



HAL
open science

Le process ” cadre vert ” : comment le travail peut aider à rester actif

Jean-Pierre Meyer, Jean-Luc Mochel

► To cite this version:

Jean-Pierre Meyer, Jean-Luc Mochel. Le process ” cadre vert ” : comment le travail peut aider à rester actif. Troisième Congrès francophone sur les troubles musculosquelettiques (TMS). Échanges et pratiques sur la prévention / Organisé par l’Anact et Pacte, May 2011, Grenoble, France. halshs-00602369

HAL Id: halshs-00602369

<https://shs.hal.science/halshs-00602369>

Submitted on 30 Aug 2011

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.

**Le process cadre vert :
comment le travail peut aider à rester actif**

Meyer J-P.¹, Mochel J-L.²

¹ INRS, 54501 Vandoeuvre, France, meyer@inrs.fr, ² CRAM Alsace-Moselle, 67000 Strasbourg, France

Communication au
3^{ème} Congrès francophone sur les troubles musculosquelettiques
Échanges et pratiques sur la prévention
Grenoble, 26-27 mai 2011

Organisé par :
L'Anact : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail et
Pacte : Unité mixte de recherche du CNRS et de l'Université de Grenoble
pour le Groupe de recherche francophone sur les troubles musculosquelettiques

LE PROCESS CADRE VERT : COMMENT LE TRAVAIL PEUT AIDER A RESTER ACTIF

Meyer J-P.¹, Mochel J-L.²

¹ INRS, 54501 Vandoeuvre, France, meyer@inrs.fr, ² CRAM Alsace-Moselle, 67000 Strasbourg, France

1) Introduction

Le passé récent montre que l'amélioration de la santé au travail reste à bâtir. L'exemple de la durée moyenne des arrêts suite à accident du travail (AT) est à ce titre édifiant. De 25 jours d'arrêt en 1970 elle est passée à 55 jours en 2006. Comparées à des statistiques anglo-saxonnes (Waddell 1998) ces durées d'arrêt conduisent 10 % de la population arrêtée en 1970 à ne plus jamais retravailler alors que ce taux est de 20 % en 2006. En clair, aux coûts initiaux, s'ajoute entre 1970 et 2006 un risque multiplié par 2 de passage à la chronicité en cas de lombalgie. Si l'augmentation de la durée des arrêts est fondée, des consensus de soins récents montrent que ce n'est pas toujours la meilleure façon de soigner les lombalgiques. Par ailleurs, le vieillissement des salariés, leur perception d'une intensification du travail ou d'une dégradation de leurs conditions de travail comme le développement des démarches de qualité, des organisations du travail en flux tendus ou des mécanisations inadaptées expliquent, au moins en partie, l'augmentation de la durée des arrêts en cas d'AT. Dans ces réalités de travail qui pourraient impacter des plaintes variées, les fatigues musculaires et les lombalgies sont rapportées en premier lieu (Eurostat 2005). En France, le nombre d'AT diminue mais les AT touchant le dos augmentent en proportion pour représenter près d'un quart des AT actuellement. Le total des arrêts de travail pour lombalgies en AT et en Maladies professionnelles (MP) est de 9 millions de journées. Les arrêts pour lombalgie en maladie sont de 20 millions environ. Tout n'est pas lié au travail, mais les conditions de travail et leur perception sont des facteurs déterminants dans la prolongation des arrêts pour lombalgie. En effet à la simple question avez-vous souffert de douleurs dorsales, environ 2 tiers de la population salariée répond oui alors que si l'on affine le niveau de gêne, ils sont 6 fois plus nombreux à s'arrêter au travail lorsqu'ils sont exposés à une contrainte (manutention ou vibrations du corps entier) qu'une population de référence non exposée (Meyer et al., 1998). Dans ce contexte, l'amélioration de l'environnement physique et psychique du travail est déterminant pour permettre au lombalgique de rester ou de revenir le plus vite au travail.

2) Savoirs nouveaux

En parallèle aux évolutions des répercussions du travail sur la santé et en particulier sur les lombalgies, se sont développés depuis près de 30 ans des savoirs de soins et des démarches argumentées pour promouvoir un retour rapide à l'activité des lombalgiques (Loisel et al. 2007, Linton et al. 2008).

Les évolutions relatives aux soins peuvent se résumer en 4 périodes :

- le début des années 80 et les démarches de réadaptation active ont montré que bouger améliorait même des lombalgiques chroniques (Mayer et al., 1985). Simultanément étaient publiées de nombreuses données physiologiques issues de l'exploration de l'espace et des récupérations de traumatismes musculaires chez les sportifs. Ces études montraient : i) qu'au cours de vols en apesanteur brefs (1 à 2 jours) les capacités proprioceptives de la colonne vertébrale étaient perturbées (Narici et de Boer, 2011) et ii) qu'un muscle ou un tendon

devaient être mis sous tension au plus vite pour récupérer au mieux (Kamps et al. 1994, Jarvinen et al., 2007).

