ de ce public. Pour changer la perception des personnes malades et/ou en situation de handicap et donc leur place dans la société, il est plus que nécessaire de développer leur pouvoir d'agir. Des initiatives se développent par ailleurs pour favoriser l'*empowerment* des femmes malades et/ou

⁸⁵ <https://www.unia.be/fr/articles/droits-des-personnes-handicapees-la-belgique-manque-clairement-dambition#:~:text=Droits%20des%20personnes%20handicap%C3%A9es%3A%20la%20Belgique%20manque%20clairement%20d'ambition,-2%20D%C3%A9cembre%202016&text=La%20Belgique%20a%20ratifi%C3%A9%20la,du%20pays%20C%20en%20toute%20ind%C3%A9pendance.>

⁸⁶ Une rampe d'accès ne suffit pas à rendre un bâtiment accessible, cf. note en bas de page numéro 8.

⁸⁷ Ou « inspiration porn », une tendance à utiliser l'histoire d'une personne en situation de handicap pour inspirer les valides. In : Carlos, M.(2020). Je vais m'arranger: Comment le validisme impacte la vie des personnes handicapées. Broché.

⁸⁸ <https://www.lalibre.be/belgique/politique-belge/decouvrez-l-accord-vivaldi-sur-lesquels-les-partis-se-sont-entendus-5f7471a9d8ad586219c032fd>

⁸⁹ <https://www.cvfe.be/publications/etudes/287-empowerment-des-femmes-et-violence-conjugale>

en situation de handicap, entre autres, par le sport⁹⁰. Des paroles militantes se font entendre, comme celle de NoAnger⁹¹, militante féministe en situation de handicap et performeuse. En France, le Collectif Lutte et Handicaps pour l'Égalité et l'Émancipation (CLHEE)⁹² existe depuis déjà plusieurs années. Sur Facebook, plusieurs groupes militants mixtes⁹³ ou non mixtes⁹⁴ ont vu le jour. Les expériences d'Amina, Sandrine et Catherine rappellent l'importance d'un travail militant situé à l'intersection entre le genre, le handicap et la maladie. Une forme de féminisme intersectionnel peu répandue en francophonie⁹⁵ est en train, tout doucement, d'éclorre en Europe : l'handiféminisme. Et il a du pain sur la planche...

Les trajets de réinsertion pour femmes malades et sans emploi : une approche féministe de l'intersection entre femmes, travail, handicap et maladie

Collectif contre les violences familiales et l'exclusion (CVFE asbl) : rue Maghin, 11- 4000 Liège.

Publications (analyses et études) : www.cvfe.be

Contact : Roger Herla - rogerherla@cvfe.be – 0471 60 29 70

Avec le soutien du Service de l'Éducation permanente de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Wallonie.

⁹⁰ https://www.rtb.be/info/dossier/les-grenades/detail_sandra-benetti-la-cyclo-danseuse-qui-fait-valser-les-prejuges-sur-les-femmes-handicapees?id=10570313

⁹¹ <https://amongstedefendant.wordpress.com/>

⁹² <https://clhee.org/>

⁹³ Qui incluent des personnes valides.

⁹⁴ Qui n'incluent que des personnes en situation de handicap.

⁹⁵ <https://www.erudit.org/fr/revues/rf/2013-v26-n1-rf0700/1016899ar/>

Annexe : Témoignages

1) Sandrine

Sandrine a 37 ans. Cette hyperactive autoproclamée qui tire sa fierté de son travail, a « *toujours travaillé* », jusqu'à 58 heures par semaine en cumulant un temps plein dans le nettoyage et 20 heures au service dans un salon de thé. Elle l'ignorait mais elle souffrait d'une maladie congénitale de la colonne vertébrale. En mai 2014, suite à des douleurs intolérables, elle passe une IRM qui révèle d'énormes dégâts à différentes vertèbres, presque totalement détruites. Sandrine peine à accepter la situation mais une solution va la rassurer : une opération.

« *Mon médecin m'a dit, vous allez voir, vous allez revivre ! Vous allez pouvoir rejouer avec votre enfant !* ». Après l'opération, il faut deux mois à Sandrine pour remarcher. Elle a beaucoup maigri et elle souffre, sa colonne craque et produit des grincements et des claquements. « *Mon chirurgien m'a dit que j'étais faible, et que c'est ce qui expliquait ma perte de poids et pour le bruit, que c'était juste le temps que je me remette* ». Mais le temps passe et la situation empire, alors, Sandrine réclame une autre IRM.

