

PLAN

1. Introduction.....	page 8
2. Matériel et méthodes.....	page 9
3. Résultats.....	page 12
4. Discussion.....	page 19
5. Conclusion.....	page 27
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	page 28
TABLE DES MATIERES.....	page 32

FACTEURS INFLUENCANT LE RETOUR AU TRAVAIL ET LE MAINTIEN EN EMPLOI APRES UN CANCER DU SEIN

1. INTRODUCTION

En France, 350 000 personnes sont atteintes par un cancer chaque année. Parmi elles, 100 000 font partie de la population active. L'incidence du cancer du sein en 2012 était de 48 763 nouveaux cas [1], ce qui représente la première forme de cancer de la femme.

Les progrès réalisés durant les dernières décennies en matière de prévention, de dépistage et de traitement ont sensiblement amélioré la survie face au cancer du sein.

Le taux de mortalité par cancer du sein a diminué de 13 % entre les périodes de 1993 - 1997 et de 2003 - 2007, surtout dans les classes d'âge entre 30 et 59 ans [2].

La survie nette, qui varie avec l'âge au moment du diagnostic, est de 83 % à 10 ans chez les femmes de 45 à 54 ans [3], ce qui signifie qu'un grand nombre de patientes sont concernées par la question de la reprise d'une activité professionnelle, après la rémission du cancer du sein.

Malgré une littérature profuse sur l'annonce du diagnostic ou la phase des traitements, on retrouve peu de données concernant la rémission et le devenir à moyen terme des patientes souffrant de cancer du sein [4], de plus, les études traitant du sujet, s'intéressent souvent aux pathologies cancéreuses diverses, et peu sont spécifiques du cancer du sein.

La qualité de vie ou le retour à l'emploi après un cancer sont des axes de recherche encore peu explorés dans les champs de la médecine ou des sciences humaines [5,6].

L'annonce du cancer entraîne un bouleversement dans la vie des patients, une rupture avec le sentiment d'immortalité, avec une modification des priorités de vie, ce qui a une influence sur la reprise du travail [7].

Les études réalisées dans le domaine montrent qu'environ 80 % des femmes atteintes de cancer du sein ont réintégré leur travail (médiane de 36 mois après la fin des traitements) [8-10].

La présente étude s'inscrit dans la mesure 29 du Plan Cancer II 2009-2013 en répondant à l'objectif qui est de « *lever les obstacles à l'insertion ou à la réinsertion sociale et professionnelle des patients atteints de cancer et en phase de rémission ou de guérison* » [11]. Elle répond également à l'objectif n°9 du Plan Cancer III 2014-2019, à savoir : *diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle*, et notamment « *accorder la priorité au maintien et au retour dans l'emploi* » [12].

L'objectif principal était d'identifier les facteurs socio-démographiques, professionnels et liés aux traitements, influençant la reprise ou non du travail après un cancer du sein.

L'objectif secondaire était d'évaluer la situation en Pays de la Loire des femmes en âge de travailler qui avaient eu un cancer du sein, et de relever les difficultés rencontrées à la reprise du travail, pour éventuellement faire des propositions concernant la mise en place d'une consultation d'aide au retour à l'emploi.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Population étudiée

Il s'agit d'une étude descriptive, non interventionnelle, et rétrospective.

Elle a été réalisée par questionnaire postal auprès de 405 patientes atteintes d'un cancer du sein, dans les Pays de la Loire, prises en charge auprès de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest d'Angers entre 2009 et 2011, et dont nous disposons d'un recul de 2 ans après la fin du traitement au moment de l'inclusion dans l'étude.

Les critères d'inclusion étaient d'être une femme, en âge de travailler, âgée de moins de 55 ans, ayant eu un cancer du sein primitif, unilatéral, non métastatique.

Le traitement devait être terminé depuis 2 ans au minimum, à l'exception de l'hormonothérapie, en raison de la durée de traitement qui peut se prolonger jusqu'à 5 ans.

Les critères d'exclusion étaient la présence d'une autre Affection de Longue Durée (ALD) ou pathologie chronique, un âge supérieur à 55 ans, une récurrence de cancer homo- ou contre-latérale, la présence de métastases et le refus de consentement de participation à l'étude.

2.2 Questionnaire

Un auto-questionnaire a été rédigé avec différentes sous-parties concernant la situation socio-professionnelle des patientes avant le cancer, le traitement reçu, la situation professionnelle pendant et après le traitement, et une partie spécifique en fonction de la reprise ou non de leur travail [ANNEXE 1].

Le questionnaire comportait au total 45 questions fermées et une question ouverte.

Certaines questions n'étaient à répondre qu'en fonction de la reprise ou non d'une activité professionnelle, afin de s'adapter à chacune des situations.

Une feuille d'accompagnement présentant le but de notre étude était jointe à ce questionnaire.

Le questionnaire a été envoyé par voie postale aux 405 patientes correspondant à nos critères d'inclusion. L'envoi a eu lieu début juin 2013, et les patientes étaient invitées à retourner le questionnaire dans un délai de 6 semaines, par le biais de l'enveloppe pré-affranchie au centre de pathologie professionnelle du CHU d'Angers jointe.

Il n'a pas été effectué de relance.

Les questions étaient orientées en fonction des différentes études déjà menées sur cette problématique de retour au travail après un cancer, après recherche bibliographique, mais également avec la coopération des différents professionnels associés à ce questionnaire (oncologues, médecins du travail, infirmières du travail, psychologues et sociologues notamment).

A également contribué une association de patientes, dans le but de relever leurs difficultés, ou aides dont elles avaient ou souhaitaient bénéficier, sur le plan socioprofessionnel au cours de leur prise en charge médicale.

La première partie du questionnaire interrogeait la situation socioprofessionnelle, démographique et médicale au moment du diagnostic, ainsi que les traitements dont la patiente avait bénéficié dans le cadre de la prise en charge du cancer du sein.

La deuxième partie interrogeait la situation au cours du traitement, notamment la poursuite de l'activité professionnelle ou non, les aménagements éventuels du poste ou du temps de travail, et enfin les intervenants du champ médico-social et professionnel rencontrés durant cette période.

La dernière partie quant à elle, interrogeait la situation socioprofessionnelle actuelle, soit au minimum 2 ans après la fin du traitement. Elle regroupait des questions sur la reprise ou non

du travail, les conditions de la reprise (aménagement, ...), les facteurs limitants ou favorisant la reprise (appréhension, capacité physique et psychologique, ...), les représentations du travail perçues et les conséquences sur la vie professionnelle (refus d'avancement, promotion, ...), ainsi que les aides (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), visite auprès du médecin du travail, ...).

2.3 Recrutement

Le recrutement des patientes a été fait consécutivement sur les années 2009 à 2011, sans tirage au sort, après sélection dans la base de données de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest d'Angers par les médecins de santé publique de ce dernier, en fonction de nos critères d'inclusion et d'exclusion.

Nous avons ainsi obtenu l'adresse postale des patientes.

2.4 Analyse statistique

Les données issues de l'ensemble des questionnaires ont fait l'objet d'une analyse descriptive univariée faisant appel à des méthodes d'estimation de moyennes et de proportions avec le calcul des intervalles de confiance à 95 %, en coopération avec les statisticiens du Laboratoire d'Ergonomie et d'Epidémiologie en Santé au Travail (LEEST), par l'utilisation du logiciel SAS version 9.4 (Statistical Analysis System), conformément à nos objectifs.

Les comparaisons ont été calculées par le test du Chi 2 ou le test exact de Fisher en fonction des effectifs, et ont été considérées comme significatives lorsque $p < 0,05$.

2.5 Considérations éthiques

Nous n'avons pas eu accès directement à la base de données du centre de cancérologie et le questionnaire était intégralement anonyme, ne permettant pas d'identifier les non-répondantes, ni de relance par téléphone ou par un second courrier.

Il n'a par conséquent, pas été nécessaire d'obtenir l'aval de comités d'éthique et de protection des personnes, l'accord des patientes découlant du retour de notre questionnaire.

3. RESULTATS

Sur un total de 405 questionnaires envoyés en juin 2013, 241 questionnaires, dont 221 exploitables ont été reçus en retour en septembre 2013.

Douze questionnaires ont été exclus car n'entrant pas dans les critères d'inclusion (récidive du cancer dans les 2 ans, autre Affection de Longue Durée, ou réponse incomplète) et 8 questionnaires sont revenus sans avoir pu être distribués, faute d'adresse valide.

