



Comment faciliter le retour au travail après la survenue d'un cancer

Aymeric Descamps

► To cite this version:

Aymeric Descamps. Comment faciliter le retour au travail après la survenue d'un cancer. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01886908

HAL Id: dumas-01886908

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01886908>

Submitted on 3 Oct 2018

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.

Comment faciliter le retour au travail après la survenue d'un cancer ?

T H È S E A R T I C L E

**Présentée et publiquement soutenue devant
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

Le 18 Octobre 2017

Par Monsieur Aymeric DESCAMPS

Né le 14 juin 1989 à Meaux (77)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE DU TRAVAIL

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur LEUCHER-MICHEL Marie-Pascale

Président

Madame le Professeur DUFFAUD Florence

Assesseur

Monsieur le Professeur SAMBUC Roland

Assesseur

Madame le Docteur CAUSSIN-BOSREDON

Assesseur

Comment faciliter le retour au travail après la survenue d'un cancer ?

T H È S E A R T I C L E

**Présentée et publiquement soutenue devant
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

Le 18 Octobre 2017

Par Monsieur Aymeric DESCAMPS

Né le 14 juin 1989 à Meaux (77)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE DU TRAVAIL

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale

Président

Madame le Professeur DUFFAUD Florence

Assesseur

Monsieur le Professeur SAMBUC Roland

Assesseur

Madame le Docteur CAUSSIN-BOSREDON

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiatisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

	FIECHI Marius	PENE Pierre
	FIGARELLA Jacques	PIANA Lucien
	FONTES Michel	PICAUD Robert
	FRANCOIS Georges	PIGNOL Fernand
	FUENTES Pierre	POGGI Louis
	GABRIEL Bernard	POITOUT Dominique
	GALINIER Louis	PONCET Michel
MM	POYEN Danièle	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RICHAUD Christian	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jean-Claude	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SERMENT Gérard	
	SERRATRICE Georges	
	SOULAYROL René	
	STAHL André	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THOMASSIN Jean-Marc	
	UNAL Daniel	
	VAGUE Philippe	
	VAGUE/JUHAN Irène	
	VANUXEM Paul	
	VERVLOET Daniel	
	VIALETES Bernard	
	VIGOUROUX Robert	
	WEILLER Pierre-Jean	

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs

DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs

MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs

O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs

P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs

C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président

F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs

A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs

H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur

W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs

S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs

E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre		
Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre		
Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
		LE TREUT Yves-Patrice
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
		LEHUCHER-MICHEL Marie-
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
		MARANINCHI Dominique
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
		METZLER/GUILLEMAIN
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent
ANDRE Nicolas
ANGELAKIS Emmanouil
ATLAN Catherine
BACCINI Véronique
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole

CHAUDET Hervé
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud Disponibilité
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikael

FABRE Alexandre
FOUILLOUX Virginie
FRERE Corinne
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GAUDY/MARQUESTE Caroline
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GREILLIER Laurent
GRISOLI Dominique
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
JOURDE CHICHE Noémie
KASPI-PEZZOLI Elise
KRAHN Martin
L'OLLIVIER Coralie

LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude
LAGIER Jean-Christophe
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu

MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OUDIN Claire
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
SOULA Gérard
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
TROUSSE Delphine
VALLI Marc
VELLY Lionel
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINAH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAÏM Caroline
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite
octobre 2016)
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna

DESNUES Benoît
LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme

STEINBERG Jean-Guillaume
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)	ADALIAN Pascal (PR) DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
LAGIER Aude (MCU-PH)	
THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)	
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)	CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique (MCU-PH)	ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)
	CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
ALBANESE Jacques (PU-PH) AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre BRUDER Nicolas (PU-PH) KERBAUL François (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre MICHEL Fabrice (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH) PAUT Olivier (PU-PH)	BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) ENJALBERT Alain (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH) VELLY Lionel (MCU-PH)	BUFFAT Christophe (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHIEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BERAUD/JUVEN Evelynne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
FRERE Corinne (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAÏM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
DELARQUE Alain (PU-PH)

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

EBBO Mikael (MCU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre
LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803 BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	PHILOSOPHIE 17
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
PEDIATRIE 5401	PHYSIOLOGIE 4402
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH)	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
ANDRE Nicolas (MCU-PH)	BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Au Professeur Lehucher-Michel pour avoir accepté de présider ce jury de thèse.

Au Professeur Duffaud, au Professeur Sambuc et au Docteur Caussin-Bosredon pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse et juger ce travail.

A mes parents pour leur soutien incommensurable et leur confiance tout au long de mes études.

A mes grands-parents et Nounou, partis trop vite, pour tout l'amour et le courage qu'ils m'ont donné depuis l'enfance.

A mamie Claire, Lulu et Katy, qui m'ont toujours suivi malgré la distance.

A Paul et Elisa, croisés en amphi de première année.

A l'ensemble du personnel de la MDPH, du service de médecine du travail Airbus Helicopters et du GIMS notamment les centres Valentine et Joliette.

A mes co-internes, pour tous ces moments que l'on a pu partager ensemble.

A toutes celles et ceux que j'ai oubliés mais qui se reconnaîtront !

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX	page 2
INTRODUCTION	page 3
METHODE	page 4
RESULTATS	page 6
DISCUSSION	page 13
CONCLUSION	page 18
BIBLIOGRAPHIE	page 19
ANNEXE	page 23

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :

Comparaison des variables socioprofessionnelles, thérapeutique (chimiothérapie) et d'implication des patients dans leur reprise du travail (T) selon le délai après le diagnostic ($<$ ou ≥ 1 an)

Tableau 2 :

Comparaison des variables socioprofessionnelles, thérapeutique (chimiothérapie) et de l'implication des patients dans leur retour au travail selon le maintien ou non de l'activité professionnelle

Tableau 3 :

Comparaisons des variables socioprofessionnelles, thérapeutique (chimiothérapie) et d'implication des patients dans leur retour au travail selon le changement ou non d'employeur

Tableau 4 :

Comparaisons des variables socioprofessionnelles, thérapeutique (chimiothérapie) et d'implication des patients dans leur retour au travail selon le changement ou non des conditions de travail

Tableau 5 :

Comparaisons des variables socioprofessionnelles, thérapeutiques et d'implication des patients dans leur retour au travail selon leur souhait ou non de s'éloigner du travail (T)

INTRODUCTION

Chaque année en France, environ 100 000 personnes affectées par un cancer sont en situation d'emploi au moment du diagnostic.¹ Il existe une amélioration de la survie des patients atteints de cancers. A la fin des années 2000, 94% des patients traités pour un cancer de la prostate pouvaient espérer vivre au moins 5 ans après le diagnostic contre 72% au début des années 1990. Ces chiffres étaient de 87% contre 80% pour le cancer du sein, de 17% contre 13% pour le cancer du poumon et de 63% contre 54% pour le cancer colorectal.²

Pourtant selon l'Institut National du Cancer (INCa), la situation professionnelle des personnes affectées par cette maladie s'est dégradée considérablement au cours de ces dernières années. Deux ans après le diagnostic, le taux d'activité de ces sujets en âge de travailler est passé de 88,2% en 2010 à 79,9% en 2012. De plus, comparé à la population générale, leur taux d'emploi est plus faible (61,3% versus 75,3%) et leur taux de chômage plus élevé (11,1% versus 10%). Parmi les personnes qui ont perdu leur emploi, près de 92% l'ont perdu dans les 15 mois qui ont suivi le diagnostic et parmi les personnes qui étaient au chômage au moment du diagnostic, seules 30% ont trouvé un emploi deux ans après le diagnostic.³

Le Plan cancer III 2014-2019 fait du retour à l'emploi une priorité et fixe pour objectif, d'ici 2020, d'augmenter de 50% les chances de retour à l'emploi deux ans après le diagnostic des personnes atteintes d'un cancer par rapport à celles n'ayant pas de cancer.⁴

De multiples études se sont intéressées au taux et au délai de reprise du travail de salariés après la survenue d'un cancer.⁵⁻¹³ L'employeur, les collègues et le médecin du travail sont a priori des acteurs clés pour favoriser le retour au travail dans de bonnes conditions d'un salarié longtemps absent pour un cancer.^{8,14-16} Toutefois ce dernier peut avoir un rôle à jouer dans son maintien dans l'emploi en tant qu'acteur de sa santé au travail dans l'entreprise. A notre connaissance peu d'études se sont intéressées aux modalités d'implication du patient susceptibles de faciliter ce retour au travail.¹⁷

La présente investigation a pour but d'évaluer si la propre implication du salarié survivant d'un cancer dans la préparation de son retour au travail a un impact sur les conditions de sa reprise.

METHODE

Type d'étude et population

Une étude transversale a été conduite en 2013 dans le Sud-est de la France (région de Provence-Alpes-Côte d'Azur) auprès de travailleurs survivants d'un cancer âgés d'au moins 18 ans ayant repris une activité professionnelle dans les secteurs de l'industrie et du tertiaire. La participation à l'enquête a été proposée à la totalité des 55 médecins du travail d'un service de santé au travail interentreprises. Chacun des médecins devait inclure les sujets survivants, 7 au maximum, les ayant consultés et ayant repris le travail dans les 3 années antérieures. La participation à l'enquête des médecins était libre et anonyme.

Le retour au travail a été défini comme une reprise à temps plein ou à temps partiel, avec les mêmes responsabilités qu'antérieurement ou moindre, sur un poste identique ou différent de celui précédemment occupé.¹⁸

Conception du questionnaire auto-administré

L'auto-questionnaire a exploré les modalités du retour à l'emploi (5 items), les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles (9 items), les caractéristiques médicales (9 items), les modalités d'annonce de la maladie au travail (20 items), l'interlocuteur auprès de qui des demandes de conseil ont été effectuées (7 items), les dispositions prises pour maintenir le contact avec le travail (26 items) et les modalités de reprise du travail (19 items).

Ces questions ont été créées suite à la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon tiré au sort de travailleurs survivants d'un cancer. Ces entretiens ont été menés par une psychologue auprès de 6 travailleurs selon deux facteurs de confusion : le genre et la catégorie professionnelle (cadre, employé, profession intermédiaire). Les entretiens se sont focalisés sur l'impact de la maladie sur la vie professionnelle, le vécu de la maladie dans le contexte professionnel et les éléments qui facilitent le retour au travail. Le contenu des entretiens a été analysé en utilisant une grille de thématiques pré-identifiées puis revues par les membres du groupe de pilotage de l'étude pour s'assurer de la clarté et de la cohérence des questions.

Collecte des données

L'auto-questionnaire et une lettre d'information ont été remis par le médecin du travail à chaque sujet inclus lors de leur visite de suivi médical.

La participation des sujets était volontaire et anonyme, en accord avec la loi du 6 Aout 2004. La collecte de données a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL; N° de déclaration: 1353422). Le questionnaire était à retourner de manière anonyme par voie postale à la psychologue co-investigatrice de l'étude. Aucun rappel n'a pu être effectué compte tenu de l'anonymat.

Procédure d'analyse des données

L'analyse statistique descriptive a été réalisée avec le logiciel « Statistical Package for the Social Sciences » (SPSS) version 20. Les variables quantitatives ont été décrites en utilisant les moyennes et les écart-types, et les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages.