- au cours des années 90 le développement de la médecine par les preuves a appuyé des consensus de soins basés sur des données épidémiologiques qui montraient que le repos au lit était néfaste à une bonne guérison des lombalgies (Waddell 1998). Des études épidémiologiques plus récentes ont montré qu'il n'existait pas d'activité spécifique mais que l'activité de la vie de tous les jours était la plus bénéfique.

- au début des années 2000 s'est confirmé le peu d'intérêt de l'exploration radiologique systématique chez le lombalgique (Deyo et Weinstein, 2000). Le caractère nocif de l'exploitation de ces données est même avancé car elles ne montrent que des anomalies qui souvent n'ont rien à voir avec la pathologie et aggravent la perception d'une éventuelle gravité de celle-ci (Waddell, 1998 ; Deyo et Weinstein, 2000 ; Henrotin et al., 2006). Plus de 60 % des plus de 60 ans sans antécédents lombaires ont des images radiologiques anormales. De ces conclusions il ressort que la majorité des lombalgies ont pour origine une lésion des tissus mous, non visibles à l'imagerie actuelle. Ces lésions doivent être traitées par le mouvement. L'examen radiologique ne s'impose qu'en cas de signes cliniques spécifiques dits "drapeaux rouges" (Henrotin et al., 2006).

- depuis les années 2000 s'est aussi confirmée l'importance de l'environnement psychologique (croyances, locus du contrôle, confiance...) autant dans la prise en charge thérapeutique du lombalgique que dans la composante sociale et de confiance qu'apporte le retour au travail (Loisel et al., 2007). A noter que le stress est un facteur de risque démontré de lombalgie depuis plus de 150 ans (Keller et Chappell, 1996). La publication en 1992 d'une large étude sur les facteurs de risque de lombalgie chez l'avionneur Boeing avait solidement démontré l'influence des facteurs psycho-sociaux. En effet, dans cette étude, l'"APGAR" de travail était le facteur prédictif de lombalgie le plus fort alors qu'il ne quantifie que les relations entre collègues et avec la hiérarchie (Bigos et al., 1992). Les 6 items de l'"APGAR" ont été ajoutés au questionnaire original de Karasek pour aboutir à sa version actuelle.

Ces acquis de soins et de prévention mettent en évidence la nécessité d'action pour réduire les lombalgies qui associe le monde du travail et le monde des soins. Si le premier est en capacité de développer des postes de travail qui répondent aux caractéristiques du cadre vert, les seconds pourront sereinement expliquer aux lombalgiques pourquoi et comment il faut bouger et que ceci est possible et bénéfique au travail. Une entreprise qui adopte la démarche « cadre vert » en informe ses salariés. Le salarié lombalgique qui consulte pourra se faire confirmer l'intérêt thérapeutique par son médecin traitant.

3) Le cadre vert

A partir de données qui font consensus il est possible de définir un cadre de prévention général pour les items manutention, travail répétitif, travail lourd, posture et vibrations du corps entier (INRS, 2011). En effet, des données correspondantes pour une population générale sont disponibles pour tous ces champs de la contrainte physique. Les propositions du "cadre vert" s'adressent à un salarié lombalgique, elles sont tirées des mêmes documents que pour la population générale mais en adoptent les limites basses.

manutention		
charge (kg)	5	
tonnage (t/j)	3	
poids déplacé (kg)	100	(4 roues)
travail répétitif	40	"gestes"/min
travail lourd	FC < 30 bpm <1h	pics FC < 0,85 (220-âge)
posture	"0"	penché important (20 °)
	"0"	posture prolongée (pauses)
vibrations	0,5	m.s ⁻²
corps entier		< 1 h par jour
chutes	"0"	obstacle, dénivelé, course + informations
psychosocial	8-21 j	"accueil"

accueil, accompagnement
progression du volume
vitesse de travail, pauses
organisation, entraide
....propositions du salarié

ADAPTABILITE des TÂCHES

Figure 1 : Le "cadre vert" ; Valeurs limites de contraintes physiques (manutention, travail général, postures, vibrations corps entier et risques de chutes.) et indications pour réduire la contrainte psychosociale.

