

Le ministre Gérard Larcher a commandé à Hervé Gosselin un rapport sur les questions très délicates de l'aptitude et l'inaptitude. Avant même qu'il ne soit rendu public, nous avons rencontré l'auteur de ce rapport très attendu.

Aptitude et inaptitude : les pistes d'une réforme

Entretien avec **Hervé Gosselin**, Conseiller à la chambre sociale de la Cour de cassation

Dans le cadre du plan santé travail, Hervé Gosselin, ancien inspecteur du travail, ancien administrateur civil à la DRT, actuellement magistrat à la chambre sociale de la Cour de cassation, a été chargé de remettre au ministre Gérard Larcher un rapport consacré à l'« aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives ». Pour l'heure, le rapport n'a toujours pas été rendu public mais devrait l'être très prochainement. Son objectif est particulièrement ambitieux. Prônant une véritable remise à plat des règles relatives à l'aptitude/inaptitude, dont on connaît la complexité, Hervé Gosselin entend aussi changer le rôle de la médecine du travail. Nous l'avons rencontré.

1 LE RÔLE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Comment concevez-vous aujourd'hui le rôle de la médecine du travail ?

Je crois utile que les médecins du travail s'investissent davantage dans le milieu de travail pour prévenir les risques professionnels et proposer les solutions d'adaptation des postes de travail et de reclassement dont les salariés ont besoin. Et il faut certainement rediscuter des modalités du suivi médical dont bénéficient les salariés. La médecine du travail a un rôle exclusivement préventif qui consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail (*C. trav., art. L. 241-2*). Telle est la mission essentielle que la société a confiée aux médecins du travail depuis la loi de 1946. Il me semble nécessaire de renforcer cet aspect de leur travail, d'abord en parlant de préconisations, plutôt que de propositions, ensuite en imposant à l'employeur de répondre à ces préconisations. En effet, il y a aujourd'hui trop de cas où les médecins avouent leur impuissance : ils font des propositions et, plusieurs années après, on en est au même point. Par conséquent, quand le médecin du travail fait des propositions d'adaptation au poste ou de reclassement, il faut que l'employeur réponde, le tout sous le contrôle du juge.

Il n'y aurait plus de visite périodique ?

Si, bien sûr. Je crois cependant que la vérification périodique et systématique après chaque examen médical de l'aptitude, qui constitue encore actuellement la plus grande part de l'activité des médecins du travail, malgré la réforme de 2004¹, n'est pas justifiée. Ce système qui n'existe sous cette forme que dans notre pays n'a pas fait la preuve de son efficacité en matière de prévention des risques professionnels et de protection de la santé des salariés par rapport à d'autres types de suivi médical. Je considère que c'est au médecin du travail de déterminer le contenu, le rythme, les modalités

de suivi des visites périodiques en fonction des risques liés au poste de travail et des caractéristiques de l'état de santé du salarié concerné. Il faut donc fortement individualiser le suivi médical des salariés.

Et, dans ce cadre, il est nécessaire de réfléchir au rythme et aux modalités nouvelles de ce suivi médical. En ce qui concerne la visite d'embauche, je pense qu'elle doit servir à détecter ce que j'appelle « les incompatibilités manifestes » entre le poste de travail et l'état de santé du candidat à l'embauche et à l'informer des risques du poste et des mesures de prévention à prendre.

Quand le médecin du travail pourrait-il proposer des aménagements individuels de poste ou un reclassement ?

Je suggère, en accord avec la chambre sociale de la Cour de cassation, de considérer que l'alinéa 1^{er} de l'article L. 241-10-1 du Code du travail pose le principe général d'une obligation d'adaptation du poste de travail ou de reclassement.

Les préconisations du médecin du travail peuvent dès lors intervenir à tout moment sans être nécessairement liées à une visite de reprise ou périodique. Et il me paraît indispensable que le juge contrôle que l'employeur « tient compte » de ces préconisations comme le prévoit l'alinéa 2 de cet article, en prévoyant un écrit afin de donner plus de poids à cette intervention du médecin du travail.

Qu'en est-il pour les postes de sécurité ?