Elle apprend alors que l'opération a été mal réalisée. Le chirurgien admet son erreur médicale et lui propose de la réopérer mais la confiance est rompue. Sandrine se met à la recherche d'un autre chirurgien mais elle ne reçoit que des refus justifiés par la crainte de travailler « *sur une erreur médicale* » et par le respect de la confraternité. Plusieurs chirurgiens remettent sa parole en doute.

Sandrine tombe en errance médicale et est désespérée. En 2017, le médecin-conseil de la mutuelle la convoque pour une évaluation de son incapacité de travail. Ce n'est pas leur premier rendez-vous mais jusque-là, tout s'est bien passé. Ce jour-là, elle subit un examen lourd. « *Il m'a demandé de m'accroupir, deux fois. C'était déjà dur mais pour me relever, ça a été la misère. Vous pensez qu'il m'a aidée ? Même pas. Il m'a demandé de marcher puis de m'accroupir plusieurs fois, de me relever et de marcher. Je pleurais de douleur ! Mon dos craquait et grinçait. Il m'a regardée comme si je faisais semblant. Il m'a dit : Ce que vous avez, ce n'est rien, vous êtes jeune ! Vous allez retourner travailler. Quand vous aurez trouvé un médecin pour vous opérer, revenez. Là, vous nous coûtez trop cher !* »

Sandrine n'en croit pas ses oreilles. « *J'étais hors de moi, debout, en culotte devant lui, en train de trembler et de souffrir et il me lançait ça en plein visage ! C'était humiliant. Plus tu es jeune au moment où tu es en incapacité, plus ils te diront que tu es trop jeune pour être malade, c'est un fait !* ». Elle n'est plus considérée comme en incapacité de travail et du jour au lendemain, reçoit l'injonction de retourner travailler malgré ses souffrances et sans aide médicale. Elle fait appel à la médecine du travail et est reçue par un médecin qui semble choquée par la situation. « *Hors de question que vous retravailliez !* ».

Elle obtient ainsi un C4 médical et se retrouve pour la première fois de sa vie au chômage. Deux années supplémentaires passent jusqu'à ce qu'un chirurgien qui, de nouveau, remet sa parole en doute, accepte tout de même de lui faire passer une nouvelle IRM, montrant des dégâts musculaires causés par la prothèse. Il

l'opère trois semaines plus tard. Entre temps, Sandrine a obtenu une reconnaissance fédérale de son handicap. Elle dispose d'une petite allocation.

Sandrine a la chance de ne pas être convoquée par le FOREM entre son arrivée au chômage et son opération. Qu'aurait-elle pu dire ? Elle décide toutefois d'aller en recours (non suspensif, c'est à dire que la décision reste appliquée) contre la décision de la mutualité de mettre fin à son incapacité de travail. Sandrine entend obtenir justice, même si ce combat contribue à son épuisement. Suite à son opération, Sandrine est donc de nouveau en incapacité de travail.

Quatre à cinq mois après l'opération, alors qu'elle est toujours en rééducation et souffre toujours énormément, elle est de nouveau convoquée par le médecin-conseil, le même contre la décision duquel elle est en recours. Les examens douloureux et humiliants en sous-vêtements se poursuivent et les convocations sont de plus en plus rapprochées. En un an et un mois, Sandrine a été convoquée cinq fois. *« Je me sens harcelée. Je suis toujours en recours concernant sa première décision. Malgré cela, il continue de m'enfoncer, de m'imposer des examens douloureux et de douter de ma parole. »* A chaque fois, elle rapporte qu'il lui dit : *« Il ne faut pas rester à ne rien faire »*, une remarque qu'elle vit très mal : Sandrine n'a pas l'impression qu'elle ne fait rien : elle se soigne, souffre, s'occupe difficilement de ses enfants. Son objectif est de retravailler un jour mais pas tant que son médecin et son kinésithérapeute ne la considéreront pas prête. Dans les premiers mois de 2020, avant le confinement, Sandrine est de nouveau convoquée par le médecin-conseil.

