

SYNTHESE et CONCLUSION

du rapport de la mission aptitude et médecine du travail (mai 2015)

Synthèse du rapport de la mission aptitude

[1] Les lois de 2012 et de 2011 ont conforté le choix opéré depuis la loi fondatrice de 1946 de **confier un rôle majeur au médecin du travail** au sein du **système de protection de la santé et de la sécurité des salariés**. Toutefois, si les évolutions récentes ont incité les médecins du travail à accroître significativement leurs actions en matière de prévention des risques professionnels et de maintien dans l'emploi des salariés, l'obligation de vérifier systématiquement l'aptitude des salariés à chaque visite médicale pèse sur l'activité des services de santé au travail et limite les effets des réformes engagées.

[2] Le service de santé au travail est supposé jouer un rôle prépondérant dans la surveillance périodique de l'état de santé des salariés. Or ce **suivi** est aujourd'hui **réalisé en réponse à des obligations réglementaires plutôt qu'à des besoins de santé**. Le décalage est massif entre d'une part le nombre de visites d'embauche et de visites périodiques à réaliser et d'autre part le nombre de visites effectuées. La détermination de la périodicité des visites médicales repose en outre plus souvent sur des consensus construits entre les partenaires sociaux et l'Etat que sur des justifications de nature médicale. A titre d'illustration, l'obligation de visite tous les six mois pour les travailleurs de nuit est citée régulièrement comme non pertinente en termes de prévention de l'altération de l'état de santé. Par ailleurs, les modifications de périodicité des visites accordées dans le cadre des agréments par les DIRECCTE, possibles depuis la réforme de 2011, apparaissent très différentes selon les régions avec, pour les salariés qui ne bénéficient pas **d'une surveillance médicale renforcée, des dérogations allant jusqu'à 72 mois**. Ces **dérogations** n'apparaissent pas **fondées** principalement sur les besoins de santé, contrairement à ce qu'avait prévu la loi de 2011, mais plutôt sur les **contraintes de la ressource médicale**. Le contexte de vieillissement de la population, d'intensification du travail, de recours massif aux formes d'emploi précaires, d'apparition de nouveaux risques professionnels, aux effets souvent différés, et d'explosion des pathologies liées aux organisations de travail (TMS/RPS) impose un **changement de paradigme fondé sur une adaptation de la surveillance de l'état de santé au travail des salariés prenant en compte la globalité de leurs besoins de santé et des recommandations de bonne pratique**. Il est également indispensable d'interroger la pertinence des notions d'aptitude et d'inaptitude médicale au poste de travail afin de permettre aux médecins du travail de se consacrer davantage à la prévention des risques professionnels, par des actions individuelles et collectives dans l'entreprise. **L'adaptation des postes de travail et le reclassement des salariés constituent également une priorité**.

[3] La mission propose le remplacement de la visite d'embauche par une **visite obligatoire d'information et de prévention** réalisée par l'infirmier en santé au travail sous la responsabilité du médecin du travail. A l'issue de cette visite, l'infirmier pourra décider de l'orientation du salarié vers le médecin du travail, s'il le juge nécessaire. La périodicité des visites infirmières ou médicales ultérieures sera déterminée dans le cadre de cette visite, sur la base de protocoles et après un éventuel échange avec le médecin du travail. Cette visite devra avoir lieu au plus tard dans les trois mois suivant l'embauche pour les salariés occupant un poste à risque, six mois pour les autres.

[4] Les modalités de surveillance des salariés occupant un poste à risque devront être déterminées en fonction de recommandations validées par la Haute Autorité de Santé.

[5] La mission recommande le maintien d'une **visite médicale tous les 5 ans au minimum** pour tous les salariés et celui de visites à périodicité plus rapprochée pour les salariés occupant un poste à risque. Dans ce contexte, la possibilité de visite à la demande par le salarié doit lui être rappelée de façon régulière.

[6] La mission souligne l'importance de la traçabilité individuelle des expositions et recommande une consolidation au niveau national de ces données, dans le respect du secret médical, afin de favoriser la connaissance épidémiologique dans ces domaines de d'améliorer ainsi la prévention individuelle et collective au travail.