Pour ces postes qui font peser une forte responsabilité sur le salarié vis-à-vis de tiers, notamment dans les transports, mais aussi pour certains postes à risques définis par les branches professionnelles, un suivi médical renforcé est nécessaire. S'agissant du contrôle de la capacité du salarié à occuper certains postes de sécurité (postes de conduite dans les transports par exemple), le conseil d'État, qui distingue les fonctions de la médecine du travail et de la médecine d'aptitude, considère que ce n'est pas au médecin du travail de réaliser ce contrôle². Pour ma part, après avoir interrogé un grand nombre de personnes, il me semble qu'il n'y a pas incompatibilité

entre ces deux types de médecine et je pense que le médecin du travail pourrait exercer les deux fonctions. Elles sont en effet très proches : elles requièrent des compétences identiques et le médecin du travail sera *in fine* conduit à dire s'il faut procéder à des adaptations du poste de travail ou si le salarié ne peut plus occuper le poste...

2 UNE PROCÉDURE D'ALERTE

Ce système est-il transposable au niveau collectif ?

Que se passe-t-il aujourd'hui lorsque le médecin du travail constate un problème qui concerne la collectivité des salariés ? Je prends pour exemple le livre de Dorothee Rameau, *Journal d'un médecin du travail*. Elle a été confrontée à des situations répétées de harcèlement moral dans la grande distribution

Sur l'indépendance de la médecine du travail...

Vaste sujet... Le rapport de l'Assemblée nationale sur l'amiante défend par exemple l'idée d'un service public de la médecine du travail. Toutefois, je ne suis pas personnellement partisan d'une telle solution. Il peut bien sûr y avoir quelques comportements critiquables de médecins du travail mais, outre qu'ils me paraissent exceptionnels, l'indépendance d'un médecin du travail n'est pas principalement liée à son statut.

Ce n'est pas parce qu'on en fait un fonctionnaire qu'il sera indépendant. Il risque au contraire de perdre une part de sa capacité de conviction de l'employeur. Ce qui fonde l'indépendance du médecin du travail, c'est d'abord sa compétence professionnelle, sa capacité à soulever les questions, à voir les problèmes, à proposer des solutions. L'autre garantie d'indépendance, c'est son statut de médecin. Il est tenu par le Code de déontologie, comme tous ses confrères, et ce sont ces règles qui guident son comportement, ses décisions, ses jugements.

Cela dit, on peut certainement prendre un certain nombre de mesures pour renforcer encore cette indépendance. La loi de modernisation sociale a déjà subordonné le licenciement du médecin du travail à l'autorisation de l'inspecteur du travail. J'envisage pour ma part une autre piste, qui résulte du constat observé dans certaines grandes villes : il peut arriver que l'employeur cherche à se désaffilier d'un service de santé au travail parce que le médecin du travail lui paraît trop exigeant. Ce type de situation est déjà encadré par un certain nombre de dispositions, mais je pense que, sur ce point, on peut aller plus loin et poser le principe d'un délai minimal d'adhésion, qui irait de trois à cinq ans.

Il faut en effet que le médecin du travail ait la possibilité d'agir dans la durée pour être efficace.

et elle explique comment elle a essayé de faire évoluer les choses. Or, elle a été conduite à dresser un constat d'impuissance. Autre exemple : les troubles musculo-squelettiques. Des médecins du travail constatent que l'organisation du travail génère des TMS, ils tirent la sonnette d'alarme et, une fois de plus, cela ne débouche sur rien. Pour remédier à ces situations, je propose la mise en place d'une procédure d'alerte : le médecin du travail

Le médecin du travail doit pouvoir se recentrer sur l'action en milieu de travail.

écrit à l'employeur, identifie les problèmes et préconise des solutions. Une fois encore, l'employeur doit répondre et c'est cette réponse qui détermine la suite des opérations : le médecin peut considérer que ses préconisations ont été prises en compte, mais il peut aussi estimer que c'est insuffisant et confier le dossier au CHSCT,

de manière à ce que la représentation du personnel soit saisie du sujet. Dans un premier temps, on privilégie donc l'échange dans le cadre de la fonction de conseiller du médecin du travail pour préserver la relation de confiance qu'il a établie avec l'employeur.

Et s'il ne se passe toujours rien ?