Le taux de réponse était alors de 60,5 %.

Au final, il y avait 201 questionnaires exploitables concernant les patientes ayant repris un emploi, et 20 qui n'étaient pas en situation d'emploi deux ans après leur cancer du sein, dont seules 14 ont été retenus pour notre étude statistique. Ont été exclues les femmes déjà en retraite, ou sans activité par choix (1 retraitée de la fonction publique au moment du diagnostic et 5 femmes sans activité par choix), afin d'obtenir des résultats plus proche de la réalité concernant le retour au travail, et éviter ainsi des biais de recrutement et de sélection.

Du fait de l'envoi anonyme des questionnaires, aucune information sur les non-répondantes n'a pu être obtenu.

3.1 Description de la population

Les caractéristiques de la population étudiée sont détaillées dans les Tableaux I et II.

Concernant l'ensemble de la population, 15,4 % des femmes étaient âgées de 25 à 39 ans ; 54,3 % de 40 à 49 ans et 30,3 % de 50 à 55 ans.

Elles étaient 57,1 % à vivre en couple au moment du diagnostic, et 64,3 % à avoir des enfants à charge.

La répartition de l'ancienneté montrait que 55,2 % des femmes occupaient leur poste depuis plus de 10 ans, dont 70,7 % à temps plein. Un tiers des femmes ayant repris le travail a fait part de problèmes financiers rencontrés au cours de la maladie, avec un pourcentage bien plus

important concernant les femmes n'ayant pas repris leur activité professionnelle (30,5 % *versus* 78,5 % ; $p < 0,001$).

Les résultats ont retrouvé que 36,1 % des femmes, cumulaient la RQTH et une Invalidité, après rémission. Parmi les femmes reconnues travailleur handicapé, 67,6 % des personnes avaient eu une durée d'arrêt de travail supérieure à 18 mois ($p < 0,001$ vis-à-vis des non RQTH) et 19,4 % avaient bénéficié d'une formation, contre seulement 4 % des femmes non reconnues travailleur handicapé ($p < 0,01$).

Il est à noter que les patientes n'ayant pas repris le travail étaient plus jeunes que celles ayant repris (91,7 % âgées de moins de 50 ans *versus* 68,4 % ; $p < 0,01$).

Tableau I : Caractéristiques socioprofessionnelles de la population étudiée en fonction de la reprise ou non d'une activité professionnelle.

Situation socio-professionnelle au moment du diagnostic			
	Repris	Non repris	
Age	- 25-39 ans	14,29 %	33,33 %
	- 40-49 ans	54,08 %	58,33 %
	- 50-55 ans	31,63 %	8,33 %
Vivre en couple		84,08 %	57,14 %
Avoir des enfants à charge		63,18 %	64,29 %
Emploi	<i>CDD*/intérim</i>	8,59 %	28,57 %
	<i>Statuts spéciaux**</i>	29,29 %	21,43 %

*CDD : Contrat à Durée Déterminée

**Statuts spéciaux : agents de la Fonction Publique, agents de la Poste, agents SNCF,...

Concernant la reprise d'une activité professionnelle, 91 % de notre population avait repris une activité professionnelle deux ans après la fin du traitement, avec une médiane de durée de l'arrêt de travail de 410 jours (13,5 mois). Deux tiers des femmes ayant repris une activité professionnelle l'ont fait dans les 18 mois après l'annonce du diagnostic, et elles étaient 79,8 % à avoir repris le travail dans les 12 mois suivant la fin des traitements (hors traitement par hormonothérapie).

L'étude a montré que 14,9 % des femmes ayant repris leur activité professionnelle ont nécessité un arrêt de travail ultérieur, en lien avec leur cancer du sein et/ou les séquelles (y compris une reprise chirurgicale). Concernant les femmes n'ayant pas repris le travail au moment du questionnaire, elles étaient 15,4 % à avoir bénéficié d'une retraite anticipée, 57,1 % à être au chômage, et 27,5 % à être en arrêt de travail depuis plus de 2 ans.

3.2 Facteurs influençant le retour au travail

Concernant les facteurs socio-démographiques, les résultats de l'étude ont montré que les femmes âgées de moins de 50 ans avaient moins souvent repris le travail que les femmes de plus de 50 ans ($p < 0,01$), et celles qui étaient en couple au moment du diagnostic avaient plus souvent repris une activité professionnelle que les femmes seules (84,1 % *versus* 57,1 % ; $p = 0,02$).

Il n'y avait pas de corrélation statistique entre la peur de perdre son emploi et le fait d'avoir repris le travail. En revanche, la peur de perte de revenus était un facteur motivant la reprise du travail : 51 % des femmes ayant repris le travail craignaient une perte de revenus contre 14,3 % de celles n'ayant pas repris ($p < 0,01$).

Par ailleurs, les femmes ayant repris le travail déclaraient très significativement moins de problèmes financiers que celles qui n'avaient pas repris (30,6 % *versus* 78,6 % ; $p < 0,001$).

Sur le plan psychologique, plus d'un tiers des femmes interrogées se plaignaient de séquelles psychiques liées à leur maladie, y compris après la reprise du travail, contre seulement 14,3 % de celles n'ayant pas repris leur activité professionnelle.

Parmi les patientes ayant repris le travail, elles étaient plus de 86 % à se sentir en capacité de travailler, et seulement 14,3 % pour les femmes n'ayant pas repris leur travail ($p < 0,001$). L'appréhension globale face à la reprise d'une activité professionnelle était importante, et concernait 92,9 % des femmes n'ayant pas repris leur travail *versus* 45,2 % des femmes ayant repris le travail ($p < 0,001$).

D'après les réponses du questionnaire, il y avait 41,7 % des femmes ayant repris à qui leur activité professionnelle manquait, contre 28,6 % de celles n'ayant pas repris, et 22,1 % qui déclaraient avoir eu besoin de reprendre leur activité professionnelle afin d'éviter les ruminations anxieuses, ce qui ne concernait aucune des patientes n'ayant pas repris d'activité professionnelle. Les résultats ont également montré que 31,7 % des femmes ayant repris leur travail avaient besoin de se sentir utile, contre 57,1 % de celles n'ayant pas repris le travail.

Concernant les facteurs socioprofessionnels, les femmes n'ayant pas repris le travail étaient pour 28,6 % d'entre-elles en contrat précaire, c'est à dire en Contrat à Durée Déterminée ou en intérim, alors que ce type de contrat ne concernait que 8,6 % de celles ayant repris le travail ($p = 0,037$).

L'analyse a permis de montrer un lien entre les Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) et la poursuite de l'activité durant le traitement ($p < 0,001$), cela concernait 50 % des agriculteurs/exploitants, 100 % des artisans/commerçants/chefs d'entreprise, 16,1 % des cadres et professions intellectuelles supérieures, environ 5 % des employés et professions intermédiaires, et aucun ouvrier (Tableau II).

Tableau II : Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) des patientes au moment du diagnostic

PCS	Repris		Non Repris	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Agriculteurs/Exploitants	4	2,00	0	0
Artisans/Commerçants/chef d'Entreprise	6	3,00	0	0
Cadres/Professions intellectuelles supérieures	29	14,50	2	14,29
Professions intermédiaires	45	22,50	2	14,29
Employés	88	44,00	7	50,00
Ouvriers	23	11,50	3	21,43
Chômage	2	1,00	0	0
Sans profession	3	1,50	0	0
Emploi en CDD/intérim	17	8,59	4	28,57
Horaires atypiques	33	16,67	3	21,43
Statut spécial (fonctionnaire, agent EDF, ...)	58	29,29	3	21,43

La poursuite de l'activité professionnelle durant le traitement a concerné 57,1 % de femmes travaillant dans une entreprise de moins de 20 salariés, 7,1 % dans une entreprise de 20 à 50 salariés, et 35,7 % dans une entreprise de plus de 50 salariés.

Le temps partiel thérapeutique a été accordé à 60,7 % des femmes ayant repris le travail, tandis qu'aucune des femmes n'ayant pas repris le travail n'en avait bénéficié ($p < 0,001$).