Dans un premier temps, des analyses statistiques univariées ont été réalisées. Les variables qualitatives ont été comparées entre elles par le test du Chi² de Pearson, les variables qualitatives et quantitatives ont été comparées par le test de Student. Dans un second temps, des analyses multivariées ont été conduites afin de contrôler les facteurs de confusion identifiés par des analyses univariées ($p < 0,2$) et les variables fixes d'ajustement (genre, âge, vie en couple, groupe socio- professionnel, chimiothérapie). Une régression logistique a été utilisée pour les variables qualitatives à expliquer. La qualité d'ajustement du modèle a été estimée à l'aide du test de Hosmer-Lemeshow. L'odds ratio ajusté (ORa) et son intervalle de confiance à 95% (IC95%) ont été utilisés pour interpréter les résultats. Si l'IC95% contient 1, il n'y a pas de différence significative. Si l'ORa était >1 ou <1 , la variable explicative est statistiquement plus ou moins fréquente dans le premier groupe. Plus l'ORa est éloigné de 1, plus l'effet du facteur est significatif. Les tests statistiques étant réalisés en situation bilatérale, les valeurs de p inférieures à 0,05 sont considérées comme significatives. Seuls les résultats afférents aux variables d'ajustement, aux facteurs de confusions et aux variables d'implication du patient statistiquement associés aux modalités de retour à l'emploi ont été reportés dans des tableaux.

RESULTATS

Parmi les 105 personnes qui ont rempli le questionnaire, 81,1% étaient des femmes. L'âge moyen au moment de la reprise était de 46,8 ans ($\pm 7,98$).

Les groupes socioprofessionnels (GSP) représentés étaient les employés de bureau (58,0%), les cadres (22,0%), les ouvriers (7,0%), les professions intermédiaires (7,0%) et divers GSP (6,0%).

Les sujets étaient survivants d'un cancer du sein dans 56,4% des cas. Les autres étaient des survivants de cancers de la sphère cutanée et hématologique (12,9%), de l'étage intra- thoracique ou au- dessus (12,9%), de l'étage pelvien (9,9%) et de l'étage abdominal (7,9%).

Les résultats des comparaisons des variables socioprofessionnelles, thérapeutiques et d'implication des patients dans leur reprise du travail selon le délai après le diagnostic (<1 an ou ≥ 1 an) apparaissent au tableau 1. Le délai moyen de reprise du travail après le diagnostic du cancer de l'échantillon était de 1,68 an ($\pm 1,70$). Ce délai de reprise n'est pas significativement associé au genre, à l'âge, à la situation maritale et au groupe socioprofessionnel. Les patients qui se sont rendus régulièrement dans les locaux de l'entreprise durant l'arrêt de travail sont plus nombreux à avoir repris le travail moins de 1 an après le diagnostic (ORa=5,78). Les patients dont le traitement intègre de la chimiothérapie sont moins nombreux à avoir repris le travail moins de 1 an après le diagnostic (ORa=0,117).

Le tableau 2 présente les résultats des comparaisons des différentes variables socioprofessionnelles, thérapeutiques et d'implication des patients dans leur retour au travail selon le maintien ou non de la même activité professionnelle. Le genre, l'âge, la situation maritale et la chimiothérapie ne sont pas associés significativement à la reprise de la même activité professionnelle ou au changement d'activité. Les employés de bureau déclarent moins souvent avoir conservé leur activité professionnelle (ORa=0,123) que les cadres ou autres GSP. Les patients qui ont rencontré leur médecin du travail lors d'une visite de pré-reprise sont plus nombreux à avoir repris la même activité professionnelle (ORa=2,30).

Les résultats des comparaisons des variables socioprofessionnelles, thérapeutiques et d'implication des patients dans leur retour au travail selon le changement ou non d'employeurs sont décrits au tableau 3. Le fait de changer d'employeur n'est pas significativement associé au genre, à l'âge, au groupe socioprofessionnel ou à la

chimiothérapie. Les patients vivant en couple sont plus nombreux à ne pas avoir changé d'employeur ($ORa=10,4$). Les patients qui ont rencontré leur médecin du travail lors d'une visite de pré-reprise sont plus nombreux à ne pas avoir changé d'employeur ($ORa=2,56$).

Les résultats des comparaisons des différentes variables socioprofessionnelles, thérapeutiques et d'implication des patients dans leur retour au travail selon le changement ou non de leurs conditions de travail sont exposés au tableau 4. Le genre, l'âge, le groupe socioprofessionnel et la chimiothérapie ne sont pas significativement associés à un changement de conditions de travail. Les patients qui ont demandé une adaptation du traitement à la vie professionnelle sont plus nombreux à avoir changé de conditions de travail ($ORa=14,5$). Les patients qui ont bénéficié d'un mi-temps thérapeutique sont plus nombreux à avoir bénéficié d'un aménagement de poste ($ORa=125,0$).

Le tableau 5 compare les différentes variables socioprofessionnelles, thérapeutiques et d'implication des patients dans leur retour au travail selon qu'ils aient souhaité ou non s'éloigner du travail. Le genre, l'âge, la situation maritale, le groupe socioprofessionnel et le traitement par chirurgie ou radiothérapie ne sont pas associés significativement au souhait d'éloignement du travail. Les patients ayant reçu un traitement par chimiothérapie sont plus nombreux à avoir souhaité s'éloigner du travail ($ORa=0,214$). Les patients ayant rapidement annoncé à leur employeur le diagnostic de cancer sont plus nombreux à ne pas avoir souhaité s'éloigner du travail ($ORa=7,46$).

Tableau 1. Comparaison des variables socioprofessionnelles, thérapeutique (chimiothérapie) et d'implication des patients dans leur reprise du travail (T) selon le délai après le diagnostic (< ou $\geq$ 1 an)

	Reprise du T< 1 an après le diagnostic N(%)	Reprise du T $\geq$ 1 an après le diagnostic N(%)	p-univarié	p-multivarié*	Odds ratio ajusté (ORa)**
Femmes (a)	33 (80,5%)	39 (84,8%)	0,777	–	–
Age (années) (m$\pm$SD) (b)	46,9 $\pm$ 7,93	46,6 $\pm$ 8,28	0,849	–	–
Vie en couple (a)	29 (70,7%)	34 (73,9%)	0,812	–	–
- Employés	23 (56,1%)	25 (55,6%)			
- Cadres	9 (22,0%)	13 (28,9%)	0,644	–	–
- Autres GSP(b)	9 (22,0%)	7 (15,6%)			
Chimiothérapie (a)	19 (46,3%)	39 (84,8%)	<0,001	0,006	0,117 [0,025-0,535]
Visite régulière dans l'entreprise durant l'arrêt de travail(c)	13 (61,9%)	7 (29,2%)	0,027	0,021	5,78 [1,30-25,6]

Valeurs manquantes : a=18 ; b=19 ; c=60

* Le modèle multivarié inclut les variables fixes d'ajustement et les facteurs de confusion qui présentent un p-univarié<0,2

** ORa mesure le degré de dépendance des variables. Plus l'ORa est éloigné de 1, plus l'effet de la variable explicative est important

Tableau 2. Comparaison des variables socioprofessionnelles, thérapeutique (chimiothérapie) et de l'implication des patients dans leur retour au travail selon le maintien ou non de l'activité professionnelle

	Reprise de la même activité professionnelle N(%)	Changement d'activité professionnelle N(%)	p-univarié	p-multivarié*	Odds ratio ajusté (ORa)**
Femmes (a)	66 (80,5%)	12 (100%)	0,120	0,998	—
Age (années) (m±SD) (b)	47,5±7,91	41,9±6,72	0,027	0,106	—
Vie en couple (a)	60 (73,2%)	9 (75,0%)	0,893	—	—
- Employés	44 (53,7%)	11 (91,7%)			0,123
- Cadres	20 (24,4%)	1 (8,3%)	0,041	0,043	[0,016-0,935]
- Autres GSP (a)	18 (22,0%)	0			
Chimiothérapie	53 (64,6%)	9 (75,0%)	0,745	—	—
Rencontre du médecin du travail avant la reprise de l'activité (visite de pré-reprise) (a)	48 (58,5%)	2 (16,7%)	<0,001	0,007	2,30 [1,03-10,4]

Valeurs manquantes : a=11 ; b=19

* Le modèle multivarié inclut les variables fixes d'ajustement et les facteurs de confusion qui présentent un p-univarié<0,2

** ORa mesure le degré de dépendance des variables. Plus l'ORa est éloigné de 1, plus l'effet de la variable explicative est important

Tableau 3. Comparaisons des variables socioprofessionnelles, thérapeutique (chimiothérapie) et d'implication des patients dans leur retour au travail selon le changement ou non d'employeur

	Non changement d'employeur N(%)	Changement d'employeur N(%)	p-univarié	p-multivarié*	Odds ratio ajusté (ORa)**
Femmes (a)	64 (80%)	15 (100%)	0,067	0,999	—
Age (années) (m±SD)(b)	47,6±7,93	42,6±7,05	0,038	0,655	—
Vie en couple (a)	62 (77,5%)	8 (53,3%)	0,024	0,016	10,4 [1,55-71,4]
- Employés	45 (56,2%)	10 (66,7%)			
- Cadres	18 (22,5%)	3 (20,0%)	0,862	—	—
- Autres GSP (a)	17 (21,2%)	3 (13,3%)			
Pas d'enfant (c)	37 (48,1%)	1 (7,7%)	0,022	0,089	—
Chimiothérapie (a)	50 (62,5%)	13 (86,7%)	0,081	0,104	—
Annonce rapide du diagnostic à l'employeur (a)	69 (86,2%)	9 (60,0%)	0,025	0,061	—
Annonce du diagnostic aux collègues (a)	66 (82,5%)	8 (53,3%)	0,020	0,161	—
Annonce du diagnostic à la hiérarchie (a)	56 (70,0%)	6 (40,0%)	0,038	0,993	—
Visite de pré-reprise auprès du médecin du travail(a)	52 (65,0%)	3 (20,0%)	0,002	0,018	2,56 [2,22-62,5]

Valeurs manquantes : a=10 ; b=9 ; c=15

* Le modèle multivarié inclut les variables fixes d'ajustement et les facteurs de confusion qui présentent un p-univarié<0,2

** ORa mesure le degré de dépendance des variables. Plus l'ORa est éloigné de 1, plus l'effet de la variable explicative est important

Tableau 4. Comparaisons des variables socioprofessionnelles, thérapeutique (chimiothérapie) et d'implication des patients dans leur retour au travail selon le changement ou non des conditions de travail

	Changement des conditions de travail	Non changement des conditions de travail	p-univarié	p-multivarié*	Odds ratio ajusté (ORa)**
	N(%)	N(%)			
Femmes (a)	19 (82,6%)	43 (78,2%)	0,766	–	–
Age (années) (m±SD) (a)	47,3±9,07	47,9±7,41	0,758	–	–
Vie en couple (a)	19 (82,6%)	41 (74,5%)	0,562	–	–
- Employés	12 (52,2%)	31 (56,4%)			
- Cadres	7 (30,4%)	11 (20,0%)	0,598	–	–
- Autres GSP (a)	4 (17,4%)	13 (23,6%)			
Chimiothérapie	13 (68,4%)	36 (61,0%)	0,599	–	–
Annonce du diagnostic aux collègues (a)	16 (69,6%)	22 (40,0%)	0,025	0,266	–
Conseil sollicité : famille et amis(a)	16 (69,6%)	20 (36,4%)	0,012	0,166	–
Conseil sollicité : oncologue (a)	16 (69,6%)	26 (47,3%)	0,072	0,640	–
Conseil sollicité :médecin généraliste (a)	18 (78,3%)	26 (47,3%)	0,012	0,147	–
Souhait d'adaptation du traitement à la vie professionnelle (b)	9 (69,2%)	6 (15,4%)	0,001	0,005	14,5 [2,20-90,9]
Rencontre du oncologue avant la reprise (a)	5 (21,7%)	2 (3,6%)	0,021	0,998	–