On peut aller jusqu'à la saisine de l'inspecteur du travail, ce qui conduira à une mise en demeure par le directeur départemental du travail ou à la saisine du juge des référés. L'idée est donc, je le répète, de pousser l'employeur à répondre de manière à éviter ces situations où le médecin du travail se démène en pure perte. Ces deux mesures – préconisations individuelles et préconisations collectives avec, dans les deux cas, obligation de réponse de l'employeur – permettent donc au médecin de se recentrer sur l'action en milieu de travail, avec des moyens d'intervention renforcés.

Une troisième mesure va dans le même sens : elle consiste à lui confier un rôle plus affirmé dans le maintien dans l'emploi, c'est-à-dire l'aide à l'adaptation au poste de travail et au reclassement.

3 LA REMISE À PLAT DES RÈGLES RELATIVES À L'INAPTITUDE

Le régime de l'inaptitude est souvent décrié, car excessivement complexe.

Que proposez-vous pour l'améliorer ?

Tout d'abord, je suis d'avis de considérablement développer et généraliser la visite dite de préreprise et d'en faire une « consultation préparatoire à la reprise du travail ». L'idée est d'aborder le plus en amont possible la question de l'adaptation au poste de travail et du reclassement et de mettre un terme à la situation actuelle, qui conduit souvent à une impasse. ●●●

1. Le décret du 27 juillet 2004 a donné priorité à l'action des médecins du travail en milieu de travail, qui doivent y consacrer 150 demi-journées (voir « La médecine du travail après la réforme de 2004 », Paul Primat, « La santé au travail », Suppl. Semaine sociale Lamy n° 1232 dirigé par Pierre-Yves Verkindt).

2. CE, 7 juin 2006, n° 279632.

●●● En effet, trop souvent, en pratique, le salarié arrive devant le médecin au dernier moment, il passe une visite dite de reprise et l'inaptitude est constatée au bout de quinze jours.

Dans quels délais serait encadré ce nouveau processus d'adaptation et de reclassement ?

J'ai préféré ne pas fixer de date ou de délai : tout dépend des situations, de la nature de l'arrêt de travail, du temps nécessaire pour trouver des solutions, de l'importance des ajustements à opérer... Et je précise qu'il s'agit de procéder en priorité à un reclassement interne mais également, si nécessaire, à un reclassement externe. Pour le salarié qui, le cas échéant, ne peut pas retrouver un poste dans l'entreprise compte tenu de la dégradation de son état de santé, il faut l'aider à retrouver un emploi ailleurs et éviter de le laisser s'inscrire au chômage sans projet professionnel.

Qui prendrait l'initiative de cette « consultation préparatoire à la reprise du travail » ?

Je crois utile d'ouvrir aussi largement que possible l'initiative de cette visite. Tous les acteurs peuvent y avoir intérêt : le salarié, le médecin du travail, le médecin-conseil, le médecin traitant, mais aussi l'employeur. En effet, la loi fait peser sur ce dernier une obligation de reclassement très lourde. Il me paraît donc légitime de lui donner tous les moyens de satisfaire à cette obligation dans les meilleures conditions.

Cela suppose de revoir les règles actuelles selon lesquelles les recherches de reclassement s'effectuent pendant le délai d'un mois qui court après la deuxième visite de reprise.

Certainement, même si j'entends bien que le schéma actuel répond à des objectifs pertinents. L'idée était de mettre un terme aux situations

dans lesquelles l'employeur ne prenait aucune initiative. Du coup, le salarié était laissé à lui-même, ne percevait rien, le contrat n'était pas rompu... La mise en place du délai d'un mois permettait de trancher : soit l'employeur reclasse, soit il licencie, soit il reprend le paiement du salaire.