Parmi les femmes n'ayant pas repris le travail, elles étaient 71,4 % à avoir gardé un lien avec leur travail (par le biais de leur responsable, collègues, ...), contre 87,8 % de celles ayant repris le travail (différence non significative). Les femmes n'ayant pas repris le travail étaient 76,9 % à avoir subi un licenciement, *versus* 7,6 % de celles ayant repris le travail ($p < 0,001$). Il est à noter que les personnes ayant bénéficié d'une reconnaissance en Invalidité par la

caisse de Sécurité Sociale, ne sont pas toutes celles affectées par le chômage actuellement (malgré des chiffres identiques n'étant qu'une simple coïncidence).

3.3 Outils du maintien en emploi

Le licenciement à la suite de leur cancer du sein a concerné 11,9 % de l'ensemble de la population étudiée, soit 25 femmes.

Concernant les aides au maintien en emploi, 64,3 % des femmes n'ayant pas repris le travail ont bénéficié de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) contre 13,7 % de celles ayant repris le travail ($p < 0,001$).

L'étude a montré que 86,1 % des femmes ayant été reconnues RQTH se plaignent de séquelles physiques de la maladie ou des traitements, contre 64,2 % des femmes n'ayant pas bénéficié du statut de travailleur handicapé et ressentant de telles séquelles ($p < 0,001$).

Les femmes n'ayant pas repris le travail ont été 57,1 % à être reconnues en Invalidité, avec respectivement 21,4 % d'Invalidité catégorie 1, et 35,7 % de catégorie 2, *versus* 4,6 % de celles ayant repris le travail ($p < 0,001$). Par ailleurs, elles étaient 35,7 % à avoir bénéficié d'une formation *versus* 4,6 % des femmes ayant repris le travail ($p < 0,001$).

Le fait d'avoir bénéficié d'un temps partiel thérapeutique a facilité le retour à l'emploi à long terme (60,7 % des femmes ayant repris le travail *versus* aucune des femmes n'ayant pas repris ; $p < 0,001$). Les femmes ayant repris le travail étaient 18,2 % à avoir bénéficié d'une adaptation de leur poste de travail, 22,2 % à avoir réduit leurs horaires de travail, et 9,6 % à avoir changé de métier.

Les femmes ayant poursuivi leur activité professionnelle durant le traitement étaient 75 % à ne pas avoir rencontré leur médecin du travail (Agriculteurs/Exploitants, Artisans/Commerçants/Chef d'Entreprise, Chômeurs et Sans profession exclus). Par ailleurs, 86,4 % des femmes ayant repris le travail à temps partiel thérapeutique ont bénéficié d'une visite de pré-reprise avec leur médecin du travail (Agriculteurs/exploitants, artisans/commerçants/chefs d'entreprise, chômeurs, et sans profession exclus).

3.4 Traitements

Le type de traitement reçu a eu un impact sur la santé de l'ensemble des salariées, notamment le fait de ne pas se sentir en capacité de travailler. Cela concernait 26,7 % des femmes ayant eu une mastectomie ($p < 0,05$), 22,5 % des femmes ayant eu un curage ganglionnaire ($p < 0,05$) et 13 % des femmes ayant eu une tumorectomie ($p < 0,01$).

Les femmes ayant repris une activité professionnelle étaient 72 % à avoir eu une durée de traitement maximale de 9 mois, tandis qu'elles n'étaient que 53,8 % à avoir terminé la phase de traitement parmi celles n'ayant pas repris le travail, sur la même période (traitement par hormonothérapie exclu).

Parmi les femmes n'ayant pas repris le travail 57,1 % ont reçu un soutien psychologique, toutes formes confondues (psychiatre, psychologue ou psychothérapeute), contre 29,3 % de celles ayant repris le travail ($p < 0,05$).

Elles étaient au total 65,6 % à avoir bénéficié d'un traitement par hormonothérapie, qui se poursuivait au moment de leur réponse (Tableau III).

Tableau III : Traitements reçus en fonction de la reprise ou non du travail

		Repris	Non repris
Traitement reçu	<i>Chimiothérapie</i>	67,66 %	85,71 %
	<i>Tumorectomie</i>	65,67 %	57,14 %
	<i>Mastectomie</i>	34,83 %	35,71 %
	<i>Curage ganglionnaire</i>	62,69 %	92,86 %
	<i>Radiothérapie</i>	83,08 %	92,86 %
	<i>Hormonothérapie</i>	64,68 %	78,57 %
	Durée du traitement	<i>< 6 mois</i>	24,34 %
<i>6 à 9 mois</i>		47,62 %	46,15 %
<i>> 9 mois</i>		28,04 %	46,15 %
Séquelles	Physiques	66,83 %	78,57 %
	Psychiques	35,86 %	14,29 %

3.5 Représentations du travail vis-à-vis de la maladie

Dans l'étude, le fait de se sentir en capacité de travailler était un facteur facilitant la reprise du travail ($p < 0,001$) tout comme la peur de perte de revenus ($p < 0,01$), qui étaient bien plus exprimés par les femmes ayant repris une activité professionnelle.

L'appréhension globale à la reprise était un facteur retrouvé majoritairement chez les patientes n'ayant pas repris le travail : 92,9 % *versus* 45,2 % chez celles ayant repris le travail ($p < 0,001$). Cependant, elles ne craignaient pas d'avoir à révéler la raison de leur arrêt maladie dans le milieu de travail.

Parmi les femmes interrogées, 80,5 % pensaient qu'il était nécessaire d'améliorer la prise en charge en matière d'aide au retour à l'emploi après un cancer du sein. Par ailleurs, elles étaient 53,8 % des femmes n'ayant pas repris le travail à penser que le moment idéal pour parler de la reprise était au-delà de 1 an après la fin du traitement, en comparaison aux 62,4 % des femmes ayant repris le travail qui pensaient qu'il fallait aborder cette question pendant ou à la fin du traitement ($p = 0,006$).

Concernant l'entourage professionnel, 36,3 % des femmes ayant repris le travail comptaient au moins un ou une collègue ayant eu un cancer dans leur entreprise, contre 50 % de celles n'ayant pas repris.

Au total, elles étaient 40,2 % des femmes à penser que leur travail avait pu jouer un rôle dans la survenue de leur cancer, sans que cela n'ait un impact sur la reprise.

Enfin, les réponses ont mis en exergue que 6,5 % des médecins traitants et 14,4 % de l'entourage des femmes ayant repris le travail (famille, proches...) n'estimaient pas la patiente prête à reprendre, tandis que 21,4 % des médecins traitants le pensaient pour celles n'ayant pas repris ($p = \text{NS}$).

Tableau IV : Synthèse des facteurs favorisant et limitant la reprise du travail mis en évidence dans l'étude

Facteurs favorisant la reprise du travail			
	Repris	Non repris	p
Vivre en couple	84,08 %	57,14 %	0,021
Peur de la perte de revenus	51 %	14,29 %	0,0079
Sentiment de capacité à reprendre le travail	86,43 %	14,29 %	< 0 ,001
Reprise à temps partiel thérapeutique	60,71 %	0 %	< 0 ,001

Facteurs limitants la reprise du travail			
	Repris	Non repris	p
Age < 50 ans	68,37 %	91,66 %	0,0088
Emploi précaire (CDD/intérim)	8,59 %	28,57 %	0,0371
Curage ganglionnaire	62,69 %	92,86 %	0,0216
Appréhension globale à la reprise du travail	45,18 %	92,86 %	< 0 ,001
Licenciement	7,61 %	76,92 %	< 0 ,001

4. DISCUSSION

La médiane d'arrêt de travail après un cancer du sein en France varie selon les études à 36 mois après la fin de traitement, de 315 à 350 jours, voire jusqu'à 410 jours pour la population suédoise, et ce 24 mois après la fin du traitement [7, 10, 13].

Un grand nombre de facteurs influent sur le délai de reprise de l'activité professionnelle après un cancer du sein, en tenant compte de différentes limites, liées à la fois à des caractéristiques personnelles, à des caractéristiques de la maladie et des traitements reçus, mais également à des caractéristiques professionnelles, qui ont été étudiées ici.

La population de notre étude a donc une médiane d'arrêt de travail plus importante que celles des autres études françaises (410 jours), mais elle comporte une plus grande propension de femmes à avoir repris le travail, et ce, seulement 24 mois après la fin des traitements (9/10 patientes *versus* 8/10 patientes). Par ailleurs, le taux de recours à l'arrêt de travail après la reprise reste modéré, puisqu'il n'a concerné qu'une femme sur six.

