



Observatoire
du sida et des sexualités

EMPLOI ET VIH

Maintien, retour et non-discrimination
dans l'emploi des personnes vivant
avec le VIH/sida en Belgique

ACTES DE LA JOURNÉE DU 8 DÉCEMBRE 2009
ORGANISÉE PAR L'OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITÉS
AUX FACULTÉS UNIVERSITAIRES SAINT-LOUIS (BRUXELLES)

EMPLOI ET VIH

Maintien, retour et non-discrimination
dans l'emploi des personnes vivant
avec le VIH/sida en Belgique

Actes de la journée du 8 décembre 2009
organisée par l'Observatoire du sida et des sexualités
aux Facultés universitaires Saint-Louis (Bruxelles)

Coordination de la publication :
Charlotte Pezeril
Observatoire du sida et des sexualités

Bruxelles

Juin 2010

Editeur responsable :
Vladimir Martens
Observatoire du sida et des sexualités
Facultés universitaires Saint-Louis
Boulevard du Jardin Botanique, 43
1000 Bruxelles

Numéro de dépôt légal :
D/2010/10646/1

Sommaire

INTRODUCTION	7
Genèse et reconfiguration de la problématique Emploi et VIH en Belgique <i>Charlotte Pezeril, Dr en Anthropologie, Chercheuse à l'Observatoire du sida et des sexualités</i>	8
I. Brève histoire de la problématique en Belgique.....	9
II. Aperçu de l'arsenal législatif et réglementaire.....	11
III. Etat des lieux.....	14
IV. Les enjeux actuels.....	16
V. Objectifs et contributions de la publication.....	18
VI. Bibliographie.....	20
1. LES PROJETS EUROPEENS	21
Présentation de la mission emploi de Sidaction France (2004-2008) <i>Nathalie Pierret, Chargée de projet pour Sidaction et Les Alchimistes</i>	22
I. De la création... à 2008.....	22
II. Dynamique de travail : les fondamentaux des projets soutenus.....	23
III. La mise en place de deux outils d'accompagnement des associations.....	24
IV. L'instance de travail de la Mission Emploi : Le Comité d'Experts.....	25
V. Perspectives de travail pour l'année 2008- 2009	26
VI. Bilan	27
VII. Réflexions suite au séminaire de Bruxelles de Décembre 2009	30
Soutien aux personnes vivant avec le VIH en Suisse : Dispositif auprès des populations migrantes originaires d'Afrique subsaharienne <i>Noël Tshibangu, Chef de projets à l'Aide Suisse contre le Sida</i>	31
I. Des approches tant bien globales que ciblées	32
II. Une sélection de brochures de l'ASS.....	37
2. LES DISPOSITIFS BELGES	39
La lutte contre les discriminations liées au VIH/sida dans le secteur de l'emploi : les outils belges <i>Yves Dario, Service Diversité, Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte Contre le Racisme</i>	40
I. Le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme	40
II. La législation anti-discrimination.....	40
III. Le critère protégé « état de santé actuel ou futur ».....	43
Les travailleurs atteints du VIH/sida : travailleurs à part entière ou entièrement à part ? <i>Axel Van Weynendaele, Coordinateur du programme Emploi-Formation de l'AWIPH</i>	47
I. Les ajustements des conditions de travail.....	48
II. Les questions à se poser.....	49
III. Comment l'AWIPH peut vous aider ?.....	49
L'assurance Maladie-Invalidité <i>Anne Mattina et Anne De Groote, Assistantes sociales aux Mutualités Saint Michel</i>	51
I. Présentation de la mutualité.....	51
II. Les remboursements des soins de santé.....	51
III. L'incapacité de travail	52
IV. Le fonds Spécial de Solidarité.....	52
V. La réadaptation professionnelle	52
VI. Le service social	53

Les allocations aux personnes handicapées*Isabelle Renoird, Assistante sociale au SPF Sécurité sociale – DG Personnes handicapées*

	54
I. Introduction.....	54
II. Quelques chiffres.....	55
III. Définitions.....	55
IV. Différences entre le médecin traitant et le médecin évaluateur du SPF.....	57
V. Procédure.....	58
VI. Catégorie familiale.....	59
VII. Impact des revenus.....	59

3. LES EXPERIENCES DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA 61**VIH et emploi pour les plus vulnérables**

<i>Grâce Ntunzwenimana, Animatrice au Siréas</i>	62
I. Quelques constats.....	62
II. Quelles sont les difficultés ou les craintes des personnes séropositives face à l'emploi ?	63

Témoignage dans le cadre d'Emploi et VIH

<i>Judith Bisumbu, Coordinatrice d'Echos Séropos d'ici et d'ailleurs (ESDIA)</i>	64
I. S'agissant des migrants vivant avec le VIH.....	66
II. S'agissant du handicap et du VIH.....	66

Témoignages issus du blog Echos-Séropos 68

I. Un accès au travail qu'on ne m'avait pas expliqué.....	68
II. Sorti de ses cendres.....	69
III. Le travail m'a sauvé la vie.....	69
IV. Sans diplômes, avec de faux papiers, pas de boulot.....	70

Réflexion à partir d'une pratique d'entretiens sociaux au sein du CHU Saint-Pierre Bruxelles

<i>Pascale Thiange, Assistante Sociale au Centre de Référence sida CETIM</i>	71
--	-----------

4. LES POLITIQUES D'EMPLOI A L'ÉPREUVE DE LA « DIVERSITE » 73**La diversité sur le marché de l'emploi bruxellois : Présentation de la Cellule diversité et zoom sur les handicaps**

<i>Audrey Leenaerts, Consultante de la diversité de la Région Bruxelles Capitale</i>	74
I. Historique.....	74
II. Politique bruxelloise de diversité.....	75

Gestion de la diversité en Wallonie

<i>Philippe Warland, Responsable du projet Diversité & Ressources humaines en Wallonie au CRIPEL</i>	77
I. Rencontres Diversité.....	77
II. Prix Diversité & Ressources humaines 09.....	79
III. Blog Diversité & Grh.....	79

Les aménagements raisonnables dans le cadre des tests au Selor

<i>Silvia Akif, Responsable du processus diversité au Selor</i>	80
I. Le selor.....	80
II. La gestion de la diversité au Selor.....	82
III. Aménagements raisonnables.....	86
IV. Conclusions.....	91

Présentation du projet Wheelit : la compétence au-delà du handicap

<i>Thierry Conrads, Administrateur-fondateur de l'asbl Wheelit</i>	93
--	-----------

5. LA TABLE-RONDE FINALE 95

Introduction

GENESE ET RECONFIGURATION DE LA PROBLEMATIQUE EMPLOI ET VIH EN BELGIQUE

CHARLOTTE PEZERIL, DR EN ANTHROPOLOGIE,

CHERCHEUSE A L'OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITES

Avec l'avènement des traitements anti-rétroviraux hautement actifs en 1996, entraînant une baisse de la mortalité et une augmentation de l'espérance de vie des personnes séropositives, le sida est progressivement rentré dans le champ des maladies chroniques évolutives. Les parcours de vie des personnes vivant avec le VIH se réinscrivent depuis lors dans le long terme. Les questions d'emploi, d'accès aux droits sociaux et de qualité de vie se posent donc depuis quelques années avec acuité. Concernant l'emploi, les traitements sont toutefois loin d'avoir résolu les problèmes, qui se situent à la fois au plan du retour à l'emploi pour ceux ayant interrompu leur carrière, mais surtout au plan du maintien et de la non-discrimination dans le monde du travail.

D'une part, les difficultés peuvent résulter des conséquences physiques et mentales du VIH/sida ou des traitements, qui entraînent souvent des phases alternées et imprévisibles de « bonne santé » et de « fatigue » (ou autres effets secondaires) et qui requièrent par ailleurs des consultations médicales fréquentes et une prise quotidienne de médicaments. Ces contraintes pèsent à la fois sur le travailleur, l'employeur et l'Etat puisque d'un côté, elles peuvent conduire à des absences régulières ou à la négociation de l'adaptation du poste de travail ou encore à l'octroi d'allocations d'incapacité de travail, d'un autre côté elles peuvent aussi accroître les risques de rupture du secret médical ou de divulgation sous contrainte du statut sérologique. En effet, si la personne n'est pas tenue de révéler son état de santé à son employeur, elle doit parfois, vu la stigmatisation et les discriminations persistantes, user de stratagèmes divers afin d'éviter les questions embarrassantes ou d'y répondre de manière satisfaisante pour son interlocuteur.

D'autre part, la spécificité du sida reste en effet la très forte stigmatisation qui l'entoure et dont souffrent, à différents titres, les personnes atteintes (qu'elles aient ou non développé une maladie opportuniste les classant au « stade sida »). En tant que maladie infectieuse tout d'abord, elle génère toujours la peur de la contagion et de la mort, et donc des réactions irrationnelles de mise à distance, de discrimination et de divulgation du statut sérologique. En tant que maladie transmissible par le sexe et par le sang, elle a été associée à des comportements ou des « styles de vie » estimés déviants voire illégaux (homosexualité, prostitution, consommation de drogues etc.) et peut produire autant une dévalorisation, si ce n'est une condamnation, des personnes atteintes qu'une intériorisation de la honte de la maladie et de l'anticipation des discriminations par les personnes elles-mêmes. « *L'infection à VIH n'est donc pas uniquement un "handicap biologique", c'est également un "handicap social".* » (Schmitz & Vignes, 2008 : 27) Dans ce cadre, la vie affective et l'emploi des personnes séropositives semblent aujourd'hui constituer les enjeux sociaux majeurs de la vie avec le VIH/sida.

La question de l'emploi n'est toutefois pas nouvelle et afin de comprendre les dispositifs existants et les problématiques contemporaines, il nous faut dans un premier temps revenir rapidement sur les précédents en Belgique francophone, d'autant que cette question a été assez peu documentée dans le pays, si ce n'est par des juristes (Vincineau, 1991, 2002 ; De Schutter, 2001). Nous aborderons ensuite la constitution de cet arsenal législatif et réglementaire qui tente, à partir des années 2000, de protéger les personnes vivant avec le VIH/sida. Enfin, nous essayerons de faire un état des lieux des situations des personnes séropositives dans leurs rapports à l'emploi, puis de délimiter les contours et les enjeux de la thématique aujourd'hui.

Dans un second temps, les objectifs et les différentes contributions de cette publication, issue d'une journée d'étude organisée en 2009 par l'**Observatoire du sida et des sexualités**, seront présentés, afin d'en dégager la cohérence tout autant que les limites dans la mesure où ce travail est une première ébauche qui appelle des recherches et des actions ultérieures.

I. BRÈVE HISTOIRE DE LA PROBLÉMATIQUE EN BELGIQUE

Dès l'affirmation du sida en tant que problème politique sur la scène publique belge en 1983, des difficultés dans le monde du travail émergent. Elles sont globalement de deux ordres. D'une part, apparaissent des cas de refus d'embauche, de licenciement ou d'incitation à la démission, mais aussi de blocage de carrière voire de harcèlement de personnes vivant avec le VIH/sida. D'autre part, la question des dépistages obligatoires ou à l'insu, pratiqués à l'embauche ou au cours de la carrière, est soulevée dans certains secteurs professionnels.

1. LES MOBILISATIONS ASSOCIATIVES

Face aux cas les plus problématiques, **Aide Info Sida**, la première association de lutte contre le sida qui émane d'Appel Homo Sida créée en 1985, réagit publiquement en organisant des conférences de presse, puis en mettant en place une **cellule d'aide juridique** en 1988. Michel Vincineau, son Président, lance des recherches juridiques et organise deux colloques donnant lieu à publications : *Le sida, un défi aux droits* en 1990, puis *Le sida, stimulateur des discriminations* en 1994.

La décennie 1990 va en effet être celle de la lutte pour l'égalité des droits et le respect du secret médical. La première action d'**Act up Bruxelles**, créée en 1990 pour « *dénoncer les réactions molasses des pouvoirs publics* », est de s'enchaîner aux grilles du Ministère du travail afin de réclamer une législation interdisant la discrimination professionnelle des personnes vivant avec le VIH/sida. Parallèlement, la **Ligue des droits de l'homme** dénonce les dépistages à l'embauche, les licenciements et les blocages de carrière. La même année, **Infor Sida** lance une campagne d'information auprès des entreprises en diffusant un **Mémento sida** reprenant 160 questions-réponses sur la maladie et visant à sensibiliser les employeurs.

2. LES « SCANDALES » MEDIATIQUES

Ces mobilisations n'empêchent toutefois pas les « scandales » et deux seront particulièrement médiatisés dans le pays. Tout d'abord, en 1992, le Ministre de l'Intérieur Louis Tobback (Parti socialiste flamand) propose d'imposer un **test de dépistage VIH pour les candidats gendarmes**. Cette proposition provoque un tollé, d'autant qu'une note interne à l'armée resurgit et rend compte de la pratique depuis 1987 de tests à l'égard des candidats pilotes désireux d'aller aux Etats-Unis, des candidats officiers et sous-officiers, des étudiants boursiers africains de l'Ecole royale militaire et des para commandos

envoyés en Afrique ou dans tout pays à risque¹. En avril 1993, le projet Tobback est finalement abandonné suite à l'avis défavorable émis par le Conseil d'Etat.

L'autre affaire concerne la **Commission des Communautés européennes**. En 1994, la Cour européenne de justice est saisie par un candidat qui n'avait pas été embauché suite à des examens révélant sa séropositivité, alors qu'il avait explicitement refusé le dépistage VIH². La Cour réaffirme le droit au respect de la vie privée (dont l'état de santé) et estime par ailleurs que le consentement éclairé du candidat est nécessaire et que l'employeur doit apporter la preuve de la nécessité de ce test pour l'emploi postulé. La Commission est donc condamnée puisque le « *droit au respect de la vie privée exige que le refus de l'intéressé soit respecté dans sa totalité* » (cité par De Schutter, 2001 : 35). D'autres auteurs soulignent alors que même le consentement éclairé est difficile à prendre en compte dans une relation inégalitaire telle que celle entre employeur et potentiel employé (voir Vincineau, 2002).

3. LES REACTIONS INSTITUTIONNELLES

Face à ces dérives, l'**Agence Prévention Sida** (l'organisme parastatal créé en 1991 et chargé de coordonner la politique de prévention en Communauté française) commence à axer ses campagnes médiatiques sur le monde du travail. En 1993 est lancé le slogan : « *Je suis séropositif. Tout ce que vous risquez d'attraper si on travaille ensemble, c'est un fou rire de temps en temps.* » L'Agence diffuse également des campagnes ciblées vers les secteurs estimés les plus discriminants :

- le secteur de l'enfance : « *Mon enfant est séropositif. Tout ce que vous risquez en le prenant dans vos bras c'est de vous y attacher.* » ;
- les salons de coiffure et d'esthétique : « *Je suis séropositive. Tout ce que vous risquez en me rendant plus jolie, c'est que je sois plus jolie.* » ;
- les centres sportifs : « *Je suis séropositif. Tout ce que vous risquez en faisant du sport avec moi, c'est de vous faire battre à plat de couture.* »

L'année suivante, l'Agence réitère en ciblant cette fois les entreprises. La signature est alors : « *A condition de ne pas mélanger le sexe et le travail, il n'y a aucun risque de transmission du virus du sida dans l'entreprise. Alors, s'il n'y a pas de problème, où est le problème ?* » Sa campagne d'affichage et de spots radio se double d'un courrier professionnel et elle diffuse également une brochure **Entreprise et sida**.

Parallèlement, le **Conseil scientifique et éthique de prévention du sida** (créé la même année que l'Agence) publie un avis dans lequel il conseille d'interdire formellement les examens de dépistage à l'embauche et d'assortir cette interdiction de sanctions pénales, suite à un triple constat :

« 1° *Les examens médicaux à l'embauche ne sont légaux que dans la mesure où leur champ d'investigation est pertinent au regard de la nature et des conditions d'exercice de la fonction à exercer ;*

« 2° *Il n'est pas de fonction connue qui soit incompatible avec l'état de santé de séropositivité ou qui, exercée par un(e) séropositif(ve), soit susceptible de mettre en danger la santé des autres travailleurs ;*

« 3° *L'état de dépendance du candidat travailleur face à un employeur potentiel ne permet pas de s'en remettre simplement à quelque « consentement éclairé » que ce soit de sa part. » (Rapport n°4, septembre 1993)*

¹ Selon *De Morgen* entre 1986 et 1991, plus de 130.000 tests ont été imposés à tous les soldats et officiers de l'armée belge (cité dans *Prévention sida*, n°6, janvier-juin 1993).

² Face au refus du candidat, la Commission avait alors pratiqué, à son insu, un typage lymphocytaire T4/T8 qui permettait de détecter la séropositivité sans faire un test Elisa.

4. LES AVANCEES

Les efforts des différents acteurs impliqués dans la promotion des droits des personnes vivant avec le VIH/sida connaissent un premier succès en 1994 avec la signature d'une convention collective de travail condamnant explicitement les discriminations liées au VIH. Le centre des tumeurs de **l'Institut Bordet et le syndicat Setca-FGTB** initient ces conventions collectives et s'engagent à ne pratiquer aucun examen de dépistage, à ne pas licencier pour cause de séropositivité et à développer l'information nécessaire sur le lieu de travail. À la différence de la France, de l'Italie, de l'Espagne ou encore de la Suède, la Belgique veut alors s'orienter vers la promotion de conventions collectives signées par les travailleurs et employeurs eux-mêmes, et non vers la promulgation d'une loi spécifique réprimant le rejet des malades ou des personnes souffrant d'un handicap. Le manque d'empressement des entreprises fera réviser ce jugement à terme. En effet, dans le privé, seule une dizaine d'entreprises (de plus de cinquante salariés, voir *Le Soir*, 28 avril 1995) suit l'exemple de Bordet. La Belgique est cependant loin d'être un cas isolé et face à l'ampleur des discriminations, la première conférence internationale sur l'exclusion sociale des victimes du sida a lieu à Copenhague en août 1995.

Les pouvoirs publics commencent toutefois à se mobiliser. Le **Conseil National du Travail** prend une recommandation (non obligatoire) concernant l'égalité de traitement des personnes séropositives dans le milieu du travail en juillet 1995³. L'année suivante, le **Gouvernement de la Communauté française** émet une communication rappelant l'importance du respect de la vie privée, du maintien d'une personne séropositive dans son emploi et s'accordant pour reconnaître qu'aucun geste de la vie quotidienne n'est un mode de transmission du VIH. Il s'engage à promouvoir la non-discrimination du travailleur en termes de test sérologique, d'exercice quotidien des tâches professionnelles, de mutation et de licenciement (29 janvier 1996). De son côté, le **Gouvernement de la Région wallonne** adopte une Charte de non-discrimination des travailleurs séropositifs en mars, reprenant plus ou moins les mêmes engagements.

Autre avancée sur le plan judiciaire cette fois : en 1998 a lieu le **premier procès gagné** en Belgique par une personne vivant avec le VIH et exclue de son lieu de travail pour cette raison. Il s'agissait d'un médecin, testé à son insu par un CPAS (Centre Public d'Action Sociale) qui le licencie suite aux résultats positifs. Le CPAS a été condamné au paiement des frais judiciaires, d'une indemnité pour licenciement et d'un dédommagement pour pratique du test VIH sans consentement. Si la décision peut faire jurisprudence, les progrès majeurs vont apparaître dans la décennie suivante, notamment sous l'impulsion de l'Union européenne.

II. APERÇU DE L'ARSENAL LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE

La lutte s'inscrit en effet plus globalement dans un contexte belge et européen de combat contre toutes les formes de discrimination. Le **Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme** (Le Centre) est créé en 1993 en Belgique, pionnière dans ce domaine, et une semaine européenne contre la discrimination est décrétée la même année. En 2000, l'Union européenne adopte deux **directives d'égalité de traitement entre les personnes**, l'une sans distinction de race et d'origine ethnique (n° 2000/43), l'autre sans distinction basée sur la religion ou les convictions, le handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle, et ce en matière d'emploi et de

³ La recommandation n°10 (du 27.07.95) insiste sur la mission d'information incombant aux pouvoirs publics, estime que les tests à l'embauche ne sont pas justifiés (sauf s'ils sont nécessaires selon les risques liés au poste) et incite les travailleurs, employeurs et organisations syndicales à concrétiser l'égalité de traitement des personnes séropositives.

travail (n° 2000/78) ; directives que les États doivent transposer dans leur législation nationale. Au-delà de la lutte contre les discriminations, plusieurs lois sont votées qui, sans être nécessairement spécifiques au VIH, ont pour effet de protéger les personnes atteintes dans le milieu du travail. Revenons sur ces principaux lois et règlements de façon malheureusement succincte et énumérative, mais afin de poser le cadre normatif sur lequel peuvent s'appuyer les personnes vivant avec le VIH/sida.

□ **Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient** : elle affirme notamment le droit à des prestations de qualité, au libre choix du dispensateur de soins, le droit d'être informé sur son état de santé, de consentir de manière éclairée (après avoir été suffisamment informé) à toute intervention (sauf en cas d'urgence), de consulter son dossier médical (notamment pour être informé et consentir en connaissance de cause) et le droit au respect de sa vie privée et de son intimité. La loi octroie par ailleurs au patient le droit de déposer plainte auprès d'un médiateur si l'un de ces droits est violé et elle crée une Commission fédérale « Droits du patient » chargée d'évaluer l'application de la loi.

□ **Loi du 28 janvier 2003 relative aux examens médicaux dans le cadre des relations de travail** : elle interdit à tout employeur public ou privé de pratiquer des tests de dépistage lors des examens médicaux à l'embauche ou de faire pratiquer ce test dans le cadre de la médecine du travail, même s'il a obtenu le consentement libre et éclairé du candidat-travailleur. « *Les tests biologiques, examens médicaux ou les collectes d'informations orales, en vue d'obtenir des informations médicales sur l'état de santé ou des informations sur l'hérédité d'un travailleur ou d'un candidat travailleur, ne peuvent être effectués pour d'autres considérations que celles tirées de ses aptitudes actuelles et des caractéristiques spécifiques du poste à pourvoir.* » La loi réaffirme également que « *l'article 7 de la loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel est applicable aux informations recueillies dans le cadre d'examens médicaux* ».

□ **Loi anti-discrimination du 25 février 2003** (remplacée par la loi du 10 mai 2007) : elle interdit les discriminations en matière d'emploi et de travail fondées sur l'âge, l'orientation sexuelle, l'état civil, la naissance, la fortune, la conviction religieuse ou philosophique, la conviction politique, l'état de santé actuel ou futur, la langue, un handicap, une caractéristique physique ou génétique, l'origine sociale ; à moins que cette distinction ne soit objectivement justifiée par un but légitime et que les moyens de réaliser ce but soient appropriés et nécessaires.

Les personnes vivant avec le VIH/sida victimes de discrimination dans l'emploi peuvent donc saisir le Centre pour l'égalité des chances sur la base de leur état de santé ou du handicap. Pourtant, si la loi condamne autant les discriminations directes, indirectes, l'injonction à discriminer que le harcèlement et le refus d'aménagements raisonnables⁴, il n'existe pour l'instant aucune jurisprudence en Belgique concernant le VIH/sida. À côté des difficultés liées à la preuve de la discrimination, il semblerait que les personnes séropositives éprouvent des craintes à ester en justice, dans la mesure où cela suppose de rendre public leur état sérologique.

□ **Loi du 13 juillet 2006 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle** : elle prévoit, entre autres, des incitations à la reprise de l'activité pour les personnes en incapacité de travail (indemnisation en cas de perte de salaire ; dispositif de réadaptation professionnelle à charge du Fonds des maladies professionnelles, sous certaines conditions).

À nouveau, la loi ne permet pas de régler l'ensemble des difficultés. Aujourd'hui, environ

⁴ Pour une définition de ces différents termes et une analyse fine de ces lois, voir l'article d'Yves Dario ci-après.

80% des personnes handicapées reconnues sont sans emploi, tandis qu'environ 300.000 personnes bénéficient de l'AMI (Assurance Maladie Invalidité) pour 900.000 estimées au total (Enquête « Force de travail » de l'Institut National des Statistiques de 2002). Selon l'enquête européenne sur l'emploi des personnes handicapées, la Belgique connaît un taux d'emploi particulièrement bas, de l'ordre de 42%, pour une moyenne européenne de l'ordre de 50%⁵. Récemment (février 2010), un projet d'Arrêté royal a été approuvé afin de permettre l'octroi d'une **allocation de chômage activée**⁶ de 500 euros par mois aux personnes présentant un handicap et ce, dès le premier jour d'inscription comme demandeur d'emploi et pendant 24 mois.

□ Les politiques d'aide à l'emploi à destination des personnes handicapées vont donc être renforcées, avec la mise en place **d'actions dites de diversité**⁷. Ces dernières visent à accroître la présence des « minorités » ou des « groupes discriminés » dans des lieux d'emploi déterminés, au moyen de traitements préférentiels.

- D'une part, **l'Arrêté royal du 6 octobre 2005** stipule que 3% des travailleurs occupés dans la fonction publique fédérale doivent être des personnes handicapées. Toutefois, cette norme n'est pas toujours d'application et aucun dispositif coercitif n'existe pour la faire appliquer.
- D'autre part, en 2005, le ministre de l'Emploi et le ministre de l'Égalité des chances ont décidé de développer une approche préventive envers les discriminations, par laquelle les employeurs devraient être incités à introduire la diversité dans leurs stratégies économiques, sociales et commerciales. Une **Charte de la diversité** est promue dans laquelle l'employeur s'engage à sensibiliser et former son personnel aux enjeux de la non-discrimination et de la diversité, à respecter ces principes à toutes les étapes de la gestion des ressources humaines, à refléter la diversité de la société dans son entreprise et à instaurer un plan de diversité. Presque 150 entreprises l'ont signée en Région bruxelloise.
- **Une Cellule diversité** est également créée au sein du SPF Personnel et Organisation pour mettre en œuvre cette politique, animer le réseau des responsables diversité au sein des organisations fédérales et accompagner les services publics fédéraux dans la mise en œuvre de leurs projets diversité. Des thématiques prioritaires ont été désignées : genre, origine, âge et handicap.
- Enfin, un **label Égalité Diversité** est créé pour récompenser les employeurs ayant implémenté des mesures adaptées et avérées pour promouvoir la diversité.

⁵ Voir Didier Dupré et Antti Karjalainen, « Employment of disabled people in Europe in 2002 », *Statistics in focus*, thème 3, 26/2003. Pour une présentation des différents revenus et allocations, voir les articles ci-après d'Anne Mattina et Anne De Groote, et d'Isabelle Renoird.

⁶ L'allocation sera versée sous condition d'activité (travail ou formation). Les personnes concernées par cette mesure sont : 1/les demandeurs d'emploi inoccupés inscrits à une agence régionale pour handicapés ; 2/ les demandeurs d'emploi inoccupés bénéficiant d'une allocation de remplacement de revenus ou d'une allocation d'intégration ; 3/ les travailleurs de groupe-cibles occupés auprès d'employeurs relevant de la commission paritaire n°327 pour les entreprises de travail adapté et les ateliers sociaux ; 4/les demandeurs d'emploi ayant une incapacité permanente de travail de 33% selon les règles de la réglementation du chômage.

⁷ Voir ci-après les articles d'Audrey Leenaerts et de Silvia Akif pour plus de précision.

III. ETAT DES LIEUX

Malgré la constitution de cet arsenal législatif et réglementaire, il semblerait que les personnes vivant avec le VIH connaissent toujours d'importantes difficultés dans leur accès, leur maintien et leur retour à l'emploi. Si nous ne disposons pas, pour l'instant⁸, de données pour la Belgique, les enquêtes tant françaises qu'américaines partagent les mêmes constats. Notons toutefois une enquête réalisée par Sensoa en Flandres et à Bruxelles sur les besoins et les désirs des personnes infectées par le VIH. Or, parmi les 22 thèmes proposés dans le questionnaire, le travail arrive en quatrième position des thèmes estimés les plus importants, après les rapports sexuels, le désir d'avoir des enfants et l'importance de faire face à l'anxiété et à la dépression (Van De Velde & al., 2002).

1. DES SITUATIONS TRES CONTRASTEES

Rappelons tout d'abord que la population vivant avec le VIH/sida est loin d'être uniforme, ne serait-ce sur le plan de la santé. Pour beaucoup, le VIH est un « handicap discret ou invisible » n'altérant que très peu leur qualité de vie, tandis que d'autres ont des effets secondaires importants et qu'une partie a développé des pathologies opportunistes lourdes. Globalement, le taux d'emploi des personnes vivant avec le VIH/sida est faible. Selon l'enquête ANRS-VESPA menée en France, il est de 57% (contre 65% en population générale), 18% étant demandeurs d'emploi et 25% inactifs ; le risque d'être sans emploi étant finalement cinq fois plus élevé qu'en population générale (Peretti-Watel & Spire, 2008). Deux éléments permettent d'expliquer ces écarts : d'une part, les personnes connaissaient un faible accès à l'emploi avant même le diagnostic, d'autre part, l'infection à VIH fragilise leur présence sur le marché du travail.

Les taux d'emploi les plus faibles concernent les femmes (Dray-Spira, 2008), peu diplômées, de nationalité étrangère et diagnostiquées avant 1994. Les facteurs les plus discriminants en comparaison avec la population générale, après standardisation des données, restent le diplôme et l'ancienneté du diagnostic. En fait, « *la bipolarisation de la population séropositive est assez nette : d'une part, les personnes intégrées à la société salariale qui continuent soit à travailler normalement, soit à bénéficier d'un aménagement de leur travail, soit à percevoir sans travailler des revenus réguliers et suffisants sous forme de pension d'invalidité ; d'autre part, des personnes qui n'ont jamais été durablement intégrées à la société salariale et qui vivent avec des revenus très faibles* » (Fabre, 2000 : 16). La séropositivité ne fait ainsi qu'aggraver les inégalités de santé.

2. LA VOLONTE DE TRAVAILLER MALGRE LES OBSTACLES

Les études font apparaître une forte volonté de (re)travailler de la part des inactifs. Selon une étude américaine (Brooks & al., 2004), les trois quart des séropositifs ne travaillant pas souhaitent trouver un emploi, dans la mesure où ce dernier est appréhendé comme important pour améliorer leur santé et qualité de vie. Ils perçoivent toutefois deux barrières déterminantes dans leur accès à l'emploi : la perte des aides sociales et l'anticipation de la discrimination. Selon l'enquête ANRS-VESPA, 65% envisagent de retrouver un emploi, surtout les migrants, les hommes, les parents isolés et ceux ne percevant pas d'aides de l'Etat. La principale motivation est donc de trouver une source de revenus, même si les dimensions relationnelles et identitaires sont tout aussi primordiales

⁸ Une enquête sur les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/sida en Belgique francophone, initiée par le GRECOS (Groupe de Réflexion et de Communication sur la Séropositivité) et coordonnée par la Plate-forme Prévention Sida et l'Observatoire du sida et des sexualités, avec l'appui du Centre d'Etudes Sociologiques des FUSL, est en cours. Les résultats sont attendus pour l'année 2011.

(Lhulier & al., 2007)⁹. En effet, « *l'activité permet de "sortir de soi" : non seulement sortir de son espace privé, sortir de ses pensées sur la maladie, mais aussi faire revenir le sujet dans un tissu social et symbolique. (...) Les stratégies de construction de la compatibilité entre maladie-traitement-travail contribuent à un accroissement des marges de manœuvre, des zones de liberté.* » (Lhulier & al., 2007 : 138-139).

Plusieurs obstacles se dressent toutefois devant les personnes vivant avec le VIH à la recherche d'un emploi ou d'un aménagement de celui-ci. Les plus évidents ont trait à l'évolution de l'infection à VIH, dont les caractéristiques principales sont d'être imprévisible et fluctuante. Si l'infection et la médication sont indéniablement handicapantes et peuvent entraîner de la fatigue, des troubles de la concentration, de l'humeur, du sommeil, des pertes de poids, des passages dépressifs, etc. ces effets peuvent être transitoires et ne peuvent être anticipés. Cette variable est fondamentale pour l'employeur qui doit gérer l'incertitude pesant sur la productivité de son travailleur. Selon une enquête auprès des médecins du travail en Aquitaine (DRTEPF, 2006), dans près de 60% des cas, le salarié séropositif vit sans problème son activité professionnelle. Dans 31,25% des cas, les problèmes rencontrés concernent la pénibilité du travail, la fréquence des arrêts de travail, les problèmes relationnels et les risques liés à la contamination. Du point de vue des patients, ce sont davantage les difficultés à concilier vie professionnelle et suivi des soins (rendez-vous médicaux, prise de médicaments sur le lieu de travail) qui sont soulignées.

Selon Fabre et Tchobanian (2001), les obstacles sont certes d'ordre biomédical et socio-économique (selon la catégorie socioprofessionnelle, la formation, le sexe, l'ancienneté dans le non-emploi etc.), mais ils sont aussi institutionnels. Moins d'un travailleur sur dix bénéficie d'un aménagement de ses conditions de travail pour raisons thérapeutiques. Les dispositifs existants de lutte contre les discriminations ou d'aide aux personnes handicapées sont souvent peu mobilisés dans la mesure où ils impliquent une rupture du secret qui, rappellent les auteurs, demeure un droit et une conduite pragmatique en situation de travail.