Se sentant mise sous pression, elle a débuté une formation en informatique, bien consciente qu'elle ne pourra reprendre son métier de technicienne de surface ou de serveuse. Le ton du médecin-conseil se fait, d'après Sandrine, menaçant : *« Ecoutez, il faut que vous retourniez travailler comme femme d'ouvrage, ou que vous fassiez autre chose... Vous avez une semaine pour aller vous inscrire au Forem, sinon, je vous vire ! »*.

Le terme *« virer »* choque Sandrine, mais elle n'a pas le choix. Elle ne se sent pas prête à travailler de suite ni à penser au travail. Elle est encore au milieu de son combat contre ses douleurs et n'a pas encore accepté son état. Mais elle cède à la pression et s'inscrit au Forem. Elle s'étonne de la réaction de sa conseillère : *« Elle m'a dit que le médecin-conseil sait ce qu'il fait et vu que j'étais anxieuse, elle m'a demandé si je n'avais pas besoin d'un psychiatre »*. Sandrine le vit mal. Elle a conscience de souffrir mais attribue son état psychologique, entre anxiété et dépression, à l'injustice qu'elle ressent. *« C'est lui qui m'a mise en dépression, avec ce harcèlement et ce qu'il m'a dit »*.

Elle vit la remarque de sa conseillère comme une injonction à la psychiatrisation de sa maladie plutôt que comme un conseil avisé et bienveillant, comme si elle était celle qui avait un problème dans toute cette histoire. Sandrine n'a pas pu continuer sa formation en informatique. Le confinement est arrivé et elle ne se sentait pas à l'aise pour continuer, si ça avait été possible. Elle ressent des douleurs lancinantes au dos qui font qu'elle ne tient pas en place. Pour la formatrice, c'était ingérable et tout le monde la regardait comme si elle était folle, d'après elle. Les déplacements en bus suscitaient des douleurs éreintantes. La

conseillère de Sandrine l'a orientée vers SOFFT et c'est comme cela que nous avons fait connaissance.

La seule volonté de Sandrine serait d'être comme tout le monde, de pouvoir travailler mais elle se sent impuissante. Elle a du mal à imaginer qu'un employeur pourrait vouloir d'elle dans ces conditions, d'autant que même si ses douleurs sont invisibles et difficilement quantifiables par les autres personnes, son handicap est visible. Il lui reste un sentiment d'injustice, d'être constamment suspectée de mentir, de voir son recours traîner en justice. Elle perd confiance en les institutions. Suite à sa formation en orientation chez SOFFT, nous avons pu remarquer que Sandrine dispose de beaucoup de compétences mais, en plus de limites physiques, souffre de troubles cognitifs liés, sans doute, à la douleur permanente. Ceci constitue un obstacle majeur à l'emploi. Nous avons pu travailler avec elle sur l'idée de retrouver du pouvoir sur sa situation en faisant appel à différents organismes pouvant l'aider.

Nous avons pu établir un plan d'action qui lui permettra de trouver, quand elle se sentira prête, un emploi aménagé. Le chemin est toutefois long et la pression de la mutualité de plus en plus présente. Il faudrait lui laisser le temps, le choix. L'acceptation de la maladie ou du handicap et les violences institutionnelles ressenties par les malades sont déjà compliquées à vivre et c'est là qu'un suivi psychologique peut être un atout. Sandrine n'a pas encore rencontré de neuropsychiatre pour ses soucis cognitifs (mémoire et concentration). Elle en a besoin afin de pouvoir trouver des pistes pour améliorer la situation et pour trouver un emploi adapté à ces soucis.

Elle continue son suivi médical et a encore besoin d'aide pour gérer ses douleurs dont son médecin lui a dit qu'elles seraient présentes à vie. Sandrine a besoin de temps. Mais le médecin-conseil de la mutualité lui fait bien comprendre que le temps, c'est de l'argent. Mis à part accepter d'aller retravailler en souffrant le martyr, sans aucun aménagement, que peut faire Sandrine ? Elle peut se battre. Elle envisage d'ailleurs le dépôt d'une plainte pour discrimination basée sur l'âge. Mais se battre, ça signifie de devoir s'épuiser encore davantage et avec la fatigue chronique causée par ses douleurs, son estime de soi entachée par les humiliations répétées, Sandrine n'en peut plus, de se battre.