Le "cadre vert" comporte une série de limites pour différents éléments qui sont considérés comme étant des facteurs de risques de lombalgie. Ces limites sont issues de normes, de décrets, de directives, de règles de bonnes conduites ou de prévention. L'application de ces limites ne demande aucune mesure. Les limites de travail dur ou de pics d'activité excessive peuvent être déterminées à l'aide d'une échelle RPE de 6 à 20 de Borg (INRS 2011). Un accord doit être trouvé pour que l'activité habituelle ne soit pas cotée plus de 11 et qu'à aucun moment le poste "cadre vert" n'impose d'activité cotée 15 sur l'échelle de Borg. Pour les chutes, qui représentent ¼ des lombalgies causées par un accident du travail, il s'agit des règles le plus communément reprises dans les documents de prévention. L'application de l'encart psychosocial impose une démarche globale à l'entreprise qui doit être appuyée par sa direction. En effet, il n'est pas possible de mettre en place la démarche et les conditions de ce qui est appelé accueil sans un accord de tous et après discussion dans les différentes instances de l'entreprise.

La démarche n'est pas un poste doux, c'est un poste transitoire qui doit permettre un retour à une activité normale en 8 à 21 jours. La durée de cet accueil peut être rediscutée au cas par cas, mais elle doit être bornée. Il ne s'agit pas d'une activité pérenne pour le lombalgique ; les postes « cadre vert » eux le sont. Ils doivent pouvoir accueillir successivement et à tout moment des salariés lombalgiques qui peuvent bénéficier de la démarche.

Le "cadre vert" est défini pour permettre à un salarié lombalgique de travailler sans difficultés excessives si au respect de ces limites s'ajoute une démarche d'accueil qui permette d'adapter ces conditions en continu. Le « cadre vert » n'est pas un outil ergonomique de plus, ce n'est pas une check-list de limites de contrainte, un score de poste à établir, des critères de poste doux ou encore le support pour une passade de prévention. Il s'agit d'un cadre incitatif, compréhensible, réalisable. Il sous-tend une démarche de

prévention et ne peut se mettre en place en dehors d'une action concertée dans l'entreprise avec les partenaires sociaux. C'est une construction de l'entreprise, idée adoptée, adaptée, acceptée, évolutive. La réflexion pour construire des postes "cadre vert" doit être très ouverte. Souvent ils n'existent pas. Cependant, des assemblages de tâches qui, elles existent, parfois de façon informelle, peuvent se structurer en poste "cadre vert". On peut apparemment être loin des activités de l'entreprise mais des postes "cadre vert" peuvent être constitués à partir de tâches cachées/ignorées ou fondues dans les activités habituelles qu'elles peuvent même gêner. Regrouper ses tâches peut améliorer l'organisation du travail. La construction de postes "cadre vert" peut être envisagée au travers de collaborations entre entreprises, de temps partagé ou de politiques de bassin d'emploi. Les idées des entreprises seront surprenantes.

La démarche "cadre vert" impose à l'entreprise une information en interne pour avoir l'accord de tous et une campagne d'information vers les soignants. La première insistera principalement sur l'intérêt pour le lombalgique (70 % des salariés) et les répercussions envisagées sur l'ensemble des conditions de travail. L'information vers les soignants est fondamentale et va impliquer en premier lieu le service de santé de l'entreprise. Cette information doit aboutir à une prise en charge plus volontaire du lombalgique par son médecin traitant et d'une collaboration naturelle et simplifiée entre celui-ci et le médecin du travail du patient. Cette approche, souvent préconisée, mais rarement pratiquée est indispensable pour donner à la démarche "cadre vert" toute son efficacité. Il s'agit d'une démarche globale de prévention de la santé des salariés.

4) Mise en place

Il est encore trop tôt pour exposer des situations pratiques dans lesquelles la démarche "cadre vert" aurait été mise en place ; elle est encore très récente. Cependant dans leurs interventions les 4 services prévention des caisses régionales de sécurité sociale impliqués ont été questionnés en particulier par des grandes entreprises pour lesquelles la prise en charge d'un accord au sujet de la santé des salariés appartient à leur culture d'entreprise. Celles-ci ont souvent une organisation et des outils qui leur permettent de communiquer dans et hors de l'entreprise et d'évaluer le suivi et de corriger les écarts de telles actions. Elles comprennent en général l'intérêt en termes de relations humaines que comporte la démarche.

Quelques grandes entreprises ont enclenché la démarche, un bilan n'est pas encore possible. Cependant, le recul même bref permet déjà de dégager les freins et leviers perçus de la démarche.