3. UNE STIGMATISATION PERSISTANTE

En effet, la spécificité du VIH est d'être, encore aujourd'hui, une infection stigmatisée et donc difficilement dicible¹⁰. Selon l'enquête récente de Sida Info Service sur les discriminations, plus de 27% des appelants disent avoir été discriminés par un collègue, un employeur ou un médecin du travail (Coudray & De Carvalho, 2009 : 6). Par contre, selon l'enquête ANRS-VESPA, 6% des personnes ayant un emploi estiment avoir été victimes de discrimination dans leur vie professionnelle, ce chiffre doit cependant être mis en parallèle avec les 70% qui ont tenu secrète leur pathologie vis-à-vis de leurs employeurs et collègues. Or, le poids du secret est lourd et peut même participer à l'aggravation de l'état de santé étant donné que l'activité de dissimulation entraîne une charge physique et psychique pour les personnes concernées. En outre, maintenir secrète sa sérologie implique de ne pouvoir demander un aménagement du poste de travail, de devoir assumer l'entièreté de son suivi médical en dehors du temps de travail et de maintenir un niveau de performance inchangé pour ne pas éveiller de suspicion. Dans le même temps, « *la*

⁹ Les auteurs analysent pour cela non pas seulement l'emploi mais l'activité, incluant 1/les activités professionnelles, 2/les activités dans l'espace associatif, 3/les activités de gestion d'une maladie chronique. « S'intéresser à ces pratiques conduit à ne pas réduire le travail à ses formes instituées et à reconnaître une certaine capacité d'action aux « inactifs », comme les capacités créatrices qui permettent l'invention de telles pratiques. Ce qui rompt avec l'approche du « malade inactif » sous le registre du handicap ou du malade spectateur de la dégradation de son état de santé et de ses capacités productives. » (Lhulier & al., 2007 : 128).

¹⁰ Un sondage de 2001 intitulé « Le regard des Français sur l'insertion des personnes handicapées et séropositives dans l'entreprise » (CSA/AIDES/Libération) demandait : « Parmi les formes suivantes de handicap, quelles sont, selon vous, les moins bien acceptés dans l'entreprise ? (deux réponses possibles) », 57% répondaient les maladies infectieuses comme le sida, 42% les troubles psychologiques, 32% les handicaps moteurs et 16% les maladies chroniques évolutives (cancer, sclérose en plaques, etc.). Cité par Legrand, in Dômont & al., 2006, p. 240.

sauvegarde du secret sur la séropositivité d'un employé semble un élément essentiel de sa protection sur le lieu de travail » (Fabre, 2000) vu les réactions de peur et de rejet que la révélation peut entraîner. Selon l'enquête de santé par interview menée par l'Institut Scientifique de Santé Publique en Belgique, 69% des personnes interrogées acquiescent à une ou plusieurs affirmations à caractère discriminatoire à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida. Ce chiffre masque toutefois de grandes disparités : à la proposition « *Un patron doit pouvoir licencier une personne atteinte du sida* », plus de 78% des répondants se disent pas du tout ou plutôt pas d'accord; par contre à celle « *Si un de vos collègues était séropositif, vous devriez en être averti même sans son consentement* », 54% se déclarent tout à fait ou plutôt d'accord ou ne se prononcent pas¹¹.

Cependant, il est parfois difficile de différencier les discriminations effectives de celles qui sont ressenties et anticipées, appelées auto-discriminations, mécanismes par lesquels les personnes préfèrent éviter d'être confrontées au risque de discrimination et se mettent donc d'elles-mêmes à l'écart du marché du travail. Une étude menée en Ecosse montre que le stigmate anticipé et/ou ressenti (*felt stigma*) par les personnes est plus fort que le stigmate effectif (citée par Lhuillier & al., 2007). Par ailleurs, l'enquête déjà citée auprès des médecins du travail et de leurs patients séropositifs montre qu'entre 20 et 30% des travailleurs ont prévenu leur employeur et que ces derniers ont réagi à 65% en accompagnant la personne, 20% sont restés indifférents et « seuls » 10% ont répondu avec hostilité. Il ne faut donc pas sous-estimer l'un des effets pervers de la discrimination qui est l'anticipation qu'en font les victimes et le découragement voire la dépréciation qu'elle implique. Il n'empêche que l'ensemble des enquêtes converge pour montrer que, malgré les progrès thérapeutiques et la « normalisation » (Setbon, 2000) du sida, les représentations sociales à son égard et à l'égard des personnes atteintes n'ont que très peu évolué.

IV. ENJEUX ACTUELS

À partir de ces constats, plusieurs organisations se sont mobilisées ces dernières années pour faire émerger cette question sur la scène publique ; les mobilisations anti-VIH convergeant à l'occasion avec celles luttant contre toute forme de discrimination et celles promouvant une nouvelle approche du handicap.

- Le programme européen **HIV and Work** par exemple a regroupé diverses associations¹² et a donné lieu à la publication d'un *Compendium de bonnes pratiques* en 2002 recensant diverses initiatives et concluant avec un ensemble de recommandations (Candas, 2002). Sans entrer ici dans le détail, trois axes ont semblé fondamentaux : la création d'un climat de compréhension et de soutien, la promotion de la non-discrimination et le respect de la confidentialité.
- Le **projet européen EQUAL** (2000-2006) est par ailleurs lancé afin de soutenir le développement de projets innovants de coopération transnationale visant à combattre les inégalités et les discriminations dans le monde du travail. Un réseau associatif européen autour des pathologies chroniques évolutives se met en place, auquel l'AWIPH en Belgique participe, et un colloque est organisé en 2005 (Sempé, 2005).
- Le **Conseil National du Sida** en France émet un avis en octobre 2009, intitulé *VIH, emploi et handicap*, dans lequel il souligne la nécessité de repenser la notion de « handicap » en intégrant davantage les spécificités propres aux personnes atteintes de pathologie chronique évolutive. Les dispositifs existants se retrouvent en effet inadaptés

¹¹ Ces chiffres ont été obtenus suite à un rapport d'analyse demandé par l'Observatoire du sida et des sexualités à l'Institut Scientifique de Santé Publique. Ils ne sont donc pas disponibles dans le rapport final de l'Enquête de santé par interview publié sur le site de l'ISSP : <http://www.iph.fgov.be/>.

¹² Abraço au Portugal, AIDES en France, CFIL en Grèce, ECPP au Royaume-Uni, FEES en Espagne, HIV Vereniging Nederland aux Pays-Bas, LILA Centro Studi en Italie et THT-London Lighthouse au Royaume-Uni.

face à des pathologies fluctuantes, incertaines et stigmatisées.

□ Au niveau international, **l'Organisation internationale du travail** se mobilise également : après avoir diffusé un *Recueil de directives pratiques sur le VIH/sida et le travail* en 2001, elle adopte en juin 2010 une recommandation visant à améliorer les conditions de travail et les droits des personnes séropositives au VIH¹³.

Aujourd'hui, **trois enjeux majeurs** semblent se dégager autour de la problématique « Emploi et VIH ». Les acteurs cherchant à améliorer l'accès et les conditions d'emploi des personnes séropositives y seront probablement confrontés et devront donc gérer les tensions inhérentes à ces enjeux.

□ En premier lieu, comme l'avait relevé Olivier De Schutter, la politique de non-discrimination ou de promotion de la diversité dans le milieu de l'emploi s'articule difficilement avec le respect de la vie privée et la confidentialité des informations liées à l'état de santé. Dans certains cas, il peut en effet être nécessaire de lever l'interdiction de divulguer des informations du domaine de la vie privée pour bénéficier d'une égalité de traitement et, bien évidemment pour porter plainte pour discrimination devant la justice. De même, il est difficile de sensibiliser les employeurs quand ces derniers ne sont pas (censés être) au courant des infections/pathologies de leurs employés¹⁴.

□ En second lieu, comme le suggère le Conseil National du Sida ou encore le Réseau juridique canadien sur le VIH/sida (Elliott & al., 2009), il semble nécessaire de repenser le handicap et les politiques du handicap afin d'inclure les personnes vivant avec le VIH/sida et plus globalement celles atteintes de pathologie chronique. D'un côté, cette assimilation du VIH au handicap permet de bénéficier à la fois des protections anti-discriminatoires (le handicap permet d'avoir droit aux aménagements raisonnables, et non l'état de santé) et des mesures de diversité. D'un autre côté, certains auteurs soulignent le potentiel stigmatisant du handicap qui enfermerait la personne dans ses incapacités. Toutefois, le handicap, même s'il ne fait pas l'objet d'une définition commune, est aujourd'hui davantage compris non pas comme un attribut de la personne en termes de déficiences, de limitations ou d'incapacités, mais comme un problème d'ajustement entre cet attribut et l'environnement social. La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (2006) s'exprime ainsi : *« Par personnes handicapées, on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres. »*¹⁵

□ En dehors de la difficile acceptation du VIH en tant que handicap, se pose également la question de la reconnaissance officielle du handicap ou de l'incapacité de travail au niveau individuel, et donc l'accès aux aides de l'Etat. Les recherches soulignent d'une part l'opacité et la complexité des différentes aides, et d'autre part leur fréquente inadéquation avec l'évolution individuelle de la pathologie, ce qui entraîne un profond sentiment d'injustice. Par ailleurs, deux autres points semblent problématiques : les dispositifs de reconversion professionnelle ou d'aménagement du travail (du poste de travail et des horaires) et le montant des aides qui, tout en étant particulièrement faible, peut entraîner un effet de seuil dissuasif pour un retour à l'emploi.

¹³ Pour plus d'informations, voir leur site et plus particulièrement :

<http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/indexfr.htm>

¹⁴ Les politiques de diversité se basent sur les constats et besoins des organisations. Ainsi, aucun employeur n'a pour l'instant demandé une formation abordant spécifiquement la question du VIH en Régions wallonne et bruxelloise.

¹⁵ La Convention peut être consultée à partir du site Internet de l'AWIPH : <http://www.awiph.be/>

V. OBJECTIFS ET CONTRIBUTIONS DE LA PUBLICATION

Une journée de réflexion et d'action a été organisée le 8 décembre 2009 à Bruxelles pour réfléchir à ces questions, éclairer les situations des personnes vivant avec le VIH/sida dans leurs interactions avec le monde de l'emploi en Belgique et enfin, initier une réflexion sur les stratégies d'amélioration ou de mise en place des dispositifs politiques et institutionnels. Cette publication constitue les Actes de cette journée.

Au départ, l'idée de la journée a émergé grâce aux discussions avec Nathalie Pierret, alors responsable de la Mission Emploi de Sidaction en France (voir l'article suivant). La volonté était de rassembler différents partenaires et différents secteurs professionnels pour examiner la question de l'emploi des personnes vivant avec le VIH en Belgique francophone. Pour cela, l'approche devait être nécessairement transversale et ne pas se limiter au « secteur sida », mais intégrer d'un côté les organismes qui luttent pour l'intégration des travailleurs handicapés ou ayant une maladie chronique, et de l'autre côté, les employeurs, les syndicats et les structures institutionnelles mettant en place les politiques de « diversité » ou « d'égalité des chances » dans le domaine de l'emploi. La problématique se trouve en effet à l'intersection des compétences entre les niveaux fédéral et communautaire et à l'intersection des thématiques de la promotion de la santé, de l'emploi et de l'égalité des chances. Il a donc fallu dans un premier temps identifier les acteurs potentiellement impliqués et intéressés par la problématique, pour ensuite les contacter et leur proposer d'intervenir. De même, un appel à communication a été lancé au sein du « secteur sida ».

Deux constats peuvent être tirés de ces démarches. Tout d'abord, peu d'actions sont menées pour aider les personnes vivant avec le VIH dans le domaine de l'emploi, en Belgique francophone du moins, puisque Sensoa a publié deux brochures sur cette question en 2004, l'une à destination des employeurs et l'autre des personnes concernées¹⁶. Ensuite, il existe malgré tout une grande motivation à développer cet axe de travail, tant du point de vue du secteur que de celui des institutions publiques et des associations travaillant sur le handicap. Il a cependant été beaucoup plus difficile de sensibiliser les employeurs, hormis le Selor (voir l'article de Silvia Akif), et surtout, curieusement, les organisations syndicales.

Cette publication s'organise autour de quatre grandes parties. La **première** est consacrée à la présentation des projets menés chez nos voisins, avec les interventions pour la France de *Nathalie Pierret de Sidaction* et pour la Suisse de *Noël Tshibangu de l'Aide Suisse contre le Sida*. Leurs articles permettent de connaître des actions innovantes mises en place dans ces pays, leurs portées mais aussi leurs enjeux et limites, et d'initier ainsi un échange de bonnes pratiques au niveau européen.

Dans une **seconde partie**, les dispositifs institutionnels belges sont présentés. *Yves Dario du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme* expose avec précision les outils existants de lutte contre les discriminations et les plaintes en lien avec le VIH/sida reçues par le Centre. Ensuite, *Axel Van Weynendaele, coordinateur du programme Emploi-Formation de l'AWIPH* (Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées) pose les questions majeures auxquelles sont confrontées les personnes vivant avec un handicap dans leur rapport à l'emploi et décrit les réponses et les aides proposées par l'AWIPH. Enfin, les allocations et dispositifs de réinsertion professionnelle auxquels peuvent prétendre les personnes vivant avec le VIH sont décrits, d'une part par *Anne Mattina et Anne De Groote, assistantes sociales aux Mutualités*

¹⁶ Sensoa (2004) Brochure « Hiv op de werkvloer », 27 p., et brochure « Hiv en arbeid », 29 p. Disponible sur : <http://www.sensoa.be>

chrétiennes, qui expliquent le fonctionnement de l'assurance maladie-invalidité et d'autre part par *Isabelle Renoird, assistante sociale au SPF-Sécurité sociale*, qui répertorie les allocations existantes au niveau fédéral pour les personnes handicapées.

La **troisième partie** est consacrée plus particulièrement aux expériences des personnes séropositives dans leur rapport à l'emploi en Belgique. *Grâce Ntunzwenimana* fait part de ses constats en tant qu'*animatrice au Siréas*, dans la section chargée de la prévention du sida à destination des migrants en Communauté française, et souligne la vulnérabilité des migrants. *Judith Bisumbu, coordinatrice d'ESDIA* (Echo Séropo d'ici et d'ailleurs), a axé sa communication sur son histoire de vie en mettant en avant les difficultés d'accès à l'emploi et aux allocations et le sentiment d'injustice ressenti par certains migrants séropositifs. Des témoignages, issus du blog d'ESDIA (<http://www.echos-seropos.org/blog>), complètent ces constats en donnant à voir des situations concrètes, à la fois au travers des difficultés rencontrées mais aussi des ressources mobilisées pour y faire face. Enfin, *Pascale Thiange* fait part de ses réflexions à partir de sa pratique professionnelle en tant qu'*assistante sociale au Centre de référence sida de l'hôpital Saint-Pierre*.

Dans une **dernière partie**, les politiques d'emploi à l'épreuve de la « diversité » et de « l'égalité des chances » sont développées. *Audrey Leenaerts, consultante de la diversité*, revient sur le Pacte territorial pour l'emploi mis en place dans la Région de Bruxelles Capitale en présentant de manière concise ses différents axes ; tandis que *Philippe Warland* présente le dispositif Diversité en Région Wallonne. *Silvia Akif* décrit par la suite de façon documentée le *Selor*, le bureau de sélection de l'Administration fédérale, et sa gestion de la diversité au niveau de sa politique de sélection et de recrutement, qui passe notamment par les aménagements raisonnables pour les personnes présentant un handicap. Enfin, *Thierry Conrads pour l'asbl Wheelit* présentera son projet de « CVthèque » liant salariés handicapés et employeurs, à partir d'une approche novatrice et dynamique du handicap.

Afin de rendre compte des débats occasionnés par ces présentations, la publication se clôture par la retranscription de la **table-ronde** finale qui avait réuni l'ensemble des contributeurs et d'autres acteurs importants du secteur sida, parmi lesquels *Thierry Martin de la Plate-forme Prévention Sida, Dany Kanyebe de Libiki, Vladimir Martens, Myriam Dieleman et Maguelone Vignes de l'Observatoire du sida et des sexualités*¹⁷.

Plusieurs personnes du public sont également intervenues, participant de façon active aux discussions et contribuant ainsi à la qualité de la journée, qui a donné lieu par la suite à la constitution d'un groupe de travail sur la problématique Emploi et VIH¹⁸. Notre souhait est que cette publication puisse servir de base de travail à ce groupe et à tous ceux et celles désireux d'améliorer les situations sociales et professionnelles des personnes vivant avec le VIH/sida en Belgique.

¹⁷ Je remercie à nouveau mes collègues de l'Observatoire d'avoir soutenu ce projet et d'avoir animé avec toute leur énergie les différentes séances de travail de cette journée. Je remercie également Cécile Berckmoes pour sa relecture attentive du manuscrit.

¹⁸ Pour être tenu au courant des activités de ce groupe mis en place en 2010, les personnes intéressées peuvent envoyer un mail à pezeril@fusl.ac.be.

VI. BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie reprend uniquement les sources citées dans cet article. Un dossier bibliographique plus complet sur la thématique Emploi et VIH a toutefois été constitué et peut être consulté sur le site de l'Observatoire du sida et des sexualités, section Documentation : <http://www.observatoire-sidasexualites.be>

Brooks R.A., Martin D.J., Ortiz D.J., Veniegas R.C. (2004) « Perceived barriers to employment among persons living with HIV/AIDS », *AIDS Care*, 16(6), p. 756-766.

Candas N. (2002) *VIH et emploi en Europe : compendium de bonnes pratiques*, HIV Work, 65 p.

Conseil National du Sida (2009) *Avis suivi de recommandations sur la prise en compte des personnes vivant avec le VIH dans les politiques du handicap*, 10 septembre 2009, 35 p. Disponible sur : <http://www.cns.sante.fr>

Coudray M. et De Carvalho E. (coord.) (2009) *Enquête. Discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH*, Sida Info Service, 12 p.

De Schutter Olivier (2001) *Discriminations et marché du travail*, Bruylant, Bruxelles, 234 p.

Dômont A., Ange M., Seren D. (2006) *Infection par le VIH et Travail*, Apremont, Editions MCOR, 2006, 353 p.

Dray-Spira R. (2008) « L'emploi des femmes séropositives en France », *Médecine sciences*, hors série n° 2, vol. 24, mars 2008.

Elliott R., Utyasheva L. and Zack E. (2009) « HIV, disability and discrimination : making the links in international and domestic human right law », *Journal of the International AIDS Society*, 12 : 29.

Fabre G. et Tchobanian R. (2001) « Les tensions actuelles entre VIH et emploi », *Sciences sociales et société*, vol. 19, n° 3, septembre 2001, p. 43-76.

Fabre G. et al., (2000) *VIH et emploi à l'heure des multithérapies : les usages du secret en milieu de travail*, Paris, ANRS. Disponible sur : <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00087093/fr>

Lhuillier D., Amado S. et al. (2007) « Vivre et travailler avec une maladie chronique (vih- vhc) », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°4, février 2007, p. 123-141.

Peretti-Watel P., Spire B. et Groupe ANRS-VESPA (2008) *SIDA : une maladie chronique passée au crible*, Rennes, Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 222 p.

Sempé S. (coord.) (2006) *Actes du colloque : Pathologies chroniques évolutives et maintien dans l'emploi*, Paris, AIDES, octobre 2005.

Setbon M. (2000) « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*, 41/1, janvier-mars 2000, p.61-78.

Van de Velde L., De Clerq K., Block K. (2002) *Vivre avec le VIH en Flandres, une ébauche de profil*, Sensoa.

Vincineau M. (coord.) (1991) *Le sida, un défi aux droits*, Actes du colloque organisé à l'ULB par l'Institut de Sociologie et l'asbl Aide Info Sida en mai 1990, Bruxelles, Bruylant, 88 p.

Vincineau M. (coord.) (2002), *Le sida, stimulateur des discriminations*, Bruxelles, Bruylant, 720 p.

Vignes M., Schmitz O. (2008) *La séropositivité : un regard des sciences sociales*, Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles, 196 p.

1. Les projets européens

PRESENTATION DE LA MISSION EMPLOI DE SIDACTION FRANCE (2004-2008)

*NATHALIE PIERRET, CHARGÉE DE PROJET POUR SIDACTION ET
LES ALCHEMISTES*¹⁹



SIDACTION

I. DE LA CRÉATION... À 2008

Octobre 2005, le premier séminaire *VIH et Emploi* à l'École Nationale de Santé Publique de Rennes a rassemblé les acteurs souhaitant initier une démarche de retour, de maintien et d'insertion dans l'emploi des personnes séropositives.

À cette occasion, le constat exprimé à travers l'étude *VESPA* effectuée par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et confirmé par les différents acteurs de terrain, nous a amené à consolider l'action de la Mission Emploi de Sidaction, créée en octobre 2004, afin de répondre aux nouveaux besoins de personnes séropositives, dans le retour ou le maintien dans l'emploi.

En effet, les progrès thérapeutiques font aujourd'hui émerger la nécessité d'une activité professionnelle des personnes séropositives, s'en étant éloignée pour des raisons de santé. **Cette problématique concerne aujourd'hui environ une personne séropositive sur deux, sur les 150 000 personnes contaminées en France.**

Dans ce cadre, la Mission Emploi du Sidaction a mis en place en 2006 un appel à projet spécifique proposant un accompagnement méthodologique et financier. Sept associations, voulant intervenir dans l'accompagnement vers ou dans l'emploi ont été retenues :

- « *Atelier 2000* », Entreprise d'insertion de l'association Cirque et Partages , Paris.
- « *Envol Insertion* », Paris
- « *La Main Fine* », St Denis
- « *Résonance* », Lorient.
- « *Le Tipi* », Marseille.
- « *Lire la Ville* », Marseille.
- « *Réseau Ville Hôpital Sida 45* », Orléans.

En 2007, en plus de ces associations, la Mission Emploi accompagne et finance deux associations issues de dispositif de droit commun et non spécifique à la lutte contre le Sida :

- « *Oréa* », une Maison de l'Emploi, Lyon ;

¹⁹ Nathalie Pierret a été chargée de mission pour Sidaction de 2005 à 2009.

- « *Vivre Emergence* », un organisme de formation et d'orientation en direction des travailleurs handicapés, Paris.

Cette nouvelle articulation avec des associations, non spécialistes de la question du sida mais expertes en termes d'insertion professionnelle et de maintien dans l'emploi, implique une dynamique de relais et de passerelle entre ces deux secteurs.

C'est par cet aller-retour des associations de lutte contre le sida aux dispositifs de droit commun (dispositif Handicap ou IAE par exemple) que nous pourrions faciliter l'intégration des personnes séropositives au monde du travail et que nous pourrions favoriser l'évolution du regard sociétal sur le sida.

En effet, c'est en assurant une mixité des acteurs professionnels intervenant dans la mise en place d'un parcours d'insertion ou d'emploi ainsi qu'une mixité des publics accompagnés que la question pourra être traitée dans sa globalité.

Aujourd'hui, 12 associations sont inscrites dans le programme national pour un montant global de 285.000 euros. « *Ligne de Vie* » et le « *CEFRA* » ont rejoint le programme emploi pour 2009.

II. DYNAMIQUE DE TRAVAIL : LES FONDAMENTAUX DES PROJETS SOUTENUS

Objectifs des projets mis en place

Les projets accompagnés et financés par la Mission Emploi de Sidaction répondent à quatre critères principaux garants de bonnes pratiques en matière de retour, d'insertion et de maintien des personnes séropositives dans l'emploi.

- Améliorer le niveau de ressources des personnes accompagnées au sein des associations. Ceci implique de définir des stratégies tenant compte des revenus du travail ainsi que des revenus de redistribution (dispositifs sociaux et règles de cumul entre minima sociaux et activité professionnelle.)
- Informer la personne accompagnée le plus précisément possible afin que celle-ci se situe dans une position effective de choix, et que le professionnel puisse anticiper avec elle les modifications administratives, les modifications de statuts ou d'attribution d'une allocation. Ceci implique une actualisation permanente des connaissances du cadre administratif et juridique régissant les dispositifs Handicap et les dispositifs de retour, de maintien et d'insertion dans l'emploi.
- Éviter la création de « ghettos » ou de champs professionnels réservés pour les personnes séropositives. Ceci implique de s'appuyer sur les dispositifs de droit commun existants en matière d'emploi et de handicap, en adaptant si besoin les rythmes d'activité ou les postes de travail quel que soit le secteur envisagé.
- Favoriser l'accès à la qualification prioritairement pour les publics non diplômés. Ceci implique d'orienter les personnes accompagnées vers des dispositifs d'informations sur les formations qualifiantes et de privilégier au regard des situations la Validation des Acquis et des Expériences.

III. LA MISE EN PLACE DE DEUX OUTILS D'ACCOMPAGNEMENT DES ASSOCIATIONS

La Mission Emploi de Sidaction a mis en place au cours de l'année 2006 deux outils complémentaires.

1. LES JOURNÉES DE MUTUALISATION

Elles sont destinées aux professionnels de terrain, afin de disposer de connaissances juridiques et administratives de base, de comparer leurs mises en application sur le plan régional, favoriser un échange de pratiques dans l'accompagnement d'un public spécifique et d'une réflexion commune sur la construction des partenariats locaux.

Ce sont des rencontres biannuelles de trois jours, d'échanges d'expériences et de formation. Il s'agit ici de mettre en commun les réflexions et les pratiques d'accompagnement dans et vers l'emploi.

Elles se déroulent en modules de formation avec des interventions dans les champs de la sociologie du travail, du handicap, des différents dispositifs existants de droit commun...

Les apports théoriques, l'analyse et l'échange de pratiques nous permettront d'apporter un éclairage et une réflexion commune que chacun pourra s'approprier et mettre en pratique selon le contexte rencontré dans son association.

Nous souhaitons favoriser l'émergence d'outils et les questionnements par rapport à la complexité de la démarche du retour à l'emploi.

2. LES JOURNÉES PARTICIPATIVES

Elles sont destinées à faire émerger la parole, l'expérience, la capacité d'expertise et les propositions des personnes directement concernées par le VIH/sida.

Elles ont pour but d'améliorer l'efficacité des dispositifs en cours de mise en place, de faciliter la compréhension des dispositifs de droit commun et de contribuer à l'appropriation et à la maîtrise de la démarche par les personnes elles-mêmes, dans une position d'acteurs.

Ces journées s'adressent à des personnes séropositives volontaires, en activité ou voulant s'inscrire dans une démarche professionnelle, afin de mieux identifier le contenu de l'accompagnement dont elles estiment avoir besoin. Il s'agit ici d'instaurer un vrai dialogue.

Dans ce cadre, seront aussi évoqués le regard des personnes concernées sur les différents dispositifs de droit commun (RQTH, Invalidité, droits AGEFIPH etc.), la gestion du secret en milieu professionnel et la relation avec la médecine du travail.

3. LA RENCONTRE ENTRE PROFESSIONNELS ET PERSONNES CONCERNÉES EN OCTOBRE 2007

Cette rencontre a permis de faire la synthèse des réflexions, des attentes entre les deux publics, de faciliter la démarche de co-construction de projets entre les professionnels et les personnes accompagnées, de faciliter la compréhension des attentes

et des contraintes de chacun. Enfin, ce groupe a élaboré des propositions, des recommandations, des revendications qui ont été présentées le 3 décembre 2007 auprès des pouvoirs publics avec la participation des membres du Comité d'Experts de la Mission Emploi. Cette réunion est la phase finale d'un processus de co-construction d'un discours et d'une mobilisation des professionnel(les) et des personnes concernées par le VIH.

IV. L'INSTANCE DE TRAVAIL DE LA MISSION EMPLOI : LE COMITÉ D'EXPERTS

Le Comité d'Experts Emploi a été créé en juin 2006. Il se réunit 2 fois par an. Il a 2 missions principales, à partir de l'observation des actions de terrain, qui sont de :

- Conseiller Sidaction sur les actions envisagées par les associations (pertinence, priorité...).
- Veiller à la coordination des différentes activités et à la réelle efficacité de ces actions en termes d'insertion dans l'emploi.

1. SES AUTRES MISSIONS

- Veiller à la compréhension et à l'application des dispositifs de droit commun par les acteurs de terrain, de la manière la plus favorable pour les bénéficiaires.
- Garantir une démarche cohérente et de long terme des actions en direction de l'emploi sur le plan professionnel, social et des soins.
- Permettre l'émergence et l'évolution de pratiques destinées à prévenir ou à modifier des comportements discriminatoires dans le domaine de la formation et de l'emploi.
- Maintenir une veille juridique quant à l'application des différents dispositifs et/ou modification de certains textes de loi.

2. COMPOSITION (JANVIER 2007)

- Représentants du secteur de l'insertion par l'activité économique ;
- Représentant de la Direction Générale de la santé ;
- Représentant des employeurs du secteur classique ;
- Représentant des employeurs du secteur de l'Economie Sociale et Solidaire ;
- Représentant du secteur médical ;
- Représentant du secteur de la recherche en sciences sanitaires et sociales ;
- Représentant des associations ;
- Représentant des personnes vivant avec le VIH.

Les Journées Participatives et les Journées de Mutualisation constituent des relais pour ce Comité, permettant de transmettre les informations, les besoins et les revendications au niveau national. La collaboration étroite avec le Comité d'Experts a permis :

- de mettre en place la réunion interinstitutionnelle qui s'est déroulée à Paris le 3 décembre ;
- de mettre en place le projet de sensibilisation auprès des employeurs à Orléans.

V. PERSPECTIVES DE TRAVAIL POUR L'ANNÉE 2008-2009

1. AVEC LES ASSOCIATIONS INSCRITES DANS LA MISSION EMPLOI

- Consolider et développer les projets existants ;
- Favoriser l'émergence d'actions innovantes ;
- Reconduire des sessions de formation en direction des professionnels.

2. AVEC LES INSTITUTIONS

- Étudier la possibilité de la mise en place de Conventions et/ou d'Accord Cadre avec les Pouvoirs Publics (DGS, DGAS, DGEFP, AGEFIPH) ;
- Favoriser le soutien des actions régionales par les collectivités territoriales.

3. AVEC LES EMPLOYEURS DES STRUCTURES D'INSERTION PAR L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE

Le Comité d'Experts a préconisé d'activer une démarche de mise en réseau entre les réseaux du secteur de l'IAE et les associations de lutte contre le sida. Les objectifs à atteindre sont :

- Favoriser le lien entre les associations de lutte contre le sida qui accompagnent les personnes séropositives impliquées dans un projet de retour à l'emploi et les structures d'insertion par l'activité économique susceptibles de les recruter ;
- Favoriser la connaissance de la pathologie et de ses effets au travail et concevoir les stratégies pour lever les freins et les difficultés à l'accès et au maintien à l'emploi liés à la pathologie ;
- Parvenir à l'entrée en poste effective des personnes séropositives très éloignées de l'emploi dans des structures d'insertion par l'activité économique ;
- Faciliter la connaissance du public, sa spécificité et la mise en œuvre d'un double accompagnement socioprofessionnel complémentaire dans une démarche de réseau d'acteurs.

Une rencontre entre la mission Emploi, les associations financées par Sidaction et le GRAFIE (groupement des structures de l'insertion par l'activité économique) a eu lieu au Conseil régional de Paris et a permis la rencontre des différents acteurs et de mesurer le besoin de formations et d'informations de part et d'autres.

4. AVEC LES EMPLOYEURS DU SECTEUR CONCURRENTIEL

L'année 2008 a vu l'aboutissement du projet *Emploi-VIH, Regards Croisés* porté par le Centre des Jeunes Dirigeants d'Orléans avec 2 représentations de théâtre forum à Orléans et à Paris.

- Évaluer le projet, mesurer l'impact et créer les conditions pour dupliquer cette action dans d'autres régions ;
- Évaluer la possibilité de signer une convention et/ou un accord cadre avec le Centre des Jeunes Dirigeants dans le cadre de la Charte de la Diversité.

Cette expérience a permis de réaliser un DVD *DRH-HIV* qui relate ce projet. Cet outil peut être utilisé pour des actions de sensibilisation auprès des employeurs mais également des structures travaillant sur l'emploi. En 2009, ce projet a été mis en place à Marseille avec l'association le TIPI, le CJD de Marseille. La séance de théâtre forum a rassemblé 150 chefs d'entreprises et 50 personnes concernées par le VIH, a donné lieu à des échanges très enrichissants et a permis la rencontre de 2 univers et publics très éloignés l'un de l'autre.

VI. BILAN

La pertinence du programme emploi de Sidaction comme relais des programmes généraux d'accompagnement vers l'emploi n'est plus à démontrer aujourd'hui. Comme je l'ai mentionné précédemment, 12 associations sont inscrites dans ce programme dans 5 régions, cela représente environ 400 personnes accompagnées.

Pour consolider les actions mises en place dans les différentes régions et poursuivre le développement nous avons besoin d'une impulsion politique se traduisant par un soutien financier des pouvoirs publics.

La diversité des structures, des projets implantés, le recueil d'informations et l'analyse des besoins nous permet aujourd'hui d'envisager un programme national soutenu par les différents secteurs des pouvoirs publics en réponse aux actions préconisées dans le Programme National de Lutte Contre le Sida 2005-2008 dans le chapitre 4 intitulé *Soutien, accompagnement des personnes atteintes et Lutte contre les discriminations*.

Cette proposition de programme est élaborée à partir des difficultés repérées par les professionnels des associations d'une part et d'autre part, à partir des expérimentations menées dans ce cadre.

1. LES DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES DES PERSONNES SÉROPOSITIVES

Altération de l'image de soi

- Liée à la discrimination sociétale envers les personnes séropositives.
- La modification des aspects physiques.
- Le ressenti des personnes séropositives dans leur confrontation avec d'autres, lié au regard sociétal sur cette maladie.
- Le manque de confiance dans ses acquis et compétences.
- Les représentations du handicap qui rendent difficile l'acceptation du statut RQTH.

La complexité des dispositifs sociaux

- Le VIH faiblement reconnu comme handicap malgré la reconnaissance de cette pathologie comme étant invalidante.
- La pathologie VIH bouscule les représentations liées au handicap chez les professionnels et chez les employeurs.
- Le manque d'articulation entre les différents dispositifs.

Nouvelles problématiques liées à l'amélioration des traitements

- Les progrès thérapeutiques importants permettent aujourd'hui de poser la question de l'emploi.
- Faire le deuil du deuil et retrouver une dynamique et une projection dans l'avenir.
- L'irrégularité de la situation clinique exprimée par la maladie et les effets secondaires.

La méconnaissance et la peur de cette maladie de la part des agents chargés de l'accompagnement dans l'emploi, la formation et les employeurs

- La gestion du secret.
- La responsabilité individuelle et la responsabilité collective.
- La connaissance pour prévenir la discrimination.