Concernant les facteurs personnels favorisant le retour au travail, l'étude a montré le fait de vivre en couple, être âgée de plus 50 ans, se sentir en capacité de travailler, ne pas avoir d'appréhension quant à la reprise, et enfin la crainte de la perte de revenus.

D'autre part, les facteurs liés à la maladie et au traitement mis en évidence dans l'étude et limitant le retour au travail ont été, le fait de bénéficier d'un curage ganglionnaire et/ou d'une mastectomie, ainsi que la durée prolongée des traitements.

Les facteurs professionnels favorisant le retour au travail montrés dans l'étude, étaient le fait de bénéficier d'un temps partiel thérapeutique, de ne pas avoir subi de licenciement, de ne pas avoir un emploi considéré comme précaire au moment du diagnostic du cancer du sein, et

enfin, certaine PCS (agriculteurs, artisans, cadres) qui favorisaient une poursuite d'activité durant le traitement et un retour à l'emploi précoce.

Parmi les facteurs personnels influençant la reprise, les femmes ayant repris étaient significativement plus nombreuses à vivre en couple au moment du diagnostic, et elles ont fréquemment été motivé par la peur de la perte de revenus. Il n'a cependant pas été retrouvé de corrélation entre le fait d'être en couple et la peur de perte de revenu, le conjoint est donc ici probablement plus perçu comme un soutien moral et matériel (aide dans les activités de la vie quotidienne), et pas nécessairement financier. Cette hypothèse reste néanmoins discutée par certains auteurs [14,15].

L'âge pouvait également avoir un impact sur le retour au travail, avec une proportion plus importante de femmes jeunes n'ayant pas repris le travail. Même si les femmes plus jeunes sont plus susceptibles d'avoir des enfants à charge, ce fait n'a pas influencé la reprise des femmes dans notre étude, car cette donnée concernait sensiblement le même nombre de femmes parmi celles ayant repris ou non une activité professionnelle. L'inclusion dans l'étude étant limitée aux femmes de moins de 55 ans, peut être retrouverions nous par l'effet de l'âge et de la mise en pré-retraite, un plus faible taux de retour au travail également pour les femmes s'approchant de 60 ans.

Le contexte socio-économique pourrait avoir une influence sur la reprise du travail, notamment les spécificités françaises et en particulier le système de Sécurité sociale, avec une relative tendance à la mise en Invalidité ou en retraite anticipée après un cancer, par les médecins conseils, ainsi que la poursuite des indemnités journalières ... , ne favorisant pas forcément une reprise précoce de l'emploi [16-17]. Ainsi, en Allemagne, où le travail des femmes est moins encouragé ni incité face à l'éducation des enfants, les études ne retrouvent que de 50 à 59 % de femmes travaillant six ans après le diagnostic d'un cancer du sein [18,19]. Cependant aux Etats-Unis où le système de soins est dépendant des ressources financières personnelles, une méta-analyse d'études sur le taux d'emploi après un cancer entre 1966 et 2008, a montré un risque 1,5 fois plus élevé d'être inactif chez les survivantes d'un cancer du sein, par rapport à l'Europe [20].

Dans notre étude, ce facteur était peut-être moins présent de par la sélection des catégories d'âge des patientes.

Selon l'étude de D. Asselain, les salariés atteints de cancer éprouvent majoritairement des difficultés lors de la reprise du travail, et d'autant plus, après un arrêt de longue durée (> 6

mois) [21]. En plus de facteurs objectifs cités précédemment, nous avons pu observer l'influence de facteurs plus subjectifs. Ainsi dans notre étude, le retour au travail était compromis par les appréhensions liées aux résistances internes des femmes, majoritairement exprimées par celles n'ayant pas repris le travail, qui ont par ailleurs bénéficié en plus grand nombre d'une prise en charge psychologique. Promouvoir un retour précoce, en fonction des capacités des patientes, et avec des aménagements s'ils sont possibles, devrait donc permettre un retour au travail facilité. Il semble donc important, au vu de ces résultats, de travailler en amont la question de la reprise du travail, afin de limiter l'appréhension, et de répondre aux divers questionnements de ces femmes. Il est à noter l'importance de la reprise du travail sur le processus de guérison et son utilité dans la reconstruction et le « retour à une vie normale », qui a été signalé par de nombreuses patientes.

Les conséquences des traitements sont responsables en grande partie des incapacités et des séquelles physiques connues par les malades et ressenties par 67 % de l'ensemble des patientes comme l'asthénie ou les nausées, pendant la chimiothérapie, le veino-lymphoedème du membre supérieur et les incapacités fonctionnelles (suite notamment au curage ganglionnaire). D'autres sont peut-être moins connues, notamment en lien avec le traitement par hormonothérapie, pouvant entraîner une ostéoporose, des arthralgies/myalgies, ou encore des bouffées de chaleur, ainsi qu'une asthénie persistant parfois longtemps après les traitements, et tout particulièrement en cas de chimiothérapie, même si ce dernier facteur n'a pas été identifié dans notre étude.

L'étude a montré que la mastectomie était une chirurgie plus péjorative que la tumorectomie, du fait de l'incapacité ressentie plus importante qu'elle entraînait, mais sans modifier le délai de retour à l'emploi. Tandis que le curage ganglionnaire est le traitement qui a impacté le plus négativement, le retour au travail. On peut néanmoins se demander si cela était le témoin de la gravité du cancer ou les effets de la chirurgie.

L'étude a démontré l'importance du fait de se sentir en capacité de travailler comme étant un facteur favorisant le retour au travail. Ainsi, plus de la moitié des femmes n'ayant pas repris d'activité professionnelle pensaient qu'il ne fallait parler du retour au travail qu'un an après la fin des traitements, tandis que les femmes ayant repris le travail, pensaient le plus souvent qu'il fallait en parler au plus tard avant la fin des traitements.

La phase de rémission n'est peut-être pas suffisamment abordée au cours de la prise en charge du cancer, ce qui ne met pas en situation de reprise du travail un certain nombre de femmes

pour lesquelles des séquelles peuvent persister, notamment après une chirurgie délabrante ou un traitement prolongé par hormonothérapie.

À la fin des traitements, les patientes témoignent d'un sentiment de vide et d'abandon, exprimé en partie par les 80 % de femmes dans l'étude, pensant que la prise en charge en matière d'aide au retour à l'emploi devrait être améliorée. L'annonce de la rémission constitue une rupture, tout comme celle du diagnostic, et l'accompagnement fait bien souvent défaut lorsque les sujets entament cette nouvelle étape de la maladie, comme cela a été retrouvé par M. Derzelle [22]. Il faut à la patiente, pouvoir gérer de nombreux changements de statut, après avoir été malade, elle peut se retrouver en situation de handicap. Cela affecte à nouveau l'identité, en fragilisant les assises narcissiques au risque de provoquer un sentiment d'inutilité (majoritairement exprimé par les femmes n'ayant pas repris d'activité professionnelle), ce qui ne favorise pas le maintien en emploi. Le besoin de se sentir utile démontre bien l'intérêt intellectuel et social de l'emploi [10,23].

Il existe à l'issue d'un cancer, une réorganisation de l'échelle des valeurs et des changements de priorités de vie, avec un investissement de la sphère personnelle et familiale au détriment de la sphère professionnelle [24]. Certaines femmes allant jusqu'à affirmer qu'il s'agit d'un choix que de ne pas reprendre d'activité professionnelle, comme certains travaux l'ont montré [25,26]. Ainsi, dans la présente étude, 35,7 % des patientes n'ayant pas repris le travail, avaient le souhait de se réorienter professionnellement, et quasiment 10 % des femmes ont effectivement changé de métier.

L'efficacité d'une prise en charge psychologique a été montrée dans l'étude, où les femmes n'ayant pas repris étaient plus nombreuses à avoir eu recours à un soutien psychologique, quel qu'il soit, mais présentaient moins de plaintes psychiques deux ans après la fin des traitements, même si aucun rôle dans la reprise du travail n'a été retrouvé.

L'étude a également mis en exergue différents facteurs professionnels agissant sur la reprise d'une activité professionnelle. Ainsi, la reprise à temps partiel thérapeutique favorise le retour au travail, en permettant d'aménager du temps pour la poursuite des traitements, ou de tenir compte d'une fatigabilité, mais aussi de lutter contre les appréhensions d'une reprise du travail à temps complet, avec les difficultés que cela peut engendrer.