5) Freins et leviers

a) Pour le lombalgique

❖ les freins sont ceux de :

- sa conviction que bouger c'est guérir, il s'agit d'un paradigme encore peu répandu et pas explicite auquel est lié celui de retravailler en "phase douloureuse",
- sa représentation du lien entre travail et lombalgie lorsque celle-ci est consécutive à un événement au travail (droit de s'éloigner, éviter les causes,...),
- sa crainte d'être un sujet d'expérience pour son médecin, son employeur, la sécurité sociale....

❖ les leviers seront en symétrique :

- l'adhésion à l'idée que sa lombalgie, même très invalidante, est bénigne et que bouger c'est se prendre en charge pour guérir,

- les critères auxquels répond son retour sont basés sur des connaissances scientifiques définies hors de la sphère de l'entreprise,
- l'effort de l'entreprise pour faciliter son retour et témoigner de l'intérêt pour lui.

Freins et leviers, souvent complémentaires, montrent l'importance de l'action d'information en interne et en externe. Cette dernière est essentielle pour renforcer l'utilisation des consensus de soins par les soignants.

b) Pour l'entreprise

❖ les freins :

- expérience passée de la gestion des arrêts pour lombalgie et la faible influence sur les activités de soins,
- démarche semble innovante. Elle peut être perçue compliquée (cadre vert et informations) et l'entreprise peut refuser d'être un acteur de soins,
- faire travailler des salariés "pas guéris" avec une incertitude initiale sur les résultats, le risque accru d'AT et les conséquences financières...

❖ les leviers :

- approche RH pour aborder la gestion de la santé des salariés,
- intérêts financiers (coûts, baisse des cotisations, baisse de l'absentéisme...),
- gestion facilitée des incapacités,

Afin de répondre à ces inquiétudes et de confirmer la facilitation des gestions du personnel, il est important d'évaluer les actions qui démarrent.

Le médecin du travail et le service de santé au travail sont ici considérés comme faisant partie de l'entreprise. Ils ont des freins précis : aptitude particulière, risque de rechute, surcharge de travail (informations vers l'extérieur, explications aux salariés lombalgiques...), confiance dans les capacités de l'entreprise à mener une démarche "cadre vert" pérenne. Leurs leviers seront la mise en pratique de savoirs établis, l'amélioration des situations de reprise, l'engagement de l'entreprise vers la prise en compte affirmée de la santé de ses salariés, l'efficacité des relations avec le médecin traitant...

Personnage central de la démarche dans l'entreprise, le médecin du travail devra bénéficier des résultats des premières actions pour renforcer sa conviction et comprendre les éventuels échecs de la démarche. Ceux-ci ne doivent pas faire renoncer et il sera souvent le soutien de l'action.

c) Pour les médecins traitants

Les médecins traitants sont les oubliés de la prévention. Pourtant, dans le cas des lombalgies, leur rôle est fondamental (Waddell, 1998 ; Loisel et al., 2006 ; Henrotin et al., 2006 ; Shaw et al., 2008 ; Chou et al., 2009). Leurs freins sont l'ignorance de la réalité du travail du patient qu'il connaît comme manutentionnaire, chauffeur, stressé par son travail. Il doit être convaincu de la réalité du "cadre vert". La crainte de l'échec reste un frein fort. Les leviers pour lui sont la meilleure opportunité d'appliquer des consensus de soins, de convaincre du bien fondé d'une reprise du travail en connaissant celui-ci, la mise en place effective de relations avec les médecins du travail, la prise en compte du travail de ses patients.

La démarche "cadre vert" fait obligation de relations fonctionnelles rapides entre médecins de soins et du travail. Ce n'est qu'à cette condition que le patient-salarié lombalgique pourra bénéficier des soins les plus efficaces, que le monde du travail pourra être récompensé de sa démarche et que les soignants pourront voir plus sereinement l'avenir socioprofessionnel de leurs patients.

6) Conclusion

Les conséquences des pathologies lombaires sont importantes et l'augmentation continue de la durée des arrêts de travail en AT touchant la colonne témoigne d'une prise en charge inadaptée. La mise en pratique simultanée d'une possibilité de retour précoce au travail et des savoirs cliniques nouveaux qui tous préconisent un nouveau paradigme de soins qui promeut avant tout le mouvement ; lent et progressif mais très précoce.

Pourquoi le travail ? Parce que le travail est pour le salarié un lieu d'échanges, de reconnaissance qui donne des moyens économiques. C'est au travail également qu'ont été mises en valeur des démarches de restauration rapide (Roland et al., 2002 ; Staal et al., 2003 ; Shaw et al., 2008). De nombreux préventeurs, impliqués dans des actions conjointes entre soins et prévention, ont des arguments solides pour faire en sorte que les lombalgies guérissent bien et n'entraînent pas de formes chroniques particulièrement invalidantes. Dans ce contexte, la prévention primaire reste essentielle. Cependant, elle ne suffit plus à réduire les formes les plus lourdes de lombalgies qui se chronicisent. L'action demande alors une volonté forte de l'entreprise pour construire un "cadre vert" d'activités possibles pour un lombalgique et une interaction étroite avec les médecins traitants et plus globalement les soignants exerçant dans la zone géographique de l'entreprise pour que les messages aux lombalgiques changent.

