

MT3 : Volet juridique de la recherche

Prof. Dr. Vanessa De Greef en collaboration avec Hélène Deroubaix
(ULB, Centre de droit public, Equipe de droit social).



Plan de la présentation

1. Résumé de la structure du rapport
2. Quelques leçons clés
3. Quelques recommandations prioritaires

1. Résumé de la structure du rapport

Partie 1 : Analyse des effets de la réforme par les avocats

- Deux focus group composés volontairement d'un petit nombre d'avocats de cabinets diversifiés en Belgique (groupe de 11 et 7 avocats)
- Composition des groupes : défendant majoritairement des employeurs (plus équilibré dans le premier groupe) – un en FR, un en NL
- Deux à trois chercheurs
- Méthode d'analyse en groupe + grilles de questions ciblées
- Anonymat garanti – stratégie juridique
- Demande de discuter de dossiers, en particulier de plans de réintégration

Un tri entre les dossiers

Dossier avec un plan de réintégration	Dossier avec une incapacité définitive qui a débouché sur une rupture pour force majeure médicale (ou en cours)	Dossier où un trajet n'a pas été possible ou a été interrompu (éventuellement car la situation est hors champ d'application de la réforme) (sans que cela débouche encore sur le dossier n°2)
--	--	--

Partie 2 : Éléments juridiques pour une éventuelle refonte de la réforme

- Apport d'une série d'éclairages sur la réforme.
- Sources : doctrine, jurisprudence, résultats des séminaires avec les avocats, recherche KUL.
- Partie structurée autour d'une série de 15 questions.

2. Quelques leçons clés

Leçon 1. Une convergence entre les deux groupes d'avocats

La réforme permet principalement de proposer ou de négocier la rupture

- Les parties acceptent de se revoir pour négocier la rupture.
 - Elles négocient le licenciement pour force majeure médicale (avantages complémentaires à la sécurité sociale / indemnités qui coûtent moins cher que l'indemnité de préavis et qui sont parfois exonérées de cotisations sociales)
- enjeu : le calcul précis des indemnités et la possibilité de cumul
- Il y a des exceptions...lorsque l'évaluation ne conduit pas à une décision D, à la surprise parfois des parties.

Contraste entre les pratiques et la jurisprudence

- Trib. trav. Anvers, 8 janvier 2019

« *Samengevat is de rechtbank dan ook van oordeel dat verwerende partij **oneigenlijk gebruik heeft gemaakt van de procedure tot re-integratie** en dat bij de opstart ervan zelfs niet eens voldaan was aan de wettelijke voorwaarden. De rechtbank is dan ook van mening dat verwerende partij de arbeidsovereenkomst van eisende partij **onterecht wegens medische overmacht heeft beëindigd** en derhalve kan eisende partij aanspraak maken op een opzeggingsvergoeding ».*

Rappel de la notion de force majeure médicale

- l'incapacité doit être **permanente**
- **l'exécution du contrat doit être impossible** et pas uniquement plus onéreuse ou difficile
- l'impossibilité doit être étrangère à la faute du débiteur + la force majeure ne peut provenir que d'un événement indépendant de la volonté de celui qui la constate.
- la force majeure s'apprécie dorénavant par rapport au travail que le travailleur **pourrait exécuter chez l'employeur** dans le cadre du trajet de réintégration (et non plus au travail convenu).

Leçon 2. Une convergence : le rôle essentiel mais jugé partial du conseiller en prévention-médecin du travail

Un problème d'indépendance est souligné **mais les deux groupes critiquent un parti pris différent** (par rapport à la décision OU aux modalités du travail adapté) :

« *L'employeur engueule le médecin responsable de l'organisme de prévention [...] Le médecin renvoie une nouvelle lettre pour [...] dire que cet entretien n'aurait pas dû avoir lieu [sous-entendant qu'il n'aurait pas dû donner lieu à la décision D] ».*

« *Als de werknemer zegt van "ik wil een D" dan [krijgt] werknemer dat. En als de werknemer zegt [...] "nee nee nee ik wil absoluut op de payroll blijven" dan [krijgt] jij een [...] A of een B beslissing ».*

Leçon 3. Un constat issu de l'analyse des plans de réintégration réussis : il était d'emblée risqué/ complexe de rompre la relation de travail

- Deux plans réussis, un plan refusé, un plan interrompu
- Profil employeur : employeur public / employeur faisant suite à une décision autre que D et risque de procès sur la base de la loi générale anti-discrimination (handicap/aménagements raisonnables)
- Acteurs présents (en plus du travailleur et de l'employeur) : avocats, conseiller en prévention-médecin du travail, conseiller AVIQ (// GTB/PHARE).
- Travail adapté : adaptation des horaires, formation prévue, changement de la rémunération, adaptation du bureau (siège) ou du lieu de travail (travail au rdc)
- Pas de réaction du médecin-conseil au sujet du plan de réintégration → rôle et temps disponible du MC ?

3. Quelques recommandations prioritaires

1. Redéfinir les objectifs dans une optique d'évaluation et de sensibilisation

L'objectif est-il de sécuriser la relation de travail pendant la période de travail adapté ou de clarifier des relations de travail « mortes-vivantes » ou dont la poursuite est incertaine ?

Quel objectif pour chaque mesure adoptée ?

2. Recourir à la concertation sociale pour garantir l'effectivité d'une réforme dans le monde du travail

- Quel rôle en pratique du CPPT ?
- Quel aide/ soutien aux CPPT/ à l'employeur & aux travailleurs ?
 - *Comment limiter la lourdeur administrative et développer l'innovation en matière de « travail adapté » ?*
- Intérêt d'une CCT adoptée par le CNT ?
 - *Contours de la notion de travail adapté/ aide à établir un plan de réintégration adapté, contours de la concertation, contours du rapport du conseiller en prévention-médecin du travail, contours du rapport de l'employeur, rappel des objectifs principaux, précision sur les contours de la rupture pour force majeure médicale, politique de sensibilisation (dossier de santé), etc.*

Art. I.4-79 du CBE :

Afin de développer une politique de réintégration efficace, **l'employeur consulte régulièrement, et au moins une fois par an, le Comité** par rapport aux possibilités, au niveau collectif, de travail adapté ou d'autre travail et aux mesures pour adapter les postes de travail, en présence du conseiller en prévention-médecin du travail et le cas échéant des autres conseillers en prévention compétents.

Les aspects collectifs de la réintégration sont évalués une fois par an et font l'objet d'une concertation au sein du Comité sur base d'un rapport qualitatif et quantitatif du conseiller en prévention-médecin du travail. La politique de réintégration est adaptée, si nécessaire, en fonction de cette évaluation.

3. Considérer le traitement des risques psychosociaux au travail

Eclairage : Que penser d'une décision D alors que la personne retrouve le même emploi chez un autre employeur ensuite ?

« Un problème de relation n'est pas un problème d'inaptitude définitive ». Vrai ?

Il s'agit d'un problème **relationnel / structurel**

OR

Le trajet et le plan de réintégration ont des visées individuelles : ils ne concernent que **le travailleur en incapacité** et **ne traitent pas directement des organisations du travail défailiantes** sur le plan du bien-être au travail.

- Quel impact de la réforme sur les RPS ?
- Quel traitement « collectif » pour maintenir le travailleur chez l'employeur ?
- Comment épauler le conseiller en prévention-médecin du travail ?
- Comment rendre visibles ces problèmes liés aux RPS ?

Des questions/ suggestions ?

Merci de nous écrire à l'adresse suivante :

vanessadegreef@gmail.com
vdegreef@ulb.ac.be