Valeurs manquantes : a=27 ; b=53

* Le modèle multivarié inclut les variables fixes d'ajustement et les facteurs de confusion qui présentent un p-univarié<0,2

** ORa mesure le degré de dépendance des variables. Plus l'ORa est éloigné de 1, plus l'effet de la variable explicative est important

Tableau 5. Comparaisons des variables socioprofessionnelles, thérapeutiques et d'implication des patients dans leur retour au travail selon leur souhait ou non de s'éloigner du travail (T)

	Non souhait de s'éloigner du T N(%)	Souhait de s'éloigner du T N(%)	p-univarié	p-multivarié*	Odds ratio ajusté (ORa)**
Femmes (a)	51 (76,1%)	35 (92,1%)	0,041	0,447	–
Age (années) (m±SD) (b)	47,0±8,13	46,3±7,61	0,682	–	–
Vie en couple (a)	45 (67,2%)	31 (81,6%)	0,083	0,126	–
- Employés	38 (59,4%)	20 (55,6%)			
- Cadres	14 (21,9%)	8 (22,2%)	0,958	–	–
- Autres GSP (c)	12 (18,8%)	8 (22,2%)			
Travaille au sein d'une T/PME(d)	24 (41,4%)	20 (57,1%)	0,096	0,124	–
Chirurgie(a)	57 (85,1%)	37 (97,4%)	0,054	0,350	–
Chimiothérapie(a)	41 (61,2%)	31 (81,6%)	0,048	0,020	0,214 [0,058-0,787]
Radiothérapie(a)	41 (61,2%)	33 (86,8%)	0,007	0,246	–
Annonce rapide du diagnostic à l'employeur (a)	61 (91,0%)	24 (63,2%)	0,001	0,005	7,46 [1,83-30,3]

Valeurs manquantes : a=0 ; b=16 ; c=5 ; d=12

* Le modèle multivarié inclut les variables fixes d'ajustement et les facteurs de confusion qui présentent un p-univarié<0,2

** ORa mesure le degré de dépendance des variables. Plus l'ORa est éloigné de 1, plus l'effet de la variable explicative est important

DISCUSSION

Caractéristiques de la population

La proportion de femmes (81,9%) ayant participé à cette étude à la fin du traitement est nettement supérieure à celle des femmes survivantes d'un cancer de la population française métropolitaine (47,3%).¹⁹ La part des cancers du sein (54,3%) est également plus élevée que celle observée dans la population Française affectée par un cancer en 2015 (31,2%).²⁰ Les cancers préférentiellement masculins de la prostate/vessie sont sous-représentés dans l'échantillon étudié (3,8%) comparé à la population française (13,8%). Ce phénomène peut être expliqué par la surreprésentation du genre féminin dans l'échantillon du fait d'un taux de reprise du travail plus élevé pour les survivants d'un cancer du sein et d'un retour à l'emploi plus faible pour les survivants des cancers plus « masculins ». Une étude réalisée en 2005-2006 auprès de 402 salariés en Ile de France a en effet trouvé un taux de reprise de 92% pour le cancer du sein et de 78% pour le cancer de prostate.²¹

Dans la présente étude, la proportion d'employés (58,0%) et de cadres (22,0%) est supérieure à celle de la population active de France métropolitaine âgée de 15 à 64 ans dont les taux sont respectivement de 27,4% et de 17,8%. La proportion d'ouvriers (7,0%) plus faible que celle observée (20,3%) dans la population active française²² peut en partie être expliquée par une moyenne d'âge plus élevée dans notre étude (46,8 ans) comparé à celle (39,6 ans) de la France métropolitaine²³, sachant que la proportion de cadres augmente avec l'âge²². De plus la population régionale de Provence-Alpes-Côte d'Azur, lieu de réalisation de l'étude, est composée de plus d'employés (30,0%) et de moins d'ouvriers (18,3%) comparée à la population Française.²⁴ Néanmoins, la disparité de représentativité entre les professions intellectuelles et ouvrières doit principalement être expliquée par une plus grande difficulté de retour à l'emploi parmi les ouvriers comparé aux autres catégories.⁵

Impact du statut matrimonial et de la catégorie socioprofessionnelle sur le retour au travail

Il ne semble pas exister d'influence du statut matrimonial sur le délai de retour au travail chez les sujets de notre étude. Ce fait reste discuté dans la littérature. Ahn et

al. ont montré que les femmes traitées pour un cancer du sein ont un taux d'emploi plus élevé lorsqu'elles sont seules, séparées, divorcées ou veuves.⁶ D'autres auteurs n'ont pas trouvé d'influence du statut marital sur le retour au travail.²⁵ La vie en couple ne semble pas avoir d'influence sur le changement d'activité professionnelle à la reprise du travail alors qu'elle semble être un facteur protecteur de l'absence de changement d'employeur. A notre connaissance il n'existe pas de donnée dans la littérature sur ce point.

Dans notre étude, le délai de reprise des employés est de 1,69 an ($\pm 1,77$), des cadres de 1,87 an ($\pm 2,02$), des professions intermédiaires de 1,08 an ($\pm 1,17$) et des ouvriers de 1,39 an ($\pm 1,48$). Les faibles taux des professions intermédiaires et des ouvriers ayant participé à notre étude comparés à ceux la population générale active (de 25,4% et 20,4% respectivement) peuvent expliquer la difficulté de mise en évidence d'un lien. Fantoni et al. ont mis en évidence que les « cols bleus » présentaient un taux de reprise de 58,6% et un délai médian de 25,5 mois contre un taux de reprise de 88,2% et un délai médian de 8,0 mois chez les professions intermédiaires ainsi qu'un taux de reprise de 92,1% et un délai médian de 7,8 mois parmi les cadres.⁵ Le changement d'activité professionnelle est significativement plus fréquent chez les employés de notre étude que chez les cadres. Ce constat concorde avec les résultats d'autres études^{5,26} qui suggèrent qu'un plus faible niveau de qualification est souvent en lien avec des emplois recourant à une charge physique plus importante et donc plus difficile à assumer au décours des traitements d'un cancer.

Impact de la chimiothérapie sur le retour au travail

Dans la présente étude, le fait d'avoir bénéficié d'une chimiothérapie est significativement lié à un délai de reprise du travail supérieur et à un souhait d'éloignement du travail plus fréquent. La chimiothérapie est responsable d'effets secondaires (nausées, vomissements) et induit souvent une asthénie intense et durable. Ce traitement majoritairement employé comme adjuvant des cancers évolutifs dont le pronostic de reprise est sombre comporte des protocoles longs à mettre en œuvre qui conduisent le salarié à s'éloigner plus longtemps de son travail.²⁷ Dans un échantillon de femmes affectées par un cancer du sein, Johnsson et al. ont mis en évidence que le retour au travail 10 mois après la chirurgie

concernait 91% de patientes non traitées par chimiothérapie et moins de 63% de celles traitées par chimiothérapie.²⁸

En revanche il n'existe pas dans notre étude d'influence significative de la chimiothérapie sur un changement ou non d'employeur, d'activité professionnelle ou des conditions de travail.

Impact de la visite régulière au sein de l'entreprise et de l'annonce du diagnostic

Sevellec et al. ont montré que 6 ans après la reprise du travail près 65% des salariés traités pour un cancer éprouvent encore une gêne dans leur vie sociale au travail, 41% déclarent ne pas être correctement acceptés dans l'entreprise, 35% ont des relations insatisfaisantes avec leur supérieur hiérarchique et 24% avec leurs collègues.²⁹ La survenue de ces difficultés serait favorisée par la crainte des collègues d'un report de la charge de travail et par le changement de perception du salarié de sa position au sein du collectif.²⁹

Pour les survivants de notre étude, le fait de s'être rendu régulièrement dans les locaux de l'entreprise durant leur arrêt de travail est significativement associé à un délai de reprise du travail plus rapide. La littérature met en évidence l'importance du soutien de l'employeur et des collègues pour favoriser le retour à l'emploi.^{27,30} Avoir annoncé rapidement le diagnostic à l'employeur est corrélé positivement au fait de ne pas avoir souhaité s'éloigner de leur travail avec, lors de la reprise, une forte tendance à ne pas changer d'employeur. Une étude française récente montre que l'existence d'un contact avec l'employeur favorise la reprise du travail après un arrêt maladie quelque soit la pathologie.³¹ De leur côté, Pryce et al. montrent que ce contact facilite la reprise chez les survivants d'un cancer.¹⁷ Dans notre étude, l'annonce du diagnostic aux collègues n'a pas d'impact sur le changement ou non d'employeur ou sur les conditions de travail. Pour Price et al. cette annonce permet la poursuite du travail sans interruption.¹⁷ Le témoignage des survivants d'un cancer auprès de l'employeur de leur volonté de conserver leur place au sein du collectif de travail lui donne la possibilité d'anticiper avec eux la mise en place des aménagements conseillés par le médecin du travail. Par ailleurs, leur propre implication dans la reprise du travail est susceptible de diminuer leurs inquiétudes et de renforcer leur sentiment de retour à une « normalité ».

