



HAL
open science

Organiser pour gérer : Contributions de l'ergonomie à la gestion de l'inaptitude

Sylvain Leduc, Thibaut Vernhes

► To cite this version:

Sylvain Leduc, Thibaut Vernhes. Organiser pour gérer : Contributions de l'ergonomie à la gestion de l'inaptitude. 44e Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française - Ergonomie et Organisation du Travail, Sep 2009, Toulouse, France. pp.151-160. hal-00437083

HAL Id: hal-00437083

<https://hal.science/hal-00437083>

Submitted on 30 Nov 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Organiser pour gérer : Contributions de l'ergonomie à la gestion de l'inaptitude

Sylvain Leduc

Maître de Conférences en Ergonomie,
Université de la Méditerranée,
IUT Hygiène, Sécurité, Environnement,
Avenue Maurice Sandral, 13600 LA CIOTAT.
Laboratoire de Psychologie Sociale
Université de Provence,
sylvain.leduc@univmed.fr

Thibaut Vernhes

Ergonome
AIPTH - Service d'Appui au Maintien dans
l'Emploi des Travailleurs Handicapés, 17 Rue
Gabriel Compayre, 81000 ALBI.
thibaut.vernhes@aiph.fr

Cette communication présente les résultats d'une recherche-action menée conjointement par un ergonome praticien et un enseignant-chercheur sur le thème de l'inaptitude. Ce sujet, au carrefour d'enjeux juridiques, sociaux et économiques, constitue un problème d'envergure dans de nombreuses entreprises. Les données statistiques montrent que ce phénomène est en augmentation en raison du développement des troubles musculo-squelettiques, notamment. Toutefois, les actions mises en œuvre aujourd'hui font plus souvent appel à des mesures de reclassement, voire d'adaptation physique de poste sans nécessairement interroger les facteurs à l'origine de l'inaptitude. En réponse à la sollicitation d'une entreprise industrielle de logistique du courrier, une étude est menée afin d'une part de développer une démarche méthodologique permettant de mieux saisir les spécificités de cette thématique et d'autre part de construire des solutions qui dépassent l'ergonomie physique des postes de travail pour intégrer les aspects organisationnels et cognitifs qui définissent un système de travail.

Mots-clés : Inaptitude, méthodologie, intervention, préconisation

Introduction

Une notion au carrefour du juridique et du social

Dans la littérature, parmi les concepts couramment usités pour indiquer la limitation d'action d'une personne, le terme d'inaptitude est généralement utilisé (Omnès, Bruno, 2004). Le Code de la Sécurité Sociale reconnaît l'inaptitude comme une impossibilité de continuer l'exercice de son emploi sans mettre en danger sa santé. Les entreprises ont une obligation de reclassement pour les inaptitudes d'origine professionnelle ; cette disposition est étendue aux inaptitudes d'origine non professionnelle par la loi de 1992.

Depuis quelques années, les critiques relatives à la formulation des avis des médecins du travail en matière de reconnaissance de l'aptitude sont fréquentes (Gosselin, 2007). Parmi celles-ci, il y a la précision de l'avis en réponse à la question posée de savoir si le salarié peut ou non continuer à tenir son poste de travail. Autrement dit, la frontière entre aptitude et inaptitude est difficile à établir. Il est parfois délicat pour l'employeur de se situer dans un cadre d'aptitude alors que le salarié n'est plus en mesure d'assurer les fonctions essentielles de son poste de travail ou de son emploi. Dès lors, il peut être tenté de solliciter le médecin du travail pour qu'il se prononce clairement dans le sens de l'inaptitude du salarié. Il n'en reste pas moins qu'il existe une grande disparité dans la rédaction de ces avis, qui suscitent souvent des difficultés d'interprétation par leurs destinataires, alors même que pèsent sur l'employeur des obligations lourdes d'adaptation des postes de travail ou de reclassement sur l'employeur.