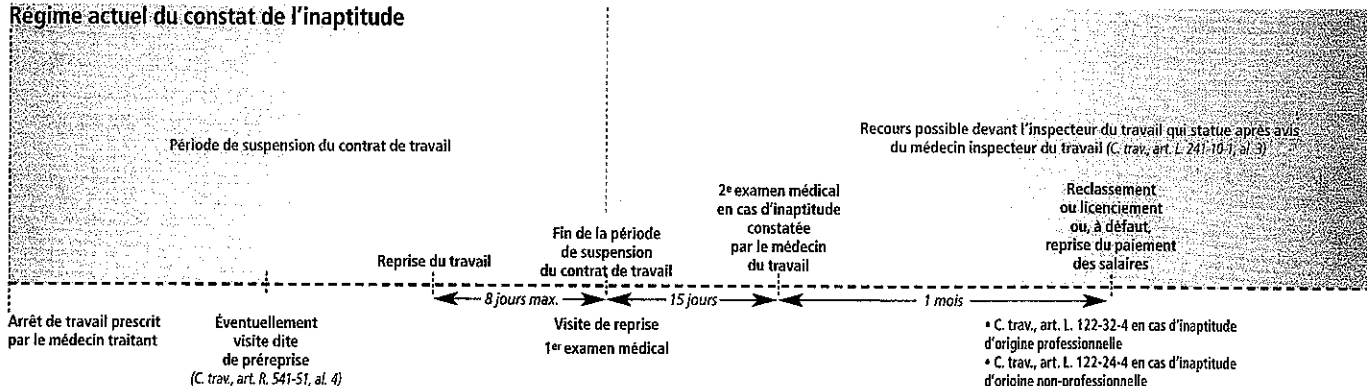
De surcroît, ne retenir que les propositions formulées après la deuxième visite permettait de s'assurer que les propositions de l'employeur seraient conformes aux propositions du médecin du travail. Le problème, c'est qu'on empêche ce travail en amont dont je viens de vous parler. D'une certaine manière, le système actuel revient à dispenser l'employeur de faire quoi que ce soit tant que l'inaptitude n'a pas été constatée au terme de la deuxième visite de reprise. Or, encore une fois, tout le monde s'accorde à dire que plus l'on aborde le problème en amont, plus on a de chances de trouver des solutions satisfaisantes pour le salarié et l'entreprise.

Dans ce schéma, la visite de reprise telle qu'elle est conçue actuellement n'a plus de sens...

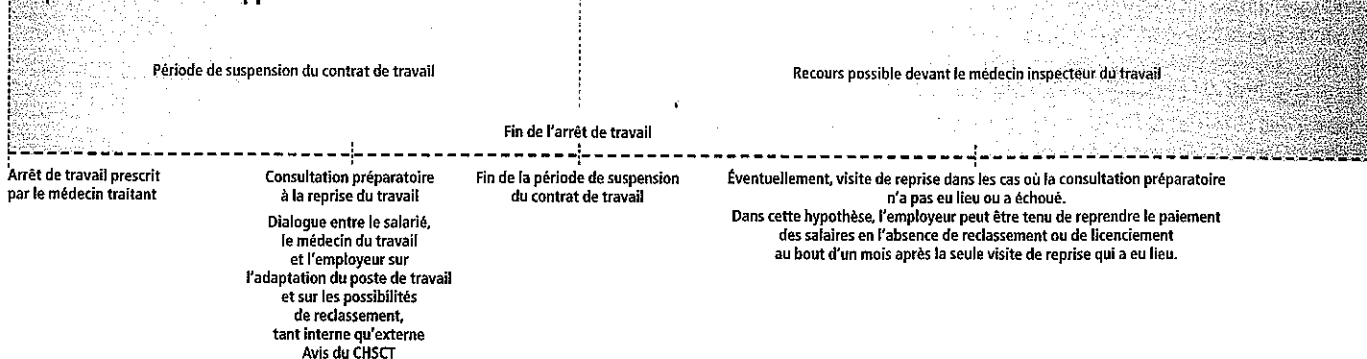
Oui, ce délai de 15 jours qui doit séparer les deux visites dites de reprise au terme desquelles est constatée l'inaptitude pose plus de difficultés qu'il n'en résout, car que devient le salarié dans l'intervalle : il ne peut pas travailler, il ne perçoit pas de rémunération. Résultat : les entreprises ont recours à des pis-aller et, souvent, dans les faits, le salarié part en congé ou en arrêt maladie. Mieux vaut donc jouer le jeu du reclassement et de l'adaptation du poste de travail.

