



HAL
open science

Maintien en emploi des patients atteints de cancer

Laetitia Rollin, Sophie Fantoni-Quinton, Audrey Petit, Camille Baumann,
Karine Petitprez, Jean-Francois Gehanno, Jean-Baptiste Fassier

► **To cite this version:**

Laetitia Rollin, Sophie Fantoni-Quinton, Audrey Petit, Camille Baumann, Karine Petitprez, et al..
Maintien en emploi des patients atteints de cancer. *Bulletin du Cancer*, 2019, 106 (11), pp. 1039-1049.
10.1016/j.bulcan.2019.08.008 . hal-02391715

HAL Id: hal-02391715

<https://univ-rennes.hal.science/hal-02391715v1>

Submitted on 5 Jul 2021

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.

Titre : Maintien en emploi des patients atteints de cancer. Revue de la littérature

Title : Return to work for cancer patients. Literature review

Type d'article : article de synthèse

Auteurs

Rollin Laétitia¹, Fantoni Quinton Sophie², Petit Audrey³, Baumann Camille⁴, Petitprez Karine⁵, Gehanno Jean-François¹, Fassier Jean-Baptiste⁶

¹ Centre de consultations de pathologie professionnelle du CHU-Hôpitaux de Rouen, CISMéF-TIBS-LITIS EA 4108, Université de Rouen; 1 UMRESTTE UMR T9405, Université Claude Bernard Lyon 1, France

² Centre de consultations de pathologie professionnelle du CHU de Lille, CRDP EA 4487, Université Lille; jean-baptiste.fassier@univ-lyon1.fr

³ Centre de consultations de pathologie professionnelle du CHU d'Angers, Angers, France / INSERM, U1085, IRSET, Equipe ESTER, Université d'Angers

⁴ Institut de Santé au Travail du Nord de la France, Lille, France;

⁵ Service des bonnes pratiques professionnelles, Haute Autorité de Santé, Paris, France

⁶ Occupational health and medicine department, Hospices Civils de Lyon, France;

Auteur correspondant :

Laétitia ROLLIN

Centre de consultations de pathologie professionnelle

CHU-Hôpitaux de Rouen

1 rue de Germont

76031 Rouen cedex

Tél : 02.32.88.82.85

Laetitia.rollin@chu-rouen.fr

Résumé :

Le maintien en emploi (MEE) est une priorité de santé publique qui a conduit à demander à la Haute Autorité de Santé d'élaborer des recommandations de bonne pratique « Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs ». L'objectif de cet article est de présenter la revue de la littérature concernant le MEE des patients atteints de cancer.

Les études sur les effets à moyen et long terme du cancer chez les survivants sont relativement peu nombreuses mais suggèrent des effets durables sur le MEE. Les facteurs favorisant le MEE sont liés à la personne, à la maladie et ses traitements, au poste de travail mais également à l'accompagnement mis en œuvre pour favoriser ce maintien en emploi. Un plan spécifique de MEE comprenant 3 phases (compréhension de la situation, identification des freins et leviers au MEE, mise en œuvre de mesures ciblant l'individu, le milieu de travail et la coordination des intervenants) devrait être établi en concertation avec le travailleur, le médecin du travail, l'employeur, le médecin traitant et les médecins du parcours de soins.

Mots clés : maintien en emploi, retour au travail, cancer, pluridisciplinarité

Abstract :

Return to work is a public health priority which led the French Health Authority to publish recommendations about « return to work and health: prevention of exclusion from work ». The aim of this article is to present a literature review of return to work after cancer.

Studies about medium-term and long-term effects of cancer are sparse. They suggest workers durable effects. Factors associated with return to work are linked to the patient characteristics, to characteristics of the illness and the treatment, to the workplace and to the help provided to the patient during the return to work process. A specific plan for returning to work in 3 phases (situation comprehension, identification of negative and positive factors for returning to work, implementation of measures concerning the patient, the workplace and the coordination between return to work actors) should be built for each patient, involving the worker, the occupational practitioner, the general and specialist practitioners.