2. LE PROGRAMME EMPLOI DE SIDACTION

Le programme Emploi de Sidaction restera pertinent s'il reste conçu comme un outil transitoire d'accompagnement destiné à :

- Renforcer la dynamique de retour, d'insertion ou de maintien dans l'emploi des personnes séropositives.
- Former les différents acteurs de la formation et de l'entreprise.
- Elaborer un processus facilitant la sortie des personnes des dispositifs sociaux vers une activité salariale.

La mise en place de ce programme nécessite l'implication des différents acteurs des pouvoirs publics car il s'articule autour des difficultés identifiées rencontrées par les personnes séropositives et fait référence aux différents dispositifs.

2.1. Le dispositif social et sanitaire

Comment la DGS et la DGAS peuvent-elles participer à la consolidation du programme de la Mission Emploi d'une part et impulser des soutiens financiers au niveau des régions d'autre part ?

Nous rencontrons notamment des difficultés quant au financement des actions dans ce domaine. Nous nous retrouvons face à une injonction paradoxale ; en effet l'emploi n'est pas considéré comme relevant des lignes de financement santé par les responsables politiques, mais plutôt du secteur de l'action sociale, pour laquelle à l'inverse, c'est du ressort de la santé...

Or, la sortie d'un dispositif spécifique au VIH vers le droit commun ne s'improvise pas mais se prépare. La DGS ne pourrait-elle pas accorder un soutien financier accompagné de recommandations en direction des GRSP pour faciliter le financement des actions vers l'emploi ? .

Si cette volonté est affirmée au niveau national, alors la mission emploi aura comme objectif principal de faciliter l'articulation entre les différents dispositifs, qu'ils soient nationaux ou régionaux.

D'où la pertinence de signer une convention tripartite DGS – DGAS- Sidaction pour la mission emploi qui rendra cohérente la demande des associations régionales auprès des GRSP, des collectivités territoriales et locales. La convention tripartite pourrait concerner 2 axes :

- Le soutien des associations d'accompagnement des personnes séropositives voulant consolider le volet emploi, le programme de formation initié par la mission emploi auprès des professionnels (journée de mutualisation) et des personnes séropositives sur les modalités d'accès à l'emploi (journées participatives).
- Le développement de réseaux de partenaires en vue de faciliter l'articulation avec les dispositifs de droit commun.

2.2. Le dispositif de la formation

Dans le cadre de l'accord-cadre avec la DGAS sur la discrimination, la DGS pourrait soutenir des actions spécifiques de formation autour de la discrimination liée à la maladie VIH en direction des acteurs de l'insertion par l'activité économique, de la formation, du handicap, de la santé, des dispositifs sociaux.

2.3. Le dispositif du handicap

Au moment où l'Agefiph met en place une politique forte d'incitation pour intégrer les personnes reconnues travailleurs handicapés, trop de structures spécialisées dans le handicap ne savent pas que le sida étant une maladie invalidante, elle rentre dans le cadre de la loi sur le handicap, une information massive est nécessaire pour que les professionnels puissent mettre en application les dispositifs pour les personnes concernées.

2.4. Le secteur des employeurs

Poursuivre l'expérience de Théâtre Forum qui s'est déroulée dans trois villes (Orléans, Marseille, Lorient), qui a permis entre autre de créer 2 DVD (DRH-HIV, *Les coulisses d'un secret*), qui sont disponibles à Sidaction et peuvent être un support de formation et de sensibilisation.

En effet, un des enjeux majeurs dans le maintien et dans l'intégration dans l'entreprise est le secret lié à la maladie et la prévention des situations de discriminations. Le Théâtre Forum est un outil qui a donné ses preuves, la formation est un autre axe à développer au sein de l'entreprise.

Aujourd'hui, nous sommes dans la conception d'un parcours exposition autour de la thématique « Emploi et Handicap » qui sera également un moyen de sensibilisation des salariés. Nous pensons solliciter l'Agefiph comme partenaire privilégié pour faciliter l'intégration des personnes séropositives dans l'entreprise.

VII. RÉFLEXIONS SUITE AU SÉMINAIRE DE BRUXELLES DE DÉCEMBRE 2009

Tout d'abord un grand merci de m'avoir invitée à ce séminaire.

Ensuite, je pense que cette journée est le point de départ d'un processus concernant l'emploi en Belgique. En effet, au regard du nombre de participants et la diversité du public où les différents acteurs étaient représentés (institutions, employeurs, personnes concernées, associations), j'ai pu constater :

- La complexité des dispositifs en Belgique mais également la volonté d'évoluer des personnes qui étaient présentes ;
- La demande forte des personnes concernées de programme facilitant le retour à l'emploi ;
- Enfin, la présence de deux ou trois organisations employeurs et également la volonté de progresser et d'intégrer cette pathologie dans leur programme, ceci est un point fort que nous n'avions pas en France lorsque nous avons démarré.

Il serait peut-être judicieux de s'appuyer sur eux pour mettre en route une démarche. Ne pourraient-ils pas être des acteurs forts du projet ?

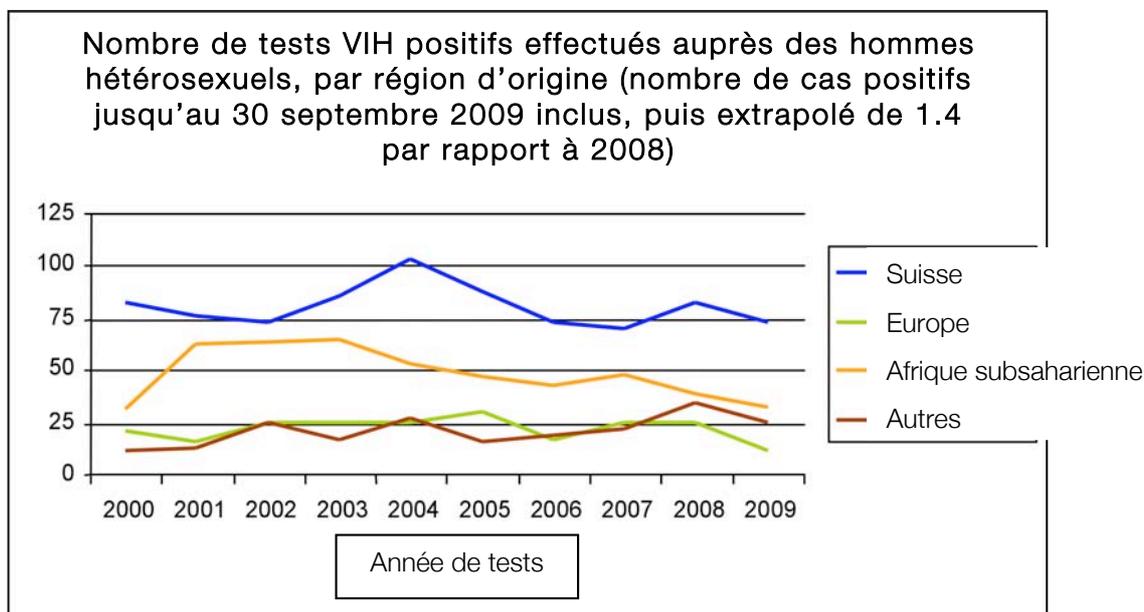
Je pense que la première étape est de constituer un groupe de travail, le plus divers possible et de se fixer des échéances pour lancer une dynamique. La question du financement de ce travail va se poser très rapidement et il faudra trouver une structure porteuse du projet.

Peut-être faut-il se poser comme échéance 2011 pour les demandes de financement et travailler pendant 2010 sur l'axe : création d'une structure pour ce projet ? Identifier une structure porteuse ? Organiser la prochaine réunion autour de cet impératif.

SOUTIEN AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH EN SUISSE : DISPOSITIF AUPRES DES POPULATIONS MIGRANTES ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

NOËL TSHIBANGU, CHEF DE PROJETS A L'AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA

Depuis bientôt 25 ans, l'Aide Suisse contre le Sida²⁰ s'est investie dans la lutte comme son nom l'indique. Avec un nombre estimé entre 20000 et 30000²¹ personnes vivant avec le VIH, la séroprévalence en Suisse reste – comparativement à d'autres pays - relativement basse. L'ASS a depuis des années, tenant compte des quelques 700 personnes nouvellement diagnostiquées chaque année, monté un dispositif de soutien tout public aux niveaux individuel et de la société en général. Mais ce système a montré certaines limites pour certains types de population, notamment pour la population migrante originaire de l'Afrique subsaharienne, qui reste très touchée par le VIH.



Source : Office Fédéral de la Santé Publique, OFSP (Suisse)

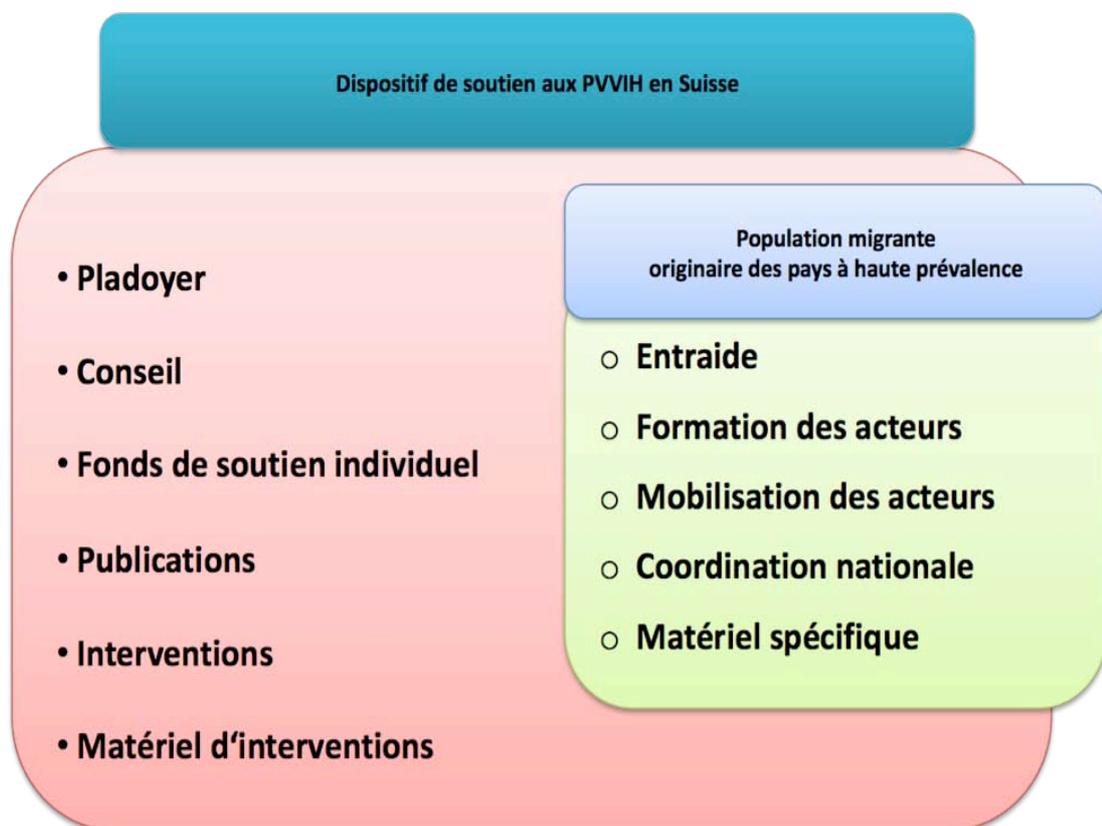
²⁰ Pour des informations complémentaires sur l'organisation : www.aids.ch

²¹ Chiffres de l'Office Fédéral de la Santé Publique OFSP, Février 2010

Avec environ 60.000²² personnes, les migrants subsahariens représentent en Suisse moins d'un pourcent de la population, mais comme l'indique le graphique ci-dessus, ils font néanmoins annuellement plus d'un tiers de nouveaux cas nouvellement diagnostiqués. Dans cet article, nous tâcherons de vous présenter plusieurs aspects du dispositif en vigueur à ce jour en Suisse.

I. DES APPROCHES TANT BIEN GLOBALES QUE CIBLÉES

Le dispositif actuel d'intervention de l'ASS pour les PVIH se situe donc à trois niveaux : individuel, au niveau des organisations du groupe cible (généralement appelé niveau communautaire) ainsi qu'au niveau de la société. Le graphique suivant résume schématiquement les différentes formes d'intervention.



1. REPONSES AU NIVEAU INDIVIDUEL

Il s'agit d'un ensemble d'activités et services afin de faciliter l'intégration dans la société. C'est principalement un travail d'informations personnalisées sur la vie avec le VIH/sida pour contribuer à l'abolition des peurs et des préjugés. Les différentes brochures mises à disposition des pviH offrent régulièrement les derniers développements aux niveaux médical ou juridique, sur l'alimentation, la sexualité mais aussi sur les droits et devoirs en matière de protection des données, etc.

²² Swiss Forum for Migration and Population Studies/ Swiss Red Cross, 2009

Concrètement, à côté du soutien moral et psychosocial, la facilitation à la mise en réseau, les brochures et autre matériel à disposition sous forme électronique, l'ASS offre surtout un conseil juridique qui devient encore en plus important face à la pénalisation de la transmission, particulièrement sévère en Suisse.

Un *Fonds de solidarité – aide individuelle* vient en aide aux nombreuses pvvih en situation financière difficile, parmi lesquelles on trouve un bon nombre de personnes sans statut de séjour légal et souvent en situation d'indigence extrême. Les primes d'assurance maladie sont par exemple prises temporairement en charge par ce fonds. Il arrive aussi que l'ASS intervienne dans des cas de discriminations. Les personnes en nécessité peuvent y recourir avec une demande en passant par un service social de droit privé ou étatique.

La palette des services est aussi étendue à d'autres domaines de la vie comme les questions liées à l'emploi et au monde du travail. Visitez les sites suivants pour des plus amples informations : <http://www.workpositive.ch> et <http://www.livepositive.ch>.

WWW.LIVE POSITIVE.CH

pour les personnes vivant avec le VIH

mieux vivre avec sa thérapie

votre qualité de vie
conseils santé et infos pratiques
pour vous – et par vous...

venez voir!

WWW.WORK POSITIVE.CH

Le portail d'information sur le VIH/sida dans le monde du travail, offre

aux employeuses et employeurs, aux responsables du personnel,
aux employées et employés, aux personnes avec le VIH/sida

- des informations médicales et juridiques de base
- des réponses à des questions concernant le VIH/sida à la place de travail
- des exemples d'entreprises engagées

et bien d'autres choses.

LE BARRÈRE CONTRE LE VIH
SONN'EST QU'UNE
MURTEUR SUCCÈS

Les multiples barrières liées par exemple aux lacunes linguistiques, au manque de connaissances de ce système et voir même à l'accès aux technologies nécessaires et aux différents autres facteurs de vulnérabilité (statut de séjour précaire etc.) font que des efforts sont à entreprendre afin de faciliter l'accès des subsahariens à ces services, notamment par l'accentuation de l'information et le renforcement de la collaboration avec les structures accueillant ou travaillant avec les subsahariens comme les foyers pour requérants d'asile, les services sociaux des municipalités et des églises, ainsi que les structures médicales et de soutien aux sans-papiers, etc. Au-delà de cela, l'ASS a développé une approche visant une meilleure implication et mobilisation des organisations de ce groupe cible.

Il est à noter que la mobilisation du groupe cible tient compte de certaines caractéristiques du groupe cible qui sont considérées comme importantes auprès de ce groupe cible : la plupart des pays d'origine de ce groupe cible ont une séroprévalence élevée. Il est donc très probable qu'à peu près le même pourcentage des ressortissants

de ces pays soit porteur du VIH, dans certains cas, à l'insu des personnes infectées elles-mêmes. En-dehors du fait que le VIH et le sida restent des sujets tabous et la stigmatisation ainsi que la peur de la stigmatisation demeurant répandues, le manque de soutien social, aux niveaux des familles et des communautés forment des obstacles supplémentaires rendant l'accessibilité aux structures de santé difficile pour les subsahariens. L'isolement social forcé des ressortissants africains en est souvent le résultat.

2. REPONSES AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE ET DES ORGANISATIONS

Les réponses à ce stade concernent surtout le travail de mobilisation des différentes structures sociales au sein du groupe cible (famille restreinte et élargie, associations, commerces, des groupements religieux, des organisateurs d'événements etc.), la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des pvvih, la mise en réseau des organisations, le soutien à l'auto-organisation, la formation ainsi qu'à l'élaboration de matériel spécifique.



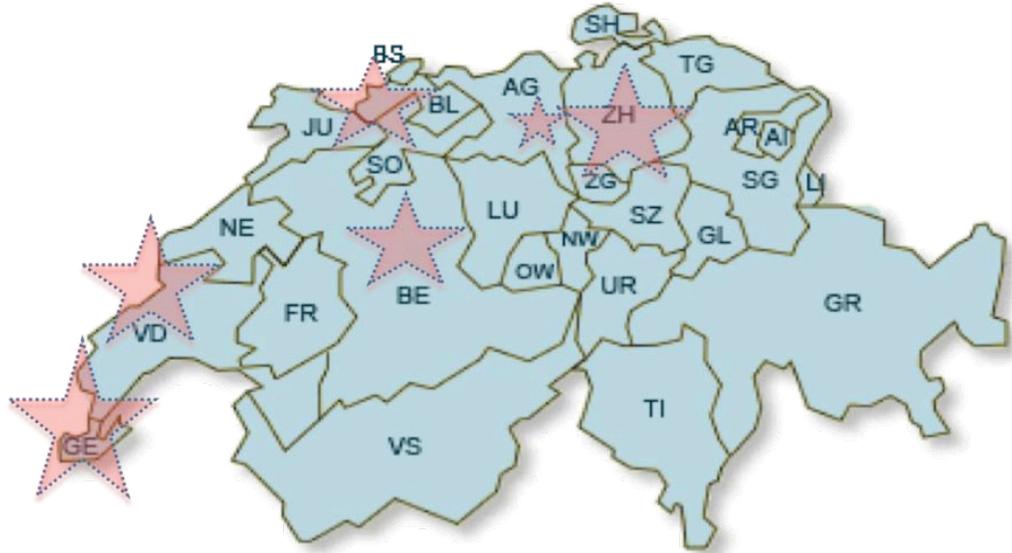
Les interventions à ce niveau tendent à influencer et, dans certains cas, à créer des conditions sociales dans les structures sociales et organisationnelles du groupe cible pour contribuer à l'émergence d'un environnement propice afin que les pvvih obtiennent le soutien nécessaire et que celles-ci ne soient pas seulement motivées, mais qu'elles soient surtout en mesure de soutenir globalement et concrètement les objectifs de l'ASS.

Les points focaux d'intervention peuvent être définis comme suit :

□ Le **travail d'information** (→ sensibilisation et développement des compétences dans le groupe cible) par des médiateurs formés (pairs) auprès du groupe cible (et ses structures associatives et de rencontres) à travers le pays, avec entre autres comme missions de contribuer à briser les tabous, faire tomber les mythes autour du VIH et de sa transmission, guérisons miracles ainsi que de lutter contre la stigmatisation des pvvih.

□ Le **travail de renforcement et promotion de l'entraide** et le **soutien aux réseaux de solidarité** forment un deuxième pilier de ce travail. A côté d'une aide

financière à la constitution des structures d'entraide pour des groupes de pvvih, nous facilitons au besoin des contacts entre plusieurs pvvih et accordons un financement temporellement limité des premières activités des groupes d'entraide. Ce travail de soutien aux structures est naturellement complété par l'offre de formations spécifiques sur des thèmes très variés comme la constitution d'une association selon les règles du droit et son fonctionnement etc. Il arrive que pour certaines personnes clés, les frais de participation aux colloques et séminaires sur le VIH soient pris en charge par l'ASS.



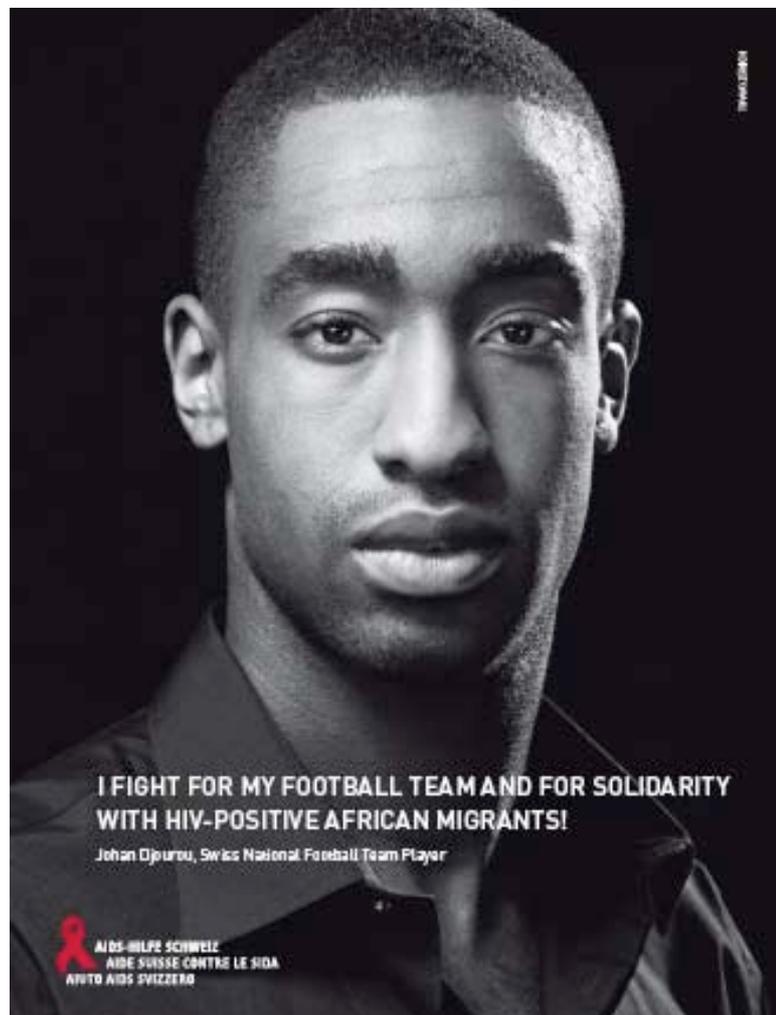
Sur cette carte de la Suisse, les étoiles roses représentent ainsi les cantons (régions) où les pôles et groupes de solidarité sont encouragés. Ils correspondent aux endroits ayant une certaine concentration démographique du groupe cible.

□ La **mobilisation des organisations du groupe cible** passe évidemment par l'établissement des liens avec celles-ci. Dans ce processus, le rôle des personnes clés est décisif. Ce volet regroupe un ensemble d'activités formalisées et aussi sporadiquement des collaborations ponctuelles, dans le cadre des manifestations par exemple, avec les organisations du groupe cible. L'ASS a mis en place depuis 2007 un groupe de réflexion, appelé *Sounding Board*, composé exclusivement de personnes issues d'Afrique subsaharienne, qui se rencontrent deux fois par an et discutent des sujets d'actualité en lien avec le VIH. C'est par exemple avec le Sounding Board qu'on soumet nos propositions de supports matériels d'intervention destinées à la population migrante d'origine subsaharienne. Une coordination nationale des contacts et des réseaux des acteurs d'origine africaine subsaharienne est entretenue afin de maintenir des liens et d'en nouer d'autres. De ces différents réseaux sont nés plusieurs projets communs et surtout, à travers ces contacts, de nombreuses manifestations conjointes avec des organisations du groupe cible ont pu être organisées. Il a ainsi été possible, après plus de trois ans de contacts avec les dirigeants de la Conférence des Eglises Africaines en Suisse (CEAS), d'élaborer un cadre de travail commun qui a abouti à l'instauration de la Journée de Consultations (JC) entre l'ASS et la CEAS. Il est désormais donc possible de lancer des projets communs de solidarité avec cette fédération. Des partenariats semblables ont également été établis avec des organisations du domaine sportif, des médias et des loisirs. L'organisation d'ateliers de formation pour les pasteurs des églises d'expression africaine et tropicale forme un projet en planification.

3. RÉPONSES AU NIVEAU DE LA SOCIÉTÉ

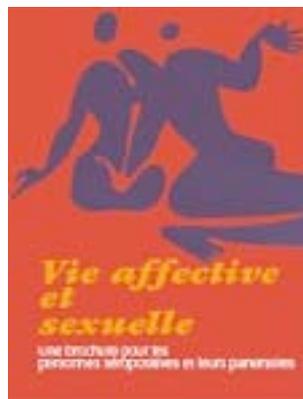
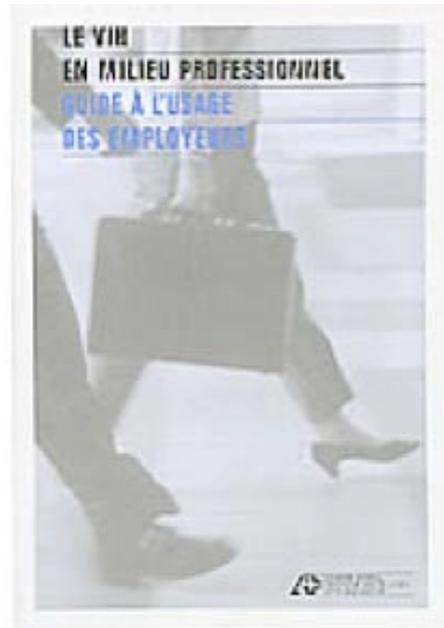
La lutte contre la discrimination, pour une meilleure intégration des pvvih dans la société, reste un combat important. L'ASS agit à travers des plaidoyers à différents niveaux de droit. La mission de la division *Vivre avec le VIH* au sein de l'ASS est effectivement de lutter en faveur des droits et de l'égalité de traitement des personnes vivant avec le VIH/sida, la défense des intérêts et la lutte contre la discrimination des personnes vivant avec le VIH/sida atteintes ainsi que contribuer à la solidarité avec les personnes atteintes.

Tout en respectant les principes GIPA, l'ASS met en œuvre des mesures concrètes susceptibles de favoriser et de soutenir l'intégration des personnes vivant avec le VIH/sida dans la société suisse. L'ASS lutte pour que le VIH, la maladie et les contextes de vie particuliers des pvvih n'engendrent aucune pénalisation. C'est pourquoi l'ASS effectue des interventions de plaidoyer dans les domaines suivants : assurances, droit de travail, criminalisation de la transmission, système de santé etc. L'affiche ci-contre est l'une des déclinaisons de la campagne nationale suisse contre la discrimination des pvvih, adaptée pour l'occasion pour des interventions dans les communautés anglophones originaires d'Afrique subsaharienne.



Aide Suisse contre le Sida
<http://www.aids.ch>

II. UNE SÉLECTION DE BROCHURES DE L'ASS



2. Les dispositifs belges

LA LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS LIEES AU VIH/SIDA DANS LE SECTEUR DE L'EMPLOI : LES OUTILS BELGES

*YVES DARIO, SERVICE DIVERSITE, CENTRE POUR L'EGALITE DES
CHANCES ET LA LUTTE CONTRE LE RACISME*

I. LE CENTRE POUR L'EGALITE DES CHANCES ET LA LUTTE CONTRE LE RACISME

Le Centre est un service public fédéral autonome.

Il a été créé par la **loi du 15 février 1993 créant un Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme**.

Dans son **Article 2**, cette loi stipule que le Centre a pour mission de promouvoir l'égalité des chances et de combattre toute forme de distinction, d'exclusion, de restriction ou de préférence fondée sur :

« 1° la nationalité, la prétendue race, la couleur de peau, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique ;

« 2° l'orientation sexuelle, l'état civil, la naissance, la fortune, l'âge, la conviction religieuse ou philosophique, l'état de santé actuel ou futur, le handicap, la conviction politique, la caractéristique physique ou génétique ou l'origine sociale. »

Le Centre exerce sa mission dans un esprit de dialogue et de collaboration avec les associations, instituts, organes et services qui, en tout ou en partie, accomplissent la même mission ou sont directement concernés par l'accomplissement de cette mission.

Le Centre a également pour mission de veiller au respect des droits fondamentaux des étrangers, d'éclairer les pouvoirs publics sur la nature et l'ampleur des flux migratoires et de développer la concertation et le dialogue avec tous les acteurs publics et privés concernés par les politiques d'accueil et d'intégration des immigrants.

Le Centre est en outre chargé de stimuler la lutte contre la traite et le trafic des êtres humains.

II. LA LÉGISLATION ANTI-DISCRIMINATION

Très tôt, la Belgique s'est dotée d'un arsenal législatif afin de lutter contre les discriminations. C'est avec la lutte contre le racisme que notre pays a entamé ce travail. En 1975, il a signé et ratifié la **Convention visant à l'élimination de la discrimination**

raciale (Nations Unies, 1966). En 1981, il a adopté une loi tendant à réprimer certains actes inspirés par le racisme ou la xénophobie.

En 1999, c'est une loi qui s'attaque aux discriminations basées sur le genre qui voit le jour.

Depuis 2000 et l'adoption de directives européennes en matière de lutte contre les discriminations, la législation belge s'est étoffée pour embrasser un champ d'action beaucoup plus large. La **loi du 25 février 2003** était en effet la première loi belge visant à combattre les discriminations au sens large. Celle-ci allait bien au-delà des devoirs de transposition de la directive 2000/78 pour les motifs non raciaux. Elle étendait sa protection contre les discriminations au-delà du champ de l'emploi et de la formation professionnelle et multipliait les motifs pour lesquels toute discrimination était interdite en se basant sur les textes européens et internationaux les plus ambitieux. C'est ainsi que l'état de santé se retrouvait parmi les critères protégés.

Enfin, en mai 2007, de nouvelles lois anti-discrimination sont venues soit remplacer (loi générale et loi genre), soit modifier (loi antiracisme) le dispositif existant et celui-ci a été complété afin de mieux protéger les victimes et de renforcer l'effectivité des sanctions.

Au cours du mois de mai 2007, trois nouvelles lois anti-discrimination ont ainsi été votées par le Parlement et promulguées. Ces trois nouvelles lois, datées du 10 mai 2007, ont été publiées au Moniteur Belge le 30 mai et sont entrées en vigueur le 9 juin 2007. L'objectif présidant à la volonté du législateur était d'effectuer une nouvelle transposition des prescrits européens et de prendre en compte l'annulation, par la Cour constitutionnelle (anciennement Cour d'arbitrage), de certaines dispositions de la précédente loi anti-discrimination. Le but était aussi, comme dit plus haut, de rendre la législation plus simple, plus pratique et plus efficace et d'améliorer le système de sanctions.

- **La loi anti-discrimination générale**²³ donne des définitions et établit des procédures pour lutter plus efficacement contre les discriminations. Elle remplace la loi du 25 février 2003 qui était basée sur les directives européennes 2000/78 et 2000/43. Elle prévoit une série de mesures visant les discriminations basées sur l'orientation sexuelle, l'état civil, la naissance, la fortune, l'âge, la conviction religieuse ou philosophique, l'état de santé actuel ou futur, le handicap, la conviction politique, la caractéristique physique ou génétique ou l'origine sociale.
- **La loi genre**²⁴ qui concerne les discriminations entre les hommes et les femmes remplace la loi du 7 mai 1999 et concerne entre autres la directive 2004/113.
- **La loi antiracisme**²⁵ modifie la loi du 30 juillet 1981, qui est basée sur la directive 2000/43.

1. CHAMPS D'APPLICATION

Parmi les cinq champs d'application des lois anti-discrimination, la sphère de l'emploi concerne tant le secteur privé que public, les ouvriers, les employés, les salariés, les indépendants et les travailleurs bénévoles. La loi couvre l'accès à l'emploi (recrutement et sélection), les conditions de travail (relations hiérarchiques, accès aux promotions, harcèlement, ...) et la rupture des relations de travail (licenciement, mise à la retraite, accès

²³ Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination.

²⁴ Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes.

²⁵ Loi du 30 juillet 1981 tendant à réprimer certains actes inspirés par le racisme et la xénophobie, modifiée par la loi du 10 mai 2007.

à la prépension, ...), ainsi que l'affiliation à une organisation syndicale. Il s'agit des relations de travail pour lesquelles l'État fédéral est compétent.

Les quatre autres champs d'application visés par les lois anti-discrimination sont :

- l'accès et la fourniture de biens et de services à la disposition du public ;
- la sécurité sociale et la protection sociale (soins de santé, avantages sociaux, régimes complémentaires – on vise la mise en oeuvre de prestations prévues dans des lois) ;
- la mention dans une pièce officielle ou un procès-verbal (acte notarié, procès-verbal de police, ...)
- l'accès et la participation à toute activité économique, sociale, culturelle ou politique accessible au public.

Les lois anti-discrimination n'interviennent pas dans les relations strictement privées et ne prévalent pas en cas de concours avec d'autres lois et arrêtés royaux qui modaliseraient les dispositions de ces réglementations, à moins que ces lois et arrêtés royaux soient mis en cause devant la Cour constitutionnelle ou le Conseil d'État.

La législation se devait également de répondre à la complexité institutionnelle de la Belgique. Une série de décrets régionaux et communautaires²⁶ ont ainsi été promulgués afin de se conformer aux compétences respectives des Régions et des Communautés. Les législateurs ont réussi le pari, à quelques exceptions près, d'offrir les mêmes protections en termes de champs d'application, de critères protégés ou de comportements interdits et d'harmoniser les concepts tels que celui de l'aménagement raisonnable à travers l'ensemble des textes législatifs.

2. COMPORTEMENTS INTERDITS

Cinq grands types de comportements sont visés par les lois anti-discrimination.

- La discrimination directe** consiste à faire, sur la base d'un des critères mentionnés dans les lois anti-discrimination, une distinction directe qui ne peut être justifiée ou à traiter de manière moins favorable une personne par rapport à une autre, dans une situation identique et ce, sans justification. Par exemple, refuser d'engager une personne parce qu'elle est séropositive.
- La discrimination indirecte** consiste à utiliser une disposition, un critère ou une pratique apparemment neutres, mais qui, de manière indirecte, est susceptible de désavantager une personne ou un groupe de personnes caractérisés par un des critères protégés et pour qui cette utilisation ne peut être justifiée. Par exemple, donner une prime complémentaire pour les travailleurs à plein temps, sans se préoccuper du fait que les temps partiels sont essentiellement des femmes et qu'indirectement, celles-ci sont dès lors systématiquement préjudiciées.