[7] La vérification systématique de l'aptitude, dont ni la pertinence médicale, sauf pour les postes de sécurité, ni la pertinence juridique ne sont établies, selon la mission, à l'occasion de l'ensemble des visites obligatoires, occupe la plus grande partie du temps médical, au détriment d'une **surveillance de l'état de santé adaptée aux besoins des salariés** et des actions du médecin du travail en milieu de travail. La notion d'aptitude est une notion floue qui soulève des difficultés pratiques. Elle ne figure pas dans la directive cadre sur la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs de 1989. Elle n'est pas définie par le code du travail, ce qui suscite des confusions du fait de la difficulté de cerner le poste de travail et/ou l'emploi et de la proximité avec les notions voisines d'aptitude professionnelle ou d'invalidité. Surtout, la mission a constaté qu'elle soulève des interrogations de nature éthique et déontologique. Dès lors, la mission a pu constater des pratiques hétérogènes des médecins du travail quant au fondement même de leurs avis d'aptitude, entre logique de prévention pure pour les uns, et logiques plus sécuritaire pour les autres.

[8] De nombreux interlocuteurs de la mission ont fait valoir que les conséquences des avis d'aptitude ou d'inaptitude des médecins du travail sont parfois difficiles à comprendre et/ou à mettre en oeuvre par les entreprises, notamment dans l'hypothèse d'aptitude avec d'importantes réserves, ce qui alimente des contentieux et contestations, tant devant le juge judiciaire que devant l'administration du travail.

[9] Par ailleurs, la pertinence médicale de la notion d'aptitude n'est pas établie. Elle est peu efficace lors de la visite d'embauche du fait notamment de l'impossibilité pour le médecin du travail d'avoir une connaissance approfondie de l'état de santé réel du salarié et de la

connaissance parfois insuffisante du poste de travail par le médecin. Elle n'a pas de caractère prédictif, et, pour beaucoup, elle n'est pas utile à la prévention. Enfin, elle ne constitue pas une protection juridique pour l'employeur, ni en matière de reconnaissance de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, ni en matière de respect de son obligation de sécurité et de résultat.

[10] S'agissant de l'inaptitude, elle ne joue que marginalement un rôle de protection de l'emploi du salarié puisque 95% des salariés déclarés inaptes sont licenciés, une petite minorité d'entre eux seulement parvenant à retrouver un travail. La constatation de l'inaptitude intervient désormais, soit en conclusion d'un processus continu d'adaptation du poste de travail, soit comme une mesure thérapeutique visant à soustraire le salarié de son milieu de travail afin de protéger sa santé.

[11] En conséquence, la mission propose de strictement **limiter le contrôle de l'aptitude aux salariés qui occupent un poste de sécurité**. Ce contrôle interviendrait avant l'embauche. Il serait renouvelé ensuite à périodicité régulière et serait opéré par un médecin distinct du médecin du travail qui assure le suivi habituel de l'état de santé au travail du salarié. La mission propose de ces postes la définition suivante : « Les postes de sécurité sont ceux qui comportent une activité susceptible de mettre, du fait de l'opérateur, gravement et de façon imminente en danger la santé d'autres travailleurs ou de tiers ». Entrent par exemple dans le cadre de cette définition, les pilotes d'avion, les conducteurs de train, les grutiers.

[12] En complément des textes réglementaires qui peuvent les recenser dans certains secteurs d'activité économique, la mission propose un mode d'identification de ces postes par l'employeur après avis du médecin du travail et du CHSCT ou des DP. Elle suggère une énumération de ces postes dans le règlement intérieur, document soumis au contrôle de l'inspecteur du travail, et une évaluation de la mise en oeuvre de ces dispositions au niveau national.

[13] La mission suggère de prévoir une **surveillance renforcée de leur état de santé pour les salariés qui occupent un poste à risque**. Ces postes devraient être définis par le médecin du travail sur proposition de l'employeur. Le médecin inspecteur régional du travail pourrait être saisi en cas de litige. La **périodicité** des visites et le **contenu précis de cette surveillance** devrait être défini par des recommandations proposées notamment par la Société française de médecine du travail validées par la Haute Autorité de Santé. Dans l'attente de ces recommandations **la mission propose un entretien infirmier tous les deux ans et une visite avec le médecin du travail tous les cinq ans**. Cette périodicité de visite médicale est celle retenue pour tous les salariés n'occupant pas un poste de sécurité, étant rappelé que l'organisation d'une visite à la demande de l'employeur ou du salarié est toujours possible et qu'il appartient au médecin du travail d'ajuster les modalités du suivi de santé des salariés en fonction des risques auxquels ils sont exposés et de leur état de santé.