Key words : staying at work, return-to-work, cancer, pluridisciplinarity

Introduction :

Le développement de l'accompagnement des travailleurs et des entreprises dans la prévention de la désinsertion professionnelle et dans le maintien en emploi est une priorité des politiques publiques. En effet, il constitue l'une des lignes directrices et structurantes du troisième Plan santé au travail 2016-2020 (DGT PST3, 2015) définie par le ministère en partenariat avec les partenaires sociaux et les acteurs de la prévention. Il s'inscrit également dans la continuité du plan cancer 2014-2019, du plan maladies neurodégénératives 2014-2019, et de la Convention nationale pluriannuelle multipartite de mobilisation pour l'emploi des personnes en situation de handicap 2017-2020. Enfin, l'un des axes de la stratégie nationale de santé 2018-2022 comprend un objectif visant à prévenir la désinsertion professionnelle et sociale des malades, des blessés et des victimes d'accidents sanitaires ou traumatiques et de leurs aidants. Dans ce contexte, l'élaboration de recommandations de bonne pratique sur « Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs » a été demandée à la Haute Autorité de Santé (HAS) conjointement par la Société française de médecine du travail, la Caisse nationale d'assurance maladie et la Direction générale du travail. Les objectifs de ces recommandations de bonne pratique étaient doubles :

- Proposer un socle commun pour prévenir la désinsertion professionnelle et contribuer au maintien en emploi des travailleurs
- Améliorer la lisibilité et la cohérence de la prise en charge des personnes en risque de désinsertion professionnelle.

L'objectif de cet article est de présenter la revue de la littérature effectuée concernant le retour au travail et le maintien en emploi des patients atteints de cancer. Une synthèse des recommandations élaborées par le groupe de travail pour l'accompagnement des patients en vue de leur retour ou maintien en emploi sera ensuite présentée.

Méthodologie

Une recommandation de bonne pratique portant sur le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion des travailleurs en général a été élaborée en partenariat entre la Haute autorité de santé et la Société française de médecine du travail. Conformément à la méthode décrite dans le guide méthodologique de la HAS [1], un état des lieux bibliographique a été réalisé dans un premier temps, concernant le retour au travail et les mesures mises en œuvre pour le faciliter d'une manière générale, et plus spécifiquement pour les pathologies chroniques les plus fréquentes et en particulier le cancer. Dans un deuxième temps, une analyse et une synthèse de ces données a été réalisée, servant de base à la proposition de recommandations par un groupe de travail pluridisciplinaire comprenant également des représentants des patients et d'usagers. A l'issue d'une phase de lecture, le groupe de travail a statué sur la version définitive des recommandations qui sont rendues publiques en début d'année 2019.

La recherche documentaire a porté sur la période de janvier 2007 à mars 2018. Les sources suivantes ont été interrogées : les bases de données Medline, Central, Scisearch, Lissa, Cairn, Eficatt, la Banque de Données en Santé Publique, la Cochrane Library, ainsi que les sites internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.

La synthèse des connaissances a été effectuée selon 2 axes : le premier concerne l'état des connaissances sur le retour au travail des patients atteints de cancer, le second concerne l'évaluation du contenu et de l'apport des interventions ayant pour objectif l'amélioration du retour au travail des patients atteints de cancer.

Résultats

Etat des connaissances sur le retour au travail des patients atteints de cancer

Cinq études ont été identifiées permettant de faire un état des connaissances sur le retour au travail après cancer. La première est une revue de la littérature internationale de 2011 [2] dont l'objectif était de réaliser un état des lieux général du retour au travail après cancer. La seconde est une revue systématique de 2017 [3] dont l'objectif était plus largement d'identifier les facteurs psycho-sociaux associés au retour au travail après arrêt de travail lié à une maladie cardio-vasculaire, une maladie mentale ou un cancer. Les 3 autres sont des études françaises qui permettent d'intégrer les spécificités du système de protection sociale et de la législation du travail française pouvant être à l'origine de dynamiques différentes sur le marché du travail par rapport à celles attribuables aux systèmes de santé des autres pays. La première de ces 3 études est l'étude de cohorte rétrospective « La vie 2 ans après un diagnostic de cancer » [4], réalisée en 2010-2012, interrogeant les patients identifiés grâce aux données de l'assurance maladie sur leur devenir 2 ans après le diagnostic de cancer, et comportant un module sur l'activité professionnelle. La seconde est l'étude « La vie 5 ans après un diagnostic de cancer » [5], qui a été réalisée en 2015 dans la continuité de l'étude précédente, mais cette fois-ci avec un délai d'observation à 5 ans. Enfin, la dernière est une analyse sur données médico-administratives des conséquences de la survenue du cancer sur les parcours professionnels [6].