²⁶ Communauté flamande : décret du 8 mai 2002 modifié les 30 avril 2004, 9 mars 2007 et 30 avril 2009 relatif à la participation proportionnelle sur le marché de l'emploi et du 10 juillet 2008 créant un cadre pour l'égalité des chances et l'égalité de traitement en région flamande. Communauté française : décret du 12 décembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discriminations. Communauté germanophone : décret du 17 mai 2004 relatif à la garantie de l'égalité de traitement sur le marché du travail modifié par le décret-programme du 25 juin 2007. Région wallonne : décret du 6 novembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination tel que modifié par le décret du 19 mars 2009 et du 30 avril 2009 fixant l'entrée en vigueur. Région de Bruxelles-Capitale : ordonnances du 4 septembre 2008 visant à promouvoir la diversité et à lutter contre la discrimination dans la fonction publique régionale bruxelloise (fonction publique), du 4 septembre 2008 relative à la lutte contre la discrimination et à l'égalité de traitement en matière d'emploi (emploi privé) et du 19 mars 2009 modifiant l'ordonnance du 17 juillet 2003 portant code bruxellois du logement (logement). Cocof : décret du 22 mars 2007 relatif à l'égalité de traitement entre les personnes dans la formation professionnelle.

- **L'injonction de discriminer** consiste en une demande ou l'ordre de poser un acte discriminatoire. Par exemple, pour un patron de dancing, donner l'ordre au portier de refuser systématiquement l'accès aux personnes handicapées.
- **Le harcèlement** consiste en un comportement indésirable qui a pour objet ou effet de porter atteinte à la dignité de la personne et de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant. Le harcèlement basé sur un des critères protégés est assimilé à de la discrimination. Le fait que le critère protégé soit au cœur du processus de harcèlement peut constituer une circonstance aggravante. On parle alors de harcèlement discriminatoire. Cela étant, tout ce qui est constitutif de harcèlement au travail est désormais régi par la loi sur le bien-être au travail du 4 août 1996.
- **Le refus d'aménagement raisonnable** en faveur d'une personne handicapée consiste à refuser d'adopter une mesure visant à éliminer ou à compenser les effets négatifs d'un environnement inadapté pour une personne handicapée. L'absence ou le refus d'aménagement raisonnable pour les personnes handicapées est considéré comme une discrimination, si cet aménagement ne représente pas une charge disproportionnée ou si cette charge peut être compensée de manière suffisante par des mesures existantes.

III. LE CRITÈRE PROTÉGÉ « ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL OU FUTUR »

Par état de santé actuel ou futur, le Centre entend l'état actuel de maladie physique ou mentale diagnostiqué ou l'état de santé futur ou raisonnablement prévisible.

En matière d'emploi, une distinction sur base de l'état de santé doit être justifiée de manière objective et raisonnable pour ne pas être constitutive d'une discrimination. La différence de traitement doit répondre à un but légitime et les moyens utilisés pour effectuer cette différence doivent être appropriés et nécessaires.

La seule exception susceptible d'être admise quant aux critères de l'état de santé actuel ou futur concerne une exigence en termes de santé publique.

L'examen des situations de discriminations fondées sur l'état de santé doit aussi être réalisé au regard de l'aptitude du travailleur à remplir sa tâche.

En outre, dans le cas de maladies chroniques, la tâche doit aussi avoir été confrontée aux possibilités d'aménagements raisonnables qui doivent y être apportés.

Le Centre traite des différences de traitement qui sont basées sur des maladies connues dont les maladies dégénératives, mais aussi les maladies qui ne sont pas encore connues mais peuvent être prévues sur la base de tests génétiques.

Un employeur qui refuse d'engager ou qui licencie un travailleur en raison de sa séropositivité traite cette personne de manière moins favorable qu'une autre personne en raison de son état de santé futur.

Ce type de différence de traitement ne peut être admis que si l'employeur dispose d'une justification objective et raisonnable.

La question se pose évidemment pour certaines professions médicales, dont l'exercice peut mettre en cause la santé d'un tiers. En ce qui concerne plus

particulièrement la pratique médicale, la loi a limité l'abstention quant aux soins à prodiguer par un membre du corps médical atteint par le VIH aux seules interventions invasives²⁷. Le refus pur et simple d'embauche, même en ce qui concerne le personnel soignant, sera par conséquent très souvent disproportionné et discriminatoire au sens de la loi anti-discrimination. Une appréciation au cas par cas devra bien sûr être posée. La situation d'un(e) gynécologue, d'un(e) dentiste, d'un(e) chirurgien(ne) ou d'un(e) infirmier(ère) devra être appréciée plus strictement que celle d'autres membres du corps médical qui ne sont pas appelés quotidiennement à pratiquer des actes médicaux invasifs (aide soignante, par exemple). Par ailleurs, la possibilité réelle d'adopter des mesures de protection particulières devra également être prise en compte.

Donc, si dans certains cas, le refus d'embauche ou le licenciement peut être justifié lorsque la santé d'un tiers est mise en danger, il faudra toujours que la mesure prise à l'encontre de la personne séropositive soit proportionnée (mesures de précautions impossibles à mettre en oeuvre, activité médicale essentiellement invasive etc.). En revanche, l'argument qui consiste à mettre en avant la protection du travailleur atteint du VIH lui-même pour lui refuser l'accès à un emploi ne semble pas pouvoir être considéré comme une justification objective et raisonnable à la différence de traitement pratiquée.

Dans un avis rendu sur cette question²⁸, certains membres du Comité consultatif de bioéthique de Belgique insistent sur le fait que cette approche implique un risque de glissement vers une médecine du travail sélective, axée sur l'élimination systématique des travailleurs potentiellement moins productifs. Cette approche purement économique de la médecine du travail reposant sur l'exclusion et l'élimination via la surveillance médicale des travailleurs qui présentent une susceptibilité à la maladie, entre en contradiction avec la réglementation actuelle belge de la médecine du travail qui privilégie une médecine du travail protectrice visant à adapter les emplois aux travailleurs et à limiter les risques inhérents à une fonction en améliorant l'environnement de travail.

1. LIEN AVEC LE CRITÈRE « HANDICAP »

De façon délibérée, le législateur belge n'a pas donné de définition de la notion de handicap dans la loi du 10 mai 2007. Celle-ci peut donc être prise au sens large et englober les maladies chroniques. Par ailleurs, la Cour de Justice des Communautés Européennes, dans l'affaire *Chacón Navas contre Eurest* a précisé l'étendue de ce concept au sens de la Directive 2000/78/CE. Dans cet arrêt, la Cour considère que la notion de handicap doit être entendue comme une « *limitation, résultant notamment d'atteintes physiques, mentales ou psychiques et entravant la participation de la personne concernée à la vie professionnelle. Pour qu'une limitation relève de la notion de handicap, il doit donc être probable qu'elle soit de longue durée.* »

Un employeur qui refuse d'engager ou qui licencie un travailleur séropositif ou malade du sida traite cette personne de manière moins favorable qu'une autre personne en raison de son handicap.

Ce type de différence de traitement ne peut être admis que si l'employeur peut invoquer l'existence d'une exigence professionnelle essentielle et déterminante en raison de la nature de l'activité et des conditions de son exercice.

²⁷ Voir à ce propos : Cons. Nat. de l'Ordre, Maladies transmissibles – Secret professionnel – Service 100 – Sida, Revue Droit Santé, 2001-2002, p. 59 et s. Interventions invasives : l'Ordre ne donne pas de définition mais on peut donner l'exemple d'une opération chirurgicale.

²⁸ Comité consultatif de bioéthique de Belgique, Avis n°20 du 18 novembre 2002 relatif aux tests génétiques prédictifs et aux tests hiv dans le cadre des relations de travail.

En d'autres termes, il ne pourra justifier le refus d'embauche ou le licenciement d'un travailleur malade du sida que si le fait de ne pas être malade du sida est indispensable pour pouvoir faire le travail requis.

À titre d'exemple, on prendra le cas d'une personne malade du sida qui postule à un emploi de magasinier dans une grande surface. Imaginons que le recruteur apprenne sa maladie. Si le candidat est physiquement apte à l'emploi et possède les qualifications requises, sa maladie ne peut en aucun cas constituer un obstacle à son engagement pour cette fonction. De la même manière, si le travailleur est déjà en fonction au moment où il tombe malade, il ne peut être licencié sur cette base. Si l'employeur a des doutes sur l'aptitude à l'emploi de son travailleur, c'est-à-dire, sur sa capacité physique à accomplir les fonctions afférentes au poste de travail en question, il reviendra alors au médecin du travail de l'examiner et, le cas échéant, de délivrer un certificat d'inaptitude partielle ou totale pour la fonction exercée. Dans ce dernier cas, le médecin du travail formule des réserves quant aux tâches que le travailleur pourra accomplir compte tenu de son état de santé.

En outre, pour les travailleurs et les candidats travailleurs avec un handicap, l'employeur est tenu de prévoir des aménagements raisonnables. Ce sont des mesures concrètes qui vont compenser l'influence négative d'un milieu de travail inadapté pour une personne handicapée physique, sensorielle ou mentale. L'employeur va devoir remplir cette obligation de fournir des aménagements raisonnables aussi bien pour les personnes avec un handicap au moment de l'embauche que pour celles qui deviennent handicapées en cours de carrière (par exemple, suite à une maladie qui affecterait leurs capacités). Pour les personnes malades du sida, on pourrait envisager l'adoption d'un horaire adapté pour leur permettre de se rendre aux consultations médicales ou l'aménagement de temps de pause plus fréquents ou encore la limitation de leurs déplacements afin de réduire la fatigue qu'ils engendrent. Pour évaluer le caractère raisonnable de l'aménagement, on réfléchira au cas par cas, en fonction notamment de la capacité financière de l'employeur, du coût financier de l'aménagement et de ses effets directs et indirects pour un plus grand groupe de travailleurs ou pour des visiteurs externes. Des aides spécifiques sont également prévues pour les aménagements des postes de travail, par exemple. Évidemment, l'employeur est libre de refuser d'engager une personne qui, en raison de son handicap, ne répond pas aux exigences de fonction essentielles ou qui ne peut effectuer les tâches principales définies, même avec des aménagements raisonnables. Il y a alors un constat d'inaptitude au travail.

2. AUTRES TEXTES PERTINENTS

À côté de la loi anti-discrimination, d'autres textes peuvent fournir des éléments de protection aux travailleurs séropositifs ou malades du sida. On pointera ici notamment :

- La loi du 08 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard du traitement des données à caractère personnel ;
- La loi du 28 janvier 2003 relative aux examens médicaux dans le cadre des relations de travail ;
- La Convention Collective de Travail n°38.

3. JURISPRUDENCE

En Belgique, il n'existe qu'une seule décision de justice sur la question de la séropositivité dans l'emploi à ce jour. Il s'agit d'un jugement du 5 janvier 1998 du tribunal du travail de Dendermonde (Termonde)²⁹. Cette décision est donc antérieure à l'adoption

²⁹ Tribunal du Travail de Dendermonde, 5 janvier 1998, *Revue Droit de la Santé*, 1998-1999, p. 38-43.

de la loi anti-discrimination et ne contient par conséquent aucune référence au concept de discrimination.

Il s'agissait en l'espèce d'un médecin licencié par un CPAS en raison de sa séropositivité. La première partie de la décision porte sur la question de l'existence d'un contrat de travail entre le CPAS et le médecin. Le juge estime qu'il est bien question d'une relation contractuelle et que l'on peut dès lors parler de licenciement. S'agissant du licenciement, le juge précise que le droit de mettre fin unilatéralement à un contrat de travail doit être exercé de bonne foi. L'employeur abuse de son droit de licenciement lorsqu'il licencie un employé en raison de sa séropositivité. C'est donc en ayant recours à la théorie de l'abus de droit que le juge sanctionne le licenciement.

Ce jugement présente un intérêt en ce que la séropositivité du médecin avait été découverte suite à un test médical réalisé à l'insu du médecin. Le juge estime ici que la réalisation de ce test constitue une faute et un manquement à la déontologie médicale donnant droit à des dommages et intérêts (situation avant la loi du 28 janvier 2003 relative aux examens médicaux dans le cadre des relations de travail).

4. SIGNALEMENTS AU CENTRE

Le Centre est donc compétent pour traiter des cas de discrimination fondés sur le VIH/sida depuis 2003. Depuis cette date, une trentaine de situations liées au VIH/sida (seulement) ont été signalées au Centre.

Parmi cette trentaine de situations, une dizaine de cas concernaient le secteur de l'emploi. Concrètement, ces cas prenaient principalement la forme de licenciements après que les plaignants ont révélé leur séropositivité à un collègue ou à la hiérarchie ou de demandes de tests de dépistage du VIH à l'embauche.

Bien entendu, ces quelques cas ne donnent pas une image fidèle de l'état de la discrimination à l'emploi vécue en Belgique par les personnes séropositives ou malades du sida. Il s'agit de la partie émergée de l'iceberg...

Afin de pouvoir développer son expertise en la matière et des politiques structurelles les mieux adaptées, le Centre encourage vivement les personnes victimes de discriminations liées au VIH/sida à signaler les difficultés qu'elles rencontrent.

Service Diversité

Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte Contre le Racisme

Rue Royale 138

1000 Bruxelles

Téléphone : 02/212.30.00

epost@cntr.be

<http://www.diversite.be>

LES TRAVAILLEURS ATTEINTS DU VIH/SIDA : TRAVAILLEURS A PART ENTIERE OU ENTIEREMENT A PART ?

AXEL VAN WEYNENDAELE, COORDINATEUR DU PROGRAMME

EMPLOI-FORMATION DE L'AWIPH

Lorsque nous nous représentons le handicap, l'image de la voiturette s'impose bien souvent à l'esprit. Il est vrai que le pictogramme apposé sur les places de parking bleues et blanches entretient la représentation. Néanmoins, celle-ci, consciemment ou non, tend à réduire le handicap aux seules déficiences physiques.

Peut-être, vous êtes-vous déjà dits en voyant une personne garée sur une place réservée qu'elle était bien culotée de s'y parker alors que selon vous, cette personne n'était pas du tout en situation de handicap ?

Peut-être, qu'en citoyen responsable, lui avez-vous fait la remarque ? Et, il est fort probable que vous vous soyez excusés devant ce que vous ne pouviez percevoir et qui pourtant limite la personne dans sa mobilité.

Selon René Descartes, ce dont on ne peut faire l'expérience n'existe pas et c'est souvent l'attitude à l'égard des handicaps dits invisibles telles que les pathologies chroniques évolutives. D'apparence tout semble normal, mais voilà une sclérose en plaques ou un VIH, par exemple, fatiguent la personne qui s'en trouve limitée dans ses déplacements, dans sa concentration et dans son tonus en général.

Là réside toute la difficulté, admettre et accepter ce que l'on ne voit pas et considérer que cette réalité restreint réellement les capacités et qu'il ne s'agit nullement de plaintes infondées visant à attirer l'attention. Et c'est d'autant plus complexe à accepter, que la fatigue est très mal vue par le monde économique. On n'est pas là pour perdre son temps !

Bien souvent, l'employeur ne perçoit pas les difficultés de la personne qui, selon lui, est semblable aux autres travailleurs. Dès lors, celle-ci est traitée de façon égale alors qu'elle se trouve dans une situation différente. C'est, d'ailleurs, assez paradoxal dans la mesure où le travailleur atteint d'une maladie cherche à apparaître comme tous les autres ; paradoxal mais compréhensible étant donné que la plupart ne souhaitent pas être définis à partir du handicap. C'est pourquoi, afin de donner le change, certains vont jusqu'à compenser les difficultés liées à leur maladie en ramenant du travail à la maison et ainsi maintenir leur productivité au sein de l'entreprise.

Sans doute, cette attitude se trouve-t-elle en partie mue par la peur de perdre son emploi ce qui l'empêche de communiquer sur sa pathologie. Et dans le contexte économique actuel, les aveux de faiblesse ne sont généralement pas bien perçus. Par conséquent, comment permettre aux personnes en situation de handicap de se raconter

dans leur vérité dans une société où l'on tend déjà à nous dire que le rendement des travailleurs dits ordinaires est insuffisamment compétitif.

Comment faire, dans le discours ambiant, pour traiter sa pathologie au sein de l'entreprise ? Comment faire accepter qu'il faille quitter son milieu de travail durant quelques heures, tous les 3 à 4 mois afin de se rendre à l'hôpital ? Enfin, comment organiser le retour dans l'emploi ? S'il est bien un moment charnière primordial, c'est bien celui de la reprise du travail. Mais voilà, le poste n'est pas toujours retrouvé, il arrive qu'il soit déplacé et/ou dévalorisé, les collègues ne comprennent pas toujours la situation, le supérieur hiérarchique se montre parfois insensible, le poste ne peut être adapté.

Par ailleurs, lorsque l'employeur se trouve conscient des difficultés du travailleur, les réponses apportées tournent souvent autour de l'accessibilité de l'environnement de travail alors qu'il s'agirait, à ce moment de pousser au-delà, en prenant en compte le discours de la personne. Dès lors, les situations sont tuées et la souffrance s'accumule jusqu'au jour où la personne craque. A ce moment, l'invisible devient visible.

Doit-on réellement en arriver là ? N'y a-t-il rien à faire et à dire de plus ? Il est évident qu'intégrer une personne en situation de handicap dans un cadre professionnel ne se fait pas du jour au lendemain. Mais, n'en va-t-il pas de même pour tout autre travailleur ?

À ce propos, une inclusion réussie passe par le dialogue et par la création d'espaces de paroles entre employeurs, syndicats, médecins du travail, conseillers en prévention, ergonomes, professionnels de l'insertion et personnes en situation de handicap.

Des barrières, des difficultés à l'embauche et au maintien dans l'emploi existent. Que celles-ci relèvent de représentations sociales négatives, de situations de travail inadaptées, de méconnaissance du handicap,... Il existe toujours des solutions que les entreprises peuvent aisément mettre en place.

Pour cela, il n'est pas nécessaire de revoir tout le processus de travail, de modifier totalement les pratiques habituelles, de construire des locaux adaptés car bien souvent le bon sens et la volonté d'y parvenir suffisent.

Néanmoins, cette perspective passera nécessairement par davantage de transversalités entre les politiques relatives à la santé et celles relatives à l'emploi. En effet, et c'est d'autant plus vrai avec les maladies chroniques évolutives, les conditions de vie ne peuvent être séparées des conditions d'emploi.

I. LES AJUSTEMENTS DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Les ajustements des conditions de travail peuvent parfois être significatifs. Mais dans la plupart des cas, ils sont aussi simples que le fait, pour une employée de bureau qui aurait des problèmes de port de charge, de transporter un classeur à la fois, d'utiliser un chariot, ou de compter sur un collègue pour l'aider !

Des suggestions d'adaptation sont fournies sur le site Internet de l'AWIPH. Il suffit de cliquer sur le « bouton » disponible sur toutes les pages du site de l'AWIPH relatives à l'insertion professionnelle :



De nombreuses études indiquent que les adaptations dont on parle ne coûtent « quasi rien ». Ainsi, le Job Accommodation Network, un service d'information et de conseil du ministère américain de l'emploi, a calculé que les interventions mises en œuvre coûtaient en moyenne moins de 500 dollars.

Au cas où le coût serait difficilement supportable pour l'entreprise, elle peut se tourner vers les pouvoirs publics, dont l'AWIPH. C'est la raison d'être des deux interventions complémentaires : la prime de compensation et l'intervention pour aménagement du poste de travail (voir fiches détaillées à ce sujet).

II. LES QUESTIONS À SE POSER

Il va falloir réfléchir à différentes questions... De préférence dans l'ordre, parce qu'elles impliquent des changements de plus en plus importants, et donc de plus en plus délicats !

Y a-t-il des possibilités d'adaptation des conditions de travail ?

Un changement d'horaire, de méthodes de travail, une supervision plus importante, d'autres façons de communiquer l'information, des aides ponctuelles de la part de collègues, une modification de l'équipement, une réorganisation du travail, une autre gestion du temps de travail (pauses supplémentaires, autorisation d'absences pour soins, horaires flexibles...), un agencement du poste, le déplacement du lieu de travail au sein de l'entreprise...

Y a-t-il besoin de modifier la fonction ?

Dans une équipe de plusieurs personnes qui font, en principe, le même travail, il y a des « spécialisations » qui s'installent au fil du temps. Susciter une telle redistribution des rôles peut être une solution aux difficultés rencontrées.

Faut-il changer de fonction ?

Et les questions corollaires : y a-t-il des possibilités de changement de fonction au sein de l'entreprise ? Faut-il envisager une formation ?

Faut-il changer d'entreprise ? Faut-il faire tout à fait autre chose ?

C'est évidemment la solution la plus difficile, mais elle est parfois incontournable. Des formations peuvent alors être envisagées. L'AWIPH, mais aussi d'autres services, peuvent vous aider à parcourir ces questions et à trouver des pistes de solution !

III. COMMENT L'AWIPH PEUT VOUS AIDER ?

L'AWIPH peut apporter son soutien en matière d'emploi de personnes handicapées sous diverses formes :

- Aider pour le recrutement de nouveaux travailleurs handicapés.
- Aider à préparer des travailleurs handicapés via des formules de formation, sous forme d'un contrat d'adaptation professionnelle.
- Aider à gérer l'accueil de nouveaux travailleurs handicapés : soutien aux « tuteurs », encadrement de l'arrivée de nouveaux agents, gestion des premiers ajustements éventuellement nécessaires.

- Aider, sous forme d'informations, de conseils, ou d'interventions financières pour des aménagements des conditions de travail lorsque le maintien à l'emploi de travailleurs handicapés en fonction pose problème.

Des informations détaillées à propos de ces différents soutiens sont disponibles sur le site Internet : www.awiph.be > [Accueil](#) > [L'intégration](#) > [Se former et travailler](#) > [Information aux employeurs](#) Le folder et les fiches détaillées se trouvent également dans la rubrique : [Publications](#) > [Informations particulières](#).

Pour plus d'informations ou pour une discussion avec des interlocuteurs à votre écoute, les Bureaux régionaux de l'AWIPH et l'équipe de conseillères du numéro vert gratuit, 0800/160.61, vous attendent.



AWIPH 1995 - 2010
15 ans d'actions !
Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées

L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

ANNE MATTINA ET ANNE DE GROOTE, ASSISTANTES SOCIALES

AUX MUTUALITÉS SAINT MICHEL

I. PRÉSENTATION DE LA MUTUALITÉ

L'argent perçu par les cotisations sociales prélevées sur le salaire brut est versé aux mutuelles par l'INAMI (principe de solidarité) dans le cadre de l'assurance obligatoire. Cela signifie que tout le monde « y a droit ». Tout le monde dispose du même régime, quelle que soit la mutualité.

Le paiement d'une assurance complémentaire ouvre le droit à d'autres avantages ou interventions supplémentaires. Chaque Fédération de mutuelle fixe son propre panel d'avantages. Ex : Convalescences, assurances hospitalisation, interventions en médecines douces, etc.

La mutualité couvre principalement deux axes : 1° La protection en matière de soins de santé ; 2° L'indemnisation en cas d'incapacité de travail et d'invalidité.

II. LES REMBOURSEMENTS DES SOINS DE SANTÉ

Le montant des honoraires du prestataire ainsi que le montant qui est remboursé par la mutuelle sont déterminés par des conventions prévues par la loi. Les prestataires de soins qui adhèrent aux conventions sont appelés « prestataires conventionnés ». Il existe aussi ceux qui sont partiellement conventionnés et les non conventionnés.

Remboursements plus élevés

1°) Les BIM ou Bénéficiaires d'Intervention Majorée (anciens VIPO)

La législation de l'AMI permet d'obtenir des remboursements plus importants des soins médicaux et des médicaments. Il s'agit :

- des personnes bénéficiant d'un avantage social (RIS, allocations pour handicapés, GRAPA, enfants handicapés à + de 66% bénéficiaires d'allocations familiales majorées). L'intervention majorée est accordée sans enquête sur les revenus ;
- des veufs, invalides, pensionnés et orphelins et les chômeurs de plus de 50 ans depuis plus d'un an.

2°) Le statut OMNIO

Les avantages précédents sont étendus à tous les ménages dont le revenu ne dépasse pas un certain plafond.

3°) Le tiers payant

Le système permet de ne pas devoir avancer la totalité du montant de certaines prestations. On ne paye que la quote-part personnelle. Les prestataires sont libres d'appliquer ou non le système.

4°) Le Maximum à Facturer (MAF)

Il garantit à chaque ménage de ne pas devoir payer plus d'un certain montant pour ses soins de santé. Ce montant est déterminé en fonction de la catégorie sociale des revenus du ménage.

5°) Le dossier médical global (DMG)

Ce dossier contient les données en matière de santé, compte rendu des visites, résultats etc. Il permet une réduction de 30 % sur le ticket modérateur.

6°) Les médicaments génériques

Ils permettent de diminuer la facture en matière de soins de santé.

III. L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Très important : Il est recommandé d'avertir la mutualité au plus vite en envoyant un certificat médical au médecin-conseil.

L'incapacité de travail sera reconnue par le médecin-conseil s'il estime que la maladie ou l'accident entraîne une incapacité d'au moins 66%. Cela concerne les demandeurs d'emploi autant que les actifs.

Attention : Le médecin-conseil ne reconnaît pas la maladie, mais bien l'incapacité au travail.

La première année est appelée « période d'incapacité primaire ». Au-delà d'un an, on parlera d'invalidité. Pendant toute la période de l'incapacité, le médecin-conseil effectuera des contrôles réguliers. Pendant l'incapacité de travail, toute reprise de travail doit être préalablement autorisée par le médecin-conseil. Il en va de même pour une activité bénévole.

IV. LE FONDS SPÉCIAL DE SOLIDARITÉ

Le FSS est un filet de protection supplémentaire de la couverture « ordinaire » de l'assurance soins de santé. Le FSS existe pour éviter qu'un patient dans une situation médicale très grave doive renoncer aux soins si une ou des prestations médicales essentielles n'est ou ne sont pas remboursées et est ou sont particulièrement chères. Toutes les possibilités doivent être épuisées avant de faire intervenir le FSS.

V. LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE**1. DEFINITION**

Les prestations de réadaptation professionnelle comprennent toutes les interventions ou tous les services visant à restaurer tout ou partie de la capacité de travail initiale du titulaire reconnu incapable de travailler ou à valoriser la capacité de travail potentiel de ce titulaire en vue de son intégration complète dans un milieu de travail.

2. GENERALITES

- Donner l'opportunité de réussir une réinsertion professionnelle.
- Acquérir de nouvelles compétences compatibles avec son état de santé dans le but d'accéder à un autre métier.

- Permettre de conserver ses indemnités pendant la durée de la réadaptation et prévoir une prise en charge des frais.

VI. LE SERVICE SOCIAL

« *Ouvre, maintien et défend vos droits* »

Le service social de la Mutualité St Michel est composé d'une dizaine d'assistants sociaux qui aident et soutiennent les affiliés dans :

- information sur divers droits sociaux ;
- conseil lors de difficultés administratives en matière de législation sociale ;
- aides diverses pour le maintien à domicile (Vitatel, primes, mise en place d'aides familiales et ménagères,...) ;
- écoute, soutien et défense ;
- relations avec d'autres organismes et services sociaux ;
- intégration et réadaptation professionnelle ;
- difficultés financières ;
- ...

Via les permanences locales et téléphoniques, visite à domicile, rendez-vous.

Les assistants sociaux sont soumis au secret professionnel au même titre que le médecin-conseil.

Pour plus d'informations, contactez-nous :

Mutualité St Michel
Boulevard Anspach 111-115
1000 Bruxelles
02/501.58.30
www.mc.be

Service social :

MATTINA Anne, assistante sociale (anne.mattina@mc.be)
DE GROOTE Anne, assistante sociale (anne.degroote@mc.be)



LES ALLOCATIONS AUX PERSONNES HANDICAPEES

*ISABELLE RENOIRD, ASSISTANTE SOCIALE AU SPF SECURITE
SOCIALE – DG PERSONNES HANDICAPEES*

I. INTRODUCTION

*« Le régime des allocations aux personnes handicapées a pour but de venir en aide aux plus démunis d'entre eux. C'est un régime résiduaire de protection sociale, non contributif, dont les prestations ont toujours été financées par l'Etat ».*³⁰

Les allocations aux handicapés font partie de l'aide sociale ou régime résiduaire au même titre que le régime d'intégration et d'aide sociale octroyé par le CPAS.

Le type de bénéficiaires des allocations aux personnes handicapées va être modifié au cours du temps entre 1929 et aujourd'hui.

- En 1929, les allocations aux personnes handicapées concernaient les « estropiés, mutilés, infirmes congénitaux, aveugles, sourds et muets ».
- En 1969, la loi étend le champ d'application à toute personne atteinte d'un handicap physique, mental ou d'une maladie chronique.
- En 1987, d'après la loi du 27 février, le régime des allocations aux personnes handicapées va mettre sur le même pied d'égalité toutes les personnes handicapées, quel que soit leur type de handicap.

Il y a deux types d'allocations aux personnes handicapées :

- Celle pour les personnes de moins de 65 ans : l'allocation de remplacement de revenus ou ARR et l'allocation d'intégration ou AI.
- Celle après 65 ans : l'allocation aux personnes âgées ou APA.

Ces allocations peuvent concerner toute personne handicapée âgée d'au moins 21 ans, résidant légalement sur le territoire belge et répondant à des conditions de nationalité (Belge, Européen, Marocain, Tunisien, Algérien, réfugié reconnu, conjoint d'un ressortissant de ceux-ci..., ayant bénéficié d'allocations familiales majorées, étant inscrit comme étranger au registre de la population). Pour ouvrir ce droit, il ne faut pas avoir fait un stage de travail ou assimilé de 120 jours comme pour l'examen de l'obtention d'un droit aux indemnités de mutuelle.

³⁰ http://socialsecurity/docs/fr/publicaties/vademecum/vademecum_2007_fr.pdf

II. QUELQUES CHIFFRES

En 2008, le nombre de bénéficiaires d'allocations de remplacement de revenus et/ou d'allocations d'intégration est passé à 143.037 (ce qui correspond à une augmentation de 4,2 % par rapport à 2007).

À l'heure actuelle, 67,8 % des bénéficiaires ont droit à la fois à une allocation de remplacement de revenus et à une allocation d'intégration, 22,7 % ont uniquement droit à une allocation d'intégration et 9,5 % ont uniquement droit à une allocation de remplacement de revenus.

En 2008, les paiements réguliers des allocations de remplacement de revenus et des allocations d'intégration (sans arriérés) se sont élevés à 1.013,5 millions d'euros, ce qui représente une augmentation de 8,5 % par rapport à 2007. Hors inflation, cela équivaut à une augmentation de 3,8 %.

En 2008, le nombre de bénéficiaires d'allocations pour l'aide aux personnes âgées est passé à 130.375 (ce qui correspond à une augmentation de 1,8 % par rapport à 2007).

En 2008, les paiements réguliers (sans arriérés) des allocations pour l'aide aux personnes âgées se sont élevés à 414,4 millions d'euros, ce qui représente une augmentation de 5,9 % par rapport à 2007. Hors inflation, cela équivaut à une augmentation de 1,4 %. »³¹

III. DÉFINITIONS

Je vais m'attarder d'avantage sur les allocations de personnes de moins de 65 ans.

1. L'ALLOCATION DE REMPLACEMENT DE REVENUS OU ARR

« Il faut que, suite à l'état physique ou psychique, la capacité de gain de la personne soit réduite à 1/3 ou moins, de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché général du travail. Le marché général du travail ne comprend pas le marché protégé. »³²

Cette définition a des similitudes avec celle de la mutuelle car on parle de réduction à 1/3 ou moins mais ici il ne faut pas un élément nouveau. Ressemblance avec l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994 (assurance-maladie) dans la loi du 27 février 1987 (concernant l'ARR) :

- Le marché du travail n'est pas défini.
- Il n'y a pas d'exclusion des handicaps préexistants à toute capacité de travail (cf. handicaps congénitaux).
- La personne ne doit pas avoir un statut préalable de travailleur.

L'ARR est une allocation de base au moins égale au revenu minimal d'intégration (ex-minimex) dont le montant varie en fonction de la qualité du bénéficiaire (isolé...). Divers abattements sont appliqués sur les revenus pris en compte, tant sur ceux du demandeur que sur ceux du conjoint ou partenaire.

³¹ Extrait du rapport annuel 2008 de la DG Personnes handicapées.

³² Extrait des slides établis en 2008 par le Docteur Jeanmart, alors médecin directeur au sein de la Direction Générale Personnes handicapées.

2. L'ALLOCATION D'INTEGRATION OU AI

Il faut établir un manque ou une réduction d'autonomie de la personne par rapport à 6 activités de la vie journalière définies dans le guide d'évaluation du degré d'autonomie annexé à l'AM du 30 juillet 1987 :

- Possibilités de se déplacer.
- Possibilités d'absorber et de préparer sa nourriture.
- Possibilités d'assurer son hygiène personnelle et de s'habiller.
- Possibilités d'entretenir son habitat et d'accomplir des tâches ménagères.
- Possibilités de vivre sans surveillance, d'être conscient des dangers et d'être en mesure de les éviter.
- Possibilités de communiquer et d'avoir des contacts sociaux.

Elle ne fait donc PAS référence à des diagnostics mais aux limitations concrètes, dans certains actes de la vie courante, que les maladies ou affections entraînent. L'évaluation de l'AI tient compte des répercussions des lésions constatées sur les différentes fonctions. L'évaluation de l'AI prend en considération la situation moyenne de l'intéressé et se réfère à une personne valide de la même catégorie d'âge. L'évaluation de l'AI met l'accent sur la nécessité d'une assistance pour accomplir les actes de la vie courante et sur les efforts consentis par la personne handicapée pour s'intégrer dans la vie sociale.