Il est, bien entendu, à noter l'existence de contraintes pour certains postes, d'une reprise à temps partiel thérapeutique (professeurs, travail en équipes successives alternantes, ...).

Les aménagements de poste ou les réductions d'horaires ont également favorisé le retour à l'emploi, mais ces facteurs n'étaient pas statistiquement significatifs dans notre étude.

La majorité des aménagements ayant conduit à une poursuite d'activité durant le traitement a pu être possible dans les entreprises de moins de 20 salariés. Cela s'explique peut-être par les difficultés de remplacement dues à un savoir-faire et les postes à responsabilité occupés dans les petites structures. Par ailleurs, aucun lien n'a été montré entre la facilité de mise en œuvre d'aménagements de poste et/ou d'horaires, et le fait que l'entreprise ait déjà été confrontée à un salarié atteint de cancer.

La présente étude n'a pas retrouvé de lien entre l'ancienneté dans l'entreprise, la taille de l'entreprise en nombre de salariés, et la facilité de reprendre sur un poste aménagé. Mais il y a tout de même 54,5 % des patientes n'ayant pas repris le travail qui étaient dans des entreprises de moins de 20 salariés, contre 24,4 % de celles ayant repris (non significatif statistiquement). Il s'agit peut-être de la facilité plus importante de proposer un poste différent ou aménagé dans une entreprise de plus grande taille, et de proposer une RQTH pour les entreprises de moins de 20 salariés ?

Des aides, comme l'obtention de la RQTH ou l'Invalidité ont permis une réflexion sur le maintien en emploi ou non. Par conséquent, la RQTH a favorisé l'accès à des formations, mais avec des délais d'accès plus ou moins longs, n'ouvrant pas forcément rapidement sur une prise de fonction, ce qui a tendance à augmenter la durée de l'arrêt de travail. Le délai pour obtenir, puis réaliser une formation mériterait certainement d'être réduit voire anticipé, afin de ne pas retarder le retour au travail. Ainsi avec un recul de 24 mois, la RQTH et les formations apparaissent comme un facteur limitant la reprise, il serait donc intéressant de savoir si avec un délai plus important, ces personnes auraient repris le travail.

On peut penser que la loi « handicap » du 11/02/2005, imposant un quota de 6 % de travailleurs handicapés, aurait eu un effet positif sur le retour à l'emploi ou l'embauche de personnes reconnues travailleurs handicapés, mais cela semble encore être un frein, aussi bien pour les patients (peur d'être assimilés à un handicap majeur), qu'au niveau de l'entreprise (peur des capacités réelles de travail, risque d'arrêts de travail répétés/prolongés, ...). On retrouve effectivement le sentiment que dans le monde du travail, n'a sa place que quelqu'un en bonne santé et capable d'exécuter ses tâches à 100 %, plutôt que de prendre le risque de n'avoir quelqu'un qui ne serait disponible qu'en partie, on préfère le remplacer ou le substituer.

La poursuite de l'activité professionnelle durant le traitement est en lien avec les PCS, probablement aussi avec le statut de l'emploi et des non-salariés, et favorise le retour au travail. Cette poursuite d'activité est principalement liée à des contraintes financières ne permettant pas toujours un traitement optimal, certaines femmes surpassant alors leurs

capacités physiques. Ainsi, parmi les femmes ayant continué leur activité professionnelle en parallèle des traitements et disposant d'un médecin du travail, elles étaient 75 % à ne pas avoir rencontré ce dernier durant cette phase, ne permettant probablement aucun aménagement, ou alors possiblement de manière officieuse, avec des arrangements entre collègues ou directement avec la hiérarchie.

On retrouve l'importance des marges de manœuvres dans le travail (différence entre le travail prescrit et le travail réel), avec la possibilité grâce aux ressources développées par l'individu de poursuivre son travail. Car tout aménagement de poste, aussi minime soit-il, concernant un seul individu, oblige à repenser l'organisation collective du travail [24], pouvant ainsi effrayer les employeurs.

Le cancer du sein a eu des conséquences sur la carrière des patientes, avec des refus de promotion, des remises en cause d'embauche et d'évolution dans l'entreprise. Néanmoins aucun lien n'était ressorti de l'étude, concernant le fait d'être du secteur public ou privé, vis-à-vis de la durée de l'arrêt de travail, contrairement à ce qui a pu être montré dans d'autres pathologies.

Le rôle du médecin du travail devrait prendre tout son sens dans la gestion du maintien en emploi après un cancer. Malheureusement, l'étude a mis en exergue son manque d'implication durant cette phase de maintien en emploi, peut-être par défaut d'information des salariées ou du médecin du travail, quant à la situation des salariées, et l'absence de coordination entre le milieu de soin et le milieu professionnel.

Beaucoup de répondantes au questionnaire n'avaient pas connaissance de l'existence d'une visite de pré-reprise (cela concernait 13,9 % des femmes ayant repris le travail), la difficulté venant également de l'existence des différents régimes, comme dans la Fonction Publique, où le rôle et les applications de la médecine de prévention sont différemment organisés.

Cependant ici, parmi les 60,7 % de femmes ayant repris à temps partiel thérapeutique une activité, elles étaient 86,4 % à avoir bénéficié d'une visite de pré-reprise. Cela prouve l'importance de la visite de pré-reprise auprès du médecin du travail dans le processus de maintien en emploi.

Dans d'autres études, les taux de visites de pré-reprise restaient faibles, concernant 22 % des salariés, et le médecin du travail n'avait pas eu de contact avec l'équipe soignante dans 92 % des cas [21].

Le médecin traitant est le pilier de la coordination entre les soins et la reprise du travail, or, les réponses ont montré qu'environ 6,5 % des femmes ayant repris leur activité professionnelle avaient un médecin généraliste qui ne les pensaient pas capables de reprendre, et plus de 20 % concernant les femmes n'ayant pas repris le travail. Ce facteur n'était pas lié à la reprise de travail ($p = 0,07$), mais il serait intéressant de connaître les motivations sous-jacentes concernant cette appréhension, et notamment quelles peuvent être les représentations des médecins généralistes, sur la perception du travail et de la capacité de travail des patientes ayant eu un cancer du sein. Le moment idéal pour une reprise dépend du fait de s'en sentir en capacité ainsi que de l'existence ou non de séquelles. Il serait néanmoins intéressant de formaliser le discours des différents acteurs de soins et intervenants sociaux, auprès des patientes, afin d'avoir un discours cohérent, notamment quant aux capacités physiques et psychiques du post-cancer, et ainsi éviter les écueils liés à une pathologie si lourde, mais peut-être pas toujours justifiés.

Enfin, il serait intéressant de comprendre, voire de réfuter au besoin, le fait que plus d'un tiers des femmes pensaient que leur travail ait pu jouer un rôle dans la survenue de leur cancer, car même si cela n'a pas été démontré par l'étude, cela peut engendrer des réticences quant à reprendre sur le même poste dans les mêmes conditions. La méthodologie de l'étude ne permettant pas d'explorer plus cette problématique, mais un grand nombre de femmes devaient penser sans doute au stress.

Des études ont montré qu'il s'agissait surtout des personnes les plus vulnérables socialement qui exprimaient une insatisfaction quant au suivi médical et à l'information reçue. Ainsi, les personnes à faibles revenus souhaiteraient voir leur médecin plus souvent pour le suivi des traitements, une information, ou recevoir une aide psychologique.

Un gradient social de qualité de vie (selon le diplôme, l'activité ou la catégorie sociale) subsiste deux ans après le diagnostic [9].

On retrouve dans notre étude cette donnée par le biais de l'emploi précaire (être en Contrat à Durée Déterminée ou intérimaire au moment du diagnostic), cela concernait 28,6 % des femmes n'ayant pas repris le travail, contre 8,6 % de celle ayant repris ($p = 0,03$) (Tableau II).

Un bas niveau d'éducation, et de faibles revenus semblent donc être des facteurs péjoratifs concernant le retour à l'emploi, ainsi que le soulignent d'autres études [18,23].

Notre étude n'a pas retrouvé de lien entre les PCS et le fait de se sentir en capacité de travailler, ou encore de ressentir des séquelles, bien qu'il ne soit pas équivalent d'avoir un

métier physiquement pénible nécessitant par exemple, des manutentions manuelles des charges, par rapport à une activité plus sédentaire.