Impact de la visite de pré-reprise sur les conditions de retour au travail

Peu de salariés survivants d'un cancer identifient le médecin du travail comme un interlocuteur privilégié (34% versus 69% pour le supérieur hiérarchique).³² Ce résultat est encore plus faible parmi les salariés de l'industrie ou de la construction (27%), les employés de bureau (25%) et les salariés des entreprises de 10 à 49 salariés (8%).³² Or, le maintien du lien avec le médecin du travail pendant l'arrêt de travail permet à ce dernier d'anticiper les difficultés que pourra rencontrer le salarié au poste de travail et de préconiser des aménagements et un mi-temps thérapeutique éventuels. Cela permet aussi d'impliquer le salarié dans l'évolution des aménagements de son poste de travail. Dans notre étude, la visite de pré-reprise est un facteur protecteur de l'absence de changement d'employeur ou de changement d'activité. De plus le fait d'avoir bénéficié d'un mi-temps thérapeutique en vue de reprendre progressivement une activité professionnelle est significativement associé à un aménagement du poste de travail. Ce résultat est en accord avec les données de la littérature.^{28, 31} Le temps partiel thérapeutique permet de libérer du temps pour la poursuite des traitements, de tenir compte de la pénibilité ou de lutter contre les appréhensions d'une reprise du travail à temps complet. Par ailleurs, l'obtention d'un aménagement du temps et des horaires de travail augmente fortement la probabilité de retour à l'emploi³³, voire de poursuivre le travail¹⁷et améliore l'état de santé autoévaluée.³³ Malheureusement, les dispositifs d'aide au retour à l'emploi restent peu utilisés par les employeurs de salariés survivants d'un cancer. Ainsi, dans l'étude DOPAS seuls 37% des salariés qui sont retournés à leur poste de travail auraient bénéficié d'une visite de pré-reprise, 33% d'un temps partiel thérapeutique, 6% d'un aménagement de poste et 6% de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.³⁴

Enfin, la demande d'adaptation du traitement à la vie professionnelle par les survivants de notre étude est corrélée positivement à un changement de leurs conditions de travail. Ce résultat engage à promouvoir le partenariat entre les équipes soignantes d'oncologie, le médecin traitant, le médecin conseil de l'assurance maladie et le médecin du travail autour de la reprise du travail.²¹ Rollin et al. ont montré que 93% des personnes qui ont bénéficié d'une consultation au sein d'une plateforme multidisciplinaire l'ont trouvée utile³⁵ et Price et al, que la reprise du travail leur est facilitée lorsque des conseils sont délivrés par un médecin.¹⁷

Bien sûr, l'information des patients en amont de la reprise du travail par le biais de la distribution de livrets d'information paraît une démarche fondamentale pour « préparer, anticiper et accompagner » le retour au travail après un cancer.³⁶

Forces et limites

La principale force de cette étude est d'avoir visé des patients affectés par un cancer ayant repris leur travail sans exclure un individu selon le site de cancer. Les modèles statistiques multivariés employés ont présenté de solides paramètres et ont été adaptés à chaque variable à expliquer. Les informations recueillies sur le type de cancer et les modalités de traitement étaient précises. Néanmoins une des principales faiblesses de cette étude est liée à l'impossibilité de connaître le nombre de médecins ayant participé à l'étude ainsi que le nombre total de patients sollicités. Les médecins qui ont permis le recueil de données n'ayant pas déclaré leur identité, le suivi du taux de réponse n'a pas pu être réalisé. Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon divergent de celles de la population générale et aucun ajustement de prévalence n'a été réalisé. Néanmoins, les analyses de comparaison de groupes au sein d'un échantillon ne nécessitent pas d'ajustement pour être fiables. Aucune information relative aux comorbidités n'a été recueillie. Enfin, cette étude descriptive ne permet pas de conclure à un lien de causalité entre les variables dépendantes et indépendantes.

CONCLUSION

Pour le survivant d'un cancer, le fait de conserver un lien avec son entreprise est associé positivement à son retour au travail. Sa propre implication dans la préparation de son retour au travail avec le maintien du contact avec les acteurs de l'entreprise et la visite de pré-reprise auprès du médecin du travail apparaît améliorer les conditions de sa reprise. Des études complémentaires pourraient être conduites pour étudier les facteurs susceptibles de favoriser l'implication personnelle du survivant d'un cancer sur le maintien dans l'emploi.

Remerciements : Les auteurs remercient l'ensemble des salariés et les médecins du travail du GIMS ayant participé à l'étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Institut national du cancer. Les cancers en France - Edition 2016. *Les Données*. 2017.
2. Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire. 2016;274.
3. Institut national du cancer. La vie deux ans après un diagnostic de cancer. De l'annonce à l'après cancer. *Etudes et Enquêtes*. 2014.
4. Institut national du cancer. Plan Cancer 2014-2019. *Documents institutionnels*. 2015.
5. Fantoni SQ, Peugniez C, Duhamel A, et al. Factors related to return to work by women with breast cancer in northern France. *J Occup Rehabil*. 2010;20(1):49-58.
6. Ahn E, Cho J, Shin DW, et al. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast Cancer Res Treat*. 2009;116(3):609-16.
7. Roelen CA, M, Koopmans PC, van Rhenen W, et al. Trends in return to work of breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat*. 2011;128(1):237-42.
8. Johnsson A, Fornander T, Rutqvist L, et al. Factors influencing return to work: a narrative study of women treated for breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2010;19(3):317-23.
9. Molina Villaverde R, Feliu Batlle J, Villalba Yllan A, et al. Employment in a cohort of breast cancer patients. *Occup Med*. 2008;58(7):509-11.
10. Hedayati E, Johnsson A, Alinaghizadeh H, et al. Cognitive, psychosocial, somatic and treatment factors predicting return to work after breast cancer treatment. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(2):380-7.
11. Lilliehorn S, Hamberg K, Kero A, Salander P. Meaning of work and the returning process after breast cancer: a longitudinal study of 56 women. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(2):267-74.

12. Johnsson A, Fornander T, Rutqvist L-E, et al. Predictors of return to work ten months after primary breast cancer surgery. *Acta Oncol Stockh Swed*. 2009;48(1):93-8.
13. Bouknight RR, Bradley CJ, Luo Z. Correlates of return to work for breast cancer survivors. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2006;24(3):345-53.
14. Carlsen K, Jensen AJ, Rugulies R, et al. Self-reported work ability in long-term breast cancer survivors. A population-based questionnaire study in Denmark. *Acta Oncol Stockh Swed*. 2013;52(2):423-9.
15. Nilsson M, Olsson M, Wennman-Larsen A, et al. Return to work after breast cancer: women's experiences of encounters with different stakeholders. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc*. 2011;15(3):267-74.
16. Blinder VS, Murphy MM, Vahdat LT, et al. Employment after a breast cancer diagnosis: a qualitative study of ethnically diverse urban women. *J Community Health*. 2012;37(4):763-72.
17. Pryce J, Munir F, Haslam C. Cancer survivorship and work: Symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *J Occup Rehabil*. 2007;17(1):83-92.
18. De Boer AG, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings. Dresen MH, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9): CD007569
19. Institut national du cancer. Les cancers en France en 2016: l'essentiel des faits et chiffres. *Les données*. 2017.
20. Institut national du cancer. Les cancers en France édition 2015. *Les données*. 2016.
21. Belin L, Bourillon M-F, Stakowski H, et al. Répercussions des cancers sur la vie professionnelle : étude réalisée auprès de 402 salariés en Île-de-France. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2010;58(52):70.
22. Beck S, Vidalenc J. Une photographie du marché du travail en 2016. *Insee Première*. 2017.
23. Léon O. La population active en métropole à l'horizon 2030 : une croissance significative dans dix régions. *Insee Première*. 2011.

24. Institut national de la statistique et des études économiques. Structure de la population active (15 à 64 ans) par catégorie socioprofessionnelle en 2014. 2015.
25. Johnsson A, Fornander T, Rutqvist L-E, et al. Predictors of return to work ten months after primary breast cancer surgery. *Acta Oncol.* 2009;48(1):93-8.
26. Marino P, Teyssier LS, Malavolti L, Le Corroller-Soriano AG. Sex differences in the return-to-work process of cancer survivors 2 years after diagnosis: results from a large French population-based sample. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2013;31(10):1277-84.
27. Islam T, Dahlui M, Majid HA, et al. Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC Public Health.* 2014;14 Suppl 3:S8.
28. Johnsson A, Fornander T, Rutqvist L-E, Olsson M. Work status and life changes in the first year after breast cancer diagnosis. *Work Read Mass.* 2011;38(4):337-46.
29. Sevellec M, Belin L, Bourrillon M-F, Lhuillier D, Rérolle E, Le Bideau S, et al. [Work ability in cancer patients: Six years assessment after diagnosis in a cohort of 153 workers]. *Bull Cancer (Paris).* 2015;102(6 Suppl 1):S5-13.
30. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2011;77(2):109-30.
31. Tone F, Pires S, Wloch K, Quinton SF. Utilisation et intérêt de la visite de pré-reprise : enquête réalisée auprès de médecins du travail. *Arch Mal Prof Environ.* 2016;77(3):393.
32. Ligue nationale contre le cancer. Rapport 2013 de l'Observatoire sociétal des cancers. 2014.
33. Duguet E, Le Clainche C. Une évaluation de l'impact de l'aménagement des conditions de travail sur la reprise du travail après un cancer. *Centre d'étude de l'emploi.* 2014.
34. La ligue contre le cancer. Vie professionnelle : un besoin fort d'accompagnement des personnes malades et de sensibilisation des employeurs in Impact social n°2013-2014 : Données de la campagne de collecte 2013. 2014.

35. Rollin L, De Blasi G, Boucher L, Gehanno JF. [Advantages of a specialized return to work consultation after cancer]. *Bull Cancer (Paris)*. 2015;102(2):182-9.
36. Institut Curie. Préparer, anticiper et accompagner le retour au travail après un cancer.2014.

Annexe 1 : Questionnaire salarié



Bonjour.

De nombreuses personnes atteintes de cancer rencontrent des difficultés professionnelles au cours de leur maladie et après la fin du traitement. Nous souhaiterions identifier les obstacles qui rendent difficiles et/ou les facteurs qui favorisent leur retour à l'emploi, afin d'améliorer les trajectoires professionnelles et qu'elles soient le moins pénalisées par cette maladie.

Pour cela, le GIMS (**soutenu par le GEFLUC**) en partenariat avec l'Institut Paoli-Calmettes organise une recherche qui s'intitule « Cancer et Trajectoire professionnelle ». Cette étude est destinée à mieux comprendre la question du maintien dans l'emploi ou du retour à l'emploi pour les personnes atteintes d'un cancer. Cette enquête porte sur l'ensemble des personnes atteintes de cancer, quelle que soit l'origine de ce cancer : professionnelle et extra-professionnelle.

Nous vous serions reconnaissants de remplir ce questionnaire le plus franchement possible.

Ce questionnaire est strictement anonyme et vos réponses sont confidentielles. Les données recueillies seront analysées de manière globale par une équipe de recherche, indépendante du GIMS.

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration précieuse à cette recherche.

1. Données personnelles

Date : QSDTC (QS_1)

Q1.1 Age : QSORRES (QS_1)

Q1.2 Sexe : QSORRES (QS_1)

Q1.3 Vivez-vous : QSORRES (QS_1)

Q1.4 Nombre d'enfants à charge ? QSORRES (QS_1)

2. Données professionnelles

Q2.1 Exercez vous une activité professionnelle actuellement ?

Oui	Non
QSORRES (QS_1)	

Q2.2. Si **OUI**, laquelle : QSORRES (QS_1)

(Si **NON**, veuillez aller à la question numéro Q3.1)

Q2.3 Depuis combien de temps avez-vous repris votre activité ? QSORRES (QS_1) ORRES (QS_1)

Q2.4. Nombre de salariés dans l'entreprise où vous travaillez actuellement: QSORRES (QS_1)

Q2.5. Catégorie professionnelle: QSORRES (QS_1)

Q2.6. Cochez LA case correspondant à votre situation:

	Même activité professionnelle qu'avant la maladie	Nouvelle activité professionnelle suite à la maladie
Même employeur qu'avant la maladie	QSORRES (QS_1)	
Nouvel employeur suite à la maladie		

Q2.7. Dans le cas où vous avez changé d'activité professionnelle au sein de la même entreprise, quelle était votre ancienne activité professionnelle ? : QSORRES (QS_1)

Q 2.8. Pourquoi en avez-vous changé ? (cochez une case par ligne)

	Oui	Non
a. Choix personnel	QSORRES (QS_1)	
b. Inaptitude médicale au poste (reclassement au sein de la même entreprise)	QSORRES (QS_1)	
c. Autre, préciser : QSORRES (QS_1)	QSORRES (QS_1)	

Q2.9. Dans le cas où vous avez changé d'entreprise, quelle était la taille de votre ancienne entreprise ? : QSORRES (QS_1) :

Q2.10. Pourquoi en avez-vous changé ? (cochez une case par ligne)

	Oui	Non
a. Choix personnel	QSORRES (QS_1)	
b. Licenciement pour inaptitude médicale au poste.	QSORRES (QS_1)	
c. Impossibilité de reclassement au sein de la même entreprise	QSORRES (QS_1)	
d. Autre, préciser : QSORRES (QS_1)	QSORRES (QS_1)	

Q2.11. Dans le cas où vous n'avez pas changé de poste de travail ni d'entreprise, avez-vous repris votre activité professionnelle dans LES MÊMES CONDITIONS de travail qu'avant votre maladie ?