3. COTATIONS

Pour chaque fonction, les cotations correspondent à :

Pas de difficultés	: 0 point
Difficultés minimales	: 1 point
Difficultés importantes	: 2 points
Impossibilité sans l'aide d'un tiers	: 3 points

Ventilation des catégories :

Catégorie 0	: le minimum de 7 points requis n'est pas atteint
Catégorie I	: 7 et 8 points
Catégorie II	: 9 à 11 points
Catégorie III	: 12 à 14 points
Catégorie IV	: 15 et 16 points
Catégorie V	: 17 et 18 points

IV. DIFFÉRENCES ENTRE LE MÉDECIN TRAITANT ET LE MÉDECIN ÉVALUATEUR DU SPF

1. ROLES

Médecin traitant	Médecin évaluateur
<p>Diagnostiquer les pathologies Appliquer et optimiser les thérapeutiques curatives et préventives Suivre le patient en terme de guérison et de prévention</p>	<p>Évaluer la réduction d'activités dans les domaines professionnels, de l'autonomie et socialisation Réduction résultant d'une déficience</p>

2. ENTRETIEN

Médecin traitant	Médecin évaluateur
<p>Auto et hétéro anamnèse Décrire l'affection actuelle Ecouter le patient et recueillir ses plaintes</p>	<p>L'anamnèse, déjà documentée, est à confirmer par un bref historique de l'affection Apprécier dans la durée les déficiences et comment elles réduisent l'activité professionnelle et la participation dans les actes quotidiens</p>

3. BUT DE L'EXAMEN CLINIQUE

Médecin traitant	Médecin évaluateur
<p>Objectiver des symptômes Établir un diagnostic Recourir si nécessaire aux examens spécialisés Établir un traitement approprié</p>	<p>Est limité à la confirmation de la cohérence des données avec les déficiences constatées Documenter d'éventuelles contradictions Les observations informelles sont souvent importantes</p>

4. COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES

Médecin traitant	Médecin évaluateur
<p>Pratique approfondie des démarches et des techniques de diagnostic Connaissance approfondie des options thérapeutiques générales et spécialisées</p>	<p>Connaissances approfondies des effets invalidants des pathologies Connaissances à jour des méthodologies d'évaluation et pratique des outils d'évaluation selon la législation</p>

5. DECISION

Médecin traitant	Médecin évaluateur
Décision thérapeutique dans le meilleur intérêt du patient Relation de confiance médecin - patient	Décision en appliquant les critères médico-légaux avec bon sens et le plus objectivement possible. Importance de l'accueil du patient par le médecin évaluateur dans la relation administration/usager

V. PROCÉDURE

Pour obtenir un examen de ces allocations, il faut introduire une demande à la commune. Il peut s'agir d'une demande d'allocations aux personnes handicapées ou d'une demande d'avantages sociaux.

1°) La commune remet différents documents

Formulaires administratifs : document à compléter par les personnes. Ce formulaire précise la situation familiale et les revenus de la personne handicapée et de la personne avec qui elle est mise en ménage.

Formulaires médicaux F3-F4 : ils sont conçus afin que le médecin traitant décrive les pathologies et les limitations concrètes présentées par son patient dans les « Activités de la Vie Journalière » (voir les 6 critères précédents). Tout rapport décrivant les difficultés dans la réalisation des AVJ présentées par la personne handicapée peut être joint aux formulaires F3-F4. La personne peut aider le médecin qui complétera le formulaire 3-4 en préparant à l'avance des éléments de réponses aux différentes questions posées sur ledit formulaire en lien avec la perte de son autonomie.

2°) Les personnes renvoient tous les documents et preuves au SPF ou les déposent à une des permanences du service social à Bruxelles ou en province

Chaque jour à Bruxelles et à une cinquantaine de permanences dans chaque régime linguistique.

3°) L'examen médical

Le dossier part au centre médical. Un médecin examine la personne handicapée. Il prend sa décision concernant l'ARR et l'AI ainsi que les avantages sociaux et fiscaux. Le médecin prend une décision pour une durée déterminée s'il estime que la situation médicale peut s'améliorer ou indéterminée s'il estime que la situation médicale est stable.

Remarque : contrairement au médecin de la mutuelle, il ne faut pas demander l'accord pour obtenir l'autorisation de travailler ou pour suivre une formation.

4°) Le dossier médical est transmis à la section administrative

Celle-ci prend une décision sur base de la décision médicale, des revenus de la personne et de la personne avec qui elle est en ménage. Elle vérifie les adresses

mentionnées dans le dossier et voit si la personne handicapée réside dans une institution. Si oui, elle enverra un formulaire F92 attestation de séjour afin de voir s'il y a intervention des pouvoirs publics dans les frais de séjour.

5°) La décision est envoyée par courrier simple.

Le seul courrier envoyé par le SPF par recommandé est celui concernant un indu, un montant trop perçu.

VI. CATÉGORIE FAMILIALE

- Le A : correspond au cohabitant.

Le cohabitant est quelqu'un qui vit avec un membre de sa famille jusqu'au 3^e degré (frère, sœur, parents, enfants dont le parent ne touche plus d'allocations familiales pour lui, même s'il n'a pas de revenus).

- Le B : isolé ou vit dans une institution plus de trois mois, jour et nuit.

- Le C : chef de ménage.

Personne qui vit en couple marié ou non indépendamment du sexe ; qui paye une pension alimentaire sur base d'un jugement à un enfant de moins de 25 ans ou touche des allocations familiales pour au minimum un enfant.

« La répartition des bénéficiaires d'une ARR-AI selon la catégorie familiale (à l'exception des bénéficiaires d'une AI uniquement) est la suivante fin 2006 :

- 25,3 % avec personnes à charge, soit catégorie C ;
- 45,6 % d'isolés, soit catégorie B ;
- 29,1 % cohabitants, soit catégorie A. »³³

VII. IMPACT DES REVENUS

Je ne vais pas ici aborder le calcul en profondeur car celui-ci est complexe. Voir le site du SPF : http://handicap/fr/citoyens/alloc_ph/arr.htm avec exemples détaillés.

Ce que je peux dire, c'est que le droit aux allocations aux handicapés est un droit résiduaire c'est-à-dire qu'il faut que la personne ait fait prévaloir ses droits dans le régime de sécurité sociale « classique ». C'est pour cela que le SPF tient compte des revenus imposables : revenus de travail et revenus de remplacement (allocations de chômage, indemnités de mutuelle, accident de travail, fonds des maladies professionnelles, pension).

Si la personne est exclue de ses droits avec documents le certifiant, le SPF tiendra compte des revenus figurant sur l'extrait de rôle ou actuels dans le cas où il n'y aurait pas d'extrait de rôle. Celui-ci ne pouvant mentionner un revenu inexistant.

³³ Extrait du rapport annuel de la DG Personnes Handicapées 2006

Remarque

La personne handicapée pourrait avoir eu une reconnaissance médicale à 66% avec ou sans reconnaissance médicale de sa perte d'autonomie (AI) et ne pas être en paiement suite à un rejet sur base de l'examen administratif car ses revenus et/ou ceux de son conjoint dépassent les plafonds ou à un rejet sur base d'autres critères (radiation, nationalités).

Montant maximum par mois (index de 01/06/09) de l'ARR et de l'AI

ARR	annuel	mensuel
A Cohabitant	5.809,22	484,10
B isolé	8.713,83	726,15
C ménage	11.618,44	968,20
AI	annuel	mensuel
1	1.061,26	88,44
2	3.616,37	301,36
3	5.778,51	481,54
4	8.418,56	701,55
5	9.550,33	795,86

Isabelle Renoird

Assistante sociale

SPF Sécurité sociale - Direction générale Personnes handicapées

Centre administratif Botanique - Finance Tower

Boulevard du Jardin botanique 50 Boîte 150

1000 Bruxelles

CONTACT CENTER: 0800/987.99 du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30

handif@minsoc.fed.be

<http://handicap.fgov.be>

Les assistants sociaux de la Direction générale Personnes handicapées aident les visiteurs dans leurs démarches administratives et réalisent des enquêtes sociales. Des permanences d'accueil sont organisées dans les locaux du SPF Sécurité sociale du lundi au vendredi de 9h à 11h30. Des permanences sont également organisées en province.

3. Les expériences des personnes vivant avec le VIH/sida

VIH ET EMPLOI POUR LES PLUS VULNERABLES

GRACE NTUNZWENIMANA, ANIMATRICE AU SIREAS

I. QUELQUES CONSTATS

Les traitements actuels permettent aux personnes séropositives de mener une vie quasi normale et par conséquent, souhaitent décrocher un emploi pour avoir une vie active.

Le VIH n'est pas en soi un frein à l'emploi : une partie des personnes séropositives accèdent à l'emploi sauf ceux qui présentent des effets secondaires dus aux médicaments (pathologies additives, fatigue, lipodystrophie etc.).

Certaines personnes, en particulier les migrants, sont confrontées à d'autres facteurs de vulnérabilité face à l'emploi qui n'ont rien à voir avec leur statut sérologique : niveau d'étude variable, méconnaissance des langues nationales belges, racisme etc.

Vu les parcours migratoires, et quel que soit le niveau scolaire, elles accèdent plus facilement aux emplois manuels qui demandent plus d'énergie ou qui nécessitent de rester dehors, parfois sous le froid ou la pluie (nettoyage intérieur ou de rue, jardinage, manutention).

Le titre de séjour reste également un blocage à l'emploi pour ceux qui ont un séjour provisoire ou sont en attente de séjour : ils n'ont pas le droit de travailler.

Il est plus fréquent que certaines personnes séropositives s'auto excluent du milieu professionnel de peur qu'on découvre leur séropositivité et ne veulent pas prendre ce risque.

D'autres craignent de ne pas arriver à concilier la vie professionnelle et la vie familiale (suivi médical de la personne et de son enfant, pour ceux qui ont des enfants séropositifs).

Pour ceux qui ne peuvent plus travailler mais qui dépendent des CPAS ou qui bénéficient d'allocations de chômage, ils subissent de temps en temps des pressions administratives pour retrouver du travail. Ils doivent donner des preuves de recherche d'emploi, ici se présente le problème légal de reconnaissance du statut d'invalidé.

II. QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS OU LES CRAINTES DES PERSONNES SÉROPOSITIVES FACE À L'EMPLOI ?

La crainte de perdre leur emploi suite aux absences à répétition engendrées par le suivi médical, les effets secondaires des traitements, la fatigue etc. est un stress quotidien pour les personnes séropositives. Le constat est que certains secteurs de travail plus compétitifs n'ont aucune souplesse ou d'aménagement possible.

Beaucoup de personnes séropositives sont donc obligées de prendre sur leurs jours de congé pour éviter de charger leur dossier administratif de certificats médicaux ou pour éviter une suspicion quelconque de l'employeur.

Les effets secondaires des médicaments sont parfois contraignants et rendent la vie professionnelle difficile.

Dans certains secteurs, les horaires de travail sont également contraignants pour une bonne observance aux traitements et l'aménagement de l'horaire ou le changement vers un autre secteur ne semble toujours pas évident.

La peur des réactions des collègues (rejet, jugement, stigmatisation, discrimination) fait que les personnes séropositives préservent leur secret avec les conséquences sur le plan psychologique (prendre ses médicaments en cachette, mentir pour aller en consultation).

Le rôle du médecin du travail ne semble pas être clair pour tout le monde et entraîne une méfiance envers lui, par simple doute des relations qui le lient avec l'employeur.

TEMOIGNAGE DANS LE CADRE D'EMPLOI ET VIH

*JUDITH BISUMBU, COORDINATRICE D'ECHOS SEROPOS D'ICI ET
D'AILLEURS (ESDIA)*

Je m'appelle Judith et je suis une spectatrice privilégiée et parfois active dans le monde du sida.

Je ne cherche plus du travail car entre-temps, je suis tombée sous le coup de l'incapacité à travailler et je suis de toute manière presque en âge de la pension. Je vous rassure néanmoins sur ma capacité à témoigner.

Pour ceux qui ne me connaissent pas, je passe mon temps à glaner des informations sur le sida et à collecter des témoignages des séropos d'ici et d'ailleurs pour ceux qui veulent bien laisser une trace d'une tranche de leur vie.

Ces informations et ces témoignages sont ensuite mis sur un blog : <http://www.echos-seropos.org/blog/> et diffusés dans une sorte de revue de presse. Ils seront ensuite sélectionnés selon les thèmes et publiés dans une revue *Echos séropos d'ici et d'ailleurs*. Du reste, grâce à Internet, nous recevons des témoignages, des illustrations, des poèmes, des chansons qui nous arrivent de partout sur différents sujets.

Les questions que je me pose à chaque rencontre du genre et vous pouvez peut-être m'aider à y répondre aujourd'hui : Combien de personnes séropositives clandestines ou avouées sont-elles associées à la préparation ou invitées à participer activement à cette rencontre ? Combien de personnes séropositives font partie de vos associations de lutte contre le sida ?

Contrairement à la France avec Sidaction, Aides, Act Up, RAAC, Ikambere ou chez nos voisins hollandais avec Stop Aids, à l'Angleterre avec ICW, le Canada avec COCQ, CRISS, Catie, les Etats-Unis et pas mal d'autres pays du Sud avec le Réseau Afrique 2000 et j'en passe, il semble qu'en Belgique, les personnes vivant avec le VIH rasant les murs et ne sont que fort peu représentées dans les instances où les décisions sont prises sur les questions qui les concernent.

La discrimination la plus criante, mais aussi la plus subtile, peut-être même inconsciente qui est difficile à dénoncer, est celle des associations et organismes qui s'occupent du sida. Tout au moins, la complicité ou la complaisance devant les inégalités qui privent les associations d'auto-support et les personnes vivant avec le VIH, de visibilité, de représentativité, d'une entière reconnaissance qui donne un poids à notre parole et à notre expertise.

Des inégalités absurdes et insensées qui nous amènent à payer pour dire à des personnes déjà payées pour nous écouter, pour recueillir nos vécus en déformant parfois nos propos au passage.

Nous ressentons une sorte de volonté générale tacite de nous maintenir dans un état de perpétuelle dépendance, d'incapacité.

Et je ne parle même pas du manque de respect et de considération.

J'ai été saisie, un jour, d'entendre un professionnel de la santé dans le domaine du sida déclarer que ça le « débecquette » d'écouter les élucubrations des malades du sida.

J'ai été également témoin involontaire d'échanges électroniques sur une menace de perte de travail d'un membre de l'équipe sida d'un centre de référence réputé si sa séropositivité venait à être divulguée. Et c'est ces soi-disant militants de lutte contre la discrimination et la stigmatisation qui nous exhortent à nous afficher, à nous battre, à défendre nos droits contre la discrimination, la stigmatisation. Un double langage difficile à comprendre.

D'aucuns parmi les professionnels se plaignent ouvertement de tous ces vieux malades du sida qui s'imaginent tout savoir sur le sida....

Il est pourtant actuellement prouvé que la prise en compte de la parole des malades fait évoluer les observations sur cette pandémie.

Du reste, en direct de l'IAS, le **Dr Martin Duracinsky** n'a-t-il pas déclaré que : « *les patients sont les meilleurs experts de l'impact des traitements sur leur qualité de vie* » ? Les recommandations d'Onusida sont également sans équivoque à ce sujet.

A mon sens, ces propos cités en exemple, d'une rare violence, et cette perception négative du sida véhiculés par des professionnels considérés comme « autorisés et crédibles » n'encouragent pas les séropositifs à sortir de leur clandestinité, ni les employeurs potentiels à les engager alors que même leurs associations n'en veulent pas et ne les trouvent même pas aptes à se représenter.

Il y a vingt ans, ma séropositivité a été révélée lors d'un examen d'embauche. Une pionnière à la tolérance envers les séropos a bien voulu me donner la chance de travailler. C'était presque un miracle à cette époque et ce travail m'a permis de ne pas perdre pieds et m'a maintenu en vie durant sept ans. Lorsque la Direction a changé, j'ai été victime de harcèlement mais j'avais recouvré la confiance en moi et je trouvais la force de faire face. Encore que cela a précipité mon passage au stade de la maladie car le sida déteste le stress.

Je n'ai pas l'impression que, depuis cette époque, les choses ont évolué positivement. Je dirais même qu'elles ont régressé, l'agacement et le ras-le-bol ont pris place de la compassion et de l'activisme.

Certains médecins, lors des prescriptions d'un premier traitement ne tiennent pas compte des activités du patient. Comme si notre profession se définit uniquement par « malade ».

D'autres en revanche encouragent les personnes séropositives à maintenir leurs activités sociales et professionnelles et veillent sur leur bien-être physique et mental.

Nous avons besoin de la prise en compte de ces facteurs pour maintenir notre équilibre.

Longtemps, j'ai cru que la difficulté de l'emploi et du VIH était liée au statut du migrant. Mais j'ai fini par découvrir que nous partagions toutes ces inégalités avec d'autres

séropos de pure souche. À se demander ce que fait le Centre pour l'Égalité des chances face à ces discriminations à l'emploi tellement évidentes.

I. S'AGISSANT DES MIGRANTS VIVANT AVEC LE VIH

Comme l'expliquait le Docteur Yombi lors d'une rencontre débat sur *Migrants, précarité, isolement et VIH*, il n'existe pas un package « Migrants » : les migrants vivant avec le VIH ne sont pas les mêmes, ils n'ont pas la même histoire.

Quelques groupes :

- Le migrant qui quitte son travail, sa famille et son pays parce qu'il est malade, qui a peut être changé d'identité et dont la priorité à l'arrivée est de se faire soigner ; que nous appelons « réfugié thérapeutique ».
- Le migrant qui apprend qu'il est séropositif en cours de route et dont les projets de vie se trouvent chamboulés.
- Le migrant qui est contaminé alors qu'il a déjà un emploi et vit dans la terreur de le perdre du fait de cette contamination.
- D'autres groupes comme les réfugiés politiques, les sans-papiers.

Ils sont certes tous confrontés aux problèmes médicaux, mais aussi ceux socio-professionnels. Pour les premiers, le titre de séjour, l'équivalence de diplôme avec très certainement une perte de statut socioprofessionnel (s'ils n'ont pas changé d'identité). Un problème de reclassement professionnel et de perte de revenus pour les autres. Un lot de problèmes qui mènent à la précarité, l'isolement et vous coupent du réseau social où ces problèmes sont débattus.

C'est ainsi que nous côtoyons des médecins, des biologistes, des profs d'université, des ingénieurs, tous sans emplois ou avec des allocations de la mutuelle alors que leur compétence et leur capacité à travailler ne sont pas en cause. Un gaspillage navrant de ressources humaines.

Dans ce contexte, le manque d'estime de sa famille, de soi et plus concrètement, la détérioration de la qualité de vie apportent à la maladie une nouvelle difficulté de taille.

II. S'AGISSANT DU HANDICAP ET DU VIH

Si les médicaments ont prolongé nos vies, plusieurs personnes vivant avec le VIH cumulent plusieurs handicaps liés aux maladies opportunistes et aux effets secondaires comme la paralysie des membres inférieurs, le cancer, l'hépatite, les séquelles visuelles, le diabète, l'hypertension, etc. L'ennui est que les critères de reconnaissance sont assez flous et qu'en ce qui concerne le VIH, nous sommes soumis au bon vouloir de nos médecins qui ne sont pas tous de bonne foi ou de bonne volonté pour remplir toute cette paperasse.

Il y a à peine deux mois, un handicapé séropositif a obtenu sa reconnaissance d'handicap à 80 pour cent et les allocations d'handicapés qui vont avec cette reconnaissance lui ont été refusées, et ce, parce qu'il n'est pas belge, alors que de toute façon il est pris en charge par l'aide sociale. Et de se poser la question sur « l'égalité de la valeur d'une vie ».

Pendant deux ans, j'ai utilisé des adaptations techniques piratées d'Espagne parce que mon séjour était récent même s'il était légal. Un médecin a pris la liberté un jour d'écrire à la Ligue Braille pour m'empêcher d'obtenir une formation dont j'avais besoin et sans laquelle, je n'aurai pas su m'orienter, ni survivre à mon handicap visuel. Un autre médecin-conseil du ministère des handicapés a trouvé que j'avais trop bonne mine pour une malade du sida et a baissé mes allocations. J'ai donc dû aller au Tribunal du travail pour trancher cette affaire et je vous dispense des détails sordides pour obtenir gain de cause.

À la Ligue Braille, on m'a conseillé de ne pas révéler ma séropositivité de peur d'effrayer le personnel qui pourtant avait reçu une formation. Sans compter que les handicapés visuels sont les premières victimes du téléphone rose et des arnaques sexuelles et qu'ils ont besoin de prévention.

Tous ces exemples ne sont pas repris pour culpabiliser ou vexer qui que ce soit, mais il est important de dire les choses pour mesurer l'impact négatif que les mots et les attitudes peuvent avoir sur nous. Il est important de vous montrer que les personnes séropositives de Belgique vivent des situations surréalistes difficiles à imaginer.

Pour toutes ces raisons, nous revendiquons plus de visibilité et notre représentativité dans les associations sida et dans les instances nationales et internationales où la question du sida est posée pour défendre nous-mêmes notre position.

Nous demandons aussi l'aménagement du temps de travail, de la tolérance, du respect et de la considération. Il faut savoir que la gestion de la maladie prend au minimum un quart-temps réparti entre les rendez-vous médicaux, les démarches administratives, le respect de l'observance, etc.

Nous vous rappelons qu'en plus du sida, nous avons autre chose à offrir.

Il vous suffit d'avoir la volonté de nous intégrer.

TEMOIGNAGES ISSUS DU BLOG ECHOS-SEROPOS

Les témoignages suivants sont issus du blog : <http://www.echos-seropos.org/blog>. Publiés en avril 2010, leur reproduction bénéficie de l'accord de Judith Bisumbu, que nous remercions chaleureusement.

I. UN ACCÈS AU TRAVAIL QU'ON NE M'AVAIT PAS EXPLIQUÉ

C'est un an après mon arrivée en Belgique que j'ai appris ma séropositivité. Cela m'a fichu un sacré coup de frousse et une surprise dont j'aurai pu me passer.

Je ne m'explique toujours pas à quel moment j'ai été contaminée mais je soupçonne la période de cavale pour quitter mon pays pendant la guerre. Avec le recul, je me dis que je ne pouvais peut-être pas l'éviter, il fallait passer par là ou mourir.

La femme de mon neveu m'a amenée voir un médecin alors que je toussais beaucoup. Il a diagnostiqué le VIH et m'a transféré directement à Erasme où j'ai reçu les meilleurs soins et toutes les attentions qui m'ont rassurée. Un seul comprimé par jour, ce n'est vraiment pas lourd. De plus, je n'ai développé aucun effet indésirable.

J'ai gardé pour moi ma séropositivité car je m'occupe des enfants et des personnes âgées. Je n'ai jamais développé de maladies qui pouvaient avoir une incidence sur ce travail et mon médecin m'a dit que je n'étais pas obligée d'en parler.

Personne ne m'a expliqué le système belge, je vivais avec mes neveux, j'ai donc travaillé au noir pendant plus de dix ans sans savoir que c'était illégal. Comme je ne bénéficiais d'aucune aide, aucun service ne s'est intéressé à ce que je faisais. J'avais obtenu mes papiers sous le regroupement familial avec mes neveux. Ce n'est qu'en fréquentant les associations et en rencontrant des assistantes sociales que j'ai su que je devais avoir une existence légale dont la déclaration de revenus, la sécurité sociale etc. Je m'étais donc fait exploiter par des amis qui prétendaient me faciliter la vie et me rendre service.

Une assistante sociale rencontrée par hasard chez une amie, m'a aidée à m'inscrire et régulariser ma situation. Elle m'a expliqué l'importance du travail légal avant de me montrer toutes les options qui s'offrent à moi.

Bientôt, je commence une formation pour maîtriser le Français, l'informatique, la gestion et les techniques de cuisine où je travaillais avant de venir ici. Peut-être que je pourrai me mettre sur mon compte dans la petite restauration même si mon ami m'a dit ironiquement qu'on a jamais vu « un chef » de cuisine séropo.

Témoignage de D 58 ans

II. SORTI DE SES CENDRES...

Après que ma famille, mes frères, mes soeurs, ma fiancée, mes amis et toutes les personnes que je connaissais aient péri pendant le génocide, je n'avais plus aucune envie de vivre. Je souffrais d'être encore en vie et je n'avais donc pas conscience d'un quelconque danger.

Je suppose que c'est durant cette période où mon travail m'obligeait à de nombreux déplacements dans les pays limitrophes que j'ai été contaminé. J'ai pris l'annonce de ma séropositivité avec beaucoup de détachement, sans doute amorti par la douleur plus grande de la perte des miens.

Je travaillais dans une ONG qui m'a directement pris en charge médicalement mais les effets secondaires des traitements étaient tels que je pouvais difficilement concilier travail et traitements.

C'est lorsque je suis venu en vacances en Belgique que ma soeur, seule famille qui me restait, a insisté pour me garder ici. J'ai donc bénéficié des traitements moins agressifs mais l'inactivité m'a plongé dans une longue période de dépression. D'aussi loin que je me souviens, j'ai toujours travaillé, gagné ma vie et celle de nombreuses personnes à ma charge. Et mon horloge biologique me réveillait chaque matin alors que je n'avais que faire de mes journées. Je m'occupais comme je pouvais en rendant de menus services autour de moi : les courses, l'entretien des voitures, le jardin à défricher etc.

Mais le fait de ne pas gagner ma vie et d'être assisté m'indisposait au point que j'envisageais de rentrer dans mon pays même pour y mourir. En attendant, je faisais du taxi clandestin. J'ai fini par trouver du travail mais on me conseillait de ne pas le déclarer au CPAS car si ça ne marchait pas, la démarche inverse pour réintégrer aurait été compliquée.

Mon assistante sociale a fini par régulariser cette situation et je me suis senti renaître. J'ai réglé toutes mes dettes, repris l'assistance aux démunis de ma famille. J'ai mon propre logement, j'ai acheté à crédit une petite maison dans mon pays où j'ai trouvé une compagne avec qui je vais fonder une famille.

Témoignage de P 47 ans

III. LE TRAVAIL M'A SAUVÉ LA VIE

Ma vie professionnelle a en fait démarré avec le VIH. J'ai appris ma séropositivité en dernière année de licence de journalisme. Depuis deux ans, je travaillais déjà comme critique d'art indépendant et à mi-temps au ministère de la culture de mon pays. Ce poste m'a permis d'effectuer des voyages en Chine, au Sénégal, au Bénin, à Ouagadougou, en Ethiopie, en France et en Belgique.

J'étais fiancée mais dès que ma séropositivité nous a été révélée, mon fiancé m'a laissée tomber et il ne me restait que mon travail auquel je me suis accrochée. Je me suis engagée dans un mouvement de défense de droits des femmes, j'y ai exercé le poste de Présidente pendant deux ans. Cela m'a permis de rencontrer les femmes activistes d'autres pays qui m'ont beaucoup appris.

Mes ennuis de santé, dus au harcèlement au travail, ont commencé après ma nomination dans un poste de responsabilité hautement politique et convoité par mes

collègues. Mon adjoint ayant eu vent de ma séropositivité a fait circuler la rumeur en vue de faire valoir que ce poste ne pouvait être confié à une personne dont la durée de vie était si limitée... J'ai été profondément blessée d'autant que je lui accordais une grande confiance et que nous prions dans la même église.

Cela m'a rendue tellement malade qu'un ami de la coopération française a inventé un stage en France où j'avais de la famille et où je pouvais bénéficier des soins, y rester éventuellement. Mais dès mon arrivée, j'ai su que l'Europe n'était pas pour moi et je me suis empressée de retourner dans mon pays. Ce petit voyage m'a aidée à prendre du recul, me reconstruire et le fait de rencontrer d'autres personnes séropositives m'a donné le courage d'affronter courageusement ces harcèlements.

Je pense que ce travail m'a sûrement sauvé la vie en me donnant un but pour me lever chaque matin et m'a permis de reprendre confiance en moi, m'a rendu ma combativité, l'occasion de montrer ma compétence, d'être appréciée par mes chefs, de profiter des bons moments qui s'offrent à moi, de ne pas trop penser à ma maladie sauf pour prendre mes médicaments.

Témoignage de K 40 ans

IV. SANS DIPLÔMES, AVEC DE FAUX PAPIERS, PAS DE BOULOT

Je suis arrivée en Belgique fin 1994, j'ai profité de l'arrivée massive des réfugiés rwandais pour changer de nom et de nationalité et c'est ainsi que j'ai obtenu mes papiers de résidence et plus tard, ma nationalité belge.

Dès lors, mes grands diplômes en finance et mon expérience professionnelle dans les firmes les plus prestigieuses ne me servaient à rien. Je pouvais difficilement expliquer cette situation à mes collègues belges que je rencontrais ici sans leur avouer que j'avais le sida et que j'étais ici en soins. Ils n'auraient pas compris. Je n'osais même pas les inviter chez moi de peur qu'ils ne découvrent ma nouvelle identité et nous avons fini par nous perdre de vue. Mon statut social en prenait un coup. Le CPAS me réclamait des papiers que je ne savais pas leur fournir et je trouvais insensée leur insistance, je ne comprenais pas comment une rescapée de génocide pouvait avoir des documents.

On a essayé de me caser sans succès au nettoyage que je n'avais jamais fait de ma vie. Finalement, on m'a mis en formation, sur des matières que je maîtrisais mieux que le professeur. En définitive, dix ans après, je ne travaillais toujours pas alors que ma santé me le permettait. Je n'avais aucune difficulté à suivre mon traitement ni aucune intolérance.

Un moment, j'ai trouvé un travail de gérance de restaurant à Bruges où je travaillais toute la nuit. Je n'avais rien révélé de ma situation de santé à mon employeur qui semblait très impressionné par mon allure. Mais à force d'être sollicitée par le patron et les clients, j'ai préféré abandonner ce travail avant que les problèmes ne commencent.

Je suis retournée en Afrique pour voir si je pouvais encore y vivre mais je n'avais plus aucune attache et je suis revenue glander ici en attendant un miracle.

Finalement, je m'interroge sur ce que je vais faire de cette existence qui n'est pas la mienne et l'intérêt d'avoir sauvé une vie dont je ne peux pas profiter.

Témoignage de MM 48 ans

REFLEXION A PARTIR D'UNE PRATIQUE D'ENTRETIENS SOCIAUX AU SEIN DU CHU SAINT-PIERRE BRUXELLES

*PASCALE THIANGE, ASSISTANTE SOCIALE AU CENTRE DE
REFERENCE SIDA CETIM*

Les années SIDA ont marqué fortement l'imaginaire des soignants et des personnes atteintes par le virus. Aujourd'hui, les perspectives sont tout à fait différentes.

L'évolution des soins apportés aux séropositifs et l'allongement de l'espérance de vie permettent la projection dans l'avenir et ceci à travers la possibilité de faire des études, une carrière professionnelle. Le vécu individuel des personnes séropositives, éventuellement l'attitude de certains professionnels, ne suit pas toujours cette évolution positive.

Le rôle du travailleur social et les objectifs poursuivis sont dès lors :

Aider les personnes concernées à prendre conscience de l'évolution positive de l'infection et discuter des autres facteurs déterminant l'orientation professionnelle à savoir : *l'âge, la formation professionnelle, l'éducation, la famille, les ressources financières*; en tenant compte des facteurs qui constituent un obstacle et/ou une discrimination à savoir : *le genre et l'origine ethnique*.

Au cas par cas, analyser la situation objective. L'attitude n'est pas la même si le diagnostic est récent ou ancien.

Par rapport aux adolescents et aux jeunes adultes séropositifs depuis leur naissance, un travail spécifique est à faire et à penser car ils sont les héritiers de l'imaginaire de leurs parents, des soignants, du monde extérieur. Ils ont grandi très souvent dans le secret de leur diagnostic et celui de leur(s) parent(s), dans les tabous, dans des familles marquées par la maladie des parents ainsi que très souvent par l'exil et le deuil.

Le travail en équipe est indispensable. Dans certains cas, le travail individuel que peuvent faire les personnes concernées avec les psychologues est une aide précieuse.

La prise en charge sociale au sein d'un hôpital comme le CHU St-Pierre de Bruxelles bénéficie des acquis et des victoires obtenues par les groupes de pression, elle est centrée cependant sur la clinique individuelle qui mêle réalité objective et subjectivité.

4. Les politiques d'emploi à l'épreuve de la « diversité »

LA DIVERSITÉ SUR LE MARCHÉ DE L'EMPLOI BRUXELLOIS : PRÉSENTATION DE LA CELLULE DIVERSITÉ ET ZOOM SUR LES HANDICAPS

*AUDREY LEENAERTS, CONSULTANTE DE LA DIVERSITÉ DE LA
RÉGION BRUXELLES CAPITALE*

I. HISTORIQUE

La politique en matière de lutte contre les discriminations et de promotion de la diversité en Région de Bruxelles-Capitale (RBC) s'est construite sur le long terme. C'est en 1997, par le biais de l'étude du Bureau International du Travail, actualisée en janvier 2005 par l'étude *Discrimination ethnique sur le marché de l'emploi* de la KUL/ULB, que le phénomène de la discrimination en région bruxelloise a pu être objectivé. Afin d'y remédier, les partenaires sociaux et le Gouvernement ont conclu, de 2001 à 2006, un Pacte social.

Convaincus du fait que de telles thématiques ne peuvent être portées que par un large partenariat d'intervenants, ils en ont confié l'opérationnalisation au Pacte territorial pour l'emploi. Ce dernier, organisé comme service indépendant d'Actiris, est une table informelle et large, composée de partenaires sociaux, responsables politiques, services publics régionaux et locaux et acteurs privés (en ce compris le secteur non-marchand).

Si dans un premier temps, le Pacte s'est concentré sur la sensibilisation et conscientisation du problème de discrimination à l'embauche (voir rapport d'activités Pacte social), la deuxième période (2006...) a vu, au fur et à mesure, une concrétisation des différents instruments de promotion de la diversité (cadre opérationnel, site web et brochure envers le monde des employeurs, partenariat avec les syndicats bruxellois, ordonnances en matière de diversité et arrêtés d'exécution). Tout ceci initié par la Cellule de diversité (équipe de 5 consultants en diversité) et accompagné par un Comité de diversité, préparant ensemble les décisions plus formelles au sein du Comité de gestion d'Actiris et le Ministre de l'emploi.