L'entreprise peut être aidée par les CARSAT, CRAM ou CGSS de son secteur pour disposer de compétences techniques et d'aides financières.

7) Bibliographie

Bigos S., Battié M.C., Spengler D.M., Fisher L.D., Fordyce W.E., Hansson T., Nachemson A.L., Zeh J. A longitudinal, prospective study of industrial back injury reporting. *Clin. Orthop. Relat. Res.*, 1992, 279, 21-34.

Chou R., Loeser J.D., Owens D.K. et al. Interventional therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain. An evidence based clinical practice guideline from the american pain society. *Spine*, 2009, 34/10, 1066-1077.

Deyo R.A., Weinstein J.N. Low back pain. *New England J of Medicine*, 2001, 344, 363-370.

EUROSTAT, 5^{ième} enquête sur les conditions de travail. Luxembourg, Office des Publications Officielles, 2005. <http://www.eurofound.eu.in.publications>

Henrotin Y., Rozenberg S., Balagué F., Leclerc A., Roux E., Cedrashi C. Recommandations européennes (COST 13) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique. *Revue de Rhumatologie*, 2006, 73, S35-S52.

Järvinen T.H.A., Järvinen T.L.N., Kääriäinen M., Aärimaa V., Vaittinen S., Kalimo H., Järvinen M. Muscles injuries: optimising recovery. *Best Pract & Research Clinical Rheumatology*, 2007, 21/2, 317-331.

INRS, Lombalgie et travail. Du facteur de risque au facteur de soins. ED 6087, INRS ed., 29 pp, 2011, www.inrs.fr.

Kamps B.S., Linder L.H., DeCamp C.E., Haut R.C. The influence of immobilization versus exercise on scar formation in the rabbit patellar tendon after excision of the central third. *The American Journal of Sports Medicine*, 1994, 22/6, 803-811.

Keller T., Chappell T. Historical perspective. The rise and fall of Erichsen's disease (railway spine). *Spine*, 1996, 21/13, 1597-1601.

Linton S.J., Boersma K., Jansson M., Overmeer T., Lindblom K., Vlaeyen J.W.S. A randomized controlled trial of exposure in vivo for patients with spinal pain reporting fear of work-related activities. *European J of Pain*, 2008, 12, 722-730.

Loisel P., Buchbinder R., Hazard R., Keller R., Scheel I., van Tuldr M., Webster B. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence. *J. Occup. Rehabil.*, 2005, 15/4, 507 – 524.

Mairiaux P., Mazina D. Lombalgie au travail. Un guide pour l'employeur et les partenaires sociaux. Service public fédéral emploi, travail et concertation sociale. Direction générale humanisation au travail. 19 pp, sept 2008. www.emploi.belgique.be.

Mayer T.G., Gatchel R.J., Kishino N et al. 1985 Volvo award in clinical science: Objective assessment of spine function following industrial injury. A prospective study with comparison group and 1-year follow-up. *Spine*, 1985, 10, 482-493.

Meyer J-P., Flenghi D., Deschamps J-P. Effects of manual handling, posture, and whole body vibrations on low-back pain. *Int. J. Occup. Safety and Ergonomics*, 4/4, 449-470, 1998.

Narici M.V., de Boer M.D. Disuse of the musculo-skeletal system in space and on earth. *Eur. J. Appl. Physiol.*, 111, 403-420. 2011.

Roland M. Waddell G., Moffet J.K., Burton K., Main C., Cantrell T. *The back book*. Norwich: The stationnary office 1996, 2002 2ième ed.

Shaw W.S., van der Windt D.A., Main C.J., Loisel P., Linton S.J., the "decade of the flags" working group. Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors ("blue flags") in back disability. *J. Occup. Rehabil.*, 2008, DOI 10.1007/s10926-008-9159-7.

Staal JB., Hlobil H., van Tulder MW., Waddel G., Burton AK., Koes BW., van Mechelen W. Occupational health guidelines for the management of low back pain : an international comparison. *Occup Environ Med.* 2003, 60, 618-626.

Waddell G. *The back pain revolution*. Churchill, Livingston ed., Edinburgh, 438 pp, 1998.