La situation de Sandrine est malheureusement représentative de l'épuisement des malades et des personnes en situation de handicap face aux pressions reçues de la part de certain.e.s intervenant.e.s qui travaillent avec ce public. Le sentiment d'injustice est tel que ces personnes peuvent développer des maladies mentales qui viennent compléter leurs maladies physiques.

Au moment de clore cette analyse, suite à la réception d'un retour du CISP, la conseillère Forem de Sandrine a pu percevoir la gravité de la situation. Sandrine est en passe de changer de mutualité. La conseillère compte la soutenir dans ses démarches afin qu'elle puisse sortir du trajet de réinsertion pour lequel elle n'est pas prête. Sandrine rapporte avoir reçu des excuses. Elle a également passé de nouveaux examens qui ont révélé différents problèmes au niveau du placement de sa prothèse. Elle risque une nouvelle opération.

2) Catherine

Après une carrière de près de trente ans comme auxiliaire de l'enfance dans une école, Catherine, 48 ans à l'époque, apprend qu'elle souffre d'un cancer. Elle n'est pas nommée et son contrat est renouvelé chaque année. Mais cette année-là, il lui est impossible de terminer son contrat. Elle ne sera plus rappelée par le pouvoir organisateur, ce qu'elle vit comme une trahison. Catherine subit une lourde chimiothérapie qui lui cause des séquelles. *« Sans médication lourde, je suis une grand-mère. Je ne peux plus marcher. J'ai des pertes de mémoire et mes avant-bras me font mal. Impossible de les utiliser »*. Malgré son invalidité à 66%, trois ans et demi après le début de son incapacité, le médecin-conseil lui annonce qu'avec les nouvelles politiques de la Ministre De Block, même si elle n'est pas en rémission, elle doit soit aller au chômage, soit en formation. Il lui conseille la formation la plus longue possible pour avoir le temps de se soigner tout en se formant.

Catherine n'a pas le choix : *« Mon mari est alcoolique, j'ai besoin d'une indépendance financière. J'ai eu peur de perdre mes allocations. C'était choisir entre la peste et le choléra. J'ai pris peur, j'ai choisi la formation en sachant que ce serait ingérable »*. Depuis, Catherine a fait un stage et difficilement suivi deux formations mais a dû interrompre la deuxième. *« Au bout de quelques mois, on me propose de passer un examen pour un poste d'agent d'accueil aménagé à temps partiel. J'étais ravie. J'en parle à mon médecin-conseil qui m'interdit de postuler, disant que je ne le supporterai pas. Ma formation durait presque une trentaine d'heures par semaine contre 18h pour ce poste. Je n'ai pas compris ses raisons »*.

Après cet épisode, le cancer de Catherine reprend de plus belle, ce qui conduit ses médecins à lui faire arrêter sa formation. Catherine continue toutefois d'être suivie par le Forem mais *« à chaque fois que je propose un nouveau projet, il m'est refusé, soit par le Forem, soit par le médecin-conseil. On tourne en rond ! »*. Catherine ressent un sérieux souci de communication avec le médecin-conseil. *« Tout se dit à demi-mot et les menaces sont masquées. De quoi ont-ils peur ? Quand je pose des questions, il me renvoie vers le Forem et le Forem me renvoie vers lui »*.

En attendant, Catherine se sent de plus en plus stressée. *« Je n'ai pas pu faire d'études, ce qui me complexe et maintenant, je suis diminuée par la maladie. J'essaye de me forcer à avoir une autre vie que dormir. A la maison, je nettoie, je cuisine. C'est déjà suffisant pour m'épuiser. Toute cette procédure est stressante, fatigante. Mon ancien employeur m'a laissée tomber. C'est injuste. Je n'ai pas demandé à être malade »*. Catherine espère pouvoir discuter avec son médecin-conseil et le convaincre de faire cesser ce plan de réinsertion pour lui donner la possibilité de se soigner sans stress.

3) Amina

Amina était aide-soignante à domicile quand elle a eu un accident de travail. *« La patiente est tombée sur moi durant une toilette. Je me suis sentie coupable*

de ne pas avoir bien fait mon travail ». Quatre disques intervertébraux sont touchés. Amina souffre énormément et ne peut plus rester debout ou marcher longtemps. La kinésithérapie ne suffira pas à faire disparaître ses douleurs. Amina sait qu'elle pourrait se permettre de travailler dans un autre secteur mais elle n'est pas en état pour le faire : l'accident a occasionné un syndrome de stress post-traumatique qui vient d'être diagnostiqué.