Tel est l'objectif de cette consultation préparatoire : ouverte le plus largement possible, elle permet d'instaurer un véritable dialogue entre l'employeur, le salarié et le médecin du travail. C'est d'ailleurs en procédant ainsi que les entreprises parviennent aujourd'hui à trouver des solutions. Dans ces conditions, vous voyez bien que le système d'un constat de l'inaptitude au terme

Régime actuel du constat de l'inaptitude



Les préconisations du rapport Gosselin



de deux visites espacées de 15 jours n'a plus de sens, de même que la règle selon laquelle l'employeur doit formuler des propositions dans le mois suivant la deuxième visite. Dès lors que vous avez une visite très en amont qui enclenche un processus de recherche de solution pour le salarié, la constatation de l'inaptitude vient en bout de course. C'est une fois que l'on a tout envisagé que l'on constate l'inaptitude et que, selon le cas, on adapte le poste, on reclasse ou on licencie.

Vous remettez totalement en cause la procédure actuelle...

En partie oui, mais il faut prendre en considération les contorsions auxquelles doit se livrer la jurisprudence pour maintenir ces règles de procédure. Dans certaines affaires, on voit des salariés qui ont repris le travail depuis plus d'un an, sans visite de reprise. Et lorsque survient la rupture du contrat de travail, on considère que le salarié est toujours en période de suspension... C'est assez irréal. Mieux vaut se « caler » sur l'arrêt de travail : c'est au moment où il prend fin que s'achève la période de suspension et que l'on met en application la solution dégagée lors du processus de dialogue : constat de l'inaptitude, puis adaptation, reclassement ou licenciement.

Le rôle du médecin du travail s'en trouve aussi modifié...

Effectivement, car son activité principale n'est plus de constater l'inaptitude, mais de proposer des solutions. Il me semble d'ailleurs que, avec un tel système, il sera amené à constater beaucoup moins d'inaptitudes que par le passé. Cela dit, je pense qu'il doit conserver la possibilité de rendre un avis d'inaptitude dans deux cas. D'abord, l'inaptitude temporaire : de tels avis sont relativement courants, bien que les textes ne les prévoient pas. Et pour cause : il y a des cas où le salarié ne peut pas travailler, mais où l'on sait que cela ne va pas durer. Je songe par exemple à la personne qui travaille dans l'industrie agroalimentaire et qui est blessée. Ce n'est pas grave, mais, pour des raisons de salubrité, ce salarié ne peut pas manipuler les produits tant que sa lésion n'est pas cicatrisée. Compte tenu de ces situations, je pense donc qu'il faut officialiser cette pratique et donner aux médecins du travail la possibilité de conclure à une inaptitude temporaire. Cette faculté doit cependant s'articuler avec l'arrêt de travail, qui est du ressort du médecin traitant : si le médecin du travail constate une inaptitude temporaire, il n'a pas la main sur la suspension du contrat de travail. Par conséquent, une telle réforme suppose de mettre en place un système de liaison entre ces deux médecins. Le deuxième cas dans lequel le médecin du travail doit pouvoir constater l'inaptitude est celui de l'inaptitude définitive à tout emploi dans l'entreprise.

La jurisprudence relative à l'inaptitude à tout emploi a été fortement critiquée.

Effectivement. Mais cette hypothèse ne recouvre dans mon rapport que des situations limitées en nombre. Il en va ainsi des pathologies psychosociales, qui font suite par exemple à des actes de harcèlement. L'inaptitude s'apparente alors à une véritable mesure thérapeutique : il n'y a pas de possibilité de mutation, car l'entreprise ne fait pas partie d'un groupe ; le salarié est à bout ; cette situation, si elle se prolonge, pourrait avoir

des conséquences dramatiques...

Bref, il faut « sortir » le salarié de l'entreprise. Autre hypothèse : on est au bout du processus qui a pu s'étaler sur de nombreuses années, les postes de travail ont été adaptés, les reclassements possibles ont été opérés... Et on arrive à la conclusion, là encore, que le salarié ne peut plus rester dans l'entreprise.

Dans ces deux situations, le médecin du travail livre un blanc-seing à l'employeur pour licencier ?