Des chiffres, des enjeux

Il existe peu de données chiffrées sur le phénomène de l'inaptitude ; les statistiques disponibles proviennent de la consolidation nationale des rapports annuels établis par les médecins du travail à partir des avis rédigés et non du nombre de salariés concernés. Or, le nombre de salariés ayant été déclarés inaptes ou aptes avec réserve est inférieur au nombre d'avis d'inaptitude, certains d'entre eux ayant pu faire l'objet de plusieurs avis dans la même année (Gosselin, *ibid.*).

En 2004, quelque soit le régime d'assurance maladie, le nombre d'avis d'inaptitude s'élève à 477 746 dont 204 218 de façon temporaire. Pour le seul régime général (hors régime agricole), plus d'un million d'avis d'aptitude comportent des restrictions d'aptitude ou des demandes d'aménagement de poste. Au final, les avis d'aptitude avec restrictions ou demandes d'aménagement de poste représentent 4,5 % du total des visites effectuées par les médecins du travail, dans le régime général. Les avis d'inaptitude définitive et temporaire comptent respectivement pour 1 % et 0,8 %. Dans le régime agricole ces deux derniers chiffres sont de 0,7 % et 1 %.

Parmi les salariés les plus touchés (Maisonave-Exner, 2004), il y a une sur représentation des femmes qui peut s'expliquer par la progression des troubles de nature psychologique, dont celles-ci semblent plus souvent victimes en milieu de travail. En 2003, près de la moitié des décisions d'inaptitude (Molinié, 2005) concerne des salariés ayant 56 à 59 ans, 49 % pour les hommes et 47 % pour les femmes, alors que ces tranches d'âge représentent respectivement 31 % et 27 % dans l'échantillon composé de salariés de 50 ans et plus (Volkoff, Bardot, 2004). Par ailleurs, ce sont surtout les salariés avec un faible niveau de formation qui sont déclarés inaptes avec une surreprésentation des ouvriers. Au niveau des secteurs d'activité, ce sont le BTP, le commerce, le secteur sanitaire et social, ainsi que celui des transports qui sont les plus touchés. Pour les travailleurs de plus de 50 ans, l'industrie devient le secteur prépondérant. Enfin, parmi les affections qui sont les plus souvent à l'origine de l'inaptitude, il y a les troubles musculo-squelettiques puis les psychopathologies.

Des acteurs, des outils

Une multitude d'intervenants œuvre dans le champ de l'inaptitude, mais trois ont un rôle majeur, il s'agit du Directeur des Ressources Humaines (DRH), du responsable de la prévention et du médecin du travail (Salou, Rajot, 2007). Chacun dispose d'outils spécifiques pour mener son action :

- le DRH est en charge de la gestion des emplois, de la masse salariale, de la mobilité et de la formation. Il intervient auprès de l'opérateur concerné par la mise en œuvre du reclassement sur la base des fiches de poste de l'entreprise et éventuellement des évaluations annuelles réalisées par l'encadrement de proximité. Ainsi, il confronte l'offre de postes disponibles dans l'entreprise, aux compétences évaluées de l'opérateur tout en tenant compte des réserves ou restrictions formulées par le médecin du travail ;
- le responsable de la prévention analyse les postes de travail en vue d'identifier et d'évaluer les risques auxquels est exposé l'opérateur. Il propose des mesures concrètes de prévention visant à réduire ou éliminer ces risques. Pour mener à bien cette action, il utilise des fiches de risque formalisées, notamment, à partir de la réglementation en vigueur ainsi qu'une méthodologie de cotation qui prend en compte la fréquence d'exposition, la gravité liée au risque et éventuellement l'occurrence d'apparition ;
- le médecin du travail a en charge la santé au travail de l'agent au travers de la formulation de l'avis d'aptitude avec ou sans réserves. Il peut émettre des préconisations sur les tâches et les conditions dans lesquelles l'opérateur peut les effectuer au moyen d'une adaptation du poste. Il est aussi à l'origine de la procédure de reclassement. Parmi les outils mobilisés, il y a la fiche d'entreprise qui consigne les risques professionnels et les effectifs des salariés qui y sont exposés, le plan d'activité annuel en milieu de travail qui précise les mesures prioritaires en matière de