Oui	Non
QSORRES (QS_1)	

3. Données médicales :

Q3.1 Date du diagnostic de cancer : QSORRES (QS_1)

Q3.2 Type de cancer (organe atteint) : QSORRES (QS_1)

Q3.3 Traitement : (cochez une case par ligne)

	Oui	Non	Ne sais pas
a. Chirurgie	QSORRES (QS_1)		
b. Chimiothérapie	QSORRES (QS_1)		
c. Radiothérapie	QSORRES (QS_1)		
d. Traitement médicamenteux chronique (ex : hormonothérapie..)	QSORRES (QS_1)		
e. Curiethérapie	QSORRES (QS_1)		
f. Surveillance seulement (sans traitement anti-cancéreux)	QSORRES (QS_1)		
g. Autre, préciser : QSORRES (QS_1)	QSORRES (QS_1)		

4. Au moment du diagnostic

Q4.1 Avez-vous parlé de votre maladie : (cochez une case par ligne)

	Oui	Non
a. à votre employeur ?	QSORRES (QS_1)	
b. à vos collègues ?	QSORRES (QS_1)	
c. à vos collaborateurs ?	QSORRES (QS_1)	
d. à votre (ou vos) supérieur(s) hiérarchique(s) ?	QSORRES (QS_1)	
e. aux représentants du personnel ?	QSORRES (QS_1)	
f. à votre médecin du travail ?	QSORRES (QS_1)	
g. Autre, préciser ? QSORRES (QS_1)	QSORRES (QS_1)	

Q4.2. Si **OUI** : A quel moment : (cochez une case par ligne)

	Oui	Non
a. Lors des premiers symptômes, au début de la maladie.	QSORRES (QS_1)	
b. Au moment de l'envoi de l'arrêt de travail.	QSORRES (QS_1)	
c. A l'occasion des renouvellements de l'arrêt de travail.	QSORRES (QS_1)	
d. Au moment de la visite de pré-reprise (aménagement de poste ou du temps de travail)	QSORRES (QS_1)	
e. Lors du retour au travail	QSORRES (QS_1)	
f. Autre, préciser ? QSORRES (QS_1)	QSORRES (QS_1)	

Q4.3. Si NON : pourquoi (plusieurs réponses possible, cochez une case par ligne) ?

	Oui	Non
a. Peur d'un licenciement.	QSORRES (QS_1)	
b. Problème financier (couverture maladie insuffisante, perte salaire (primes, avantages...))	QSORRES (QS_1)	
c. Peur d'une dégradation de ma trajectoire professionnelle.	QSORRES (QS_1)	
d. Je veux éviter une modification du regard des autres.	QSORRES (QS_1)	
e. Je n'en ai parlé à personne.	QSORRES (QS_1)	
f. J'ai du mal à trouver les mots pour en parler.	QSORRES (QS_1)	
g. Autre, préciser : QSORRES (QS_1)	QSORRES (QS_1)	

Q4.4. Avez-vous demandé conseil autour de vous à ce sujet : (cochez une case par ligne)

	Oui	Non
a. Famille/ Amis	QSORRES (QS_1)	
b. Collègues de travail	QSORRES (QS_1)	
c. Cancérologue	QSORRES (QS_1)	
d. Médecin du travail	QSORRES (QS_1)	
e. Représentants du personnel.	QSORRES (QS_1)	
f. Médecin généraliste	QSORRES (QS_1)	
g. Autre, préciser : QSORRES (QS_1)	QSORRES (QS_1)	

5. Lien avec le travail pendant l'arrêt de travail

Q 5.1. Avez-vous souhaité vous éloigner de votre travail durant votre traitement (cochez la case correspondant à votre choix)?

Oui	Non
QSORRES (QS_1)	

Si **OUI** : allez à la question 5.9

Si **NON** répondez aux questions 5.2. à 5.8.

Questions de 5.2 à 5.8 aux personnes qui ont **souhaité garder le contact** avec le travail.

Q5.2. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous souhaité gardé le contact votre travail : (cochez une case par ligne)

	Oui	Non
a. Par peur d'un licenciement	QSORRES (QS_1)	
b. Vous avez besoin de votre travail pour vous sentir bien.	QSORRES (QS_1)	
c. Personne d'autre ne peut assumer vos fonctions et responsabilités.	QSORRES (QS_1)	
d. Pour rassurer votre entourage.	QSORRES (QS_1)	
e. Autre, préciser : QSORRES (QS_1)		

Q5.3. Aux différents temps de la prise en charge médicale, avez-vous demandé à ce que le choix du traitement ou son déroulement s'adaptent à votre vie professionnelle?

Oui	Non
QSORRES (QS_1)	

Q5.4. Avez-vous accepté la proposition d'arrêt de travail pendant votre traitement ?

Oui	Non
QSORRES (QS_1)	

Q5.5. Si **OUI**, comment avez-vous concrètement maintenu le lien avec le travail (cochez une case par ligne)?

	Oui	Non
a. Visites dans les locaux	QSORRES (QS_1)	
b. Contacts réguliers avec les collègues.	QSORRES (QS_1)	
c. Demandes d'information sur l'état des tâches que vous aviez à effectuer avant votre arrêt de travail (télétravail, gestion à	QSORRES (QS_1)	
d. Contact avec l'employeur ou les membres de la hiérarchie.		
e. Contact avec le médecin du travail	QSORRES (QS_1)	
f. Autre, préciser : QSORRES (QS_1)	QSORRES (QS_1)	

Q5.6. Si NON, si vous n'avez pas souhaité bénéficier d'un arrêt maladie, dans quelles conditions avez-vous pu continuer à travailler : (cochez une case par ligne)

	Oui	Non
a. Télétravail	QSORRES (QS_1)	
b. Soutien des collègues (collègues se répartissent une part de travail)	QSORRES (QS_1)	
c. Aménagement des plans thérapeutiques (traitements, horaires etc...)	QSORRES (QS_1)	
d. Soutien de l'employeur (souplesse dans les missions et fonctions)	QSORRES (QS_1)	
e. Aide financière (la famille, les associations d'aides aux personnes malades : GEFLUC, la Ligue...)	QSORRES (QS_1)	
f. Autre, préciser : QSORRES (QS_1)	QSORRES (QS_1)	

Q5.7. Avez-vous éprouvé des difficultés à garder le contact votre travail, selon votre souhait?

Oui	Non
QSORRES (QS_1)	

Q5.8. Si OUI, lesquelles : (cochez une case par ligne)

	Oui	Non
a. Lourdeur du traitement (effets secondaires)	QSORRES (QS_1)	
b. L'impact de la maladie sur les aptitudes physiques ou mentales	QSORRES (QS_1)	
c. Contraintes dues à la nature même du travail ou de l'entreprise.	QSORRES (QS_1)	
d. Manque de moyens disponibles (pas de possibilité de télétravail, distance du lieu de travail)	QSORRES (QS_1)	
e. Inquiétude de l'entourage.	QSORRES (QS_1)	
f. Autre, préciser : QSORRES (QS_1)	QSORRES (QS_1)	

Questions 5.9 et 5.10 aux personnes qui ont **souhaité s'éloigner du travail.**

Q5.9 Avez-vous éprouvé des difficultés à vous éloigner de votre travail ?

Oui	Non
QSORRES (QS_1)	

Q 5.10 OUI, lesquelles : (cochez une case par ligne)

	Oui	Non
a. Votre employeur vous contactait pour des raisons professionnelles.	QSORRES (QS_1)	
b. Vos collègues ont gardé un contact soutenu avec vous.	QSORRES (QS_1)	
c. Inquiétude de votre part (Vous étiez trop fatigué pour travailler mais vous y pensiez souvent.)	QSORRES (QS_1)	
d. Difficulté à déléguer les responsabilités ou à se faire remplacer.	QSORRES (QS_1)	
e. Autre, préciser : QSORRES (QS_1)	QSORRES (QS_1)	

6. Préparation de la reprise du travail

Q6.1 Quelles sont les personnes que vous avez rencontrées pour préparer votre retour au travail (cochez une case par ligne) ?

	Oui	Non
a. Médecin du travail.	QSORRES (QS_1)	
b. Assistante sociale.	QSORRES (QS_1)	
c. L'employeur, DRH	QSORRES (QS_1)	
d. Le médecin de la sécurité sociale	QSORRES (QS_1)	
e. Psychologue, psychiatre.	QSORRES (QS_1)	
f. Autre, préciser QSORRES (QS_1)	QSORRES (QS_1)	

Q6.2 Avez-vous bénéficié d'une visite de pré-reprise avec votre médecin du travail ?

Oui	Non	Je ne sais pas ce que c'est
QSORRES (QS_1)		

Q6.3. Si **OUI**, à l'initiative de qui ?

	Oui	Non
a. De votre propre initiative	QSORRES (QS_1)	
b. Du médecin conseil de la Sécurité sociale	QSORRES (QS_1)	
c. De votre médecin généraliste.	QSORRES (QS_1)	
d. Du cancérologue	QSORRES (QS_1)	
e. De l'assistante sociale	QSORRES (QS_1)	
f. Autre, préciser QSORRES (QS_1)	QSORRES (QS_1)	

Q6.4. Avant de reprendre votre activité professionnelle, avez-vous envisagé une réorientation professionnelle ?

Oui	Non
QSORRES (QS_1)	

Q6.5. Si **OUI**, pourquoi ? (cochez une case par ligne)

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord.	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
a. L'impact de la maladie sur les aptitudes physiques ou mentales	QSORRES (QS_1)				
b. Nouvelles perspectives de vie professionnelles (changements de valeurs,	QSORRES (QS_1)				
c. Suggestions, préconisations des médecins.	QSORRES (QS_1)				
d. Pression de l'entourage.	QSORRES (QS_1)				
e. Autre, préciser : QSORRES (QS_1)	QSORRES (QS_1)				

7. Reprise du travail

Q7.1. Avez-vous bénéficié d'un mi-temps thérapeutique ?

Oui	Non	Je ne sais pas ce que c'est
-----	-----	-----------------------------

QSORRES (QS_1)

Q.7.2. Si **NON**, pourquoi (cochez une case par ligne)?