[14] Pour tous les salariés qui n'occupent pas des postes de sécurité, la mission propose d'abandonner la vérification systématique de l'aptitude qui concluait jusqu'à présent les visites médicales. Une attestation de suivi de santé sera délivrée à l'employeur et au salarié par le médecin du travail ou l'infirmier en santé au travail, et, si nécessaire, le médecin du travail précisera ses préconisations d'aménagement du poste de travail ou de reclassement.

[15] La mission suggère de mieux organiser l'action du médecin du travail en faveur de l'adaptation du poste de travail et du reclassement par le biais de préconisations qu'il adresse à l'employeur tout au long de la vie professionnelle du salarié dans l'entreprise. A cet effet, il est suggéré de réécrire l'article L4624-1 du code du travail en clarifiant le rôle de l'employeur et celui du médecin du travail, en permettant au médecin du travail de formuler des propositions concernant l'adaptation du poste de travail aux capacités restantes du salarié. Cela permettra à l'employeur d'ajuster le poste de travail ou de proposer un reclassement. Pour sécuriser la rédaction de ces propositions quand elles entraînent une réduction significative des tâches exercées, la mission suggère une relecture collégiale interne aux services de santé au travail de ces propositions dans le respect du secret médical, que le service de santé au travail propose son aide à l'employeur, et que le dialogue entre l'employeur et le médecin du travail soit organisé.

[16] La mission fait des propositions visant à donner une plus grande efficacité à la visite de pré-reprise pour favoriser le maintien dans l'emploi du salarié. Elle propose d'aménager le régime juridique de la rupture du contrat de travail consécutive à la constatation de l'inaptitude d'une part, en généralisant le principe de la constatation en une seule visite, sauf décision contraire du médecin du travail, d'autre part en introduisant des conditions de fond à la constatation de l'inaptitude.

[17] La mission suggère de décharger l'inspecteur du travail des recours contre les préconisations ou les avis d'inaptitude du médecin du travail, pour l'instruction desquels il ne dispose pas des compétences médicales indispensables. Elle envisage deux hypothèses. L'une serait de confier ce recours à une commission médicale régionale à instituer, l'autre d'instaurer d'abord une contestation devant une structure collégiale interne au service de santé au travail, puis, pour les cas résiduels, un recours à expert médical judiciaire.

[18] Enfin, afin de permettre de trouver une solution à certaines situations de blocage actuelles, la mission propose, d'une part, que le médecin du travail puisse signaler dans son avis d'inaptitude qu'un reclassement serait préjudiciable à la santé du salarié, ce qui dispenserait l'employeur d'une recherche de reclassement, d'autre part, que le refus par le salarié d'une proposition d'adaptation du poste de travail ou de reclassement conforme aux préconisations du médecin du travail, dès lors qu'elle n'entraîne pas de modification du contrat de travail, constitue une cause réelle et sérieuse de licenciement. Si le salarié est licencié pour inaptitude et impossibilité de reclassement à la suite d'un tel refus, l'employeur serait réputé avoir satisfait à son obligation de recherche de reclassement.

[19] La mission fait le constat d'une multitude d'acteurs et de dispositifs qui concourent au maintien en emploi du salarié et /ou à la prévention de la désinsertion professionnelle. Elle suggère des pistes pour clarifier, simplifier et surtout coordonner et piloter cet ensemble complexe, dont l'efficacité est globalement encore insuffisante

Conclusion du rapport

« Aptitude et Médecine du Travail »

La loi de 1946 a posé les fondements de la médecine du travail et de son **rôle en matière de protection de la sécurité et de la santé des salariés**. Les orientations données à la médecine du travail, et à partir de la loi de 2002, aux services de santé au travail, sont désormais claires quant à la place qu'ils doivent donner à la **prévention des risques professionnels**. Le modèle français a été réaffirmé, avec l'obligation pour les entreprises d'adhérer et de cotiser à un service de santé au travail offrant une **prestation comprenant à la fois la surveillance médicale individuelle des salariés et des actions collectives**, enrichies par la montée en puissance d'une équipe pluridisciplinaire.