prévention ainsi que le 1/3 temps dont une partie est dédiée à la réalisation des études de poste "sur le terrain". Cette dernière mission fait souvent l'objet de remarques chez les médecins du travail en raison du manque de temps disponible pour la mettre en œuvre.

Dans le meilleur des cas, la question de l'aptitude est abordée au travers d'une fiche de poste qui rend compte de la prescription du travail en intégrant des facteurs de risque. Cette formalisation est généralement différente, voire éloignée, de l'activité réelle de travail notamment car elle s'appuie sur des données figées que ce soit pour décrire les exigences des tâches, les moyens disponibles ou les compétences attendues de l'opérateur. Malheureusement, dans de nombreuses entreprises, ces informations ne sont pas actualisées et l'évaluation des risques professionnels, par exemple, relève plus souvent d'une démarche administrative visant à renseigner un document "type". Ainsi, même si chacun de ces acteurs dispose de moyens pour gérer l'inaptitude, leur approche s'inscrit avant tout dans une perspective réglementaire. Celle-ci peut difficilement prendre en compte la complexité de la problématique car la question de la santé au travail suppose une approche systémique dépassant les modèles formels qui réduisent les liens entre l'homme et le travail à des injonctions et des précautions (Davezies, 2000, 2005).

Problématique

L'inaptitude est un phénomène en augmentation ces dernières années à cause, notamment, du développement des pathologies ostéo-articulaires des membres supérieurs et du rachis-lombaire. Parallèlement, les formulations d'inaptitude sont bien souvent imprécises soit par une méconnaissance de l'activité réelle de travail soit en raison de représentations partiales déclarées par l'opérateur quant à ses capacités d'action. Parmi les pistes de solution envisagées par les acteurs de l'entreprise, la voie du reclassement est généralement préférée. Aujourd'hui, cette solution est difficile à mettre en œuvre dans les entreprises industrielles car les emplois "administratif" ou à faible pénibilité se raréfient. Quant à l'adaptation des postes de travail, en plus de constituer un coût pour les entreprises, elle ne garantit pas toujours la performance de l'opérateur ni la préservation de sa santé.

Ce constat soulève alors deux questions :

- Quelle est la méthodologie à développer pour affiner les diagnostics d'aptitude ?
- Quelles sont les pistes de solution à explorer pour élargir le champ des possibles et proposer des mesures d'amélioration des conditions de travail profitables à tous les opérateurs aptes ou inaptes ?

Tout d'abord, nous faisons l'hypothèse que la formalisation du travail réel peut constituer un apport significatif dans le diagnostic médical à la condition de fournir au praticien des données exploitables et conciliables avec son acte. L'avis formulé par le médecin du travail revêt un caractère majeur dans la gestion de l'inaptitude puisqu'il va d'une certaine manière prescrire les injonctions managériales à l'origine du positionnement de l'opérateur dans l'organisation. Ensuite, nous pensons qu'il faut dépasser l'approche individuelle de l'inaptitude pour l'aborder au niveau de l'organisation et du collectif de travail. Ainsi, il s'agit de replacer la genèse de l'inaptitude dans l'ensemble du système de travail en s'intéressant aux postes qui génèrent de l'inaptitude ainsi qu'aux modalités organisationnelles et cognitives qui dictent leur usage par les opérateurs (Flageul-Caroly, 2001).