	Oui	Non
a. Volonté personnelle	QSORRES (QS_1)	
b. Pas proposé.	QSORRES (QS_1)	
c. Je ne sais pas ce que c'est		
d. Pas accepté par l'employeur	QSORRES (QS_1)	
e. Impossibilité d'aménager le poste	QSORRES (QS_1)	
f. Contrainte financière (délai de versement des indemnités journalières maladie, remboursement des crédits)	QSORRES (QS_1)	
g. Autre, préciser QSORRES (QS_1)	QSORRES (QS_1)	

Q7.3. Au moment de la reprise du travail, avez-vous bénéficié de l'une de ces interventions:
(cochez une case par ligne)

	Oui	Non
a. Aménagements de poste basés sur les horaires et temps de travail (même poste)	QSORRES (QS_1)	
b. Aménagements de poste basés sur les contraintes physiques (poste aménagé ou autre poste).	QSORRES (QS_1)	
c. Aménagements de poste basées sur le lieu de travail (distance, télétravail, durée des trajets)	QSORRES (QS_1)	
d. Pas d'aménagement possible.	QSORRES (QS_1)	
e. Pas d'aménagement nécessaire	QSORRES (QS_1)	
f. Autre, préciser : QSORRES (QS_1)	QSORRES (QS_1)	

Q7.4. Ces interventions vous ont-elles paru suffisantes pour assurer un retour au travail dans de bonnes conditions ?

Oui	Non
-----	-----

QSORRES (QS_1)

Q7.5. Si **NON**, pourquoi ?

QSORRES (QS_1)

Q7.6 Vous a-t-on proposé une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)?

Oui	Non	Je ne sais pas ce que c'est
-----	-----	-----------------------------

QSORRES (QS_1)

Q7.7. Avez-vous accepté cette reconnaissance ?

Oui	Non
-----	-----

QSORRES (QS_1)

Q7.8. Si NON, pourquoi ?

QSORRES (QS_1)

Q7.9. Etes-vous globalement satisfait de l'accompagnement dont vous avez bénéficié au moment de la reprise du travail :

Oui	Non
QSORRES (QS_1)	

Q7.10. Si NON, pourquoi ?

QSORRES (QS_1)

Q7.11. A PROPOS DES PISTES D'AMELIORATION concernant le cancer et votre trajectoire professionnelle: (cochez une case par ligne)

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord.	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
a. Vous auriez souhaité plus d'informations sur les différents partenaires et outils disponibles.	QSORRES (QS_1)				
b. Vous auriez souhaité une meilleure communication entre les différents intervenants de la prise en charge (médecin traitant, du travail, conseil, associations, organismes d'état)	QSORRES (QS_1)				
c. Vous auriez souhaité plus de soutien dans votre milieu professionnel.	QSORRES (QS_1)				
d. Il serait utile de vous proposer une formation au moment de la reprise sur les nouveautés de l'environnement au travail (organisation, outils, collègues).	QSORRES (QS_1)				
e. Il est nécessaire de pouvoir bénéficier d'un suivi psychologique , plusieurs mois après sa reprise de travail.	QSORRES (QS_1)				
f. La création d'une plateforme pluridisciplinaire d'information sur le maintien dans l'emploi (ressource commune pluridisciplinaire, équipe).	QSORRES (QS_1)				
g. Vous auriez souhaité une plus grande souplesse dans la prise en charge médicale (soir et WE).	QSORRES (QS_1)				
h. Autre, préciser QSORRES (QS_1)	QSORRES (QS_1)				

Souhaitez-vous ajouter quelque chose au sujet de la situation à laquelle vous avez été confrontée ?

QSORRES (QS_1)

**Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire.
Votre aide nous sera précieuse.**

**Merci de renvoyer ce questionnaire par courrier dans l'enveloppe pré-timbrée prévue
à cet effet de façon anonyme.**

Pour toutes questions au sujet de ce questionnaire, vous pouvez contacter :



**Cathya Cypowyj – Chef de Projet
GIMS
11 Rue de la République
13002 Marseille.
cypowyj@gims13.com**

Le GIMS est soutenu par le



How to facilitate the return to work after cancer.

ABSTRACT

Objective: This study assesses the impact of cancer survivors' own involvement in preparing for their return to work and the conditions of their reinstatement.

Methods: A self-administered questionnaire was completed by 105 cancer survivors at the time of their return to work. Various methods of returning to work were compared between occupational and medical characteristics with multivariate statistical tests.

Results: Resumption of work below 1 year after diagnosis is associated with regular visits by the employee to the company during the work stoppage. Absence of employer or professional activity's change are associated with having a prior consultation with the occupational physician. Change in working conditions is associated with employee's wish to adapt the treatment program.

Conclusions: The involvement of cancer survivors in preparing for their return to work appears to be associated with the adaptation of recovery conditions.

Keywords: neoplasms; occupational medicine; rehabilitation; retrospective studies; return to work

Each year in France, about 100,000 people affected by cancer are in employment at the time of diagnosis. In general, there has been an improvement in the survival of patients with cancer. At the end of the 2000s, 94% of prostate cancer patients could expect to live at least 5 years after diagnosis, compared to 72% in the early 1990s. These figures were 87% compared to 80% for prostate cancer, 17% compared with 13% for lung cancer and 63% against 54% for colorectal cancer.²

Yet according to the National Cancer Institute (INCa), the employment situation of people affected by this disease has deteriorated considerably in recent years. Two years after diagnosis, the labor force participation rate of these working-age subjects dropped from 88.2% in 2010 to 79.9% in 2012. In addition, compared with the general population, their employment rate is low (61.3% versus 75.3%) and their unemployment rate higher (11.1% against 10.0%). Of those who lost their jobs, nearly 92% lost it within 15 months of diagnosis and among those who were unemployed at diagnosis, only 30% found a job two years after the diagnosis.³

The 2014-2019 Cancer Plan III makes a return to employment a priority and sets a target for 2020 of increasing by 50% the chances for those returning to employment to within two years after diagnosis. This target would be in contrast to those without cancer.⁴

Many studies have looked at the rate and timeframe for resuming work after cancer.⁵⁻¹³ The employer, colleagues and the occupational physician are key actors in promoting the return to work in good conditions for an employee long absent for cancer.^{8, 14-16} However, the employee may have a major role to play in maintaining employment as related to his health at work in the company. To our knowledge, few studies have focused on the methods of patient involvement likely to facilitate this return to work.¹⁷

The purpose of this investigation is to evaluate whether the employee's own involvement in the preparation of his return to work has an impact on the conditions of his reinstatement.

METHODS

Study Design and population

A cross-sectional study was conducted in 2013 in southeastern France (Provence-Alpes-Côte d'Azur region) with cancer survivors aged 18 and over who had taken up jobs in industry and the tertiary sector. Participation in the survey was proposed to all 55 occupational physicians in an inter-company occupational health service. Each physician had to include a maximum of 7 surviving subjects, who had consulted them and had resumed work in the previous 3 years. Participation in the medical survey was free and anonymous.

Return to work was defined as a full-time or part-time resumption, with the same or a different degree of responsibility, for the same or a different job.¹⁸

Design of self-administered questionnaire

The self-administered questionnaire explored how to return to work (5 items), socio-demographic and occupational characteristics (9 items), medical characteristics (9 items), methods of reporting the illness at work (20 items), the interlocutor with whom requests for advice were made (7 items), the arrangements made to maintain contact with work (26 items) and the procedures for returning to work (19 items).

These questions were created as a result of conducting semi-structured interviews with a random sample of workers who survived cancer. These interviews were conducted by a psychologist with 6 workers according to two important factors: gender and professional category (manager, employee, intermediate profession). The interviews focused on the impact of the disease on professional life, the experience of the illness in the professional context and the elements that facilitate the return to work. The content of the interviews was analyzed using a grid of pre-identified themes then reviewed by the members of the study steering group to ensure clarity and coherence of the questions.

Data collection

The self-administered questionnaire and a newsletter were provided by the occupational physician to each participant and included during their medical follow-up visit.

The participation of the subjects was voluntary and anonymous, in accordance with the law of August 6, 2004. The data collection was declared to the National Commission of Informatics and Liberties (CNIL, declaration No: 1353422). The questionnaire was to be returned anonymously by post to the co-investigating psychologist of the study. No recall could be conducted due to anonymity.

Data Analysis Procedure

A descriptive statistical analysis was carried out using the software “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) version 20. Quantitative variables were described by using means and standard deviations and qualitative variables were described by roles and percentages.

Initially, univariate statistical analyzes were carried out. Qualitative variables were compared by the Pearson's Chi-square test, the qualitative and quantitative variables were compared by the Student t test. In a second step, multivariate analyzes were carried out in order to check for confounding factors identified by univariate analyzes ($p < 0.2$) and fixed adjustment variables (gender, age, couple life, socio- professional group, chemotherapy). Logistic regression was used when the dependent variable was qualitative. The goodness of fit was estimated using the Hosmer-Lemeshow test. The adjusted odds ratio (ORa) and its 95% confidence interval (95% CI) were used to interpret the results. If the 95% CI is 1, there was no significant difference. If the ORa is > 1 or < 1 , the dependent variable was statistically more or less frequent in the first group. The more ORa is remote from 1, the greater the factor effect was significant. Statistical tests being carried out in a bilateral position, p values less than 0.05 were considered significant. Only results for adjustment variables, confounders, and patient involvement variables statistically associated with return-to-work arrangements were reported in tables.

RESULTS

Of the 105 people who completed the questionnaire, 81.1% were women. The average age at the time of the reemployment was 46.8 years (± 7.9). The socio-professional groups (SPGs) represented were office workers (58.0%), executives (22.0%), workers (7.0%) and intermediate occupations (7.0%). The subjects were survivors of breast cancer in 56.4% of the cases. The others were survivors of cancers of the skin and hematological sphere (12.9%) or of the intra-thoracic area or above (12.9%) and of the pelvic floor (9.9%) and the abdominal area (7.9%).

The results of comparisons of socio-professional variables, therapeutic and patient involvement in their return to work by the time of diagnosis (< 1 year or > 1 year) are shown in Table 1. The average time to return to work after diagnosis of the cancer in the sample was 1.68 years (± 1.7). The length of the period before reinstatement is not significantly associated with gender, age, marital status and SPGs. Patients who visited the company regularly during the work stoppage were more likely to have returned to work less than 1 year after diagnosis

(ORa = 5.78). Patients with fewer chemotherapy regimens also returned to work less than 1 year after diagnosis (ORa = 0.117).

Table 2 presents the results of the comparisons of the various socio-professional, therapeutic and patient involvement variables in their return to work, depending on whether the same occupational activity was maintained. Gender, age, marital status and chemotherapy are not significantly associated with the resumption of the same occupational activity or change in activity. Clerical workers declared that they were less likely to keep their job (ORa = 0.123) than managers or other SPGs. Patients who met with their occupational physician during a pre-reinstatement visit were more likely to have returned to the same occupational activity (ORa = 2.30).

The results of comparisons of socio-professional variables, therapeutic and patient involvement in their return to work relating to the change or not of employers are described in Table 3. Changing employer is not significantly associated with the gender, age, socio-professional group or chemotherapy. Patients living with a partner were more likely to have changed their employer (ORa = 10.4). Patients who met with their occupational physician during a pre-reinstatement visit were more likely to have not changed employers (ORa = 2.56).

The results of comparisons of different socio-professional, therapeutic variables and patient involvement in their return to work according to the change, or not, in working conditions are reported in Table 4. The gender, age, SPGs and chemotherapy are not significantly associated with a change in working conditions. Patients who requested treatment adjustments to suit their working life were more likely to have changed working conditions (ORa = 14.5). Patients who benefited from a therapeutic half-time were more likely to have benefited from a post adjustment (ORa = 125.0).