Dans ces deux cas, le médecin du travail doit pouvoir dire qu'il n'y a pas d'autre solution pour le salarié que de quitter l'entreprise. Dès lors, et dans ces seuls cas, l'employeur n'aurait effectivement plus à rechercher un reclassement dans l'entreprise. L'idée est de mettre fin, pour les cas envisagés, à ces situations insatisfaisantes dans lesquelles l'employeur a cru pouvoir licencier le salarié suite à un avis d'inaptitude définitive à tout poste dans l'entreprise et se trouve finalement condamné, faute d'avoir recherché des possibilités de reclassement. Mais une fois encore, ce sont des hypothèses très résiduelles qui ne constituent qu'une toute petite fraction des 100 000 avis d'inaptitude définitive prononcés chaque année par les médecins du travail.

Ces nouvelles règles s'appliqueraient aussi bien à l'inaptitude d'origine professionnelle qu'à l'inaptitude d'origine non professionnelle ?

Oui. Je fais la proposition de fusionner les deux régimes, sauf sur deux points : d'abord l'indemnité de licenciement, car il y a une logique à ce que cette indemnité soit plus élevée en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ; ensuite, l'indemnité compensatrice de préavis, qui continuerait à n'être due qu'en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Au sujet, justement, du préavis et, plus précisément, du salarié dont l'inaptitude n'a pas d'origine professionnelle et qui ne peut pas exécuter le préavis, les textes doivent évoluer. Que se passe-t-il en pratique ? Après les délais de 15 jours,

En tout état de cause, je préconise de supprimer le système obligatoire des deux visites espacées de 15 jours.

puis d'un mois dont nous venons de parler, vient le préavis, durant lequel le salarié est dans l'attente. Tout cela fait perdre énormément de temps alors que le salarié peut se retrouver sans ressources. Je propose donc que le salarié puisse s'inscrire à l'ANPE le plus rapidement possible. En effet, à ce stade, toutes les possibilités d'adaptation du poste et de reclassement ont été envisagées : quel est

l'intérêt de conserver le salarié à l'effectif alors qu'il ne travaille pas ? Certes, en pratique, il arrive que le salarié se remette en arrêt maladie, mais cela ne résout rien et constitue de surcroît une charge indue pour la sécurité sociale. Mieux vaut donc dans ce cas qu'il soit en quelque sorte dispensé de préavis et qu'il puisse s'inscrire aussitôt comme demandeur d'emploi. Il sera alors pris en charge par l'assurance chômage, sans que cela puisse être considéré comme un coût supplémentaire pour le régime.



●●● En enclenchant rapidement le processus de recherche d'emploi, on augmente en effet les chances du salarié de retrouver plus tôt du travail.

Que devient l'avis des délégués du personnel qui aujourd'hui ne vaut que pour l'inaptitude d'origine professionnelle ?

Je vous l'ai dit, je ne vois pas la signification de cette distinction entre deux régimes qui, au fil du temps, se sont constamment rapprochés. Par conséquent, je propose là encore un alignement, en imposant l'avis des délégués du personnel dans tous les cas, que l'accident ou la maladie ait une origine professionnelle ou non. Et j'en profite pour souligner que, à mon sens, cet avis devrait être rendu idéalement par le CHSCT, les DP n'étant sollicités qu'à défaut d'un tel comité.

La possibilité d'un recours devant l'inspecteur du travail est également contestée.

Envisagez-vous de la maintenir ?

Aujourd'hui, les recours sont fondés sur l'article L. 241-10-1, alinéa 3, qui prévoit que, en cas de « difficulté ou de désaccord sur les propositions du médecin du travail, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin-inspecteur du travail ».

Je pense qu'une voie de recours est nécessaire, mais qu'il n'est pas justifié de confier à l'inspecteur du travail le soin de « statuer » sur les propositions du médecin du travail. En effet, la question en débat est celle de savoir, d'une part, si l'avis d'aptitude ou d'inaptitude est fondé compte tenu de l'état de santé du salarié et, d'autre part, si les postes suggérés par le médecin du travail sont bien adaptés à cet état de santé.

La contestation porte donc sur l'avis strictement médical du médecin du travail, domaine dans lequel l'inspecteur du travail n'a aucune compétence.

Sans compter qu'il n'a accès à aucune donnée médicale concernant le salarié en raison du secret médical...

Et c'est pourtant à lui qu'il revient aujourd'hui de prendre la décision.