Toutefois, le système de surveillance de l'état de santé des salariés avec un nombre considérable de visites réglementaires à réaliser, sans justification médicale clairement énoncée, a abouti à un système de **surveillance inéquitable et non lié aux besoins de santé des salariés**. Un écart substantiel s'est ainsi creusé entre les obligations réglementaires de visite médicale et la pratique des services, au risque d'accroître l'insécurité juridique des entreprises et l'hétérogénéité des prestations fournies aux entreprises et aux salariés. L'action de la médecine du travail s'est trouvée, dès l'origine, trop orientée sur une démarche de réponse à des obligations réglementaires et sur la réparation. Les textes réglementaires imposant la vérification systématique de l'aptitude du salarié à chaque visite médicale illustrent ce travers.

Pour la mission, éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ou à l'occasion de celui-ci doit constituer un objectif prioritaire. Cela suppose la mise en œuvre d'une politique primaire de prévention des risques professionnels. Les modalités d'articulation entre médecin du travail et infirmiers en santé au travail permettent d'envisager un suivi périodique de l'état de santé des salariés où, sous la responsabilité du médecin du travail, l'infirmier est amené à jouer un rôle majeur.

La mission propose de donner davantage de souplesse dans **l'organisation de cette surveillance en l'adaptant aux besoins de santé des salariés liés à l'ensemble des facteurs de risque, professionnels ou non** auxquels il est soumis et en s'appuyant davantage sur les **recommandations de bonnes pratiques**. L'enjeu réside notamment dans la **recherche de solutions individuelles et collectives pour réduire les risques et favoriser le maintien dans l'emploi**. Les acteurs des services de la santé au travail et en particulier le médecin du travail vont être amenés, en lien avec les acteurs de l'entreprise, à intervenir de façon renforcée dans ce domaine, pour tenir compte du vieillissement des salariés en activité. C'est donc un changement de paradigme que propose la mission avec **le passage effectif d'une logique de réparation à une logique de prévention, d'anticipation**.

Cela contribue à expliquer les options de la mission qui, au terme de ses travaux, juge nécessaire d'abandonner la vérification systématique par le médecin du travail de l'aptitude du salarié. Elle a montré que la pertinence médicale de cette notion était remise en question, sauf pour certains postes bien particuliers, les postes dits de sécurité. Ce contrôle de l'aptitude pour les postes de sécurité entre alors dans un cadre de médecine de contrôle et doit clairement être séparé de la médecine du travail qui exerce la surveillance médicale des salariés.

Bien qu'il soit parfois soutenu que cette notion d'aptitude, et sa vérification systématique, seraient de nature à protéger juridiquement l'employeur au regard de son obligation de sécurité de résultat, cette affirmation ne correspond pas, selon la mission, à l'état du droit et de la jurisprudence. En revanche, les aména-

gements du code du travail qu'elle suggère devraient permettre de mieux organiser les relations entre employeur, médecin du travail et salarié et ainsi de réduire les risques de contentieux liés aux conséquences de l'état de santé sur l'exécution et la rupture du contrat de travail.

Pour la mission, les propositions concernant la surveillance de l'état de santé du salarié et l'aptitude s'inscrivent dans une cohérence d'ensemble du dispositif et ne sauraient être dissociées. Elles donnent, enfin, la possibilité aux services de santé au travail d'être plus présents sur le terrain de la prévention des risques professionnels où les besoins sont considérables, notamment du côté des petites entreprises. Il ne s'agit pas d'opposer **activité clinique, actions individuelles et collectives sur le milieu de travail. Ces aspects sont complémentaires et même inséparables.** La logique retenue vise à rééquilibrer le temps médical disponible **en faveur de la prévention des risques professionnels et des efforts réalisés en faveur du maintien dans l'emploi des salariés.**

A l'issue de ses travaux, la mission est convaincue qu'une des clés des progrès substantiels en matière de maintien dans l'emploi des salariés et de prévention de la désinsertion professionnelle réside dans **l'intervention sur les organisations de travail.** La prépondérance très nette parmi les maladies professionnelles des pathologies liées aux risques psychosociaux et des troubles musculo-squelettiques le suggère. Les réflexions actuelles de plusieurs sociologues et psychologues du travail et les expérimentations en cours dans certaines entreprises vont dans ce sens.