Table 5 compares the different socio-professional, therapeutic and patient involvement variables in their return to work, depending on whether they wanted to distance themselves from work. Gender, age, marital status, SPGs, and surgery or radiotherapy are not significantly associated with the desire keep their distance from all work issues. Patients who received chemotherapy treatment were more likely to have kept their distance from work (ORa = 0.21). Patients who promptly notified their employer of the diagnosis of cancer were more likely not to have wished to keep their distance from the work environment (ORa = 7.46).

Table 1. Comparison of socio-professional, therapeutic (chemotherapy) variables and involvement of patients in their return to work (W) according to the delay after diagnosis (< or > 1 year)

	Resumption of W < 1 year after diagnosis N (%)	Resumption of W > 1 year after diagnosis N (%)	p- univariate	p- multivariate *	Adjusted Odds ratio (ORa)**
Women (a)	33 (80.5%)	39 (84.8%)	0.777	–	–
Age (years) (m±SD) (b)	46.9±7.93	46.6±8.28	0.849	–	–
Couple life (a)	29 (70.7%)	34 (73.9%)	0.812	–	–
- Employees	23 (56.1%)	25 (55.6%)	0.644	–	–
- Managerial staff	9 (22.0%)	13 (28.9%)			
- Other SPGs (b)	9 (22.0%)	7 (15.6%)			
Chemotherapy (a)	19 (46.3%)	39 (84.8%)	< 0.001	0.006	0.117 [0.025-0.535]
Regular visit to the company during the work stoppage (c)	13 (61.9%)	7 (29.2%)	0.027	0.021	5.78 [1.30-25.6]

Missing values: a=18; b=19; c=60

*The multivariate model includes fixed adjustment variables and confounding factors that have a p-univariate < 0.2

**ORa measures the degree of dependence of the variables. The more ORa is 1, the greater the effect of the explanatory variable

Table 2. Comparison of socio-professional, therapeutic (chemotherapy) variables and the involvement of patients in their return to work, depending on whether or not they continue to work

	Resumption of the same professional activity N (%)	Change of professional activity N (%)	p-univariate	p- multivariate*	Adjusted Odds ratio (ORa)**
Women (a)	66 (80.5%)	12 (100%)	0.120	0.998	–
Age (years) (m±SD) (b)	47.5±7.91	41.9±6.72	0.027	0.106	–
Couple life (a)	60 (73.2%)	9 (75.0%)	0.893	–	–
- Employees	44 (53.7%)	11 (91.7%)	0.041	0.043	0.123 [0.016-0.935]
- Managerial staff	20 (24.4%)	1 (8.3%)			
- Other SPGs (a)	18 (22.0%)	0			
Chemotherapy	53 (64.6%)	9 (75.0%)	0.745	–	–
Meeting of the occupational physician before the resumption of the activity (pre- reinstatement visit) (a)	48 (58.5%)	2 (16.7%)	< 0.001	0.007	2.30 [1.03-10.4]

Missing values: a=11; b=19

*The multivariate model includes fixed adjustment variables and confounding factors that have a p-univariate < 0.2

**ORa measures the degree of dependence of the variables. The more ORa is 1, the greater the effect of the explanatory variable

Table 3. Comparisons of socio-professional, therapeutic (chemotherapy) variables and patient involvement in their return to work according to the change of employer

	No change of employer N (%)	Change of employer N (%)	p-univariate	p-multivariate*	Adjusted Odds ratio (ORa)**
Women (a)	64 (80%)	15 (100%)	0.067	0.999	—
Age (years) (m±SD) (b)	47.6±7.93	42.6±7.05	0.038	0.655	—
Couple life (a)	62 (77.5%)	8 (53.3%)	0.024	0.016	10.4 [1.55-71.4]
- Employees	45 (56.2%)	10 (66.7%)	0.862	—	—
- Managerial staff	18 (22.5%)	3 (20.0%)			
- Other SPGs (a)	17 (21.2%)	3 (13.3%)			
No children (c)	37 (48.1%)	1 (7.7%)	0.022	0.089	—
Chemotherapy (a)	50 (62.5%)	13 (86.7%)	0.081	0.104	—
Quick notification of diagnosis to employer (a)	69 (86.2%)	9 (60.0%)	0.025	0.061	—
Announcement of diagnosis to colleagues (a)	66 (82.5%)	8 (53.3%)	0.020	0.161	—
Announcement of diagnosis to hierarchy (a)	56 (70.0%)	6 (40.0%)	0.038	0.993	—
Pre-reinstatement visit to the occupational physician (a)	52 (65.0%)	3 (20.0%)	0.002	0.018	2.56 [2.22-62.5]

Missing values: a=10; b=9; c=15

*The multivariate model includes fixed adjustment variables and confounding factors that have a p-univariate < 0.2

**ORa measures the degree of dependence of the variables. The more ORa is 1, the greater the effect of the explanatory variable

Table 4. Comparisons of socio-professional, therapeutic (chemotherapy) variables and patient involvement in their return to work according to the change in working conditions

	Change in working conditions N (%)	No Change in working conditions N (%)	p-univariate	p-multivariate*	Adjusted Odds ratio (ORa)**
Women (a)	19 (82.6%)	43 (78.2%)	0.766	—	—
Age (years) (m±SD) (a)	47.3±9.07	47.9±7.41	0.758	—	—
Couple life (a)	19 (82.6%)	41 (74.5%)	0.562	—	—
- Employees	12 (52.2%)	31 (56.4%)	0.598	—	—
- Managerial staff	7 (30.4%)	11 (20.0%)			
- Other SPGs (a)	4 (17.4%)	13 (23.6%)			
Chemotherapy	13 (68.4%)	36 (61.0%)	0.599	—	—
Announcement of diagnosis to colleagues (a)	16 (69.6%)	22 (40.0%)	0.025	0.266	—
Advice request: Family and friends (a)	16 (69.6%)	20 (36.4%)	0.012	0.166	—
Advicerequest: Oncologist (a)	16 (69.6%)	26 (47.3%)	0.072	0.640	—
Advice request: general practitioner (a)	18 (78.3%)	26 (47.3%)	0.012	0.147	—
Wishing to adapt treatment to working life (b)	9 (69.2%)	6 (15.4%)	0.001	0.005	14.5 [2.20-90.9]
Oncologist meets before reinstatement (a)	5 (21.7%)	2 (3.6%)	0.021	0.998	—

Missing values: a=27; b=53

*The multivariate model includes fixed adjustment variables and confounding factors that have a p-univariate < 0.2

**ORa measures the degree of dependence of the variables. The more ORa is 1, the greater the effect of the explanatory variable

Table 5. Comparisons of socio-professional, therapeutic and patient involvement variables in their return to work depending on whether they want to leave work (W)

	No wish to move away from the W N (%)	Wish to move away from the W N (%)	p-univariate	p-multivariate *	Adjusted Odds ratio (ORa)**
Women (a)	51 (76.1%)	35 (92.1%)	0.041	0.447	—
Age (years) (m±SD) (b)	47.0±8.13	46.3±7.61	0.682	—	—
Couple life (a)	45 (67.2%)	31 (81.6%)	0.083	0.126	—
- Employees	38 (59.4%)	20 (55.6%)	0.958	—	—
- Managerial staff	14 (21.9%)	8 (22.2%)			
- Other SPGs (c)	12 (18.8%)	8 (22.2%)			
Works within a T/PME (d)	24 (41.4%)	20 (57.1%)	0.096	0.124	—
Surgery (a)	57 (85.1%)	37 (97.4%)	0.054	0.350	—
Chemotherapy (a)	41 (61.2%)	31 (81.6%)	0.048	0.020	0.214 [0.058-0.787]
Radiotherapy (a)	41 (61.2%)	33 (86.8%)	0.007	0.246	—
Quick notification of diagnosis to employer (a)	61 (91.0%)	24 (63.2%)	0.001	0.005	7.46 [1.83-30.3]

Missing values: a=0; b=16; c=5; d=12

*The multivariate model includes fixed adjustment variables and confounding factors that have a p-univariate < 0.2

**ORa measures the degree of dependence of the variables. The more ORa is 1, the greater the effect of the explanatory variable

DISCUSSION

Population characteristics

The proportion of women (81.9%) who participated in this study at the end of treatment is significantly higher than that of cancer survivors in the French metropolitan population (47.3%).¹⁹ The share of breast cancer (54.3%) is also higher than that observed in the French population in 2015 (31.2%).²⁰ Predominantly male prostate / bladder cancers are under-represented in the study sample (3.8%) compared to the French population (13.8%). This phenomenon can be explained by the over-representation of the female gender in the sample because of a higher rate of return to work for survivors of breast cancer and a return to employment lower for survivors of more "male" cancers. A study carried out in 2005-2006 among 402 employees in Ile-de-France found a reinstatement rate of 92% for breast cancer and 78% for prostate cancer.²¹

In this study, the proportion of employees (58.0%) and executives (22.0%) is higher than that of the working population of metropolitan France aged 15 to 64, with rates of 27.4% and 17.8%. The proportion of workers (7.0%) lower than that observed (20.3%) in the French labor force²² can partly be explained by a higher average age in our study (46.8 years) compared (39.6) of metropolitan France²³, knowing that the proportion of executives increases with age²². Moreover, the regional population of Provence-Alpes-Côte d'Azur, where the study was carried out, is composed of more company employees (30.0%) and fewer artisans (18.3%) compared to the French population.²⁴ Nevertheless, the disparity in representativeness between the executive and workers' occupations must be explained mainly by the greater difficulty of returning to work among the workers compared with the other categories.⁵

Marital Status and Socio-Occupational Categories

There does not seem to be any influence of marital status on the time to return to work in the subjects of our study. This fact is discussed in the literature. Ahn et al. have shown that women treated for breast cancer have a higher rate of employment when they are alone, separated, divorced or widowed.⁶ Other authors have found no influence of the status on the return to work.²⁵

Living with a partner does not seem to have an influence on the change of occupational activity at the resumption of work, whereas it seems to be a crucial factor in not changing the employer. To our knowledge there is no data in the literature on this point.

In our study, the mean delays in return to work is 1.69 years (+/- 1.77) for employees, 1.87 years (+/- 2.02) for executives, 1.08 years (+/- 1.17) for occupations intermediate and 1.39 years (+/- 1.48) for workers. The low rates of intermediate professions and workers who participated in our study compared to those in the general active population (25.4% and 20.4% respectively) may explain the difficulty of finding a link. Fantoni et al. found that blue-collar workers had a reinstatement rate of 58.6% and a median time of 25.5 months compared with a re-employment rate of 88.2% and a median intermediate professions and a reinstatement rate of 92.1% and a median time of 7.8 months among executives.⁵ The change in professional activity is significantly more frequent among the workers of our study than among executives. This finding is consistent with the findings of other studies^{5, 26} suggesting that a lower level of qualification is often associated with jobs with a higher physical load and thus more difficult to cope with after cancer treatments.

Chemotherapy

In the present study, undergoing chemotherapy was significantly associated with a delay in returning to work and the wish to distance themselves from work was more common. Chemotherapy is responsible for side effects (nausea, vomiting) and often induces intense and lasting asthenia. This treatment, predominantly used as an adjuvant at the advanced tumor stage, where the prognosis of reinstatement is bleak, has long protocols to follow which may lead the employee to have little or no contact with the work environment.²⁷ In a sample of women affected by breast cancer, Johnsson et al. found that a return to work 10 months after surgery involved 91% of patients not treated with chemotherapy and less than 63% of patients treated with chemotherapy.²⁸ On the other hand, there is no significant influence of chemotherapy in our study on whether or not there has been any change in employer, occupational activity or working conditions.