L'Étude CECILE [27] menée en Côte d'Or et en Ille-et-Vilaine entre 2005 et 2008 a montré qu'un niveau d'éducation élevé, présentait un risque accru de développer un cancer du sein. Ce n'est pas ici la profession qui est en cause, mais le parcours professionnel de ces femmes avec une entrée retardée dans la vie active, après des études supérieures longues, et dont la première grossesse est tardive.

L'étude CECILE a mis également en évidence un lien possible entre le cancer du sein et le travail de nuit posté, qui a été reconnu comme probablement cancérigène par le Centre International de Recherche sur le Cancer en 2007 (concernant 15 % de la population de l'étude).

Dans notre étude, 17 % des femmes atteintes d'un cancer du sein, travaillaient en horaires atypiques (travail de nuit, travail en équipe, ...), et il existait une surreprésentation des PCS suivantes : cadres/professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires et employées, par rapport aux chiffres 2007 de l'emploi en Pays de La Loire de l'INSEE, donc à priori avec une entrée dans la vie active plus tardive, corroborant les résultats précédemment cités.

Cette étude présente néanmoins certains points faibles. Le premier biais pouvait-être comme dans toute étude rétrospective, ce qui concerne la mémoire et la précision des dates (qui est majoré parfois par les thérapeutiques). Un autre biais pourrait exister, concernant le niveau de compréhension du questionnaire, et on ne peut exclure que les personnes les plus défavorisées, en grande difficulté physique, morale, ou encore financière n'ont peut-être pas pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Le nombre peu important de répondantes n'ayant pas repris le travail pourrait-être également une des faiblesses de l'étude, mais cela s'explique peut-être par le fait que les femmes n'ayant pas repris d'activité professionnelle ne se sentait pas concernées par le questionnaire.

Néanmoins, dans notre étude, les données sont très proches de l'incidence du cancer du sein en France à ces âges (15,05 % entre 25 et 39 ans ; 55,5 % entre 40 et 49 ans ; et 29,45 % entre 50 et 55 ans [28], cf tableau I).

Le taux de réponse de 60,5 % sans relance et par voie postale est satisfaisant.

Des questions originales concernant la vie professionnelle ont été posées, permettant de travailler de nouvelles orientations, axées sur le maintien en emploi.

Le fait d'avoir étudié la situation 2 ans après le traitement, permettait d'avoir un recul suffisant pour limiter les difficultés en lien avec les traitements ou le cancer en soi, et de focaliser le questionnaire sur les facteurs socio-professionnels.

5. CONCLUSION

La prise en charge biomédicale est bien entendue nécessaire dans le cadre du cancer du sein, mais la prise en charge sociale et psychologique est également indispensable, permettant de faciliter la transition entre le monde du soin et celui du travail. Il s'est détaché de cette étude une catégorie de femmes plus à risque de présenter des difficultés quant à la reprise d'une activité professionnelle après un cancer du sein : à savoir les femmes jeunes (< 50 ans), célibataires, avec un faible niveau d'éducation et de faibles revenus. Ainsi, une aide et une information adaptée aux populations les moins favorisées socialement pourraient favoriser le retour à l'emploi.

Il manque un intervenant dans cette phase de transition auquel se référer, qu'il soit du milieu de soin ou du milieu social.

La consultation de pré-reprise et le rôle du médecin du travail doivent trouver leur place dans le parcours de soin des femmes atteintes de cancer du sein, afin d'engager le processus et de faciliter la reprise du travail, ou la poursuite de l'activité professionnelle durant le traitement, par des aménagements si nécessaire. Cela passe par l'information des salariées, mais aussi des médecins traitants et médecins conseils de la Sécurité Sociale, qui peuvent solliciter plus précocement la visite de pré-reprise. Favoriser la reprise du travail à temps partiel thérapeutique pourrait permettre d'évaluer les capacités réelles de certaines femmes ne se sentant pas prête au retour au travail. Il semble nécessaire de sensibiliser les équipes soignantes sur la place de la reprise du travail dans le parcours thérapeutique, ainsi que l'information du milieu professionnel, et un suivi adapté par le médecin du travail quant aux difficultés rencontrées à la reprise du travail et au maintien en emploi.

L'accès aux aides dont peuvent bénéficier les femmes, comme la RQTH, pourrait être accéléré dans le cas du cancer du sein, pourvoyeur de séquelles, afin de réduire les délais pour l'obtention de formations, ou d'aménagements de poste.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] InCA : Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides. Traitement : INCa 2013 [consulté le 24/08/14] ; consultable à l'URL : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/29-incidence-mortalite/84-cancer-sein/1-epidemiologie-du-cancer-du-sein-en-france-metropolitaine-incidence-et-mortalite.html#ind1>
- [2] Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France, Rapport 2010, InCA.
- [3] Réseau Francim. *Survie des personnes atteintes de cancer en France ; 1989-2007*
- [4] Bradley CJ. *Short-term effects of breast cancer on labor market attachment: results from a longitudinal study* ; J Health Econ. 2005 Jan;24(1):137-60.
- [5] Baril R. *Du constat à l'action : 15ans de recherche en réinsertion professionnelle des travailleurs au Québec* ; Pistes vol 4, 2 novembre 2002.
- [6] Waser A-M. *Travailler malgré un cancer, un privilège ?* ; Santé et travail n°66 Avril 2009.
- [7] Liliehorn S, Hamberg K, Kero A, Salander P. *Meaning of work and the returning process after breast cancer : a longitudinal study of 56 women* ; Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2012 june 7.
- [8] Roelen C.A, Koopmans P.C, De Graaf J.H, Balak F, Groothoff J.W, *Sickness absence and return to work rates in women with breast cancer* ; Int Arch Occup Environ Health. 2009 Mar;82(4):543-6.
- [9] DREES mai 2006 n° 487. *Situation professionnelle et difficultés économiques des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic.*
- [10] Fantoni S. *Le retour au travail après un cancer du sein : à partir d'une enquête rétrospective chez 386 patientes* ; Journée de Recherche en Santé Publique du 11 décembre 2008 CHRU de Lille.
- [11] Plan Cancer II : Vivre pendant et après un cancer, 2009-2013, InCA.
- [12] Plan Cancer III : Guérir et prévenir les cancers, 2014-2019, InCA.
- [13] Peugniez C, Fantoni S, Leroyer A, Skrzypczak J, Duprey M, Bonnetterre J. *Return to work after treatment for breast cancer: single center experience in a cohort of 273 patients*; Bulletin du cancer vol 98, 7 juillet 1998.
- [14] Tiedtke C, De Rijk A, Donceel P, Christiaens M-R et Dierckx de Casterlé B. *Survived but feeling vulnerable and insecure: a qualitative study of the mental preparation for RTW after breast cancer treatment* ; Biomed central Public Health 2012 12:538.

- [15] Foo Lan Tan F, Siew Yim Loh, TinTin Su, Veloo V-W et Lee Luan Ng. *RTW in multi-ethnic breast cancer survivors – a qualitative Inquiry* ; Asian pacific Journal Cancer Prev, 2012 Vol 13, 5791-5797.
- [16] Rollin L et Gehanno J-F. *Research on return to work in European Union countries*; Occupational Medecine, January 12, 2012 Volume 62, pages 210-215.
- [17] Eichenbaum-Voline, Malavolti L, Paraponaris A, Ventelou B. *Cancer et activité professionnelle*, Revue de l'OFCE janvier 2008 : 105-134.
- [18] Noeres D, Park-Simon T-W, Grabow J, Sperlich S Koch-Gießelmann H, Jaunzeme J et al. *Return to work after treatment for primary breast cancer over a 6-year period: results from a prospective study comparing patients with the general population* ; Support care cancer 2013.
- [19] Rick O, Kalusche E-M, Dauelsberg T, König V, Korsukéwitz C, Seifart U. *Reintegrating cancer patients into the workplace* ; Deutsches Arzteblatt International 2012, 109(42): 702-8.
- [20] De Boer A, Taskila T, Ojajärvi A, Dijk FJH, Verbeek JHAM. *Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression* ; JAMA February 18, 2009, vol 301 n°7.
- [21] Asselain D, Belin L, Le Bihan S, Stakowski H, Asselain B, Bourillon M-F. *Difficultés rencontrées lors de la reprise du travail après un cancer du sein* ; Archives de Maladies Professionnelles et de l'Environnement 72 (2011) 585-597.
- [22] Derzelle M. *Annoncer la fin des traitements ?* In: Bacqué MF (sous la dir) *Annoncer un cancer*. Springer 2011, Paris.
- [23] Nilsson Olsson M, Wennman-Larsen A, Peterson L-M, Alexanderson K. *Women's reflections and actions regarding working after breast cancer surgery – a focus group study* ; Psycho-oncology 2013 Jul;22(7):1639-44.
- [24] Chassaing K. *Travailler avec un cancer : Regards croisés sur les dispositifs d'aménagement des conditions de travail et sur les ressources mobilisées pour tenir ensemble travail et santé* ; Rapport janvier 2009 du Centre d'Etudes de l'Emploi.
- [25] De Blasi G, Bouteyre E, Rollin L. *Consultation pluridisciplinaire d'aide à la reprise du travail après un cancer : psychopathologie de la rémission et retour à l'emploi* ; Psycho-oncology (2011) 5 : 40-44.
- [26] Drolet M, Maunsell E, Brisson J, Brisson C, Mâsse B, Deschênes L. *Not working 3 years after breast cancer: Predictors in a population based study* ; Journal of clinical oncology (2005 nov 20) vol 23: 8305-8312.
- [27] P. Guénel. *Etude CECILE (Cancer du sein En Côte d'Or et Ille-et-Vilaine et Environnement) Travail de nuit et cancer du sein*, Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 2012 vol 73, 547-548.