Avec cette problématique, il ne s'agit plus de s'interroger sur le devenir des agents inaptes mais plutôt sur les conditions de leur mobilisation en réduisant leur handicap situationnel pour contribuer à la performance du système productif. Quant à l'Analyse Ergonomique du Travail (AET), elle occupe une place majeure en proposant une approche centrée sur la situation globale et le déroulement réel de l'activité. L'enjeu est alors d'articuler les outils traditionnels des sciences humaines pour rendre compte de manière objective du travail et de ses conditions de réalisation, tout en intégrant la subjectivité des opérateurs quant à leur vécu du travail et leur positionnement

dans l'organisation. L'intervention ergonomique devient alors à la fois un cadre d'action, pour améliorer les conditions de travail en tenant compte des exigences productives, et de réflexion pour apprécier la portée des méthodes scientifiques d'investigation *in situ*.

Méthodologie

Milieu d'étude

L'étude est menée dans une entreprise industrielle de logistique du courrier dont les activités comprennent la collecte de plis et de colis dans des points de ramassage, le traitement au sein d'unités de tri et la distribution au domicile des destinataires. Le terrain d'enquête est un centre de tri de province en cours de transformation en Plate-forme Industrielle de Courrier pour augmenter la quantité et la qualité de la production tout en diminuant le temps effectif de travail des agents. Jusqu'alors, les agents "inaptes" sont soit intégrés dans un groupe de remplacement et mobilisés en fonction des besoins de service, ou bien occupent des postes dits "légers" de tri manuel du courrier. Avec la réorganisation, le nombre d'emplois requis diminue et certains travaux "manuels" disparaissent par l'introduction de nouvelles machines. Dans ce contexte, un accord national enjoint les directeurs de site à mobiliser les personnes "inaptes" sur l'ensemble des postes de production en tenant compte des préconisations du médecin du travail sur l'adaptation des postes.

Parmi les 115 agents qui travaillent sur le site de l'étude, 16 % de l'effectif bénéficie d'une reconnaissance d'inaptitude ($n = 19$). Cette population, dont la moyenne d'âge est de 53 ans (min. = 48, max. = 59 ans, $\sigma = 4$) se compose quasiment à parts égales d'hommes (53 %) et de femmes (47 %). Les trois-quarts des agents ont une reconnaissance d'inaptitude restreinte à certains postes en production et un quart a une reconnaissance d'inaptitude totale. L'origine des inaptitudes se répartit comme suit : pour 16 % des agents elle est mentale, pour 21 % elle est liée à un déficit sensoriel et dans 63 % des cas elle est physique. Les principales restrictions formulées par le médecin du travail portent sur la station debout prolongée, le port de charge, l'adoption de certaines postures, les gestes répétitifs et les horaires de travail.

La faiblesse de l'échantillon ne permet pas de réaliser de tests statistiques croisant par exemple le type d'inaptitude avec le genre, l'âge ou le poste de travail occupé antérieurement. Néanmoins, il apparaît ici que les inaptitudes d'origine mentale sont plutôt observées chez les femmes, alors que celles d'origine sensorielle se rencontrent préférentiellement chez les hommes. Quant aux inaptitudes d'origine physique, elles touchent aussi bien les hommes que les femmes. Cette répartition est plutôt conforme à celle généralement décrite dans les études statistiques de grande ampleur telle l'enquête HID (Cambois, Désesquelles, Ravaud, 2003).

Démarche

L'intervention articule plusieurs actions :

- l'animation d'un comité de pilotage pluridisciplinaire associant les encadrants de proximité, le médecin du travail, l'animateur de prévention, le responsable des ressources humaines, l'assistant social et le directeur du site ;
- l'AET de toutes les situations de production afin de fournir un diagnostic sur le travail et ses conditions de réalisation ;
- la précision des aptitudes des agents au regard des tâches effectives et requises dans le processus de production. Pour ce faire, l'ergonome fournit, au médecin du travail, une Grille d'Évaluation des Capacités Fonctionnelles (GEFC) qui décrit la réalisation des tâches et les contraintes qu'elles comportent. Ainsi, le praticien peut indiquer précisément les opérations que peut effectuer un agent en intégrant, par exemple, des données relatives aux masses, à la fréquence ou aux dispositifs techniques associés ;
- l'étude des potentialités d'action individuelle, collective, organisationnelle et technique afin d'identifier les marges de manœuvre disponibles et les pistes de solution à étudier ;
- l'élaboration d'un cahier des charges qui reprend l'ensemble des préconisations validées en indiquant leurs conditions de mises en œuvre et les moyens requis ;