Il est permis de suggérer que les **organisations du travail elles-mêmes peuvent être à l'origine d'inaptitudes.** En empêchant le salarié de réaliser un travail dans lequel il se reconnaît, faute pour lui de pouvoir prendre les initiatives qu'il juge utiles, et de disposer d'un lieu de débat adapté permettant de gérer les conflits naturels entre les conditions de réalisation de son travail et les exigences de la hiérarchie ou du client, **l'organisation du travail construit des inaptitudes.** Permettre au contraire au salarié de discuter des gestes, des modes opératoires, d'apporter ainsi, par la voie du dialogue, de l'échange, sa contribution à la performance, conduit à développer l'aptitude des salariés.

L'aptitude ou l'inaptitude du salarié n'est plus, dès lors, une question individuelle liée à des caractéristiques de santé personnelles. L'aptitude est le produit d'un environnement de travail, d'une organisation de travail accueillante, voire « capacitante » qui sait prendre en compte telle ou telle caractéristique des salariés (âge, obésité, maladie chronique, TMS.....).

Pour la mission, il s'agit là d'approches complémentaires où les différents acteurs, dont le service de santé au travail et notamment les médecins du travail ont leur place. Ces approches concourent à un renforcement de la prévention des risques et à l'amélioration de la santé au travail des salariés.

Rapport « Aptitude et Médecine du Travail »

IGAS (21/5/2015)

N°	Recommandations de la mission aptitude (mai2015)
1	Permettre aux collaborateurs médecins de remplir plus largement les fonctions de médecin du travail, ainsi que le prévoit le projet de loi de modernisation du système de santé constitue un levier nécessaire pour augmenter la capacité à réaliser des visites médicales dans le cadre du suivi de l'état de santé du salarié.
2	La mission recommande que les postes de sécurité soient définis et propose la définition suivante : « <i>Le poste de sécurité est celui qui comporte une activité susceptible de mettre gravement et de façon immédiate en danger, du fait de l'opérateur, la santé d'autres travailleurs ou de tiers</i> ».
3	En complément des textes réglementaires qui peuvent les recenser dans certains secteurs d'activité économique, la mission propose le recensement des postes de sécurité par l'employeur dans les conditions prévues à l'article L 1321-1 et suivants du code du travail relatif au règlement intérieur sans la consultation des comités d'entreprise prévue et en y ajoutant l'avis du médecin du travail.
4	La mission recommande un contrôle de l'aptitude des salariés devant occuper un poste de sécurité, avant l'embauche . Ce contrôle devra être réalisé par un médecin différent du médecin du travail qui assure le suivi du salarié.
5	La mission propose, en substitution de la visite d'embauche actuelle, l'instauration d'une visite obligatoire d'information et de prévention pour tous les salariés en contrat depuis 3 mois ou plus, réalisée par l'infirmier de santé au travail sous l'autorité fonctionnelle du médecin du travail et donnant lieu à une attestation nominative de suivi de santé
6	La visite d'information et de prévention doit avoir lieu dans les 3 mois pour les salariés occupant un poste à risque et dans les 6 mois pour les autres
7	La mission recommande, pour les salariés intérimaires et en CDD de moins de trois mois , la création d'un fichier régional qui doit permettre de réaliser une seule visite obligatoire d'information et de prévention . Celle-ci serait suivie d'une visite à 5 ans sauf cas particuliers et quelles que soient les interruptions du parcours professionnel du salarié entre temps.
8	La mission recommande de modifier l'article L3122- 42 du code du travail, en ce qu'il prévoit une périodicité maximale de six mois pour la surveillance médicale particulière, et de fixer par décret la périodicité des visites médicales pour les travailleurs de nuit sur la base de recommandations validées par la HAS.
9	Une nouvelle définition des situations nécessitant une surveillance médicale renforcée mériterait d'être élaborée en s'appuyant sur des recommandations de la SFMT, validées par la HAS.
10	La mission recommande que la périodicité des visites médicales, pour les situations nécessitant une surveillance médicale renforcée selon la définition qui sera validée par la HAS (cf. recommandation précédente) soit définie en tenant compte des recommandations validées par la HAS, notamment sur proposition de la SFMT.
11	La mission recommande qu'un salarié occupant un poste à risque bénéficie, sauf précision réglementaire spécifique, d'une visite infirmière au minimum tous les 2 ans et d'une visite médicale au minimum tous les cinq ans.
12	La mission recommande une visite médicale périodique au minimum tous les cinq ans pour les salariés, en dehors des situations justifiant une surveillance médicale renforcée ou des salariés occupant un poste de sécurité
13	La mission recommande que les différentes visites réalisées, si elles ne donnent plus lieu à un avis d'aptitude, fassent l'objet d'une attestation nominative de suivi de santé , clairement formalisée, à destination de l'employeur et du salarié.
14	La mission souligne l'importance de la traçabilité individuelle des expositions et recommande une consolidation au niveau national de ces données, dans le respect du secret médical, afin de favoriser la connais-