Regular visits within the company and the announcement of the diagnosis

Sevellec et al. found that 6% of workers who were treated for cancer still felt embarrassed in their interactions at work, 41% said they were not properly accepted in the company, 35% had an unsatisfactory relationship with their supervisor and 24% with their colleagues.²⁹ The occurrence of these difficulties would be fostered by the fear in colleagues of an increased workload and by the change of perception of the employee of his position within the company.²⁹

For the cancer survivors of our study, having regularly visited the company's premises during their work stoppage is significantly associated with a faster return to work. The literature highlights the importance of employer and co-worker support for returning to employment.^{27, 30} Having promptly reported the diagnosis to the employer is positively correlated with not wanting to leave their work with a strong tendency not to change employers during the reinstatement. A recent French study shows that the existence of contact with the employer

encourages the resumption of work after a sick leave whatever the pathology.³¹ For their part, Pryce et al show that this contact facilitates the reinstatement in survivors of cancer.¹⁷ In our study, the announcement of the diagnosis to colleagues had no impact on the change or not of employer or on the conditions of work. For Price et al this announcement allows the continuation of the work without interruption.¹⁷ The notification by the cancer survivors to the employer of their desire to retain their place within the company gives him the possibility to anticipate with them the setting up of the adjustments advised by the occupational physician. Moreover, the employees' own involvement in their reinstatement is likely to diminish their concerns and reinforce their sense of a return to "normality".

Pre-reinstatement visit

Few cancer survivors identify the occupational physician as a major point of contact (34% versus 69% for the hierarchical superior).³² This result is even lower among industrial or construction workers (27%), clerical workers (25%) and employees in companies with between 10 and 49 employees (8%).³² Maintaining the link with the occupational physician during the work stoppage allows the latter to anticipate the difficulties encountered by the employee at the workplace and to advocate a possible therapeutic half-time. This also makes it possible to involve the employee in the development of the layout of his workstation. In our study, the pre-reinstatement visit is a positive factor in the absence of change of employer or change of activity. Moreover, the fact of having benefited from a therapeutic half-time in order to gradually resume a professional activity is significantly associated with the layout of the workstation. This result is consistent with data from the literature.^{28, 31} Moreover, obtaining a flexible working schedule significantly increases the return to work³³, or even continuing work¹⁷ and improves self-rated health.³³ Unfortunately, back-to-work schemes remain little used by employers of employees who survive cancer. For example, in the DOPA study only 37% of employees who returned to their jobs benefited from a pre-reinstatement visit, 33% from a therapeutic part-time, 6% from a post adjustment and 6% recognition of disabled worker status.³⁴

Finally, the demand for adaptation to working life by the cancer survivors of our study is positively correlated with a change in their working conditions. This result underlines the need for partnerships between the oncology care teams, the attending physician, the medical adviser of the health insurance and the occupational physician around the resumption of work.²¹ Rollin et al. have shown that 93% of those who have been consulted within a multidisciplinary platform have found it useful³⁵ and Price et al., that it is easier for them to resume work when advice is given by a doctor.¹⁷ Obviously, informing patients prior to returning to work through the distribution of information booklets appears to be a fundamental step in "preparing, anticipating and accompanying" the return to work after a cancer.³⁶

Strengths and Limitations

The main strength of this study is to have targeted patients affected by cancer who resumed their work without taking into account the cancer site. The multivariate statistical models used presented robust parameters and were adapted to each variable to be explained. The information collected on the type of cancer and the treatment modalities were precise. Nevertheless, one of the main weaknesses of this study is not knowing the number of doctors who participated in the study and the total number of patients requested. The doctors who took part in the collection of data did not record their identity, hence the follow-up of the response rate could not be realized. The socio-demographic characteristics of the sample diverged from those of the general population and no prevalence adjustments were made. Nevertheless, analyzes of group comparison within a sample do not require adjustment to be reliable. No information on comorbidities was collected. Finally, this descriptive study does not allow for the identification of a causal link between the dependent and independent variables.

CONCLUSIONS

For the survivor of cancer, maintaining a link with his company is positively associated with his return to work. His own involvement in preparing for his return to work, by maintaining contact with the colleagues and supervisors and by requesting a pre-reinstatement visit with the occupational physician, appears to result in better adapted conditions of return to work, in comparison with workers not involved. Additional studies could be conducted to investigate factors that may favor the personal involvement of the cancer survivor in maintaining employment.

Acknowledgments: The authors thank all the employees and the GIMS occupational physicians who participated in the study.

REFERENCES

1. Institut national du cancer. [Cancers in France - Edition 2016]. *Les Données*. 2017. French
2. Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, et al. [Survival of people with cancer in metropolitan France, 1989-2013. Part 1 - Solid tumors]. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire. 2016;274. French
3. Institut national du cancer. [Life two years after a diagnosis of cancer. From notification to post cancer]. *Etudes et Enquêtes*. 2014. French
4. Institut national du cancer. [Cancer program 2014-2019]. *Documents institutionnels*. 2015. French
5. Fantoni SQ, Peugniez C, Duhamel A, et al. Factors related to return to work by women with breast cancer in northern France. *J Occup Rehabil*. 2010;20(1):49-58.
6. Ahn E, Cho J, Shin DW, et al. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast Cancer Res Treat*. 2009;116(3):609-16.
7. Roelen CA, M, Koopmans PC, van Rhenen W, et al. Trends in return to work of breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat*. 2011;128(1):237-42.
8. Johnsson A, Fornander T, Rutqvist L, et al. Factors influencing return to work: a narrative study of women treated for breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2010;19(3):317-23.
9. Molina Villaverde R, Feliu Batlle J, Villalba Yllan A, et al. Employment in a cohort of breast cancer patients. *Occup Med*. 2008;58(7):509-11.
10. Hedayati E, Johnsson A, Alinaghizadeh H, et al. Cognitive, psychosocial, somatic and treatment factors predicting return to work after breast cancer treatment. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(2):380-7.
11. Lilliehorn S, Hamberg K, Kero A, Salander P. Meaning of work and the returning process after breast cancer: a longitudinal study of 56 women. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(2):267-74.
12. Johnsson A, Fornander T, Rutqvist L-E, et al. Predictors of return to work ten months after primary breast cancer surgery. *Acta Oncol Stockh Swed*. 2009;48(1):93-8.
13. Bouknight RR, Bradley CJ, Luo Z. Correlates of return to work for breast cancer survivors. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2006;24(3):345-53.
14. Carlsen K, Jensen AJ, Rugulies R, et al. Self-reported work ability in long-term breast cancer survivors. A population-based questionnaire study in Denmark. *Acta Oncol Stockh Swed*. 2013;52(2):423-9.
15. Nilsson M, Olsson M, Wennman-Larsen A, et al. Return to work after breast cancer: women's experiences of encounters with different stakeholders. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc*. 2011;15(3):267-74.
16. Blinder VS, Murphy MM, Vahdat LT, et al. Employment after a breast cancer diagnosis: a qualitative study of ethnically diverse urban women. *J Community Health*. 2012;37(4):763-72.
17. Pryce J, Munir F, Haslam C. Cancer survivorship and work: Symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *J Occup Rehabil*. 2007;17(1):83-92.
18. De Boer AG, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MH, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9): CD007569
19. Institut national du cancer. [Cancers in France in 2016: the main facts and figures]. *Les données*. 2017. French
20. Institut national du cancer. [Cancers in France - Edition 2015]. *Les données*. 2016. French
21. Belin L, Bourillon M-F, Stakowski H, et al. [Repercussions of cancers on working life: a study carried out among 402 employees in Île-de-France]. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2010;58(52):70. French
22. Beck S, Vidalenc J. [A picture of the labor market in 2016]. *Insee Première*. 2017. French
23. Léon O. [The labor force in metropolitan France by 2030: significant growth in ten regions]. *Insee Première*. 2011. French
24. Institut national de la statistique et des études économiques. [Structure of the labor force (15 to 64 years) by socio-professional category in 2014]. 2015. French
25. Johnsson A, Fornander T, Rutqvist L-E, et al. Predictors of return to work ten months after primary breast cancer surgery. *Acta Oncol*. 2009;48(1):93-8.
26. Marino P, Teyssier LS, Malavolti L, Le Corroller-Soriano AG. Sex differences in the return-to-work process of cancer survivors 2 years after diagnosis: results from a large French population-based sample. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2013;31(10):1277-84.
27. Islam T, Dahlui M, Majid HA, et al. Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC Public Health*. 2014;14 Suppl 3:S8.
28. Johnsson A, Fornander T, Rutqvist L-E, Olsson M. Work status and life changes in the first year after breast cancer diagnosis. *Work Read Mass*. 2011;38(4):337-46.

29. Sevellec M, Belin L, Bourrillon M-F, Lhuillier D, Rérolle E, Le Bideau S, et al. [Work ability in cancer patients: Six years assessment after diagnosis in a cohort of 153 workers]. *Bull Cancer (Paris)*. 2015;102(6 Suppl 1):S5-13. French
30. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev OncolHematol*. 2011;77(2):109-30.
31. Tone F, Pires S, Wloch K, Quinton SF. [Use and interest of prereinstatement visit: Survey conducted with occupational doctors]. *Arch Mal Prof Environ*. 2016;77(3):393. French
32. Ligue nationale contre le cancer. [Report 2013 of the Societal Observatory of Cancers]. 2014. French
33. Duguet E, Le Clainche C. [An evaluation of the impact of working conditions on the resumption of work after cancer]. *Centre d'étude de l'emploi*. 2014. French
34. La ligue contre le cancer. [Professional life: a strong need to accompany sick people and raise awareness among employers in Social impact n°2013-2014: Data from the 2013 collection campaign]. 2014. French
35. Rollin L, De Blasi G, Boucher L, Gehanno JF. [Advantages of a specialized return to work consultation after cancer]. *Bull Cancer (Paris)*. 2015;102(2):182-9. French
36. Institut Curie. [Preparing, anticipating and accompanying the return to work after cancer]. 2014. French

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Objectif : L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la propre implication des survivants d'un cancer dans la préparation de leur retour au travail sur les conditions de leur reprise.

Méthode : Un auto-questionnaire a été rempli par 105 survivants de cancer au moment de leur visite médicale de reprise du travail. Différentes modalités de reprise du travail en fonction des caractéristiques professionnelles et médicales ont été comparées par des tests statistiques multivariés.

Résultats : La reprise du travail moins de 1 an après le diagnostic est associé à une visite régulière du salarié dans l'entreprise au cours de l'arrêt de travail. L'absence de changement d'employeur ou d'activité professionnelle sont associés à la réalisation d'une visite de pré-reprise auprès du médecin du travail.

Le changement des conditions de travail est associé au souhait du salarié d'une adaptation de son traitement à la vie professionnelle.

Conclusion : L'implication des survivants de cancer dans la préparation de leur retour au travail apparaît associée à l'adaptation des conditions de reprise.

Mots-clés : cancer ; médecine du travail ; réintégration ; étude rétrospective ; retour au travail.