- l'accompagnement à la mise en œuvre du changement par l'association des agents et de l'encadrement dans la validation des évolutions envisagées.

Méthodes et outils

L'AET mobilisée dans cette intervention fait appel à plusieurs méthodes :

- des entretiens menés avec l'encadrement de proximité et les agents concernés. Ils portent sur la prescription du travail et sa redéfinition par les agents, mais aussi les difficultés rencontrées, les stratégies mises en œuvre pour les dépasser et les projections individuelles quant aux rôles de chacun dans la future organisation. Ces données font l'objet d'un traitement qualitatif centré sur les représentations individuelles des tâches que les agents inaptes peuvent ou non assumer ;
- des observations systématiques à l'aide d'une matrice, conçue par des médecins de prévention de l'entreprise, qui croise pour chaque poste de travail, les tâches à réaliser avec les gestes et postures mobilisées par l'opérateur. L'ergonome y a ajouté des éléments sur les caractéristiques des charges manipulées, les conditions d'ambiance physique ou l'astreinte sensorielle requise (CF. Tableau 1). Les données collectées font soit l'objet d'un traitement statistique descriptif permettant d'évaluer la fréquence d'adoption de certaines postures, le nombre moyen de gestes réalisés ou d'un traitement plus qualitatif identifiant les exigences des tâches ;
- le recueil de verbalisations en situation de travail auprès des agents reconnus inaptes afin d'évaluer l'astreinte cognitive au regard de la complexité des tâches telle qu'elle est perçue par les agents. Il s'agit aussi, au travers de ce recueil, d'apprécier l'astreinte sensorielle en interrogeant les agents sur le type d'informations importantes (visuelles, auditives, tactiles, kinesthésiques...) pour exécuter leur travail. L'analyse qualitative de ces données complète celles issues des observations.

Résultats

Comme il est dit précédemment, avant l'intervention les avis d'inaptitude sont posés de façon systématique et totale à un poste sous la forme suivante : Inapte au poste "X", Restriction de travail au poste "Y". Ces formulations n'offrant que peu d'alternatives pour la mobilisation des agents dans le travail, nous avons étudié les sollicitations réelles liées aux activités effectives afin d'enrichir les préconisations formulées par le médecin du travail sur ce qu'ils peuvent ou non réaliser au regard de leur inaptitude. Parmi les pistes d'adaptation du travail envisageables, nous avons opté d'une part pour l'identification des contraintes et l'évaluation des astreintes inhérentes à la tenu des postes et d'autre part pour la mise en place d'une organisation du travail "moins sollicitante". En guise d'illustration de cette démarche, nous présentons ci-après l'analyse menée sur les postes de "Caissette" et de "Tri".

L'évaluation des astreintes

Le poste de "Caissette" :

A ce poste, l'opérateur manipule des caissettes contenant du courrier dont la masse avoisine 1300 kg/h. Cette tâche est à l'origine d'une astreinte physique caractérisée par :

- des flexions du dos lors du reconditionnement (transfert du contenu d'un contenant à un autre), représentant 59 % des postures adoptées à cette occasion. La dépose des matières premières s'effectue à moins de 50 cm du sol ;
- une mobilisation des membres supérieurs avec des préhensions ou des déposes au-dessus du cœur ou des épaules qui sont égales à 11 % des gestes avec les bras.