- [28] Incidence prévisionnelle du cancer du sein en 2013, InCA.
- [29] Headayati E, Johnsson A, Alinaghizadeh H, Schedin A, Nyman H, Albertsson M. *Cognitive, psychosocial, somatic and treatment factors predicting return to work after breast cancer treatment* ; Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2012 August 2.
- [30] Carlsen K, Jensen A-J, Rugulies R, Christensen J, Bidstrup P-E, Johansen C et al. *Self-reported work ability in long term breast cancer survivors. A population-based questionnaire study in Denmark* ; Acta oncology, 2013 February.
- [31] Drolet M, Maunsell E, Brisson J, Brisson C, Mâsse B, Deschênes L. *Work absence after breast cancer diagnosis : a population based study* ; CMAJ (2005 sept 27) 173.
- [32] Nilsson M, Olsson M, Wennman-Larsen A, Peterson L-M, Alexanderson K. *Return to work after breast cancer: women's experiences of encounters with different stakeholders* ; European Journal of Oncology Nursing vol 15 (2011) 267-274.
- [33] Mette Terp Hoybye et al. *Research in Danish cancer rehabilitation: social characteristics and late effects of cancer among participants in the FOCARE research project*; Acta Oncologica (2008) 47: 47-55.
- [34] Dorval M, Maunsell E, Brisson J, Mâsse B, Deschênes L. *Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls* ; Journal of Clinical Oncology 1998 Feb;16(2):487-94.
- [35] Alice B. Kornblith et al. *Long-Term Adjustment of Survivors of Early-Stage Breast Carcinoma, 20 Years after Adjuvant Chemotherapy* ; CANCER August 15, 2003 / Volume 98 / Number 4.
- [36] Mary S, McCabe RN, Faithfull S, Makin W, Wengstrom Y. *Survivorship Programs and Care Planning*, Cancer juin 2013;119(11 suppl) : 2179-86.
- [37] Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A.S, Bossard N. *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides*. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2013. 122 p.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques socioprofessionnelles de la population étudiée en fonction de la reprise ou non d'une activité professionnelle.

Tableau II : Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) des patientes au moment du diagnostic

Tableau III : Traitements reçus en fonction de la reprise ou non du travail

Tableau IV : Synthèse des facteurs favorisant et limitant la reprise du travail



TABLES DES MATIERES

1. Introduction.....	page 8
2. Matériel et méthodes.....	page 9
2.1 Population étudiée.....	page 9
2.2 Questionnaire.....	page 10
2.3 Recrutement.....	page 11
2.4 Analyse statistique.....	page 11
2.5 Considérations éthiques.....	page 11
3. Résultats.....	page 12
3.1 Description de la population.....	page 12
3.2 Facteurs influençant le retour au travail.....	page 14
3.3 Outils du maintien en emploi.....	page 16
3.4 Traitements.....	page 17
3.5 Représentations du travail vis-à-vis de la maladie.....	page 18
4. Discussion.....	page 19
5. Conclusion.....	page 27
BIBLIOGRAPHIE.....	page 28
LISTE DES TABLEAUX.....	page 31
TABLE DES MATIERES.....	page 32
ANNEXE.....	page 33

ANNEXE 1



**ETUDE DU PARCOURS PROFESSIONNEL
DE L'APRES CANCER**

Questionnaire d'enquête



**A LIRE ATTENTIVEMENT
avant de commencer à répondre**

PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est composé de plusieurs parties qui s'intéressent à différents aspects de votre situation personnelle et professionnelle. Ces informations nous sont utiles pour comprendre vos conditions de vie et de travail.

Nous vous demandons d'essayer de répondre à toutes les questions. Si vous éprouvez des difficultés face à certaines questions, veuillez donner la réponse qui vous paraît la plus proche de ce que vous pensez ou ressentez.

Nous vous rappelons que le traitement des réponses que vous fournissez s'effectue de manière confidentielle et anonyme.

NOTE D'INFORMATION "INFORMATIQUE ET LIBERTES"

Les responsables du traitement des données sont Monsieur Matthieu GUITTARD et Madame le Docteur Audrey PETIT, du Centre de consultation de pathologie professionnelle du CHU d'Angers (Université d'Angers). Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à Monsieur GUITTARD.

Vous pouvez également, si vous le souhaitez, vous opposer au traitement des données vous concernant.

SITUATION AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

Quel est votre date de naissance : _____

De quels traitements anti-cancer avez-vous bénéficié? (une ou plusieurs réponses)

- Ablation totale du sein
- Ablation de la tumeur avec respect du sein
- Curage ganglionnaire de l'aisselle
- Radiothérapie
- Chimiothérapie
- Hormonothérapie

Quelle est la date de l'annonce du diagnostic de cancer du sein ? (mois/année) _____/_____

A quelle date votre traitement a-t-il pris fin? (en dehors de l'hormonothérapie)_____

Au moment du diagnostic, vous étiez (cochez une seule case) :

- Apprenti/stagiaire, en contrat de formation, ou emploi en alternance
- Intérimaire / contrat saisonnier
- Contrat à durée déterminée (CDD) ou autre emploi à durée limitée
- Emploi sans limite de durée (CDI)
- Agent à statut (Sncf, Edf, etc...)
- Fonctionnaire (stagiaire ou titulaire)
- Indépendant
- Sans profession
- Au chômage

Quel était votre métier ? _____

Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu?_____

Quelle était votre ancienneté dans le poste ? _____ ans

Quelle était votre ancienneté dans l'entreprise ? _____ ans

Nombre approximatif de salariés dans l'entreprise : _____

Quel était votre emploi du temps de travail ?

- Plein temps
- Temps partiel : choisi non choisi

Nombre d'heures travaillées par semaine : _____ heures

Aviez-vous des horaires atypiques ? (travail en équipe, de nuit, ...)? Oui Non

Un(e) autre/d'autres collègue(s) ont-ils été dans le même cas que vous auparavant dans cette entreprise ? Oui Non Ne sais pas

Quelle était votre situation personnelle au moment du diagnostic ?

- Célibataire
- En couple
- Séparée / Divorcée
- Veuve

Nombre d'enfants à charge : _____

Profession du conjoint : _____

SITUATION AU COURS DU TRAITEMENT

Avez-vous été en arrêt partiel ou complet de votre activité professionnelle pendant le traitement du cancer?

- Non
- Arrêt maladie
- Temps partiel thérapeutique (mi-temps thérapeutique,...)

Si vous avez continué votre activité professionnelle, y a t'il eu des aménagements de vos conditions de travail ?

- Aménagement du temps de travail / des horaires
- Aménagement des tâches
- Télétravail
- Aucun
- Autre : _____

De quelle manière votre absence a-t'elle été gérée, par votre employeur ?

- Attente du retour / non remplacée
- Embauche d'une personne en emploi temporaire
- Répartition de la charge de travail entre les collègues
- Autre : _____
- Ne sais pas

Avez-vous gardé contact avec votre emploi pendant le traitement ?