En pratique, l'inspecteur du travail va vérifier ce qu'il maîtrise, c'est-à-dire s'assurer que la procédure a été respectée et que l'employeur a bien satisfait à son obligation de reclassement.

Or, ce n'est pas non plus satisfaisant, dans la mesure où ce n'est pas l'inspecteur du travail mais le juge qui est compétent pour vérifier si l'obligation de reclassement a été correctement respectée.

De surcroît, cette procédure n'est pas organisée et ne prévoit aucun délai sauf dans le cadre de décrets propres à certains risques. Tout cela est à simplifier et il faut mettre en place une procédure de contestation, qui porte exclusivement sur les aspects médicaux de l'avis du médecin du travail. Si le salarié ou l'employeur veulent contester cet avis, ils devront s'adresser au médecin

**Il faut fusionner
les règles relatives
à l'inaptitude professionnelle
et non-professionnelle
sauf pour l'indemnité
de licenciement
et le préavis.**

inspecteur régional, à mon sens mieux à même que l'inspecteur travail pour se prononcer sur le dossier. Cette procédure suppose par ailleurs de fixer un délai tant pour l'exercice du recours que pour son instruction. Car il ne faut pas oublier qu'aujourd'hui, les inspecteurs du travail sont parfois amenés à statuer très longtemps après que le médecin a formulé ses propositions.

Comment pensez-vous que les inspecteurs du travail et les médecins inspecteurs réagiront à cette proposition ?

Les inspecteurs du travail sont partagés sur le sujet. Certains voient ce système de recours comme une porte d'entrée dans l'entreprise, un moyen de discuter avec l'employeur, de vérifier que tout s'est bien passé... Pourquoi pas, mais il n'en reste pas moins que ce n'est pas l'objectif de cette disposition. Quant aux médecins-inspecteurs, ils hésitent un peu. Ils ne sont guère satisfaits d'une procédure qui laisse la décision à l'inspecteur du travail. En même temps, ils craignent la surcharge de travail que pourrait leur occasionner le traitement des contestations.

Avez-vous envisagé de revoir le régime de l'inaptitude pour les salariés en CDD ?

Le système de résiliation judiciaire prévu en matière d'accident du travail et de maladie professionnelle n'est guère praticable³. Vous avez, dans le cadre d'un CDD de six mois, un salarié inapte et dont le reclassement est impossible.

Or, on vous dit que pour rompre le contrat, il faut aller devant le juge, qui statuera sans doute bien longtemps après le terme du CDD.

Voilà l'exemple type de la fausse protection : quel est l'intérêt pour le salarié de rester en CDD ? Il ne peut pas travailler, il n'est pas payé.

Mieux vaut créer à mon sens un nouveau cas de rupture anticipée du CDD⁴ : l'inaptitude viendrait s'ajouter à la faute grave et à la force majeure, étant entendu que la rupture ne serait possible qu'en cas d'impossibilité d'adapter le poste de travail ou de reclassement et que le salarié bénéficierait d'une indemnité spécifique. Enfin, cette possibilité devrait être étendue à l'identique à l'hypothèse de l'inaptitude d'origine non professionnelle pour laquelle nous sommes aujourd'hui dans une impasse totale.

Quelles suites, selon vous, vont être données à votre rapport ?

Le rapport a été remis début février.

Il fait des propositions, comme la lettre de mission le demandait, « de nature à mieux servir les objectifs des pouvoirs publics, à savoir, assurer la protection de la santé de nos concitoyens au travail, encourager plus efficacement, dans les limites compatibles avec le bon fonctionnement des entreprises, l'adaptation des postes de travail, et assurer la sécurité juridique du dispositif à l'égard des entreprises, des salariés et de l'ensemble des acteurs ».

Il appartient maintenant aux partenaires sociaux d'en débattre.

3. C. trav., art. L. 122-32-9. Cette faculté n'est pas ouverte dans l'hypothèse d'une inaptitude d'origine non professionnelle, malgré les protestations de la chambre sociale de la Cour de cassation qui a demandé au législateur d'intervenir (voir « Rapport de la Cour de cassation 2002 », p. 26, Ed. La documentation française).
4. C. trav., art. L. 122-3-8.