Par ailleurs, nous avons étudié l'astreinte cognitive liée à cette tâche qui est évaluée par les agents comme étant "semi-complexe" en raison de l'exigence de réactivité requise et de la nécessité de maîtriser des modes opératoires spécifiques. Initialement, ce poste est tenu exclusivement par des experts.

Le poste de "Tri" :

Ici, l'opérateur exécute deux types de tâches complémentaires :

- il procède au tri et au classement des objets dans des cases à raison de 736 mouvements/heure des membres supérieurs (soit 12 mouvements par minute). 50 % des gestes sont effectués hors des zones de confort de l'opérateur, à plus de 50 cm du tronc ;
- il manutentionne également des contenants dont la masse varie de 5 à 12 kg à raison de 10 déplacements/heure sur une distance comprise entre 20 et 30 mètres.

L'astreinte cognitive est estimée comme quasiment nulle par les opérateurs car ils ont une connaissance parfaite du matériel utilisé (casier de tri). Quant à l'aspect sensoriel, il semble significatif pour les opérateurs car il faut identifier rapidement les différents points de stock (cases).

Ces éléments nous permettent de renseigner le tableau ci-après qui décrit le niveau d'astreinte pour chacun des postes selon la légende suivante : astreinte faible "+", moyenne "++" ou forte "+++". L'analyse de ces données montre que les différentes positions de travail du centre de tri ne présentent pas le même niveau de sollicitations physique, cognitive ou sensorielle. Du point de vue de l'astreinte physique, certains postes peuvent être qualifiés de "lourds" (Quai, Caissette, Ouverture, Encombrant) et d'autres de "légers" (Tri manuel, Décasage, Collecte, Remise). Ensuite, il apparaît que les agents inaptes se voient confier préférentiellement des tâches dont l'exigence physique et cognitive est modérée voire faible. Par ailleurs, sur certains postes, seul un agent inapte est affecté comme pour la machine à affranchir, la redresseuse oblitératrice, la remise ou la collecte.

Poste	Astreinte			Nb d'agents inaptes
	Physique	Cognitive	Sensorielle	
<i>Quai</i>	+++	+	+	0
<i>Caissette</i>	+++	++	+	0
<i>Ouverture</i>	+++	++	+	0
<i>Redressement manuel</i>	+	+	++	3
<i>Redresseuse Oblitératrice</i>	++	++	+	1
<i>Élite / Décasage</i>	++	++	+	3
<i>Tri manuel</i>	++	+	++	9
<i>Machine à affranchir</i>	+	++	+	1
<i>Encombrant</i>	+++	+	+	0
<i>Remise</i>	++	++	+++	1
<i>Collecte</i>	++	++	+++	1

Tableau 2 : Évaluation de l'astreinte physique, cognitive et sensorielle des postes de travail

La situation actuelle, en matière d'attribution des postes, trouve sa justification dans les points suivants :

- la répartition des inaptes sur les différents postes est dictée à la fois par les besoins de production et le nombre de positions de travail à occuper comme dans le cas du "Tri manuel" mais aussi par l'auto-capacité perçue de certains agents à réaliser certaines tâches telle que la conduite de véhicule ;
- il n'existe qu'un seul poste de travail pour les outils "Machine à affranchir" et "Redresseuse Oblitératrice" et celui-ci est "monopolisé" par les mêmes agents dont l'encadrement estime qu'ils ne peuvent pas assumer d'autres tâches ;
- les avis d'inaptitude n'apportent pas d'indications suffisantes pour déterminer les potentialités et les limitations des agents concernés ;
- l'encadrement a développé une régulation organisationnelle de la charge physique de travail en attribuant les travaux les plus pénibles aux agents aptes. Or, l'étude de la genèse des inaptitudes dans le centre de tri montre que ce sont ces positions de travail qui sont en grande partie à l'origine des inaptitudes prononcées.