(collègues, supérieur, chef d'entreprise, DRH)

- Oui
- Non

Quels intervenants avez-vous rencontré au cours du cancer ? (une ou plusieurs réponses)

- Médecin traitant
- Médecin du travail
- Psychiatre / psychologue
- Médecin conseil de la sécurité sociale
- Infirmière de l'entreprise
- Assistante sociale
- Association de patient

SITUATION SOCIOPROFESSIONNELLE ACTUELLE

Si vous avez repris le travail après votre maladie, répondez aux questions PARTIE 1
Si vous n'avez pas repris le travail après votre maladie, répondez aux questions PARTIE 2

PARTIE 1 : Reprise de votre emploi (si ce n'est pas le cas, passez à la PARTIE 2)

1- Dans quel délai avez-vous repris le travail, après la fin du traitement ? _____ mois

Avez-vous repris à temps partiel thérapeutique? (mi-temps thérapeutique,...)

Non Oui, pendant combien de temps? _____ mois

2- Avez-vous repris au même poste de travail dans l'entreprise ?

OUI, avec :

- Aménagement des horaires
- Réduction du temps de travail
- Aucun aménagement

NON, car :

- Aménagement des tâches/du poste
- Reclassement professionnel dans l'entreprise
- Mutation
- Télétravail
- Aucune mesure
- Refus d'adaptation du poste
- Autre, Précisez : _____

3- Votre poste est-il toujours compatible avec votre état de santé ?

Oui Non

4- Avez-vous rencontré des difficultés à la reprise de votre emploi?

(une ou plusieurs réponses)

- Difficultés dans le travail liées aux séquelles de la maladie (fatigue, gros bras, effets des traitements,...)
- Difficultés psychologiques (émotionnelles, anxiété, dépression,...)
- Difficultés liées aux absences pour suivi médical / nouveaux arrêts maladie
- Difficultés d'adaptation à l'évolution du métier (évolution des techniques, de l'organisation du travail,...)
- Difficultés d'adaptation à une nouvelle équipe/un nouveau secteur
- Sentiment d'inefficacité ou de moindre efficacité
- Autres (précisez) _____

5- Vous avez repris votre travail car ? (une ou plusieurs réponses)

- La vie professionnelle me manquait
- Il m'était indispensable de reprendre le travail, sur quel plan? _____
- Je ne m'imaginai pas sans travailler
- J'avais peur d'être au chômage
- Pour ne pas ruminer
- Pour me sentir utile
- Pour garder des liens avec le monde du travail /les collègues
- Pour ne pas subir de perte de revenu
- Pour être occupée

6- Les éléments suivants ont-ils représenté un obstacle à votre reprise ?

(une ou plusieurs réponses)

- Les personnes de votre entourage (famille, amis) pensaient que votre retour au travail n'était pas une bonne idée
- Les emplois dans votre entreprise sont instables (roulement du personnel important,...)
- Vous aviez peur d'être surchargée dès les premiers jours de votre retour au travail
- Vous aviez peur de l'absence d'accompagnement à la suite de votre retour au travail
- Vous aviez peur d'un manque de compréhension de vos supérieurs vis-à-vis d'une baisse temporaire de votre productivité
- L'absence de mesures d'aménagement (horaires, rendement,...) dans votre milieu de travail
- Vous aviez peur de perdre votre emploi si vos supérieurs considéraient que vous n'étiez pas à 100% de vos capacités
- Vous aviez peur de vous sentir obligée de révéler les motifs de votre absence à vos collègues de travail, vos supérieurs
- Votre médecin traitant pensait que vous n'étiez pas prête à retourner au travail

7- Après la reprise du travail, avez-vous rencontré des difficultés au travail en lien avec votre maladie ?

- Oui Non

8- Votre état de santé a-t'il nécessité d'être en arrêt de travail après le retour à votre poste ?

- Oui Non

Si vous avez repris le travail après votre maladie, passez directement à la question n° 15

PARTIE 2 : Pas de reprise d'une activité professionnelle

9- Depuis combien de temps êtes-vous en arrêt de travail? _____ mois

10- Vous n'avez pas repris le travail, vous êtes :

- Sur le même poste
- En formation. Laquelle? _____
- Vous avez démissionné
- Vous avez été licenciée
- Vous étiez en fin de contrat
- Vous souhaitez changer d'emploi.
→ Dans le même secteur qu'auparavant Oui Non

11- Quels sont vos revenus actuellement?

- Indemnités Journalières (arrêt maladie)
- Rente
- Invalidité : Catégorie 1 Catégorie 2
- Retraite anticipée
- Pré-retraite
- Congés longue maladie
- Chômage

12- Quels sont les motifs de votre non reprise de travail ? (une ou plusieurs réponses)

- Je ne souhaite pas retourner au travail
- J'apprends, j'ai peur/j'ai des craintes à retourner au travail
- La charge physique à mon poste de travail excède mes capacités actuelles
- J'avais le désir de faire une réorientation professionnelle
- Je présente une faible motivation, un manque d'intérêt à reprendre le travail

13- Les éléments suivants représentent-ils des obstacles à votre retour au travail ?

(une ou plusieurs réponses)

- Les personnes de votre entourage (famille, amis) pensent que votre retour au travail n'est pas une bonne idée
- L'instabilité des emplois dans votre entreprise (roulement du personnel important)
- Vous avez peur d'être surchargée dès les premiers jours de votre retour au travail
- Vous avez peur de l'absence d'accompagnement à la suite de votre retour au travail
- Vous avez peur du manque d'ouverture de vos supérieurs vis-à-vis d'une baisse temporaire de votre productivité
- L'absence de mesures d'aménagement (horaires, rendement,...) dans votre milieu de travail
- Vous avez peur de perdre votre emploi si vos supérieurs considéraient que vous n'êtes pas à 100% de vos capacités
- Vous avez peur de vous sentir obligée de révéler les motifs de votre absence à vos collègues de travail, vos supérieurs
- Votre médecin traitant pense que vous n'êtes pas prête à retourner au travail

14- Avec quelle(s) affirmation(s) vous sentez-vous en accord? (une ou plusieurs réponses)

- La vie professionnelle me manque / Je ne m'imagine pas sans travailler
- J'ai peur d'être au chômage
- Je souhaite me sentir utile
- Je souhaite garder des liens avec le monde du travail /les collègues
- Je souhaite reprendre le travail pour ne pas subir de perte de revenu

[15- Votre poste est-il toujours compatible avec votre état de santé ? :

- Oui Non]

16- Quelles ont été les conséquences de votre cancer sur votre carrière professionnelle ?

(une ou plusieurs réponses)

- Aucune
- Changement de poste non désiré
- Travail moins intéressant / perte de responsabilités / perte d'autonomie dans le travail
- Licenciement
- Discrimination à l'embauche
- Fin de contrat non renouvelé
- Refus d'augmentation de salaire ou de promotion
- Écart de rémunération
- Suppression de primes
- Remise en cause d'une titularisation/d'une embauche
- Autre : _____

17- Avez vous rencontré des difficultés financières liées à votre maladie ?

- Oui Non

18- De quelles mesures d'aide avez-vous bénéficié ? (une ou plusieurs réponses)

- Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé
 Contrat de Retour à l'Emploi
 Bilan de compétence
 Formations
 Aucune
 Autre

19- Avez-vous abordé la question du retour au travail durant votre traitement?

- Oui Non

si OUI, avec qui avez-vous abordé cette question ? _____

si NON, pour quelle raison? _____

20- Avez-vous bénéficié d'une visite médicale de pré-reprise avec le médecin du travail ?

- Oui
 Non, pour quelle raison : Je n'en connaissais pas l'existence
 Je ne le voulais pas

21- Selon vous, quel est le moment idéal pour aborder la question du retour au travail ?

- Pendant le traitement
 A la fin du traitement
 6 mois après la fin du traitement
 1 an après la fin du traitement
 A un autre moment : _____

23- Avez-vous parlé de votre maladie dans le milieu professionnel ?

Si OUI (une ou plusieurs réponses) :

- Au médecin du travail
 A l'employeur, DRH, PDG
 Au supérieur hiérarchique
 A un ou des collègue(s)
 A un(e) collègue qui a vécu la même situation

24- Selon vous, est-il complexe de garder son emploi après un cancer ?

- Oui Non

25- Prenez-vous actuellement un traitement médical ?

- Non Oui, citez les médicaments : _____
-