	sance épidémiologique dans ces domaines et d'améliorer ainsi la prévention individuelle et collective au travail.
15	Les données sur la santé au travail mériteraient d'être structurées et optimisées et de s'inscrire dans le cadre d'une politique globale d'amélioration des connaissances sur la santé au travail
16	La mission recommande de trouver des formules d'association des services de santé autonomes dans les dispositifs de contractualisation mis en oeuvre avec les pouvoirs publics.
17	Modifier l'article L 4624-3 du code du travail, qui concerne le signalement du médecin du travail sur des situations collectives de travail, afin de rendre obligatoire la transmission, notamment à l'inspection du travail et au CHSCT, des préconisations du médecin du travail ainsi que la réponse de l'employeur, lorsque celui-ci décide de ne pas y donner de suite.
18	La mission recommande que les services de santé au travail interentreprises se fixent comme priorité d'aider les petites entreprises à évaluer leurs risques professionnels
19	La mission recommande de modifier l'article L 4624-1 du code du travail afin d'en faire le support juridique de l'intervention du médecin du travail, hors avis d'inaptitude, en permettant au médecin du travail de formuler des propositions concernant l'adaptation du poste de travail aux capacités restantes du salarié. Cela permettra à l'employeur d'ajuster le poste de travail ou de proposer un reclassement. Pour sécuriser la rédaction de ces propositions quand elles entraînent une restriction significative des tâches exercées, il faut prévoir l'aide du service de santé au travail et organiser le dialogue entre l'employeur et le médecin du travail.
20	La mission recommande de supprimer certains freins au développement de la visite de pré-reprise en ouvrant la possibilité qu'elle se tienne avant le terme des trois mois prévus actuellement, en donnant la possibilité à l'employeur d'en prendre l'initiative via le médecin du travail, en instaurant un entretien entre l'employeur, le médecin du travail et le salarié s'il le souhaite après cette visite et en prévoyant que les efforts de reclassement de l'employeur devraient être appréciés par le juge du contrat de travail à compter de la visite de pré-reprise.
21	La mission recommande de modifier les conditions de constatation de l'inaptitude en introduisant des conditions de fond à la possibilité de constatation de l'inaptitude concernant la recherche du consentement du salarié , sauf danger grave pour sa santé ou celle de tiers, et celle des solutions de maintien dans l'emploi du salarié, en exonérant l'employeur de toute recherche de reclassement lorsque l'inaptitude correspond à une mesure thérapeutique d'éloignement de la situation de travail. L'inaptitude temporaire devrait être encadrée juridiquement.
22	La mission recommande de modifier les modalités de recours de l'employeur ou du salarié contre les préconisations du médecin du travail ou son avis d'inaptitude en le confiant plutôt à une commission médicale régionale, composée de médecins du travail, et non plus à l'inspecteur du travail
23	La mission recommande de retenir le principe de la constatation de l'inaptitude en une seule visite, sauf si le médecin du travail en décide autrement. Auquel cas, la seconde visite a lieu dans un délai maximum de 15 jours .
24	La mission recommande que le refus par le salarié des propositions d'adaptation du poste de travail ou de reclassement de l'employeur, lorsqu'elles sont conformes aux préconisations du médecin du travail et qu'elles n'entraînent pas de modification du contrat de travail constituent une cause réelle et sérieuse de licenciement et, si le salarié est licencié pour inaptitude, qu'en raison de ce refus l'employeur soit présumé avoir satisfait à son obligation de recherche de reclassement.
25	La mission recommande qu'une négociation complémentaire permette de redéfinir les paramètres de la mutualisation envisagée par l'ANI du 11 janvier 2008 et inscrite à l'article L 1226-4-1 du code du travail, en simplifiant le dispositif afin de le rendre prévisible et gérable.
26	La mission recommande, à ce stade, de définir la ou les voie(s) de coordination des dispositifs de maintien en emploi afin d'en accroître l'efficacité.
27	La mission recommande de redéfinir le champ des bénéficiaires des actions de maintien en emploi en le centrant sur le risque de désinsertion professionnelle et non plus sur la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.