Au final, la gestion organisationnelle de l'inaptitude est fondée sur une méconnaissance de l'astreinte des tâches (au-delà d'une simple perception individuelle), des capacités des agents et des marges disponibles pour faire évoluer la situation.

Des préconisations : des postes à l'organisation du travail

A partir de ces éléments, les préconisations formulées au niveau des postes de travail sont les suivantes :

- alléger les postes "lourds" pour prévenir les inaptitudes futures ; sur ces postes, les opérations de manutention sont très présentes et il semble difficile de les supprimer totalement. En revanche, en les limitant au niveau de leur volume et des charges associées, il est possible de diminuer les sollicitations physiques et alors de rendre accessible le poste aux opérateurs dont les limitations fonctionnelles sont indiquées précisément par le médecin du travail notamment quant au port de charge (i. e. masse maximale soulevée). Dans le cas du poste de caissette, les hauteurs de pose et de dépose sont notamment compensées par l'utilisation de chariots dont le fond amovible s'élève (un peu à la manière d'un "monte-charge") pour éviter à l'opérateur de se courber ;
- limiter la tenue des postes "lourds" dans le temps au cours de la vacation. Pour ce faire, les données liées à l'astreinte physique, par exemple, sont exploitées pour déterminer une plage temporelle "supportable" par un opérateur en fonction de son niveau d'aptitude décrit par le médecin du travail ;
- attribuer les postes "légers" (redressement, tri, collecte, remise) à l'ensemble des opérateurs. Il s'agit d'utiliser l'aspect "non-sollicitant" de ces postes pour aider l'équipe encadrante dans la gestion quotidienne de l'inaptitude par une mesure préventive destinée, notamment, aux agents aptes.

Au niveau organisationnel, il est recommandé de ne pas rassembler la totalité des agents inaptes sur une vacation afin d'optimiser la répartition équitable de la pénibilité des tâches. Un nouveau mode d'attribution des postes est proposé sur le principe d'une rotation par cycle selon un rythme préétabli tenant compte à la fois des astreintes propres à chaque poste et de l'aptitude des agents. A chaque vacation, trois postes de travail sont successivement occupés par un opérateur pendant une durée n'excédant pas deux heures. Celle-ci est définie à partir de simulations réalisées avec les agents et des recommandations formulées par le médecin du travail et l'animateur de prévention. Ainsi, la capacité limitée de certains agents est mise à profit pour tenir un poste durant une période relativement courte.

En synthèse, l'opérationnalisation de cette nouvelle forme d'organisation repose à la fois sur un outil de gestion de planning (CF. Tableau 3) et l'application des principes suivants :

- le nivellement des sollicitations en limitant les contraintes et en réduisant les durées d'exposition ;
- la répartition équitable des tâches en partageant les postes entre les agents aptes et inaptes ;
- la planification de l'occupation des positions de travail et l'anticipation des absences sur les postes clefs.

<i>Semaine 48 - Jour 1</i>						
<i>Agents</i>	<i>Présent</i>	<i>13h15</i>	<i>13h30</i>	<i>13h45</i>	<i>14h00</i>	<i>...</i>
V		Ouverture	Ouverture	Ouverture	Tri	Tri
W		Quai	Quai	Quai	Redressage	Redressage
X		Tri	Tri	Tri	Affranchir	Affranchir
Y		Quai	Quai	Quai	Ouverture	Ouverture
Z		Caissette	Caissette	Caissette	Caissette	Redressage
<i>Semaine 48 - Jour 2</i>						
<i>Agents</i>	<i>Présent</i>	<i>13h15</i>	<i>13h30</i>	<i>13h45</i>	<i>14h00</i>	<i>...</i>
V		Quai	Quai	Quai	Redressage	Redressage
W		Tri	Tri	Tri	Affranchir	Affranchir
X		Quai	Quai	Quai	Ouverture	Ouverture
Y		Caissette	Caissette	Caissette	Caissette	Redressage
Z		Ouverture	Ouverture	Ouverture	Tri	Tri