Ces études sont détaillées dans les paragraphes suivants.

Dans leur revue systématique de 2011, Mehnert et al [2] ont réalisé un état des lieux des connaissances concernant le maintien en emploi et le retour au travail des patients atteints de cancer. Ils ont identifié 64 articles, dont 43 concernaient principalement des femmes atteintes de cancer du sein. La majorité des études était de type transversal (n=47) et seules 23 avaient un groupe de comparaison. Le taux de reprise, identifié dans 28 études, était de 63,5% avec des extrêmes allant de 24 à 94% selon les études. Cette variabilité du taux de reprise était surtout expliquée par l'ancienneté du diagnostic au moment de l'interrogation sur le taux de reprise. Lorsque l'on prenait en compte ce critère dans les études, on observait les taux suivants : 40 % à 6 mois (allant de 24 à 72 %), 62 % à 12 mois (allant de 50 à 81 %), 73 % à 18 mois (allant de 64 à 82 %), 89 % à 24 mois (extrêmes allant de 84 à 94 %). Les facteurs favorisant la reprise ou le maintien en emploi étaient socio-démographiques (genre masculin, âge jeune, niveau d'éducation élevé, patient vivant seul ou séparé), médicaux (localisations cancéreuses touchant des patients jeunes, absence de chirurgie, moindre présence de symptômes physiques ou psychologiques), dépendant de l'employeur (mise en place d'une rencontre employeur/patient pour discuter du retour au travail, perception par le patient de la mise en place par l'employeur de conditions facilitantes pour le retour au travail) et enfin liés à l'accompagnement du patient (conseils apportés pour le retour au travail, intégration dans des programmes de réentraînement, accompagnement par des services spécialisés, continuité des soins). Concernant l'impact du cancer sur le travail, les études étaient discordantes, mais la plupart rapportaient pour les patients, au moins de façon temporaire, une diminution du temps de travail, une modification de l'organisation du travail, une baisse des revenus ou salaires, un déclin de la capacité de travail. De plus, les patients atteints de cancer avaient plus de risque de chômage et de départ en retraite précoce. Les auteurs concluaient de cette revue systématique que les études sur les effets à moyen et long terme du cancer chez les survivants étaient relativement peu nombreuses. Ils recommandaient la réalisation d'investigations pluridisciplinaires (psycho-oncologie, psychosociologie, neuropsychologie, sociologie, économie) dans ce champ ainsi que le développement d'indicateurs validés permettant d'évaluer l'impact du cancer sur le retour au travail et les comparaisons inter-études. Enfin, ils proposaient l'utilisation d'un modèle de recherche sur le retour à l'emploi des personnes atteintes de cancer comprenant 3 niveaux :

- le premier niveau correspondant aux facteurs médicaux spécifiques à la maladie (type de cancer, stade...) et liés aux traitements
- le second niveau correspondant aux variables médiatrices du retour à l'emploi : facteurs liés à la personne (facteurs socio-démographiques, comorbidités, facteurs motivationnels...), au poste de travail et à l'accompagnement effectué pour le retour au travail
- le troisième niveau correspondant aux critères de résultats qui sont de 3 types : résultats concernant l'emploi (taux de reprise, nombre de nouvel arrêt de travail...), résultats concernant le patient (qualité de vie), résultats économiques (coûts économiques, productivité...)

Dans leur revue systématique de la littérature, Gragnano et al [3] en 2017 ont identifié les facteurs psycho-sociaux, médicaux et socio-démographiques associés au retour au travail après arrêt de travail lié à une maladie cardio-vasculaire, une maladie mentale ou un cancer. Quatorze revues de la littérature (3 concernant les maladies mentales, 5 les maladies cardio-vasculaires et 6 les cancers) et 32 études de cohorte additionnelles ont été incluses. Selon leurs critères d'évaluation du niveau de preuve basé sur le nombre d'études de cohorte prospective ou rétrospective ayant retrouvé une association entre chaque facteur et le retour au travail, les auteurs ont mis en évidence, pour le cancer (cf. Tableau 1):