II. POLITIQUE BRUXELLOISE DE DIVERSITÉ

La promotion de la diversité est définie par la RBC comme reconnaître, respecter et valoriser les différences dans l'environnement professionnel.

1. GROUPES CIBLES

En RBC, six groupes sont ciblés par la politique de diversité :

- Travailleurs de nationalité étrangère (hors UE 27)
- Jeunes travailleurs (-26 ans)
- Travailleurs expérimentés (+ de 45 ans)
- Travailleurs handicapés
- Travailleurs infra scolarisés (sans CESS)
- Personnes d'un sexe déterminé qui sont sous-représentées par rapport à l'autre sexe dans un segment spécifique du marché de travail (« thématique du genre »)

2. MISSIONS

Les consultants de la diversité ont 2 **missions principales** :

- Informer, sensibiliser et accompagner des entreprises privées, publiques et asbl au niveau de la gestion de leur diversité (en contact avec 299 entreprises à ce jour).
- Collaborer avec les partenaires institutionnels et de terrain en vue de créer un réseau de réflexion et d'actions.

3. OUTILS

Les **outils** qu'ils proposent aux entreprises sont les suivants :

- Charte de la diversité** (depuis déc. 2005) : 144 entreprises signataires à ce jour
- Plan diversité** (depuis mai 2007) : 32 plans diversité à ce jour
- Label diversité** (depuis février 2010) : 4 labels diversité octroyés à ce jour
- Plan de consolidation en diversité** (à partir de janvier 2010) : 4 plans à ce jour

4. DOMAINES D'INTERVENTION

Quatre domaines d'intervention sont proposés lors de la réalisation d'un plan de diversité :

- Recrutement et sélection** : s'assurer de l'égalité de traitement et la neutralité dans l'ensemble du processus de recrutement et de sélection
- Gestion du personnel** : traiter la politique d'accueil, gestion des salaires, des

carrières, des congés en visant comme critère le management des compétences

Communication interne : sensibiliser, impliquer les collaborateurs au niveau des actions diversité

Positionnement externe : relayer son engagement à l'ensemble des clients, fournisseurs, partenaires

5. LE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ

La définition proposée par la RBC est la suivante : « *travailleur ou demandeur d'emploi inscrit dont la participation à la vie professionnelle, en ce compris les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi et d'être promu, sont limitées ou entravées durablement et de manière importante due à l'interaction dynamique entre : des déficiences de nature mentale, physique, psychique ou sensorielle ; des limitations lors de l'exécution d'activités ; des facteurs contextuels personnels et environnementaux.* »

6. ACTIONS « HANDICAPS »

Les consultants proposent aux entreprises de réaliser des actions « handicaps » dans leur plan de diversité. Exemples d'actions réalisées :

Elargissement des canaux de recrutement : mise en réseau avec partenaires associatifs, publics etc.

Formations de sensibilisation à l'accueil et l'intégration de collaborateurs handicapés

Formations à la communication (langue des signes)

Audits d'accessibilité et d'évacuation de tous etc.

Soucis observés par les consultants diversité lors des échanges avec les employeurs/partenaires :

Peur, méconnaissance, représentations des employeurs

Handicaps visibles vs non visibles

Aménagements pas toujours nécessaires

Complexité des aides publiques proposées

Statistiques: peu de personnes évoquent leur reconnaissance handicap.

GESTION DE LA DIVERSITÉ EN WALLONIE

*PHILIPPE WARLAND, RESPONSABLE DU PROJET DIVERSITÉ &
RESSOURCES HUMAINES EN WALLONIE AU CRIPEL*

En 2009, le **consortium Cripel, Egid** (HEC-ULg) et **Forem** a poursuivi la mise en place, avec la **Région Wallonne**, des actions de **sensibilisation et de soutien** aux entreprises et organisations qui s'investissent dans la **gestion de la diversité** :

- promotion de la charte diversité de la Région Wallonne ;
- promotion et information concernant les aides à la diversité (primes à la consultance renouvelables d'une valeur de 10 000€) ;
- lancement de la procédure du Prix Diversité et Ressources humaines 2009 ;
- accompagnement des entreprises candidates au Prix Diversité ;
- conception et diffusion d'outils de gestion de la diversité des ressources humaines.

Pour cela, de nombreuses activités ont été réalisées et le programme a été ouvert à de nouveaux partenariats enrichissants, comprenant les 4 entreprises lauréates du Prix Diversité 2008 (AW Europe, Carat Duchatelet, CAL Province de Liège et Territoires de la Mémoire, Police Fédérale), le secteur de l'intérim, le Centre pour l'Égalité des Chances, l'Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes, Jump (Forum for active women), Femmes Enseignement Recherche de l'ULg et la Chambre de Commerce de Liège. Ces collaborations nous ont fourni un support logistique, financier ou de réseaux qui nous a été précieux.

Par ailleurs, le fait qu'outre les employeurs, institutions et associations s'associent à la démarche de promotion de la diversité en Région Wallonne montre qu'après bientôt 4 ans, le thème de la diversité s'est installé dans le paysage socio-économique wallon et que le consortium est positionné comme un acteur incontournable sur ces questions.

I. RENCONTRES DIVERSITÉ

Plus de **400 employeurs wallons** ont assisté aux séminaires organisés par le consortium et échangé avec les experts internationaux présents. Cela a aussi été l'occasion pour les responsables diversité de développer des réseaux et de s'informer sur les pratiques de leurs collègues. Les thèmes suivants ont été abordés:

- Quel bilan des pratiques de **responsabilité sociale** des entreprises en Amérique du Nord?, à Liège, avec Jean Pasquero, professeur au Département de stratégie, responsabilité sociale et environnementale de l'ESG UQAM.
- Le **management à l'épreuve des cultures**, à Braine-L'Alleud, avec la collaboration d'AW Europe, avec J-F. Chanlat, Pr. en gestion, co-responsable du Master en management interculturel, et responsable de la chaire Diversité, Université de Paris-Dauphine ; et Blandine Vanderlinden, responsable de l'UFR MIME (Management

interculturel) et du Master en management international, ICHEC, Bruxelles.

□ Le lancement du **Prix Diversité & Ressources humaines** 2009 (en présence de M. Jean-Claude Marcourt, Ministre de l'Économie, de l'Emploi, du Commerce extérieur et du Patrimoine), à Liège avec la collaboration de Carat Duchatelet et du secteur de l'Intérim liégeois.

- La conférence « **Evaluer la gestion de la diversité et la RSE**, pour les entreprises compétitives » (avec Mme Sophie Debost, Groupe Vigeo).

- Le secteur de l'intérim, des centres de formation, des centres d'accompagnement. Un partenariat de choix dans le cadre de la diversité en ressources humaines, y compris dans la **gestion du handicap** (Mme Pina Scarantino, Manpower ; M. Bertrand Toussaint, Equip Intérim ; M. Jean-Olivier Collinet, Daoust).

- Une visite virtuelle de Carat-Duchatelet (cheminement de la voiture à la limousine de rêve).

□ **Les réseaux : un outil pour réussir la gestion de la diversité**, à La Louvière, avec la collaboration du réseau diversité de la Police Fédérale, avec Frederic Creplet, expert notamment dans le domaine de la gestion des connaissances et auteur d'un ouvrage sur les communautés de savoir; ainsi qu'une présentation des réseaux diversité de la Police Fédérale et du SPF P&O.

□ **Les accommodements raisonnables au travail: la gestion des libertés**, à Liège, avec la collaboration du Centre d'Action Laïque de la Province de Liège et des Territoires de la Mémoire, avec Sébastien Arcand, Professeur à HEC Montréal et visite du parcours des Territoires de la Mémoire et Edouard Delruelle, Directeur adjoint du Centre pour l'Égalité des Chances.

□ **Égalité Professionnelle, femmes ou hommes**, qui a les cartes en main? À Bruxelles, avec la collaboration de l'Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes, FER-ULg et Jump.

- Jacqueline Laufer, groupe HEC-Paris, spécialiste du plafond de verre et des politiques d'égalité professionnelle en France.

- Rachel Silvera, Économiste, maître de conférences à l'Université Paris Ouest-Nanterre- La Défense et chercheuse associée à CES-Université Paris 1 – Panthéon-Sorbonne, spécialiste de l'équité et de l'égalité salariale et de l'égalité professionnelle dans les syndicats.

- François Fatoux, Délégué Général à l'Observatoire de la Responsabilité Sociétale des Entreprises, porteur d'un très beau projet visant à conscientiser les pères mais aussi les directions des ressources humaines au rôle des pères dans la parentalité et à l'implication pour les politiques de conciliation vie privée - vie professionnelle.

- Maladies professionnelles: où sont les femmes avec Laurent Vogel, Professeur à l'ULB.

- Le leadership féminin et de ses pièges avec Annie Cornet, Professeure Ordinaire à HEC-ULg, Directrice du centre de recherches EGID (Etudes sur le genre et la diversité en gestion)

- Panel de femmes cadres et table-ronde avec les syndicats.

II. PRIX DIVERSITÉ & RESSOURCES HUMAINES 2009

19 candidatures remplissant les critères de pré-sélection ont été reçues. Des membres du consortium ainsi que des partenaires des CSEF locaux ont visité chacune de ces entreprises et ont rencontré les responsables des projets, ou les directions des ressources humaines. La rencontre des gestionnaires de projets diversité dans chaque organisation permettra que l'évaluation des candidatures par les membres du jury se fasse à la fois sur une base écrite et pratique. La réunion prochaine du jury permettra de désigner les lauréats de chaque catégorie.

III. BLOG DIVERSITÉ & GRH

Créé à destination des entreprises et organisations wallonnes et belges, mais aussi d'un public plus largement intéressé par le thème: <http://diversitegrh.canalblog.com>

Chaque activité du consortium a fait l'objet de plusieurs articles: la diffusion des invitations a systématiquement été associée à des articles de fond d'organisations partenaires décrivant leur pratique ou sensibilisant à un enjeu lié au thème du jour.

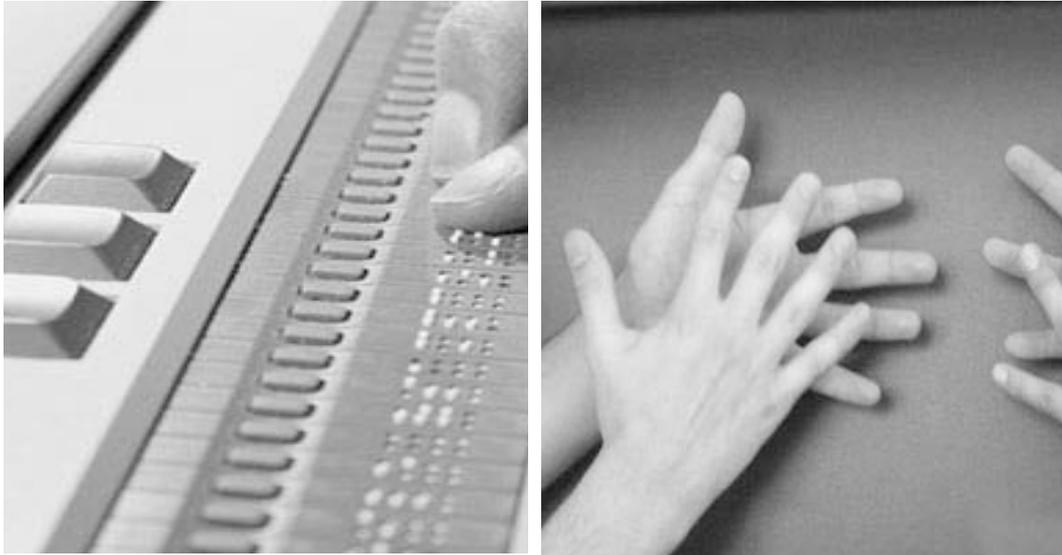
Depuis sa création en février 2009, 72 articles ont été rédigés, couvrant 9 sous-thèmes :

- Actualité
- Prix Diversité & Ressources Humaines 2009
- Rencontres diversité
- Spotlight culture
- Spotlight employeurs
- Spotlight études & publications
- Spotlight outils
- Spotlight partenaires
- Success stories

Ce blog a reçu à ce jour plus de 6000 visiteurs, en majorité de Belgique et de France.

LES AMÉNAGEMENTS RAISONNABLES DANS LE CADRE DES TESTS AU SELOR

SILVIA AKIF, RESPONSABLE DU PROCESSUS DIVERSITÉ AU SELOR



I. LE SELOR

1. QU'EST-CE QUE LE SELOR ?

Le Selor est le Bureau de sélection de l'Administration fédérale. Il est la porte d'entrée pour tout recrutement concernant le fédéral, les communautés et les régions. Il travaille aussi pour des clients tiers, c'est-à-dire des clients non obligatoires.

Selor a été créé en 1937 par un Arrêté Royal portant sur le statut des agents de l'Etat. L'objectif était, et est toujours, de recruter les candidats sur des bases objectives.

Selor occupe actuellement environ 155 personnes et fonctionne avec un budget annuel d'environ 13 millions d'euros. Il existe deux sièges : l'un à Bruxelles, l'autre à Namur. Ses clients sont :

- Services publics fédéraux
- Région wallonne
- Région de Bruxelles-Capitale
- Vlaamse Overheid (région flamande)
- Communauté flamande
- Communauté française
- Communauté germanophone
- Etablissements scientifiques
- Organismes d'intérêt public
- Tiers (clients non-obligatoires)

2. MISSIONS ET VALEURS

Le Selor exécute des missions de recrutement et sélection ainsi que des missions d'orientation axées sur les compétences à la demande de ses clients. Il contribue activement à l'élaboration de la politique au sein du fonctionnement intégré de SPF Personnel et Organisation pour toute l'Administration. Le Selor reste une référence en matière de Ressources Humaines au sens large.

Selor est résolument orienté vers les Compétences. Ses valeurs sont l'indépendance, la transparence, le professionnalisme, l'orientation client et l'ouverture au talent.

3. ACTIVITES / CORE BUSINESS

Les activités de sélection sont le *core business* de Selor.

A côté de cette activité première, Selor organise également, dans le cadre du marché interne, des examens d'accessions sous forme de bilan de compétences et d'épreuves d'*assessment*. L'orientation et la certification sont les deux autres grandes activités au Selor.

Selor organise aussi des tests linguistiques qui sont ouverts à tous. Selor développe des centres d'expertise dans divers domaines RH. Il entend devenir un expert dans le domaine large des ressources humaines.

3.1. Différents types de sélections sont possibles pour rentrer à l'Administration fédérale

Sélections statutaires

Une série d'épreuves informatisées sont d'abord proposées aux candidats. Epreuves au cours desquelles des compétences définies sont évaluées. Il s'agit souvent d'une première épreuve qui consiste en des tests évaluant le raisonnement abstrait, les capacités de raisonnement verbal, spatial, les aptitudes dans le domaine administratif ou encore des tests de bac à courrier testant des compétences génériques. Ensuite une interview orale ou des jeux de rôles peuvent constituer la suite des épreuves. À l'issue de ces épreuves, une liste de lauréats est établie.

Sélections contractuelles

L'épreuve proposée dans le cadre des sélections contractuelles en vue d'un contrat à durée déterminée est le plus souvent un test oral.

Sélections pour les fonctions de management

Ces sélections sont axées sur des compétences 'top' orientées management. Elles se composent de diverses épreuves informatisées et, par la suite, d'études de cas ou encore d'assests et d'interviews orales.

3.2. Autres types d'épreuves organisées

Accessions

Les fonctionnaires statutaires souhaitant passer à un niveau supérieur doivent passer des épreuves organisées dans le cadre des examens d'accèsion.

Tests linguistiques

Les fonctionnaires et les candidats externes peuvent s'inscrire à des épreuves linguistiques qui, selon le niveau auquel sont inscrits les candidats, peuvent être informatisées, écrites ou orales. Toutes ces activités de sélection, orientation ou accession, tests linguistiques, sont soutenues par une politique Diversité au sein de Selor.

II. LA GESTION DE LA DIVERSITÉ AU SELOR

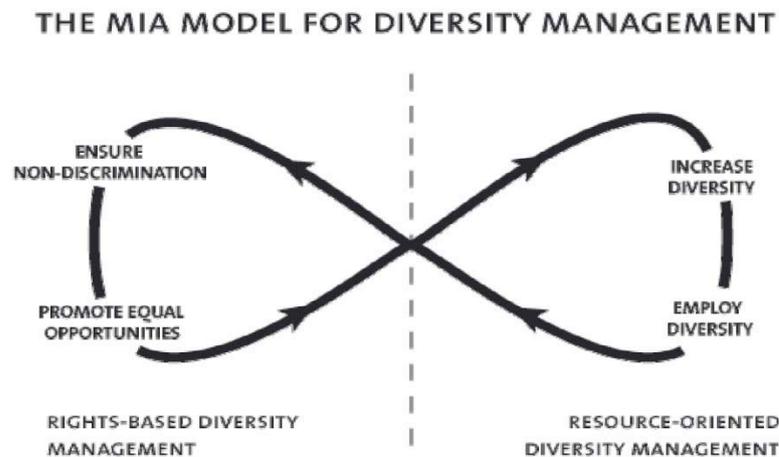
1. PROCESSUS DIVERSITÉ

La gestion de la diversité au Selor fait partie d'un processus stratégique intégrant tant son personnel que les candidats externes. Les objectifs sont de deux ordres :

- Assurer l'égalité des chances, de traitement et d'accès lors de tout recrutement dans la fonction publique
- Appliquer son capital diversité de façon réelle.

1.1. Modèle Mia

Le modèle théorique appliqué en matière de gestion de la Diversité au Selor est un modèle nordique : le modèle MIA.



Diversity in the workplace : when we are equal but not the same (2005) Nour, S., Thisted, L.

Le modèle Mia sur lequel se base la politique diversité au Selor présente quatre axes qui interagissent. Ci-dessous les différents projets et actions menés par le processus.

Axe 1 : Assurer la non discrimination

Selor applique la loi anti-discrimination et propose des aménagements raisonnables aux personnes présentant un handicap. Tous les tests développés et/ou utilisés au Selor dans le cadre de ses missions, sont analysés afin de garantir leur neutralité sur le plan de la culture, origine et âge.

Également, Selor développe et dispense des formations en matière de diversité. Ces formations sont rendues obligatoires pour le personnel du Selor (et ses clients) et visent à garantir l'égalité des chances, de traitement et d'accès à la fonction publique. L'un des volets concerne la législation contre la discrimination et les critères protégés par la loi qui doivent être connus par tous pour assurer un environnement de travail ainsi que les processus de recrutement et de sélection non discriminatoires. Nous présentons également toute la législation utile en matière de recrutement des personnes handicapées/malades.

Axe 2 : Promouvoir l'égalité des chances

Outre les actions et projets de communication aussi bien via la presse, Internet, bourses et salons d'emploi,... Selor cherche à se rapprocher de ses groupes cibles diversité. Pour ce faire, les canaux de communication ordinaires ne suffisent plus et Selor développe dès lors des canaux diversité. Ces canaux nous permettent de nous rapprocher directement des candidats avec handicap, d'origine étrangère, des femmes désireuses d'évoluer, etc., via les associations et les organisations qui les représentent, le but étant d'augmenter le taux de candidatures de ces candidats et donc leur représentativité au sein de la fonction publique belge. Très souvent Selor reste inconnu dans ces groupes, et l'objectif est également de se faire connaître, expliquer nos opportunités et attirer un maximum de candidats vers la fonction publique. Selor est prêt à aller sur place dans diverses associations afin de rencontrer les candidats potentiels et leur expliquer les possibilités d'emploi à la fonction publique et comment les saisir.

Aussi, des formations axées sur la diversité sont organisées pour notre personnel mais également sur demande dans d'autres services publics ou entreprises demandeuses. Cette formation vise à faire connaître la politique diversité développée au Selor et à donner des outils aux recruteurs ou à d'autres personnes amenées à rencontrer, entre autres, des personnes présentant un handicap dans le cadre de l'emploi. Cette formation permet de mieux apprivoiser la diversité. Le handicap constitue l'un des grands domaines abordés dans cette formation et nous donnons des clés pour l'aborder dans le cadre de la sélection sous forme notamment de directives d'entretien par type de handicap afin d'aider les recruteurs à mieux mener leurs entretiens sensibilisés aux différents handicaps. Nous proposons également des formations aux aménagements raisonnables à nos clients afin d'assurer les conditions adaptées aux tests de sélection. On y aborde les adaptations selon le handicap et le test, illustration des tests adaptés, démonstrations dans la salle d'examen adaptée,...

Nous recherchons constamment de nouvelles adaptations concernant nos instruments de mesure qui garantissent l'égalité des chances et l'objectivité. Par exemple, les tests de raisonnement abstrait ont été repensés et adaptés pour des personnes aveugles. De plus, nos tests sont soumis à des analyses statistiques poussées qui évaluent si ceux-ci mesurent toujours correctement ce qu'ils sont censés mesurer sans favoriser un groupe plutôt qu'un autre.

Axe 3 : Accroître la diversité

À l'aide d'une communication ciblée vers les associations traitant spécifiquement du handicap, nous envisageons d'accroître la participation des personnes présentant un handicap. Une vidéo expliquant la politique diversité appliquée au Selor et des possibilités d'aménagements raisonnables lors de sélections est visible sur le site : <http://diversity.selor.be>.

De nombreuses présentations sont organisées par les collaborateurs travaillant à la Diversité concernant la politique d'aménagements raisonnables réalisée et développée au Selor et ceci, tant au niveau national et européen qu'au niveau international (présentation donnée au Canada). Leur caractère scientifique est garanti car il se base autant que possible sur des avis d'experts dans le domaine ou sur des pratiques établies scientifiquement dans d'autres pays. De plus, des analyses statistiques encadrent les aménagements raisonnables.

Une brochure a été spécialement mise au point pour expliquer les adaptations du poste de travail dans l'Administration fédérale. Elle explique la politique mise en place par rapport au handicap dans le cadre du travail et vise à motiver les candidats présentant un handicap à rejoindre l'administration. Une future brochure est prévue pour expliquer les aménagements raisonnables dans le cadre des sélections au Selor.

D'autres projets visent à accroître la diversité dans la fonction publique et concernent les personnes d'origine étrangère, les femmes, les personnes sous-qualifiées, ... Tous ces projets visent à attirer les candidats de ces groupes vers les emplois de la fonction publique.

Enfin, le processus Diversité se présente comme Centre d'expertise en matière de diversité, dispense ses conseils et offre des produits et services à toute organisation souhaitant accroître la diversité en son sein.

Axe 4 : Appliquer la diversité

Selor est capable de démontrer les effets de ses actions en termes de taux de candidatures introduites par les candidats avec handicap, d'origine étrangère, femmes ayant postulé à des fonctions managériales, ...

2. ÉGALITÉ DES CHANCES

Selor tient à garantir l'objectivité des sélections en basant toute sa procédure de sélection sur les compétences. L'objectif est de donner à chacun la possibilité de pouvoir exprimer ses compétences sans que le sexe, l'origine ou le handicap n'ait une quelconque influence.

Lors de l'acquisition de nouveaux tests de sélection, Selor vérifie que ceux-ci ne renferment pas d'éléments discriminatoires et garantit ainsi la neutralité et l'égalité des chances. Ainsi, tous nos candidats, indépendamment de leurs particularités (handicap, origine, genre, ...), doivent avoir la même chance de réussir nos tests.

Notre personnel chargé de la sélection bénéficie également de formations en matière de diversité. L'accent se porte sur la gestion de la diversité et le cadre légal en matière de discrimination. La formation permet également d'acquérir des aptitudes concrètes pour gérer la diversité lors de nos sélections en proposant des outils pratiques.

Selor est l'acteur numéro un pour garantir le rôle de l'Etat en matière de diversité. Il est nécessaire pour l'Administration fédérale de refléter au niveau de son personnel, la société si riche en diversité. Selor s'engage à servir de modèle en matière de Diversité pour la fonction publique mais aussi pour le secteur privé.

La priorité est donc donnée à la non discrimination à l'embauche et à la nécessité de favoriser la participation de tous nos groupes cibles aux sélections organisées par Selor.

3. GROUPES CIBLES

- Personnes présentant un handicap
- Personnes d'origine étrangère
- Femmes pour les fonctions de management
- ...

4. PRINCIPE D'INCLUSION

Il y a un principe d'inclusion qui prime dans la politique Diversité de Selor. Dans le cas des aménagements raisonnables, cela signifie qu'il n'y a pas de sélection spécifique pour les personnes présentant un handicap mais des adaptations de la sélection en fonction de l'outil de mesure utilisé et en fonction du handicap. Tout candidat est traité de la même façon et doit bénéficier des mêmes chances de réussite. Nous garantissons que tous les candidats qui réussissent à nos sélections sont compétents.

5. LOGO DIVERSITE

Des logos Diversité créés spécialement pour Selor se retrouvent sur le site <http://www.selor.be> et <http://diversity.selor.be> et permettent une visibilité plus importante de la politique diversité développée et appliquée au Selor. Ainsi, ils sont le symbole de tous les projets entrepris dans le cadre de la diversité et insistent sur le fait que l'on met en œuvre une politique de non discrimination à l'embauche.

Une rubrique pour candidat présentant un handicap est reprise dans chaque description de fonction sur le site et explique la procédure à suivre si le candidat souhaite disposer d'adaptation des procédures de sélection suite à son handicap. Le candidat peut suivre pas à pas les différentes étapes ou encore contacter la personne de référence en matière d'aménagements raisonnables.



III. AMÉNAGEMENTS RAISONNABLES

La gestion de la diversité au Selor passe donc, entre autres mais de manière importante, par la possibilité pour les personnes présentant un handicap de présenter des épreuves de sélection adaptées selon leur handicap.

1. LES BASES JURIDIQUES

- **La Loi du 25 février 2003, Article 2, §3**: l'absence d'aménagements raisonnables pour la personne handicapée constitue une discrimination dans le sens de la loi contre la discrimination.
- **La Loi du 6 octobre 2005** : la possibilité est proposée aux moins valides de figurer sur une liste spécifique.
- **La Loi du 10 mai 2007** : définit le cadre général pour la lutte contre la discrimination et définit les termes d'actions positives et d'aménagements raisonnables.
- **La Loi du 5 mars 2007** : définit le cadre légal du recrutement dans l'Administration fédérale.

Article 2, §1: « *la personne handicapée peut se faire connaître à SELOR (...) et demander de bénéficier des aménagements raisonnables lors de sa participation à la sélection comparative de recrutement ou au test de sélection* ».

Article 2, §2: pour chaque sélection, il est établi, outre la liste des lauréats portant sur le statut des agents de l'Etat, une liste spécifique des personnes handicapées lauréates. Celles-ci n'y figurent qu'à leur demande et pour autant qu'elles aient produit une attestation leur conférant la qualité d'une personne handicapée.

Article 3, §1: chaque service public est tenu de mettre au travail des personnes handicapées à concurrence de 3% de son effectif.

2. DES CHIFFRES

Une centaine de présentations portant sur la Diversité et les aménagements raisonnables des sélections ont été données depuis 2005. Plus de **2500** adaptations de tout type ont été effectuées depuis 2004.

2.1. Quelques chiffres

Adaptations réalisées :

- En 2004 : 111
- En 2005 : 86
- En 2006 : 575
- En 2007 : 485
- En 2008 : 490
- **En 2009 : 715**

2.2. Chiffres de 2008

Tableau 1 : 60 personnes sont actuellement classées sur les listes spécifiques pour les lauréats avec handicap

Nombre de candidats figurant sur la liste parallèle au 4^e trimestre de 2008

2008 (NL+FR) : Liste parallèle (nombre cumulé depuis le début de la procédure)	
Trimestre 1	43
Trimestre 2	55
Trimestre 3	55
Trimestre 4	60

Tableau 2 : Taux de satisfaction concernant les adaptations reçues lors des tests

Taux de satisfaction reçu via feedback aux différents trimestres 2008 lors des sélections néerlandophones et francophone confondues.

2008 (NL+FR) : Score de feedback	
Trimestre 1	84%
Trimestre 2	Non mesuré
Trimestre 3	98%
Trimestre 4	80%
Moyenne 2008	84,33%

Autrement dit, nous recevons un score de 8,7/10 (en moyenne) concernant les adaptations reçues.

Tableau 3 : Pourcentage de réussite

Pourcentage de réussite moyen des candidats avec handicap en 2008 lors de sélections néerlandophones et francophones confondues (hors tests linguistiques et d'accèsion).

2008 (NL+FR) : Pourcentage de réussite des candidats avec handicap	
Nombre de candidats avec handicap	216
Nombre de réussites	55 (+14 hors quota)
Pourcentage de réussite moyen	25,46%

Ce pourcentage est comparable aux candidats sans handicap passant les mêmes sélections : 22,10%.

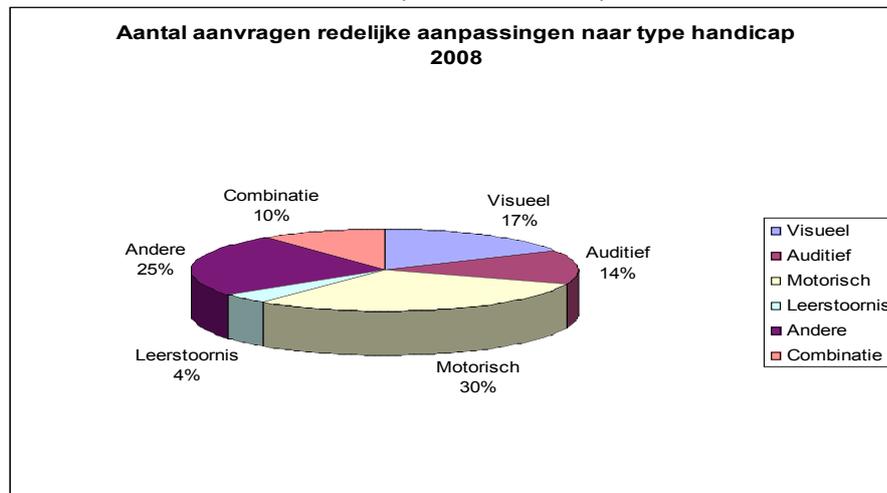
Tableau 4 : Demandes d'aménagements raisonnables

Demande d'aménagements raisonnables en fonction du type de handicap en 2008 lors de sélections néerlandophones et francophones confondues.

2008 (NL+FR) : Demandes d'aménagements raisonnables	
Visuel	77
Auditif	62
Moteur	138
Troubles d'apprentissage	19
Autre	113
Combinaison	47

Graphique 1 : Demandes d'aménagements raisonnables (%)

Pourcentage de demandes d'aménagements raisonnables par type de handicap en 2008 lors de sélections néerlandophones et francophones confondues.



Différents types d'aménagements en fonction du handicap ou des tests sont possibles :

- Aménagements logistiques (accès aux bâtiments, matériel adapté, luminosité)
- Adaptations des tests (façon de répondre, type de réponse, ce qu'on mesure)
- Façon de répondre : réponse ouverte ou pré encodée, choix multiples.
- Type de réponse : oral, écrit, informatisé, relatif à l'observation
- Éléments mesurés : Aptitude de raisonnement abstrait, verbal, numérique, questionnaire de personnalité, test de connaissances, tests de compétences.

3. DETERMINER LES ADAPTATIONS

Selor détermine les adaptations en se basant sur plus de 3000 adaptations réalisées et plus de 1800 candidats avec handicap ainsi que sur le partenariat avec un réseau d'experts consultables en cas de doute ou de difficultés. Selor tend d'ailleurs à devenir un centre d'expertise en la matière et à proposer des conseils avisés à propos des aménagements raisonnables dont toute autre entreprise ou tout service public aurait besoin.

3.1. Les adaptations les plus souvent réalisées

En fonction du type de handicap et du type de tests prévus dans la sélection, différentes adaptations sont possibles. Les adaptations les plus fréquentes sont :

- Passation des tests sur les PC munis de grands écrans et de logiciel de compensation
- Adaptation des questionnaires (A3 à la place de A4, sur papier plutôt que sur PC)
- Participation d'un interprète de la langue des signes
- Accompagnement oral lors des tests écrits
- Accompagnement individuel
- Possibilité d'allouer plus de temps pour la passation du test (maximum 1/3 du temps normalement alloué en général)
- Faire analyser et corriger les tests par des experts en dyslexie pour les candidats concernés

Une enquête de satisfaction après chaque session de tests adaptés est proposée aux candidats pour qu'ils nous donnent leur avis sur les adaptations reçues en vue d'améliorer les aménagements.

3.2. L'accès aux bâtiments

L'infrastructure de Selor présente de larges couloirs, salles, ascenseurs, permettant ainsi le passage de chaises roulantes. Les commodités sont prévues pour les personnes présentant un handicap (*voir photo*). Un accompagnement individualisé est prévu en fonction du handicap. Par exemple, les personnes mal voyantes ou aveugles peuvent être accompagnées par une tierce personne et des accompagnateurs Diversité peuvent aller les accueillir et leur proposer un accompagnement individualisé.

Les toilettes sont également prévues pour les personnes présentant un handicap.



4. LA PROCEDURE DES ADAPTATIONS RAISONNABLES

4.1. L'analyse

Le candidat qui s'inscrit à une sélection organisée par Selor a la possibilité de déclarer qu'il présente un handicap. Un volet handicap dans son dossier est alors activé. Le candidat peut alors expliquer quel type de handicap il présente et quelles sont les adaptations dont il souhaiterait disposer. Il peut également demander d'être placé sur une liste parallèle en cas de réussite. Le candidat est également amené à télécharger une attestation officielle de son handicap.

- La liste parallèle reprend l'ensemble des lauréats présentant un handicap qui ont passé la sélection et qui souhaitent y figurer. Cette liste n'a pas de caractère prioritaire pour les différents services publics fédéraux mais répond à la nécessité d'atteindre un quota imposé par la loi.
- 11 attestations officiellement reconnues spécifiant le handicap sont prises en compte pour figurer sur la liste parallèle. Ces 11 attestations sont répertoriées sur le site : www.selor.be dans le dossier candidat présentant un handicap.