Tableau 3 : Outil de gestion de planning et des rotations au poste de travail

Ce principe organisationnel apporte certains bénéfices mais il n'est pas sans conséquences. La rotation sur les postes suppose le développement de compétences professionnelles, dont l'acquisition n'est pas aisée pour tous les agents. Ensuite, même s'il réduit les contraintes physiques, le changement induit se confronte aux habitudes de travail des opérateurs qui doivent évoluer. Par ailleurs, l'enrichissement qu'il peut apporter n'est réellement éprouvé par les agents qu'à l'issue de la période d'apprentissage : celle-ci leur offrant alors la possibilité d'être pleinement opérationnels. Enfin, la gestion en elle-même de la rotation requiert de la part des encadrants une plus forte implication sur le management des opérateurs en situation de travail.

Conclusion

Certains métiers entraînent une usure professionnelle et peuvent difficilement être exercés tout au long d'une carrière, ils sont alors à l'origine de pathologies dont les effets sont incompatibles avec la réalisation du travail. Face à l'inaptitude, l'analyse du travail offre une opportunité d'agir à la fois pour maintenir les opérateurs au travail dans des conditions favorables en matière de confort et de bien-être ainsi que pour prévenir l'apparition de l'inaptitude par une anticipation sur les méfaits possibles liés à la réalisation de certaines tâches. Néanmoins, cette perspective d'action sur le plan de la correction et de la prévention suppose, de la part de l'ergonome, de relier des visions du travail issues d'univers de pensée différents :

- l'univers sanitaire et social, porté par le médecin du travail et l'assistant social ;
- l'univers organisationnel et managérial, représenté par la direction et l'encadrement ;

- l'univers technique et réglementaire, assuré par l'animateur de prévention des risques et le service des moyens généraux.

L'activité réelle de travail devient alors une représentation commune et partageable sur laquelle chacun de ces acteurs fonde son action à la condition qu'elle lui soit accessible d'un point de vue sémantique et conceptuel.

Bibliographie

Davezies, P. (2000). Aptitude, inaptitude, reclassement entre droit du travail et déontologie médicale. *Médecine et Travail*, 183.

Davezies, P. (2005). L'aptitude, handicap congénital de la médecine du travail. *Santé et Travail* N° 53, 12/05.

Flageul-Caroly, S. (2001). *Régulations individuelles et collectives des situations critiques dans un secteur des services : le guichet de la Poste*. Paris V : Thèse d'ergonomie EPHE- LEPC.

Gayet, C. (2005). Aptitude, invalidité. Rôles respectifs du médecin du travail, du médecin-conseil et du médecin traitant. *Documents pour le médecin du travail (DMT)*, N°104, 4ème trimestre. Nancy : INRS.

Gosselin, H. (2007). *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives*. Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes

Maisonnave-Exner, C. (2004). *Inaptitudes médicales totales et définitives en 2003 en Région Aquitaine*. Université de Bordeaux 2.

Molinié A.F. (2005). *Enquête "Santé et Vie professionnelle après 50 ans". Résultats par secteur d'activité. Rapport pour le Conseil d'orientation des retraites*. Centre d'études de l'emploi. Rapport de recherche n° 26 - Octobre 2005.

Molinié, A.F. (2004). Les gênes dans le travail chez les salarié(e)s quinquagénaires : quels facteurs aggravants ou protecteurs. *Actes du séminaire CREAPT-EPHE Vieillesse et travail 2004*.

Omnès, C., Bruno, A-S. (2004). *Les mains inutiles : Inaptitude au travail et emploi en Europe*. Paris : Belin.

Volkoff, S., Bardot, F. (2004). Départs en retraite, précoces ou tardifs : à quoi tiennent les projets des quinquagénaires ? *Gérontologie et Société*, n° 111, 11/04.