Amina avait fait la démarche de reprendre contact avec son employeur après un an d'incapacité, demandant à être réintégrée dans un poste administratif. Il lui a été répondu que « *ce n'est pas la politique interne* ». Ni le médecin du travail ni le médecin-conseil n'ont contacté son employeur. Elle a été licenciée sans indemnité, ce qu'elle vit mal.

Le médecin-conseil lui a dit : « *Je vous donne un an. On est obligés de remettre les gens au travail. Ce n'est pas nous, ça vient de plus haut. Si vous ne trouvez pas d'emploi après six mois, on vous remettra au chômage* ». Depuis, Amina est suivie par le Forem. « *Chaque semaine, ma conseillère m'appelle. Je me sens poussée, poussée...* ». La conseillère l'a orientée chez SOFFT et nous n'avons pu que constater l'impossibilité à penser un projet tant que la problématique psychologique n'était pas traitée. Sa psychiatre a bien confirmé le syndrome de stress post-traumatique.

Malgré tout, les appels continuent, la stressant encore davantage et provoquant des insomnies. « *Même lorsque j'ai été hospitalisée pour des soucis au cœur, ma conseillère m'a appelée. Elle me savait hospitalisée et m'a demandé où j'en étais dans mes démarches. Je lui ai répondu que j'aurais eu du mal à en faire depuis un lit d'hôpital* ». Quant à son médecin-conseil, il l'appelle régulièrement en lui demandant si son dos va mieux. « *Je lui réponds qu'il n'ira jamais mieux, qu'il est cassé à vie* ».

Tous ses appels renforcent les symptômes du stress post-traumatique. « *Ça me fatigue tellement. En septembre, je dois retourner voir le médecin-conseil, je sais que je vais encore devoir amener un tas de rapports pour justifier mon état alors qu'il ne peut que constater ma situation. Il n'a rien pu remettre en question, il y a des dizaines de rapports de spécialistes, des radios, des copies de protocoles...* ». La psychiatre d'Amina a été rassurante : « *Il faut arrêter tout ce processus de réinsertion, dès maintenant, ça vous rend malade* ». Amina espère que, grâce à son rapport, le médecin-conseil l'écouterait enfin.

4) Rémi

Rémi, lui, n'a jamais été suivi par SOFFT mais sa situation, sensiblement différente, permet d'apporter un autre éclairage aux trajets de réintégration. Rémi est bipolaire et était informaticien. Il travaillait de 13 à 14 heures par jour sans rémunération ni récupération de ses heures supplémentaires. A plusieurs reprises, il est tombé en maladie pendant quelques mois pour cause de burn-out qui provoquait une décompensation de son trouble bipolaire.

A 41 ans, après 20 ans de travail dans son secteur, après une incapacité de travail de six mois, son contrat a pris fin pour cas de force majeure médicale, sans indemnité. Le médecin-conseil l'a invité à passer son diplôme en informatique mais Rémi savait que le secteur ne lui conviendrait jamais plus. *« J'ai décidé de demander à pouvoir suivre des études dans le secteur des sciences humaines »*. Son projet a été accepté et le minerval a été pris en charge par l'INAMI.

Rémi est maintenant en dernière année et espère pouvoir trouver de l'emploi à sa sortie d'études. Il est content mais reproche tout de même à la mutualité un manque d'humanité : *« Mes convocations chez le médecin-conseil tombent parfois pendant mes examens. J'ai un jour demandé à reporter mon rendez-vous, ce qui m'a été refusé. Le médecin-conseil n'a fait preuve d'aucune compréhension. Et puis, la communication n'est pas bonne. Le médecin-conseil ne m'a pas informé de ce qui se passerait après l'obtention de mon diplôme. Je pense qu'ils me laisseront six mois avant de mettre fin à mon incapacité mais, étant donné que je suis considéré comme invalide, je pense que je ne pourrai pas réclamer des allocations de chômage. Je serai donc obligé d'aller demander le RIS au CPAS »*.