4.2. La salle adaptée

Selor dispose d'une salle adaptée super équipée avec des logiciels de compensation pour toutes sortes de handicap contenant :

- 8 PC avec grand écran
- 2 claviers Braille (Alva Satellite 584 Pro-80 cellen)
- 2 logiciels de synthèse vocale

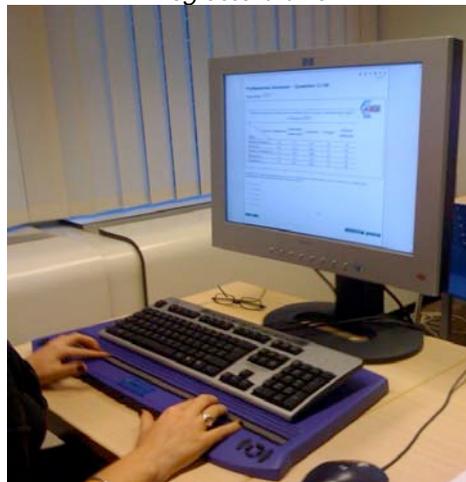
- 8 logiciels d'agrandissements (Zoomtext 9.0)
- logiciels de compensation pour troubles du langage
- matériel divers de support et de soutien

4.3. En images

Grand écran, zoom texte, écran couleurs inversées et papier A3



Réglette braille



4.4. Les troubles de l'apprentissage et handicap mental

Tout type de handicap/maladie peut être pris en compte pour une éventuelle adaptation. Ainsi les candidats présentant des troubles de l'apprentissage tels que la dyslexie, ou encore des handicaps mentaux tels que l'autisme ou syndrome d'Asperger peuvent, s'ils en font la demande, bénéficier d'adaptations appropriées. Dans le cas de la dyslexie par exemple, des experts en trouble de l'apprentissage peuvent être impliqués dans la correction et l'analyse des réponses à certains tests.

5. LA COMMUNICATION VERS LES CANAUX DIVERSITE, LES RESEAUX D'EXPERTS

Différentes stratégies sont mises en place pour toucher un maximum de personnes présentant des handicaps/maladies. L'objectif est que ces candidats sachent qu'il n'y aura

pas de discrimination à l'embauche et que tout sera mis en place pour favoriser l'égalité des chances. Vers qui souhaitons-nous communiquer et comment ?

- Vers les réseaux d'experts en établissant des partenariats solides pour développer les aménagements raisonnables des sélections et communiquer nos offres d'emploi.
- Vers les ASBL et autres associations œuvrant pour ce groupe cible en communiquant nos offres d'emploi et les procédures pour postuler.

REMARQUE : Selor propose des aménagements raisonnables de ses tests à tout candidat en difficulté, qu'il soit reconnu comme personne avec handicap ou non. Nous nous intéressons aux difficultés réelles rencontrées par les candidats suite à leurs maladies, troubles, handicaps,... L'attestation officielle du handicap conditionne certains droits mais pas toujours celui aux adaptations des tests de sélection.

IV. CONCLUSIONS

1. CRITERES QUALITATIFS

1.1. Impact en termes d'intégration

Les aménagements raisonnables proposés au Selor permettent de lever les freins et difficultés inhérents au handicap/maladie qui peuvent empêcher la pleine expression des compétences au cours de l'épreuve. Nous soutenons une politique dynamique d'égalité des chances et d'égalité d'accès aux différentes épreuves de sélection.

1.2. Reproductibilité et originalité

Les aménagements raisonnables développés par le Selor sont ancrés dans le processus de sélection. Toute personne présentant un handicap/maladie peut demander de bénéficier d'aménagements raisonnables des procédures de sélection. Ces aménagements se basent sur des avis d'experts et sur une banque de données importante. Toute entreprise désireuse de bénéficier de conseils avisés en matière de Diversité et d'aménagements raisonnables peut faire appel à l'équipe Diversité de Selor. Des formations et des présentations peuvent être données dans les entreprises le souhaitant. Il est important de montrer l'exemple à ce niveau et de devenir une référence en la matière pour contribuer au changement.

1.3. Continuité de l'action au sein de l'entreprise

Les personnes présentant un handicap/maladie peuvent toujours bénéficier, si elles le souhaitent et si elles fournissent la preuve de leur handicap, d'aménagements raisonnables de la procédure de sélection. Une équipe y travaille de manière continue dans l'entreprise. Différentes adaptations sont possibles en fonction du handicap et des tests proposés. Il s'agit d'une analyse holistique. Déjà plus de 2500 adaptations depuis 2005. Les formations proposées au personnel de Selor et aux autres Services publics fédéraux veillent à la sensibilisation des recruteurs et autres intervenants concernant la problématique du handicap et les solutions au niveau du recrutement. Nous disposons donc de professionnels formés et informés qui connaissent leurs limites et sont conscients des différentes formes de discrimination. C'est donc une action de responsabilisation continue.

1.4. Satisfaction des candidats et employés

Le taux de satisfaction pour les aménagements raisonnables est élevé. Les candidats savent qu'il est tenu compte de leurs difficultés liées au handicap et que tout sera mis en œuvre pour qu'ils soient à égalité des chances avec les autres candidats. De plus, les aménagements raisonnables se basent sur des avis d'experts.

2. CONCLUSION

Depuis 2006, l'Administration fédérale figure aux côtés de 31 autres organisations pour la plupart du secteur privé, qui se distinguent par leurs conditions de travail, l'environnement de travail, la culture d'entreprise, les possibilités de formation et d'évolution du personnel. L'Administration fédérale doit refléter la société si riche en diversité et pour cela, il doit la promouvoir et la favoriser. Selon qui est la porte d'entrée dans l'Administration y veille effectivement en adaptant ses procédures de tests en fonction du handicap que présente le candidat. Il ne veut pas favoriser le candidat et faire de la discrimination positive, Selon tente de neutraliser les freins dus au handicap qui empêcheraient la pleine réalisation des compétences du candidat. Il est nécessaire de tenir compte des difficultés que peuvent rencontrer les personnes présentant un handicap.

Toutes ces adaptations sont encadrées par des directives légales et il existe un quota à atteindre dans l'Administration en matière d'engagement de personnes ayant un handicap. Cependant, une grande volonté est présente pour lever les freins qui empêchent les personnes présentant un handicap de passer les tests dans les meilleures conditions. Les constats sont clairs : un très grand pourcentage de personnes handicapées sont au chômage et nous en répertorions beaucoup trop peu dans l'administration. Il n'est donc pas question de favoritisme mais de s'interroger sur ces freins. La double liste permettra une visibilité plus grande de ces personnes en influençant en rien les qualités et compétences requises. Il serait plus simple de ne pas disposer de quota, de normes contraignantes à atteindre à tout prix. Mais le mécanisme régulateur viendra avec le changement d'état d'esprit des services publics et des candidats eux-mêmes. L'important est de faire passer le message que l'Administration est ouverte et axée vers la non-discrimination à l'embauche. Selon met énormément en œuvre pour atteindre cet objectif et impulser le mouvement de changement.

Le travail ne s'arrêtera pas là : l'intégration et l'adaptation du poste de travail en fonction du handicap doivent également être pris en compte. Même si nous sommes déjà bien avancés en la matière, il reste encore du travail à effectuer après le recrutement en collaboration avec le Service Public Fédéral d'encadrement Personnel et Organisation pour une intégration optimale du lauréat.

PRESENTATION DU PROJET WHEELIT : LA COMPÉTENCE AU-DELA DU HANDICAP

*THIERRY CONRADS, ADMINISTRATEUR-FONDATEUR DE L'ASBL
WHEELIT*

www.wheelit.be est le premier site belge de recrutement destiné aux compétences des personnes avec un handicap qui sont consultées par des entreprises ouvertes à la diversité.

Ce site est né d'un double constat.

- Le premier concerne directement la Belgique où le taux d'emploi des personnes avec un handicap figure parmi le plus bas d'Europe³⁴.
- Le second s'appuie sur une étude commandée par l'Union européenne auprès des entreprises, interrogées sur la difficulté qu'elles rencontraient lors de la mise en œuvre de politiques en faveur de la diversité. Cette étude révèle que le manque d'information arrive au premier plan³⁵.

Aussi, l'ASBL Wheelit a créé ce site Internet pour mettre en lumière les compétences des personnes avec un handicap trop peu visible jusqu'alors et pour lever tous les obstacles afin que le handicap ne constitue plus une gêne à l'embauche.

Ces obstacles sont au nombre de trois.

- Le premier : **l'information**. Malgré la meilleure volonté, les entreprises ne savent pas où trouver les compétences de personnes avec un handicap, ni comment s'y prendre pour les recruter. C'est pour cela que des partenaires fondateurs tels que L'Oréal, Levi's, Ethias, Start People, Lampiris, Axa, Sanofi Aventis, Sales Consult ou le Selor, ont voulu soutenir le projet. Avec www.wheelit.be, les entreprises ont un accès direct à un vivier de talents jusqu'ici ignoré grâce à une base de données de CV et à *des informations ciblées* telles que des dossiers relatifs à l'emploi des salariés avec un handicap ou les aides octroyées pour leur engagement.
- Le second : **le recrutement**. Pour mieux réussir le recrutement et l'intégration d'un candidat handicapé au sein de l'entreprise, Wheelit a décidé de mettre en place une formation intitulée *Pour ne plus être handicapé face au handicap*. A travers des films, des jeux de rôle, elle lève les tabous sur le handicap et permet aux recruteurs, chefs de services ou aux membres des Ressources Humaines de se focaliser sur l'identité de la personne et ses compétences et non plus sur le handicap. Parallèlement, Wheelit.be *coache* les candidats afin de les aider à savoir mettre en lumière au mieux leurs compétences.
- Le troisième : **l'accessibilité**. Wheelit s'entoure des meilleurs collaborateurs pour assurer *l'aménagement des postes* de travail et de son environnement, l'adaptation des

³⁴ Rubrique sociale du journal *Le Soir* du 2 septembre 2005.

³⁵ DG Emploi, Affaires sociales et Égalité des chances de la Commission Européenne

tests de sélection et l'accessibilité aux informations internes des entreprises via leur intranet avec des partenaires tels que Plain Pied, le Toegankelijkheidsbureau, le Selor et Anysurfer.

Plus largement, Wheelit est une **roue relationnelle** visant à rapprocher et à assurer la visibilité de tous les acteurs participant de près ou de loin à l'emploi des personnes avec un handicap, que ce soient les institutions spécialisées, les services d'accompagnement pédagogiques des universités, les services d'aide à l'emploi des associations spécialisées, etc.

La philosophie de Wheelit est qu'un accident dans la vie ne doit pas faire de la vie un accident.

C'est pourquoi, sur www.wheelit.be, le handicap, qu'il soit visible ou non, ne constitue pas une faiblesse mais bien un atout. Wheelit considère que le handicap permet de développer des efficiences, c'est-à-dire, des aptitudes particulières et uniques qui, ajoutées aux compétences, créent un talent que recherchent les entreprises, tant au niveau du savoir faire que du savoir être.

Alors, que vous soyez une entreprise ouverte à la diversité ou un candidat avec un handicap rendez-vous sur www.wheelit.be et que la roue tourne !

Pour en savoir plus :

www.wheelit.be

info@wheelit.be

Téléphone : 02/529.58.16

5. La table-ronde finale

En guise de conclusion, voici la retranscription des discussions enregistrées lors de la table-ronde finale de la journée du 8 décembre, avec l'aimable autorisation des orateurs³⁶.

Pezeril (OSS/FuSL) : L'objectif de cette table-ronde est, dans la mesure du possible, de lancer des pistes d'actions et de collaborations entre les acteurs présents. La parole est ouverte. Je ne sais pas qui veut initier le débat...

Vignes (FuSL) : Juste une réflexion qui me venait notamment suite à la communication de Monsieur Conrads. Vous disiez que vous aviez dû mettre un filtre sur votre site pour que n'importe qui ne puisse y avoir accès, mais effectivement des gens qui ont un handicap et qui mettent leur CV.

Conrads (Wheelit) : Dans le but d'objectiver, attention.

Vignes (FuSL) : Je ne mets pas du tout en question la légitimité de cet objectif, je saisis juste l'occasion pour remarquer que finalement la notion de handicap, on l'a dit combien de fois, c'est un mot qu'on n'a pas l'habitude de voir derrière le VIH. Comment certifiez-vous le handicap en l'occurrence ?

Conrads (Wheelit) : En fait simplement, il y a d'abord la première question : « Y a-t-il un aménagement du poste de travail ? Est-il nécessaire ? etc. » ? Deux, à ce moment-là, c'est vrai que si un aménagement du poste de travail est nécessaire, il faut une reconnaissance de la région. D'une des trois régions en fait, parce que ce sont les régions qui prennent en charge l'indemnité du côté employeurs, ce qui va pouvoir permettre d'indemniser l'aménagement du poste de travail. Sinon, je dirais une simple reconnaissance, soit du Fédéral par la prise en charge, par une allocation par « La Vierge Noire », soit une reconnaissance mutuelle, ou une reconnaissance, sauf si il y a un accident au niveau privé, qui note qu'il y a une prise en charge. Mais, il faut qu'il y ait une prise en charge du handicap qui nous permette d'intervenir.

Vignes (FuSL) : Parce que j'ai l'impression que c'est là que se jouent plein de choses. Parce qu'en l'occurrence, pour les personnes séropositives, on risque une polarisation avec d'un côté, des gens qui vont tout à fait mal, où il n'y a pas vraiment besoin de faire la preuve, qui ont effectivement le statut, une allocation de handicap du SPF par exemple ou une reconnaissance administrative ; et puis de l'autre côté, les personnes qui vont suffisamment bien pour que ça ne pose pas de problèmes. Mais en même temps, au milieu, il y a toute cette population de gens dont la santé fluctue, d'une semaine à l'autre, ou d'un mois à l'autre, ou d'une année à l'autre. Enfin, on a peu parlé de l'aménagement du temps de travail, mais à mon avis, c'est un axe fondamental...

Conrads (Wheelit) : Le problème c'est qu'il faut bien savoir où on met la barre. Pour éviter tout risque finalement de gens qui peuvent abuser, qui n'ont pas de reconnaissance, qui n'ont pas de maladie ; il faut bien argumenter. Donc, ou on pose la question : « Avez-vous une maladie invalidante » ? Et là déjà devoir poser la question, c'est obliger la personne à en parler. Ou, c'est à travers simplement les reconnaissances qu'on parle du handicap. Tout en respectant le fait que la personne le mentionne ou pas. Donc, on demande simplement s'il y a un aménagement du poste de travail, et si oui, alors éventuellement, il y a une petite fenêtre qui s'ouvre où l'on demande de décrire mais sans plus. Et le problème c'est effectivement qu'on risque de passer à côté de personnes atteintes de HIV qui n'ont pas un degré de maladie suffisamment évoluée pour pouvoir

³⁶ Pour une présentation des participants à cette table-ronde, se reporter aux « Coordonnées et contacts » à la fin de cet ouvrage pour les auteurs et au chapitre V de l'introduction « Objectifs et contributions de la publication » pour les autres intervenants.

avoir la reconnaissance et qui pourtant, devraient nécessiter des adaptations, qui du poste de travail, qui du temps, qui de la quantité de travail aussi effectivement.

Vignes (FuSL) : Oui, je rebondis encore. Mais, je trouve que c'est un danger de nier en quelque sorte qu'il y a effectivement des gens qui vont avoir de la fatigue au travail, pour qui ça va être difficile, qui vont effectivement être plus lents, un peu moins productifs. Mais pourquoi nier ça ?

Conrads (Wheelit) : C'est pas le nier, je pense que...

Vignes (FuSL) : Oui, je ne dis pas que vous le faites... Je dis que c'est important de le reconnaître et que ça n'empêche pas de rentrer dans le circuit productif, économique.

Conrads (Wheelit) : J'en parle dans mes formations. Je parle de l'adaptation du poste de travail : qu'est-ce qu'on entend par l'adaptation du poste de travail ? Il y a aussi l'adaptation de la quantité de travail, et du temps de travail aussi. Parce que ça aussi, il doit y avoir des aménagements. Parce que la personne doit pouvoir à un moment donné aller se promener. Vous avez les diabétiques par exemple, ils ont besoin à un moment donné, quand il y a une insuffisance au niveau insuline ou quoi, ils ont besoin de la faire remonter, ils ont besoin de se balader parce qu'il y a trop de sucre ou quoi. Donc, il y a aussi là des adaptations du temps de travail.

Renoid (SPF) : Mais la difficulté aussi, c'est que la législation du SPF au niveau du calcul favorise davantage la personne handicapée qui travaille qu'une personne qui a un revenu de remplacement ou un revenu mixte (travail et revenu de remplacement). Ce qui peut entraîner une diminution ou une suppression de l'allocation.

Conrads (Wheelit) : Il y a pas mal de questions là-dessus, parce que ça crée pas mal d'injustices.

Renoid (SPF) : Dans le calcul de l'allocation, il y a des gens qui me disaient : « Je travaille mais je suis davantage taxée ». C'est le prélèvement fiscal si je ne me trompe pas.

Conrads (Wheelit) : Il y a un barème fiscal aussi oui.

Renoid (SPF) : Au niveau fiscal, il y a un problème pour les gens où il y a une partie de travail et une partie mutuelle. Et ça, ça crée des problèmes autres qu'on ne compense pas, comme la fiscalité, etc. Donc le calcul est handicapant. Quand ils tombent malades ou quand ils sont moitié travail et moitié mutuelle, c'est assez dramatique chez nous.

Conrads (Wheelit) : C'est un peu un combat de Wheelit, parce que finalement vis-à-vis de cette allocation d'intégration et de remplacement de revenus bon je dirais, le problème c'est que maintenant c'est vrai que toute personne qui a un handicap pense que : « Je travaille, je perds tout ». Non, il y a des évolutions. Donc, comme on en a parlé, il y a l'allocation d'intégration qui est vraiment liée au handicap et là vraiment, on commence à appuyer les demandes au niveau politique en disant : « A handicap définitif, allocations d'intégration du moins définitives ». Parce que ça s'appelle allocations d'intégration : au plus je m'intègre, au plus je suis pénalisé. Donc, c'est quand même assez contradictoire. Cette allocation, c'est comme si j'avais des allocations familiales et plus j'ai des enfants, moins j'en ai. Donc, finalement le problème, c'est qu'on se trompe de cadre dans lequel cette allocation est mise. Elle est mise un petit peu dans le cadre du chômeur. Le chômeur, s'il est travailleur, il n'est plus chômeur, tandis qu'une personne handicapée, elle garde son handicap avec les frais qui vont avec. Et donc c'est vrai que ça crée un sentiment d'injustice aussi parce qu'à travail égal, salaire égal mais pouvoir d'achat inégal. Parce que ce que j'ai perdu de mon allocation, je dois le prendre de mon salaire. Donc, j'ai effectué le

même travail qu'une personne avec le même salaire mais je n'ai pas le même pouvoir d'achat avec ce salaire. Mais ça évolue. C'est parce que dans les mentalités encore, bon voilà tu travailles, donc t'as plus besoin de l'allocation. C'est comme si on me disait : « Voilà, t'as une voiture, t'as plus besoin de chaise roulante ». Mais je dis : « Si, si moi j'aimerais bien rouler avec ma chaise roulante ». C'est un petit peu ce cadre-là qu'on voudrait changer. Ça fait son chemin.

Renoird (SPF) : C'est des questions budgétaires aussi, vu le budget que l'Etat accorde aux allocations.

Conrads (Wheelit) : Mais oui, mais c'est une question aussi de mentalité . Parce que finalement je crois que c'est le gouvernement qui y perd. Parce que moi en travaillant, je vais payer des impôts et finalement je paie mon allocation. Et donc, ça va être une opération blanche pour l'Etat. Finalement en décourageant la personne handicapée à travailler, on l'oblige à ne pas travailler et à devoir... Et donc, c'est pure perte pour l'Etat. Tandis que si moi je travaille à un moment donné, je vais financer mon allocation par la feuille d'impôts.

Renoird (SPF) : Oui mais c'est ce que je disais, l'abattement ayant changé, le problème se pose quand ils ont les deux types de revenus. Moi, je remarque dans ma pratique professionnelle, la difficulté c'est quand les gens ont la capacité de travailler en partie et ont en même temps une maladie. Ils ont le courage de travailler, et lorsqu'ils tombent malades, décident de changer de régime horaire tel le passage à un quatre cinquième. L'impact peut-être assez radical. Il y aurait donc un débat à avoir sur le mode de calcul !

Conrads (Wheelit) : Oui c'est le débat, mais il faut vraiment maintenant une évolution des esprits, il faut vaincre une inertie. On est perçu souvent, dès qu'on a un handicap ou quoi, on n'est plus travailleur potentiel. C'est ça le grand problème aussi... On est tout de suite un assisté voilà claque, claque, on est mis dans le camp des assistés point barre. Non, et c'est ça qu'on veut changer aussi. C'est pas parce que je suis handicapé que je suis handicapé des compétences, c'est pas mon cerveau ni mes compétences qui sont handicapés. Et c'est la même chose avec la maladie. Donc, c'est pas mon cerveau qui a le sida, c'est pas mes compétences, c'est pas mon identité qui a le sida. C'est la maladie.

De Groote (Mutualités chrétiennes) : C'est le revers de la médaille de la Sécurité Sociale en fait.

De Groote (Mutualités chrétiennes) : De toute façon, ça n'existe pas depuis tellement longtemps et je crois qu'il faut s'inscrire un peu dans une histoire et se dire « heureusement que ça existe », que lorsqu'on ne peut plus vraiment travailler ou qu'on est gravement atteints par un handicap quel qu'il soit, il faut pouvoir avoir cette sécurité de dire : « Ouf, là maintenant, je peux m'arrêter ». Le problème est qu'on vit dans une société qui est quand même très manichéenne : ou tu es capable de travailler, ou tu ne l'es plus. Ce qui est très difficile pour nous, je ne sais pas si vous rencontrez ça aussi, c'est : où est-ce que la personne qui ne va pas bien, mais qui voudrait quand même retravailler, parce que l'idée de pouvoir travailler ça va l'aider à aller mieux, mais où avoir les bons renseignements ? Notamment au niveau fiscal. Parce qu'il n'y a rien à faire, on aime quand même bien ne pas trop y perdre financièrement. D'autant que travailler entraîne quand même beaucoup de frais. Et puis, on parle toujours de la personne handicapée ou malade comme si elle était seule, mais il y a souvent une famille, un conjoint, peut-être des parents qu'il faut prendre en charge, etc. Donc une difficulté, en tous cas moi que j'ai dans mes permanences, c'est que lorsque quelqu'un vient, sort de chez le médecin conseil, qui lui a dit : « Tiens allez un petit peu voir avec l'assistante sociale : est-ce qu'il ne vaudrait pas mieux être au chômage ? ».

Conrads (Wheelit) : Mais là on encourage vraiment l'inactivité.

De Groote (Mutualités chrétiennes) : Mais si on encourage le travail, quand on voit les responsabilités que ça entraîne à court terme, à moyen terme, à long terme sans parler des réadaptations professionnelles, moi je ne me sens vraiment pas compétente pour accompagner quelqu'un là dedans. Alors qui l'est ? Le syndicat, non. A partir du moment où on est malade, on va lui dire : « Ecoutez non, allez voir à votre mutuelle ». Mais franchement moi ce qui me manque vraiment, c'est de pouvoir orienter les gens vers quelqu'un qui puisse, en toute neutralité et avec des bonnes connaissances, aider sur beaucoup de points et notamment sur l'impact financier.

Mattina (Mutualités chrétiennes) : Moi, en matière d'impôts, j'avais trouvé une piste intéressante. C'était une personne qui avait le cancer et qui était désireuse de continuer son travail, qui était aide-soignante en maison de repos. Elle adorait ça et elle voulait continuer jusqu'à la fin. Ce qu'elle a fait. Mais chaque année, elle avait plus ou moins 3.000 euros d'impôts à payer. Et donc, j'ai été mise au courant d'une procédure qui s'appelle la surséance indéfinie en matière d'impôts. On s'est présentés, enfin je me suis présentée à sa place parce qu'elle n'a vraiment, vraiment pas la force d'y aller. Et ces braves gens ont accepté de prendre deux années consécutives. Enfin, je me présentais pour 2006 et ils ont pris 2005 puisqu'elle n'avait pas payé ses impôts en 2005 et en 2006 non plus. Et l'année suivante, quand j'ai réintroduit la demande ils m'ont dit : « Ah mais non c'est une fois ». Bon voilà, on est un peu coincés. Et elle a terminé, elle a arrêté de travailler. Et maintenant elle s'interroge sur : « Comment est-ce que je vais payer mes 3.000 euros nets d'impôts ? ».

Question de la salle : Moi j'ai une question. Vous employez beaucoup le mot handicap aujourd'hui. Je vais revenir de nouveau sur la mutuelle. Pour vous, à quel moment la maladie du VIH est un handicap, on la considère comme un handicap ?

Mattina (Mutualités chrétiennes) : Non, nous on ne considère pas le handicap...

De Groote (Mutualités chrétiennes) : La mutuelle voit la possibilité ou non de travailler. Et donc c'est jamais quelque chose qui est arrêté. Je veux dire qu'à partir du moment où la personne rentre son certificat médical, parce qu'il se passe quelque chose au niveau de sa santé qui l'empêche de travailler, si le médecin reconnaît que ce qu'il constate empêche momentanément la personne d'exercer sa profession parce qu'elle a une perte de capacités de 66%, ben voilà. Et puis on voit ce qui se passe. Mais c'est à partir de 66% d'incapacité de travail.

Question de la salle : Mais, je veux dire que la maladie du sida, c'est une maladie chronique. Mais nous aujourd'hui, dans plusieurs plates-formes, on parlait handicap, mais on parlait aussi VIH. Donc, je voulais savoir chez vous, est-ce que quelqu'un qui a la maladie du sida est aussi... Est-ce que c'est aussi un handicap ? Comme j'en ai entendu parler.

De Groote (Mutualités chrétiennes) : Mais moi je ne le vois pas comme ça, mais bon...

Renoird (SPF) : C'est ce qu'on disait. Effectivement le problème est que chacun a sa définition du handicap.

De Groote (Mutualités chrétiennes) : Oui c'est ça. Nous on ne parle pas en terme de handicap, nous on voit la possibilité de travailler.

Mattina (Mutualités chrétiennes) : Et puis une maladie, on regarde ce que ça entraîne comme incapacité. On regarde l'incapacité, on ne regarde pas la maladie. En tout cas, le médecin conseil travaille comme ça.

De Groote (Mutualités chrétiennes) : Pour quelqu'un qui est en âge de travailler ou pour quelqu'un qui serait éventuellement au chômage, jusqu'à l'âge de la pension. Maintenant quelqu'un qui est malade au-delà des 60 ans ou des 65 ans et qui par exemple a un nursing important à la maison, là on va parler en termes de points, de perte d'autonomie pour, par exemple, avoir une prime d'aide de soins à domicile et des choses comme ça. Mais handicap n'est pas utilisé. Donc, on parle de handicap ici parce qu'il y a d'autres intervenants qui l'utilisent. Mais lorsqu'on est dans le secteur des indemnités, on parle de ces fameux 66% et puis pour tout le reste, on voit.

Mattina (Mutualités chrétiennes) : Il n'y a pas de différences entre les maladies. S'il y a une incapacité qui est entraînée par le cancer ou par le sida, c'est l'incapacité qu'on estime, pas s'il a le sida ou s'il a le cancer.

Conrads (Wheelit) : En fait, il n'y a pas d'égalité directe entre la maladie et le handicap. Vous pouvez avoir des gens avec un diabète et qui n'ont pas de handicap et pour qui, à un moment donné, le diabète a évolué tel qu'il crée un handicap. Vous avez maintenant des gens qui ont la sclérose en plaques qui n'ont pas de handicap. Mais, ils ont la sclérose en plaques déclarée. Et à un moment donné, l'évolution de la maladie va créer un handicap parce qu'il y a dépendance, il y a des degrés de perte d'autonomie. C'est lié à ça et pas directement à la maladie. Il n'y a pas une égalité directe.

Pierret (Sidaction) : Si je peux me permettre, je ne sais pas comment ça se passe en Belgique, mais en France, il y a une classification des maladies invalidantes. Le sida est reconnu comme étant une maladie invalidante, qui donne droit à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé si la personne le souhaite. Cette reconnaissance de la qualité du travailleur handicapé, la personne ne l'a pas à vie. Elle est valable deux ans, trois ans, quatre ans, on repasse devant une commission. Mais ce qui permet d'ouvrir des droits. Et c'est pour cela qu'elle est assimilée à un handicap. Ensuite, le fait que cette maladie soit invalidante, ça donne droit à une incapacité de travail pareille qui est de 80%, qui donne droit à l'allocation adulte handicapé qui est un minima social, de même que le RMI. Mais cette allocation d'handicapé a un revers de la médaille parce qu'elle ne facilite pas le retour au travail. Par contre, quand vous travaillez et que vous avez la reconnaissance de la qualité du travailleur handicapé, vous pouvez faire une demande de pension d'invalidité. Et là, c'est un droit, vous avez cotisé pendant tout le temps où vous avez travaillé, c'est un droit que vous gardez toute votre vie. La pension d'invalidité, elle peut être de première, seconde ou troisième catégorie. Je ne sais pas si on trouve un peu le même système ici ?

Renoird (SPF) : Ce qui se passe, c'est que dans les années 60, dans le système belge, on parlait du « Guide barème médical des incapacités résultants des infirmités donnant droit aux allocations d'estropiés, mutilés, aveugles, sourds et muets ». À ce moment-là, pour chaque pathologie effectivement, chaque handicap, il y avait un pourcentage. Et je crois que le sida n'était pas repris à l'époque. Il y a peut-être plein de choses qui ne sont pas reprises dans ce barème. Notre loi ici au Ministère, elle date de 1987. Pour être plus précise, je me réfère à ce qui est dit dans le rapport annuel 2007 de la DG Personnes Handicapées : « Avec la loi du 27 février 1987, le régime des allocations aux personnes handicapées est entièrement revu. La nouvelle réglementation vise à « simplifier, clarifier et rendre plus efficace le régime des allocations aux personnes handicapées ». Elle met désormais sur pied d'égalité toutes les personnes handicapées, quel que soit leur type de handicap. La réforme porte tant sur l'aspect administratif que médical. ». La loi a étendu le champ du handicap aux répercussions du handicap. On ne dit plus : « Un diabète, c'est

autant de pour cent, le sida à tel stade, c'est autant de pour cent ». Donc c'est vraiment tout un changement de mentalité qui a été fait au Ministère.

Pierret (Sidaction) : Et ce qui est intéressant du côté des personnes, c'est comment une personne à partir des droits qu'elle touche, parce que j'entends bien ce que vous dites parce qu'on a le même problème en France. A un moment donné, l'assistante sociale n'ose pas conseiller la personne au risque de la mettre en difficultés financières. Et qui on est ? Donc l'important c'est de mettre à plat vraiment ce système. C'est ce qu'on a fait en France. On a mis à plat ce système de droits et puis on a formé du monde pour mener une veille à ce niveau-là, une veille législative pour que les personnes puissent être au courant, avoir des informations plus justes et puissent faire un choix éclairé qui leur appartient de reprendre ou non une activité. Et ça, c'est important. Parce que enfin pour moi cet après-midi, c'est passionnant. Et je voudrais juste attirer l'attention sur un point : on a aussi des catégories de publics qui sont différents. Des personnes qui ont été contaminées avant les années 80, qui ont eu des interruptions très longues de l'emploi, ne peuvent pas retourner à l'emploi de la même façon qu'une personne qui est contaminée depuis quatre cinq ans, qui bénéficie des traitements. Donc ça veut dire qu'il faut fabriquer, si on veut se lancer sur l'emploi, il faut concevoir des outils qui puissent répondre aux besoins différents des personnes. Une personne qui a arrêté depuis longtemps mais qui aujourd'hui souhaite reprendre une activité parce que les traitements le permettent, c'est quel palier il va y avoir, quel parcours il va y avoir avant qu'elle ne retourne à un emploi normal dans une entreprise. De même, je dis attention, après ce qu'on a vu ce matin et moi ce que je sais, le sida c'est quand même une maladie où il y a énormément de rejets. J'en ai discuté. C'est comment aussi on prépare les entreprises à accueillir des personnes qui sont atteintes de cette pathologie-là, parce que c'est plus facile de prévenir une situation de discrimination qu'une fois qu'elle sort, là ça a un effet boomerang pour tout le monde.

Conrads (Wheelit) : Il faut éteindre l'incendie.

Pierret (Sidaction) : Oui. C'est bon pour eux. Que ça soit pour Wheelit, pour le Selor, tout le monde sait alors qu'une fois que la discrimination est connue, là c'est vraiment... Je vous assure c'est très, très complexe. Donc, il faut faire attention à certains points, et ces points-là : comment on les identifie ? Et surtout au niveau législatif. Alors, je ne sais pas si, suite à cette journée, on peut mettre en route, vous pouvez mettre en route un comité de pilotage qui réunit quelqu'un de la Sécurité Sociale, quelqu'un de la mutuelle, quelqu'un... Et il faut mettre à plat tout ça. Parce que vous allez y être, les personnes vont y être confrontées. Et si on ne passe pas par cette étape-là, il y a plein de gens qui vont rester sur le carreau et surtout, on va faire perdurer le fait que les gens ne disent pas qu'ils sont séropos. C'est une liberté, on est d'accord. Mais néanmoins, même les gens qui sont dans l'emploi, au bout d'un moment, sont fatigués. Parce que justement, ils jonglent avec tout ça, ils le cachent. Et c'est comment on prépare dans l'emploi et par rapport à cette nouvelle, à un moment donné qu'ils risquent d'être obligés de dire bien malgré eux, parce que leur situation se dégrade, parce que il va y avoir des arrêts maladie, parce que il va y avoir... Donc vous voyez il faut vraiment travailler de manière transversale et surtout anticiper au maximum les situations.

Conrads (Wheelit) : C'est pour ça qu'il faut des formations.

Intervention de la salle : Moi je suis un peu déçu par rapport à aujourd'hui car je ne vois pas un représentant d'une PME, ou de la FEB qui aurait pu être là. Parce que je crois que cette discussion est assez importante. Il faut faire passer le message.

Pezeril (OSS/FuSL) : Oui c'est le constat que je faisais ce matin. Beaucoup d'employeurs et de fédérations d'employeurs ont été contactés. Ils ne se sont pas mobilisés, excepté le SELOR donc j'étais très contente qu'il y ait un représentant de la

fonction publique. Mais c'est vrai qu'au niveau employeurs, je ne sais pas s'il n'y a pas d'intérêt, s'il y a un manque de temps, je ne sais pas...

Conrads (Wheelit) : Il y a beaucoup de frilosité.

Pezeril (OSS/FuSL): La peur aussi probablement. Mais en tous les cas, ils ont été contactés et on a essayé de les faire venir.

Kanyeba (Libiki) : Vous dites: « Parce que on les a contacté, ils n'ont pas voulu venir ». Est-ce qu'il n'y a pas moyen de faire des formations en fait à ce niveau-là ? Parce qu'il y a aussi des problèmes avec les assistantes sociales. J'en ai au niveau des hôpitaux. Au niveau de l'association, j'ai eu une dame qui est venue et qui n'est pas migrante, donc je parle d'une Belge de souche qui a été dans un CPAS parce qu'elle n'arrivait plus à travailler. Elle a découvert qu'elle était séropositive. Elle a dû faire une chirurgie et donc c'est comme ça qu'on l'a découvert. Et psychologiquement, ça n'allait plus. Elle a décidé d'arrêter de travailler d'elle-même. Parce que pour elle c'était dur de l'accepter, d'avoir le traitement. Bon, on a eu la chance de la voir une fois et quand elle est partie dans un CPAS, l'assistante sociale du CPAS a dit qu'elle n'était pas concernée, il fallait qu'elle vienne le lendemain. Elle est arrivée le lendemain. Il faut savoir ce que c'est le CPAS chez nous. Donc l'assistant social l'a vu et il a dit : « Madame X, alors votre sida » ? Donc, vous voyez déjà qu'il y a aussi un problème au niveau des personnes qu'on va voir. Moi, je sais ce que c'est, je suis passée par là. Et j'ai habité dans une commune, j'ai dû déménager. Parce que j'ai eu d'abord un problème avec l'accès au traitement. Parce qu'à un moment, j'étais en règle et puis avec le déménagement, j'ai oublié d'aller prévenir que je n'avais plus d'adresse en attendant de me réinscrire, c'est encore une autre histoire. Je me suis présentée dans un CPAS pour avoir l'aide médicale urgente. J'ai dû payer mes médicaments 1.000 euros. Il faut les avoir par mois. C'est pas cadeau. Et pourtant je travaillais avant. Mais là où je travaillais, le fait de dire que je suis séropositive, tout avait changé au bureau. Ça veut dire qu'on avait des verres. On achetait des verres jetables, on achetait des assiettes jetables. Moi, c'est du vécu. Quand j'allais aux toilettes, je crois qu'après moi une personne passait mettre de l'eau de javel parce qu'il fallait... Je crois ça m'a donné même la force de créer mon association. Parce que c'est du vécu. Donc, vous avez un salaire, vous êtes payée, mais à un moment donné vous voyez qu'au bureau, quand vous toussiez toutes les portes se ferment. Une société belge. Donc finalement, on se rend compte qu'il n'y a pas que chez les migrants qu'il y a le problème, mais c'est tout le monde. J'ai des amis qui sont gays, même dans la communauté gay, on ne peut pas en parler. Maintenant, prenons la communauté gay noire. Tu es noire séropo, ça fait déjà beaucoup. Noire, séropo, en plus on n'en parle pas. Mais il y a de plus en plus dans la communauté africaine des gays, mais on ne peut pas en parler. Ils ont même peur, vous savez, de distribuer les rubans rouges. Je crois que Thierry Martin pourrait le dire, au départ, dans la communauté africaine, on ne voulait pas porter de ruban rouge, c'était synonyme que tu es porteur du virus. Maintenant, ça commence à changer. Même quand on arrive à la porte de Namur, moi je suis cataloguée comme ça. Quand je passe à la porte de Namur on me dit : « Madame sida ». Mais je m'en fous parce que j'assume. Imaginez les personnes qui n'assument pas. Donc, au niveau du travail, les employeurs blancs ou noirs, ça ne change rien. Maintenant, il faut former ces gens-là aussi. Ils ont refusé de venir parce qu'on parle du sida. Donc, même si eux sont concernés directement, ils ont peur aussi d'en parler, qu'ils soient chefs ou pas. Donc, il faut peut-être changer aussi les mentalités, il faut encore éduquer les gens. Peu importe leur niveau social, c'est encore un autre problème aussi. Moi, quand j'ai arrêté de travailler, c'était par rapport à ça. Et dans un CPAS où l'assistante sociale vient crier ton nom : « Madame, et votre sida » ? Et l'autre qui me dit à moi : « Mais vous êtes bien portante, pourquoi vous avez besoin de l'aide médicale urgente » ? Au fait j'ai dit : « Mais j'aimerais vous voir à ma place ! Est-ce que vous pensez que j'ai 1.000 euros, même si je gagne 1.500 euros, si je dois payer 1.000 euros, j'ai quatre enfants. Et mon loyer, je fais comment ? ». Donc finalement on me renvoie

au CPAS. Donc tu peux être une dépendante, être une éternelle assistée, même quand tu as besoin de travailler. Et le CPAS te paie combien ? 950 euros. Quand tu as l'aide de 868 euros et quatre gosses qui vont à l'école, ici l'école c'est pas gratuit. Entre les sorties, il faut aller au théâtre, dîner chaud, etc. Il faut peut-être trouver des moyens aussi de former le genre de personnes qui ne veulent pas venir quand on organise quelque chose. Et souvent c'est vrai ce sont les mêmes problèmes. Ce sont les mêmes têtes qui vont venir, d'autres ne viendront jamais. Même quand on dit : « Vous aurez un sandwich ou vous allez manger au restaurant tout ce que vous voulez » . Ils ne viendront pas parce qu'ils se disent qu'ils ne sont pas concernés. Dire déjà que nous sommes tous concernés, que nous sommes malades ou pas, là n'est pas le problème. Par moments, nous les malades, on se dit, comme je disais tout à l'heure, à quoi ça sert finalement, on est toujours obligés de se justifier par rapport à ce que nous vivons. On est toujours obligés de se justifier. Tu es séropositive, on te dit : « Mais attends madame, ça ne se voit même pas ». J'ai déménagé, j'habite dans une autre commune parce que j'avais en face de moi une personne qui a débarqué chez moi, sans prévenir, regardé l'appartement : « Ah ben pour une personne séropo vous êtes bien lotie ». J'ai dit : « Mais qu'est-ce que... Comment vous parlez ? Est-ce que ça veut dire être noire et pauvre et séropositive en même temps ? ». Et puis au départ, quand elle m'a parlé, elle parlait fort. Elle avait l'impression que je ne parlais pas français. Comme si tous les Noirs finalement qui allaient au CPAS étaient analphabètes. Alors j'ai dit : « Madame, parlez doucement parce que je comprends ». « Oh excusez-moi ». J'ai dit : « Attendez, j'ai dit, vous avez un problème, c'est quoi le problème ? » « Ou séropo, mais ça ne se voit pas ». Est-ce que ça doit se voir sur le visage qu'on est porteurs d'une maladie qui est lourde ? Donc il faut aussi former. Je crois que c'est quand même important aussi.

Renoird (SPF) : Oui mais c'est pas une généralité non plus. Toutes les assistantes sociales des CPAS ne sont pas « incapables ».

Réaction de la salle : Elle a le sida et donc elle a quitté son travail. Elle est au CPAS. Maintenant on va aussi dire : « Et en plus elle vient au CPAS pour prendre l'argent des Belges ». C'est vrai, moi j'entends cela aussi.

Kanyeba (Libiki) : Oui bien sûr, on l'entend tout le temps.

Martens (OSS/FuSL) : J'ai envie d'aborder une question. En fait, par rapport à tout le déroulement de la journée, on a fait et on fait encore des constats. Je crois que la discrimination, on sait qu'il y en a, qu'elle est massive, qu'au bout de 25 ans, on dirait que rien n'a changé, même que les choses sont pires. Il manque peut-être des données sur... Enfin comme vous le dites il y a des gens qui sont perpétuellement appelés à témoigner, mais il y a toute la partie cachée de l'iceberg, et on espère que l'enquête qui est en cours en collaboration avec le GRECOS pourra nous donner un peu plus d'infos sur l'ampleur des discriminations et les difficultés rencontrées, etc. Donc des questions et des constats, il y en a et ils ont été affinés aujourd'hui. Par ailleurs, on a vu l'après-midi qu'il y a quand même une série d'outils qui sont là, qui existent et qui en plus, ont le mérite, vraiment ça a été une découverte, c'est de voir qu'en fait, on est dans des acceptions de handicaps ou de notions de diversités qui sont tellement larges que ces outils sont là pour énormément de gens. Même s'il serait intéressant de voir entre les candidats éligibles entre guillemets et les gens qui bénéficient effectivement de ces outils, il y a à mon avis une sélection qui doit se faire qui doit être assez importante. Mais en fait, moi ma question, il faudrait que je me tourne vers Nathalie Pierret, enfin j'ai le sentiment qu'il manque un maillon de toute façon en Belgique pour pouvoir à un moment faire le lien entre des réalités de personnes qui sont discriminées, notamment à l'emploi, et des outils qui sont là. Alors ces outils peuvent peut-être être améliorés, etc., mais ils sont là, diversifiés en plus, associatifs ou publics. Mais, d'après les constats que j'entends, il y a un fossé entre les constats sur le terrain et l'existence d'outils qui sont censés être là et des ressources notamment pour les

personnes séropositives. Et j'ai l'impression, enfin vous parliez tout à l'heure du travail qui a été fait en France et que notamment certaines associations contre le sida ont dû se requestionner et ça a généré des tensions pour pouvoir s'approprier la question du travail, de la mise à l'emploi. J'ai l'impression qu'ici, on est dans un contexte où il y a des associations de lutte contre le sida d'une part du préventif ou du curatif, il y a des outils d'autre part, mais il y a une personne qui est prêt aujourd'hui à porter quelque chose qui serait de l'ordre de faire le pont entre des personnes et des outils. Alors, est-ce que ça doit être des associations de prévention qui doivent élargir le champ de leurs missions ? Est-ce que ça doit être des nouveaux acteurs qui doivent émerger ? Je ne sais pas trop. Mais j'ai en tout cas l'impression qu'il y a un relatif manque.

Pierret (Sidaction) : Je ne sais pas comment c'est organisé en Belgique. Les structures qui accompagnent vers l'emploi les personnes qui sont en difficulté : est-ce que ça peut être ces structures-là, en se sensibilisant à la problématique VIH ? Ça peut être ça. Je vois en France, il y a des structures de droit commun qui s'y mettent et qui font ça très bien. Parce qu'on les forme et qu'on forme les professionnels à la problématique VIH, à sa spécificité. Parce que là-dessus, je pense qu'il ne faut pas perdre la spécificité du VIH. Qu'on parle de malades chroniques, oui bien sûr que le sida est une maladie chronique évolutive, mais il ne faut pas oublier la spécificité. Parce que sinon, on va passer à côté d'un problème, de ce problème qui est que cette maladie occasionne énormément de rejets. Ce n'est pas aborder la spécificité comme une fin en soi, surtout pas. Mais, comme un point de départ pour aller ensuite vers, pour qu'on soit bien au clair. Et surtout, que les personnes concernées se sentent reconnues. Parce que sinon, on va encore les mettre dans un endroit où elles ne se reconnaîtront pas et on va multiplier cette difficulté et ce sentiment d'être exclu. Je pense qu'autant il est de la responsabilité des personnes concernées par le VIH de ne pas s'auto-exclure et de faire attention à ça et de faire son petit chemin dans son processus individuel. Bon maintenant tout le monde n'est pas méchant, tout le monde n'est pas discriminant, tout le monde n'est pas... Mais encore faut-il les accompagner. Mais il faut aussi accompagner les structures. Que ce soient de droit commun ou les employeurs. Attention, il y a une spécificité, on la nomme pour ensuite pouvoir avancer. Et comme ça il y a une reconnaissance des deux côtés qui permet d'effacer cette zone de non droit, je dirais quelque part, et qui permet d'avancer de façon durable. Ou alors il faut accompagner les projets. Je pense que les associations qui luttent contre le sida, je ne sais pas où elles en sont en Belgique, sur quoi elles travaillent. Est-ce que ce sont elles qui peuvent le porter ou non ? Ou alors, il faut accompagner des projets comme SELOR ou Wheelit, ou voilà toutes ces structures qui travaillent sur l'emploi, les former à la problématique du VIH. Et effectivement, je pense qu'il manque un maillon. Quand j'ai entendu ça, j'ai dit il manque un maillon d'accompagnement de projet.

Conrads (Wheelit) : Je crois qu'il y a peut-être un paradoxe aussi, c'est qu'il y a une demande de reconnaissance, mais en même temps on ne veut pas le dire. Et c'est ça la difficulté : c'est qu'on veut être « reconnu » mais on n'ose pas en parler. Parce que, pour le témoignage que vous donnez, finalement de l'autre côté, il y a des gens qui ont peur, parce que c'est vrai qu'il y a cette contamination, enfin il y a des tas de clichés, il y a des tas de préjugés là-dessus. Et donc qui empêchent la reconnaissance en fait. Donc c'est là où cette reconnaissance est handicapée si je puis dire entre guillemets, de par justement la peur que ça crée parce que il y a toutes ces images, ces préjugés. Et c'est ça la difficulté.

Réaction de la salle : Sinon on en parlerait via les médias. Cette année-ci, je m'excuse, il n'y a rien eu à la télévision, rien. Que ce soit à la radio à la télévision, rien. Je suis vraiment révolté parce que c'est vrai qu'on est vus aussi quelques jours avant le 1er décembre, pour les interviews, ça oui. Mais autrement, j'ai l'impression qu'il y a juste avant le 1er décembre. Après le 1er décembre, il n'y a rien.

Conrads (Wheelit) : On le fait pour bonne conscience et puis en avant, on fait notre petit « Cap 48 ». Et puis, salut au revoir ça, ça m'énerve aussi.

Tshibangu (Aide Suisse contre le Sida) : J'ai entendu aujourd'hui que le sida est quand même handicapant. Parce qu'il reste quand même, ou en tout cas le VIH maintenant par extension, reste une pathologie sociale, si j'ose dire. Donc c'est toute la question du stigmat qui est là, au centre. Qui d'une part peut handicaper au niveau de la société, au niveau des rapports humains. Donc, et ça c'est un travail de tous les jours, mais aussi l'information dans des catégories, des professions différentes. Je crois que tout ce travail-là, on devra toujours le faire, et encore longtemps. Encore longtemps parce que la peur est là. Donc même si elle est justifiée parfois, mais c'est un fait, donc je pense que tout ce travail de formation, nous devrions quand même le faire et en tous cas, pas le lâcher.

De Groote (Mutualités chrétiennes) : Oui, mais il faut des bonnes informations aussi. Je veux dire les médecins, qu'est-ce qu'ils transmettent ? Ils transmettent des trucs qui font peur. Moi, je suis un patient qui est atteint du sida et il m'a dit : « A partir du moment où mes T4 sont stabilisés, où mon traitement fonctionne, je peux avoir des relations sexuelles sans protection, je ne transmettrai pas le sida. » Il n'y a personne qui dit ça. Tout ce qu'il y a, c'est qu'on nous fout la trouille pour tout.

Tshibangu (Aide Suisse contre le Sida) : Mais ça rejoint en fait ce que disait Dany (Kanyeba) tout à l'heure. Donc, c'est bien si on laisse quand même les personnes séropositives s'approprier aussi le sida.

De Groote (Mutualités chrétiennes) : Oui bien sûr.

Tshibangu (Aide Suisse contre le Sida) : Toute la cathédrale scientifique qu'on monte tout autour, on s'accapare un peu trop de choses, peut-être qu'on ne maîtrise pas toujours trop. Le dernier élément que je verrai aussi, c'est par rapport aux témoignages. Jusque là, en tous cas chez nous (Suisse), il y a eu un monsieur, il était présentateur télé. Une fois, il a dit qu'il était homosexuel et qu'il était séropositif. Il a beaucoup d'argent, il est très beau. Et puis il a disparu des écrans, c'est fini quoi. Tous ceux qui osent encore montrer leur visage, c'est des migrants, donc quelques-uns d'entre eux. Ou des personnes, en fait, qui n'ont pas un statut social, pour pouvoir véhiculer une autre image d'une personne vivant avec le VIH. On a toujours un peu des gens avec un profil qui n'est pas très enviable, au niveau des biens matériels et encore moins, au niveau de la formation ou du langage intellectuel ou d'une certaine renommée. Et là, je crois que sur ce point-là, on devrait quand même faire un effort.

Martens (OSS/FuSL) : Je voudrais bien poursuivre mon idée. Parce que j'ai parlé tout à l'heure des associations notamment de prévention. Il y en a pas beaucoup, mais il y en a quelques-unes qui sont présentes. Et j'avais aussi envie de leur poser la question, quand on a vu par exemple ce matin pour le Sidaction cette question de lutte contre les discriminations qui s'incarne dans un projet de théâtre forum. Je ne sais pas, est-ce que du côté du SIREAS, du côté de la Plate-forme Prévention Sida qui met en place au moins une fois par an une campagne de promotion de la solidarité et de lutte contre la discrimination et qui en plus crée des outils qui présentent les droits des personnes séropositives, est-ce qu'il ne serait pas imaginable qu'en partenariat avec d'autres, d'essayer d'avoir des projets de lutte contre les discriminations qui s'adressent moins à la population générale, qui est une espèce d'énorme fourre-tout et ce sont des campagnes qui sont difficiles à évaluer, mais peut-être d'imaginer de se centrer sur des projets plus spécifiques certaines années, sur certains secteurs là où on sait qu'il y a des discriminations et pourquoi pas, celui de l'emploi avec des projets de ce type-là ou d'autres. Mais, je ne sais pas si ça fait écho chez

vous quand vous voyez ce genre de projets ou si ça ne vous semble pas du tout dans vos missions, dans vos compétences ?

Martin (Plate-forme Prévention Sida) : Je pense que c'est un peu le monstre du Loch Ness. Enfin, par rapport à la solidarité et la discrimination, les actions se situent effectivement au sein de la population générale. Mais on se pose de plus en plus la question par rapport au monde du travail. Il y a déjà une dizaine d'années on voulait initier une série d'initiatives prévention, un peu comme SENSOA qui est notre équivalent néerlandophone, qui avait à un moment donné initié une série de sensibilisations du milieu du travail à la thématique. Et je suis de plus en plus convaincu que c'est par là qu'il va falloir aller. Donc, c'est pour ça que l'enquête qu'on attend, j'espère va vraiment nous donner des pistes d'actions concrètes. Parce qu'on est arrivés aussi à un moment donné où la solidarité et la discrimination ne vont plus de soi. Chaque année, on lance une campagne pour la solidarité et discrimination pour la journée mondiale du sida. L'année passée, on n'a pas vraiment pu puisqu'on nous a dit au niveau du Ministère : « Prouvez-nous que les personnes séropositives aujourd'hui sont encore victimes de discriminations ». Oui, nous on le sait, on se base sur les enquêtes françaises qui sont récurrentes. En Belgique, c'est pas le cas, donc j'espère que ça va aller. Et je suis convaincu que c'est beaucoup vers là qu'il va falloir aller. Mais bon, on est toujours aussi à un moment donné où il faut un peu gérer les ressources financières qui sont limitées et peut-être que ça, à un moment donné, des journées comme ici vont peut-être nous amener à mettre des actions de terrain plus en avant et particulièrement, les actions médiatiques. Et pour terminer pour revenir sur ce que tu disais, ce chaînon manquant, enfin je crois que c'est assez nouveau, en tout cas pour moi. Enfin, ça m'a l'air tellement compliqué aussi en fonction de ce que vous avez dit, moi je ne me sens pas suffisamment à l'aise pour, un moment donné, être cette interface. J'ai plutôt l'impression que vous avez de l'expérience, nous avons de l'expérience, les autres associations, les malades ont des expériences et je crois que c'est à nous, nous ensemble à aller vers vous et parler de cette formation, de cet échange d'expertises pour que vous puissiez un moment donné être...

Conrads (Wheelit) : Vous êtes les mieux placés. Désolé, mais vous êtes les mieux placés pour pouvoir en parler et pouvoir nous aider.

Martin (Plate-forme Prévention Sida) : Et vous êtes aussi les mieux placés à votre niveau je dirais.

Conrads (Wheelit) : Oui, c'est la complémentarité tout à fait, tout à fait. Je prends l'exemple aussi du handicap même bon du paraplégique et tout. Tant qu'on avait des associations qui parlaient de nous, bon OK elles étaient bien. Mais je dis maintenant, c'est à nous à prendre le terrain, à mettre en place des formations et à parler de handicap parce qu'on a une crédibilité, on a le vécu. Et nous on est 24 heures sur 24 avec. Donc c'est à vous à prendre le terrain, à en parler et ouvertement. Et sans honte quoi. Ça effectivement c'est important.

Renoird (SPF) : Et c'est toute la difficulté entre une chose précise, une pathologie précise et l'ensemble des handicaps. C'est toute la difficulté pour l'Etat, les mutuelles, le ministère, le SELOR, d'arriver à remonter à l'ensemble, donc de prévoir des législations pour l'ensemble de toutes les personnes qui ont un handicap. Chez nous, il y a environ 536.000 personnes qui ont une reconnaissance de handicap et, parmi elles, environ 291.000 qui sont bénéficiaires d'allocations. On ne sait pas quantifier le nombre de personnes qui sont atteintes de trisomie ou d'autres choses, mais chacune pourrait dire : « Moi je voudrais être davantage reconnue ».

Conrads (Wheelit) : Et alors le problème c'est que, quand on se bat pour être reconnu, on est stigmatisé. Ça c'est encore le gros problème aussi. Moi je l'ai eu pour Wheelit. « Oui,

mais vous stigmatisez ». Je dis : « Mais écoutez, mettre une passerelle d'accessibilité, c'est aussi stigmatiser ». Mais non ! Dès qu'on essaye, pour éviter la discrimination, de mettre en place des outils pour informer, à ce moment-là, on se retrouve avec de la stigmatisation, donc faites attention à ça aussi.

Réaction de la salle : Pourquoi est-ce que vous ne vous mettriez pas tous ensemble justement pour faire un magazine avec toutes ces explications ? Non mais on rigole, mais pourquoi pas ?

De Groote (Mutualités chrétiennes) : Mais c'est toujours ça qui est intéressant au bout des journées, c'est, même au-delà des constats, de dire : « bon voilà qu'est-ce qu'on peut réaliser ? ». Pas quelque chose d'énorme comme toujours, quelque chose qui soit réalisable qui, quand on y arrive, nous donnera le courage de passer à autre chose.

Dieleman (OSS/FuSL) : Et moi je trouve qu'il y a déjà des ressources à mettre en connexion. C'est-à-dire que j'étais quand même fort épatée, enfin j'ai appris beaucoup dans la présentation du SELOR, c'est-à-dire sur l'outil qui peut aller très, très loin dans la spécification des adaptations. Et vous vous renseignez manifestement, vous vous documentez sur telle ou telle pathologie, tel ou tel handicap etc. Par contre, vous étiez demandeuse d'une spécificité VIH. Vous ne la connaissez peut-être pas. Mais cette ressource, elle est ici. Donc, il y a des choses à construire et très concrètement vous avez des outils très pointus, très précis avec une réflexion qui est menée depuis un certain nombre d'années. Je crois qu'il y a à intégrer des informations dans une problématique plus générale qui est celle de l'emploi, de l'accès à l'emploi, des adaptations. Et à construire la spécificité VIH à l'intérieur des accommodements possibles pour X, Y, Z problèmes. Donc, il y a des choses à connecter, je trouve.

Akif (Selor) : Mais, c'était un peu l'objectif aussi, parce qu'on ne se connaissait pas du tout. Comme je disais tout à l'heure, moi j'ai un candidat qui a vraiment dit : « Voilà j'ai ce genre de maladie qu'est-ce que vous pouvez faire pour moi ? ». Donc, c'est pas le groupe en général qu'on connaît déjà, il y a moi-même des choses que je ne connais pas par rapport à ça. Et c'est vrai qu'ici l'objectif était de toucher ce groupe-là, qui a des besoins aussi spécifiques. Et moi concrètement, je ne sais pas du tout quel est le nombre d'associations qui existent et quelles sont celles qui sont intéressées. Enfin, identifier vraiment la demande finalement. C'est comme ça qu'on fonctionne en général, on va sur place et on vous présente ce qu'on fait et on voit un peu quelle est votre demande et dans quelle mesure on peut y répondre. Maintenant à partir de 2010, on va vraiment faire des journées rencontres avec toutes sortes d'associations, enfin des groupes ciblés. Et le but sera vraiment d'inviter les gens qui sont concernés à venir. Voilà : « Remplissez le CV avec nous, on va vous expliquer comment ça marche, et ce que vous pouvez avoir, etc. ». Mais moi, en tant que responsable de diversité, j'ai besoin de savoir beaucoup plus sur la maladie évidemment.

Conrads (Wheelit) : Et je peux vous dire aussi que vous êtes les bienvenus dans la roue relationnelle de chez Wheelit. Donc, on ne demande qu'une chose, c'est si vous avez un site, qu'il renvoie vers notre site d'informations pour dispatcher cette information aussi.

Ntunzwenimana (Siréas) : Je pense que tout ce qu'on est en train de dire ici est très intéressant. Mais le problème de reconnaissance du VIH comme maladie handicapante reste dans le flou. C'est un problème majeur et ce taux de 66% peut être un frein. Tout ce que les personnes vivant avec le VIH demandent, certaines en tous cas, c'est de pouvoir travailler et non de bénéficier des allocations. Mais le problème, c'est ce taux de handicap et la non-reconnaissance pour ceux qui sont incapables de travailler .

Renoird (SPF) : Je ne comprends pas trop, excusez-moi. Mais, pourquoi est-ce que vous attendez une reconnaissance du Ministère pour travailler ? Je veux dire pour travailler

effectivement, pour poser votre CV; la reconnaissance du handicap n'est pas toujours obligatoire. Je me demande pourquoi vouloir à tel prix ce besoin d'une reconnaissance pour l'action du travail. Je ne dis pas s'il y a une perte de revenus etc. Mais une allocation de travail : pourquoi vous avez besoin d'une reconnaissance telle quelle ? Parce qu'en général, c'est le médecin traitant qui peut montrer une attestation en disant « Vous êtes malade de ça », pas le Ministère.

Pezeril (OSS/FuSL) : Visiblement, il faut une reconnaissance officielle et administrative non ?

Conrads (Wheelit) : Oui, ça oui.

Renoird (SPF) : Pour la COCOF, il y a d'autres pourcentages au-delà de 66 ?

Leenaerts (Cellule diversité de la Région bruxelloise) : Chez nous, c'est très large. Il y a les 11 attestations, mais en termes d'aménagement, n'importe qui, les femmes enceintes, ou des choses comme ça, on prend tout en charge évidemment. Donc, en matière d'adaptation, on ne doit pas être reconnu comme handicapé, vous pouvez y figurer. Dans la fameuse réserve spécifique, là oui, c'est vraiment la législation belge, c'est vraiment autre chose.

Vignes (FuSL) : Aujourd'hui, on a quand même beaucoup parlé de l'emploi, et surtout des employés, on n'a pas vraiment parlé des gens qui vont être leur propre employeur. Mais en fait, j'ai entendu quand même plusieurs fois des gens qui disaient : « OK, vu ma situation et vu tous les ennuis que ça cause d'être employé de quelqu'un qui va toujours regarder si je suis là, si je vais chez le médecin, etc. Le mieux c'est soit que je me mette en intérim et que quand j'ai besoin de boulot, j'accepte un intérim et quand je suis malade, je prends le temps d'être malade en gros. Soit, je fais mon propre boulot. » Et alors à ce moment-là, c'est soit les gens qui construisent une association ou soit des gens qui arrivent à avoir suffisamment d'énergie pour se mettre comme indépendants. Et alors, à mon avis c'est une chose à mettre en question, quel statut pourrait exister pour des gens qui arrivent à être leurs propres salariés une partie du temps ? On pourrait imaginer une sorte de statut d'indépendant aménagé, je ne sais pas. Mais c'est, à une heure où l'on parle tellement de flexibilité de l'emploi, voilà une occasion où l'emploi pourrait être flexible. Évidemment, ce ne serait pas un objectif de rentabilité économique. Enfin je ne sais pas...

Conrads (Wheelit) : Je dirais créer des success story. C'est vraiment des gens qui s'en sortent. Parce que c'est vrai que c'est très lié, je dirais des motivations par identification. Si lui peut le faire, je peux le faire et c'est très motivant, très motivant.

Vignes (FuSL) : Mais il faut des supports institutionnels. Initier tout cela, c'est pas facile. Mais en même temps, s'il y a des courants favorisants, ça aide.

Conrads (Wheelit) : Et puis il faut avoir l'énergie, il faut vraiment se dire : « Bon voilà, je peux y arriver ». Croire en soi, avoir la confiance, retrouver cette confiance et se dire « je pourrais y arriver aussi » et sincèrement, on commence à se motiver. Bon, on n'attire pas les mouches avec du vinaigre, ça veut dire qu'il faut avoir confiance, ou bien avoir un projet, construire ce projet et en parler autour de soi. Et c'est comme ça que j'ai créé la mienne au départ. Ça n'existait pas, j'avais un projet, j'ai monté un dossier et en avant. Et puis voilà des gens me font confiance, pourquoi pas ? Et puis, petit à petit, on construit.

Pezeril (OSS/FuSL) : Je vois qu'on a dépassé le temps. On peut continuer la discussion après. Un grand merci à tous les participants et à ceux qui sont venus les écouter.

COORDONNÉES ET CONTACTS

SILVIA AKIF

Responsable du processus diversité

Selor

Téléphone : 02/788.67.16

N° vert : 0800/505.55

silvia.akif@selor.be

<http://www.selor.be>

JUDTH BISUMBU

Coordinatrice

ESDIA

Xavier de bue 22/7

1180 Bruxelles

Téléphone : 02/347.47.19

Jubisbe@yahoo.fr

es_dia@yahoo.fr

<http://www.echos-seropos.org/blog/>

THIERRY CONRADS

Fondateur et administrateur

Wheelit asbl

Téléphone : 02/529.58.16

info@wheelit.be

<http://www.wheelit.be>

YVES DARIO

Service Diversité

Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte Contre le Racisme

Rue Royale 138

1000 Bruxelles

Téléphone : 02/212.30.00

epost@cntr.be

<http://www.diversite.be/>

AUDREY LEENAERTS

Coordinatrice de la Cellule diversité

Pacte territorial pour l'emploi en RBC

Avenue des Arts 6 bt7

1210 Bruxelles

Téléphone : 02/505.79.31

Fax : 02/505.77.06

cellulediversite@actiris.be

<http://www.diversite.irisnet.be>

ANNE MATTINA ET ANNE DE GROOTE

Assistants sociales
Mutualité St Michel
Boulevard Anspach 111-115
1000 Bruxelles
Téléphone : 02/501.58.30
anne.mattina@mc.be et anne.degroote@mc.be
<http://www.mc.be>

GRACE NTUNZWENIMANA

Animatrice
SIREAS-SidAids migrants
6 Rue de la Pépinière
1000 Bruxelles
Téléphone : 02/502.36.76
Fax: 02/502.23.56
maureenpessy@sireas.be
<http://www.sireas.be>

CHARLOTTE PEZERIL

Chercheuse
Observatoire du sida et des sexualités
Facultés universitaires Saint-Louis (FuSL)
Boulevard du Jardin Botanique, 43
1000 Bruxelles
Téléphone : 02/211.79.05 ou 02/211.79.10
Fax : 02/211.79.04
pezeril@fusl.ac.be ou observatoire@fusl.ac.be
<http://www.observatoire-sidasexualites.be>

NATHALIE PIERRET

Consultante
Association Les Alchimistes
Centre de Kerlleau
588670 Caudan - France
Téléphone : (00-33) 02.97.33.45.62
thalie.pierret@laposte.net

ISABELLE RENOIRD

Assistante sociale
SPF Sécurité sociale - Direction générale Personnes handicapées
Centre administratif Botanique - Finance Tower
Boulevard du Jardin botanique 50 Boîte 150
1000 Bruxelles
CONTACT CENTER: 0800/987.99 du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30
handif@minsoc.fed.be
<http://handicap.fgov.be>

PASCALE THIANGE

Assistante sociale
CETIM
Hôpital Saint-Pierre
Rue Haute, 290-322
1000 Bruxelles
Téléphone : 02/535.31.77

NOËL TSHIBANGU

Chef de projets
Aide Suisse contre le Sida
Konradstrasse 20
8031 Zürich - Suisse
Téléphone : (00-41) 044/447.11.74
noel.tshibangu@aids.ch
<http://www.aids.ch>

AXEL VAN WEYNENDAELE

Coordinateur du programme Emploi-Formation
AWIPH
Administration centrale
Rue de la Rivelaine, 21
6061 CHARLEROI
Téléphone : 071/205.510
Fax : (32) 071 / 205.104
N°vert: 0800/160.61
a.vanweynendaele@awiph.be
<http://www.awiph.be>

PHILIPPE WARLAND

Responsable du projet Diversité & Ressources humaines
CRIPÉL - Gestion de la diversité
Place Xavier Neujan, 19B
4000 Liège
Téléphone : 04/220.01.15
Fax: 04/220.01.19
<http://diversitegrh.canalblog.com>

www.observatoire-sidasexualites.be



Avec le soutien du Ministère de la Communauté française de Belgique