- 9 facteurs facilitant le retour au travail avec un niveau de preuve fort ou modéré : autonomie dans le travail, support du manager, capacité de travail, bonne santé perçue, chirurgie moins invasive, traitement ne comportant pas de chimiothérapie, bonne santé mentale (évaluée par le questionnaire SF36 ou SF12), statut socio-économique élevé, contrat de travail à temps plein
- 11 facteurs limitant le retour au travail avec un niveau de preuve fort ou modéré : travail physique, tension au travail, fatigue, dépression, cancer étendu, stade avancé du

cancer, âge plus élevé, genre féminin, bas niveau d'éducation, type de travail manuel, travailleur de la catégorie « col bleu »

Les auteurs de cette revue ont également étudié les facteurs associés au retour au travail communs aux pathologies mentales, cardio-vasculaires et cancéreuses. Ils ont mis en évidence 10 facteurs communs : 4 facteurs facilitants (autonomie, capacité de travail, bonne santé perçue, haut niveau socio-économique) et 6 facteurs limitant (tension au travail, anxiété, dépression, comorbidité, âge élevé, bas niveau d'éducation). Les auteurs déploraient le manque d'études évaluant l'aide que peuvent représenter les managers et les collègues pour le retour au travail.

Les auteurs concluaient qu'un certain nombre de facteurs psycho-sociaux étaient associés au retour au travail, confirmant le rôle déterminant des conditions de travail avant l'arrêt maladie sur le processus de retour au travail ultérieur. Ils soulignaient également que le processus de retour au travail était peu différent selon le type de maladie et qu'une approche transversale du retour au travail, indépendante du type de maladie, était tout-à-fait recommandée. Cette approche nécessiterait, néanmoins, d'établir des critères de classification concernant la sévérité du diagnostic et le caractère invasif du traitement.

Enfin, les auteurs ont proposé, à partir de ces constats, des recommandations pour la mise en place d'intervention pour le retour au travail. Ces interventions devraient comporter un module commun dont les objectifs seraient d'améliorer la capacité de travail et les conditions de travail (amélioration du contrôle possible sur le travail et diminution de la tension au travail). Ce module devrait également comporter une prise en charge des conséquences psychologiques de la maladie : dépression, anxiété, amélioration de la perception des capacités fonctionnelles du patient. Le module spécifique proposé aux patients atteints de cancer devrait prévoir une adaptation de la charge physique du travail à l'état de santé, favoriser une relation de soutien entre le manager et le travailleur et prendre en compte le type de cancer et le type de traitement.

L'étude française « La vie 2 ans après un diagnostic de cancer » [4] avait pour objectif de réaliser un état des lieux des conditions de vie 2 ans après le diagnostic de cancer, en particulier dans les domaines suivants : état de santé perçu, vie professionnelle, revenus, situation familiale. Cette étude de cohorte rétrospective a été réalisée en 2010-2012 et a interrogé les patients identifiés grâce aux données de l'assurance maladie sur leur devenir 2 ans après le diagnostic de cancer. Pour les analyses concernant le travail, 2508 patients bénéficiaires de l'assurance maladie (régime général ou Mutualité sociale Agricole ou Régime Social des indépendants, soit 90% de la population française) en 2010, âgés de 18 à 52 ans et atteints de l'un des 12 cancers suivants : 4 localisations de bon pronostic (sein, prostate, thyroïde, mélanome), 7 de pronostic intermédiaire (colon-rectum, voies aérodigestives supérieures-VADS, vessie, rein, lymphome non hodgkinien, corps utérin, col utérin), une de mauvais pronostic (poumon) ont été inclus. Cette étude a mis en évidence, qu'en terme d'emploi, la situation initiale des patients atteints de cancer était plus favorable que celle de la population générale, ceci s'expliquant par un âge plus élevé des patients atteints de cancer. Ainsi, afin de comparer le devenir des patients avec la population générale, un appariement cas/témoin a été nécessaire pour le reste des analyses.

Parmi les personnes en emploi lors du diagnostic de cancer, 77% l'étaient encore 2 ans plus tard (contre 94% dans le groupe témoin), 12% étaient en arrêt maladie et 6% étaient au chômage (contre 3% dans le groupe témoin) et 5% étaient diverses autres situations. Les facteurs associés au risque de perte d'emploi étaient l'appartenance à une catégorie socio-professionnelle d'exécution, un âge plus jeune ou plus âgé, le fait d'être marié, d'avoir un niveau d'études inférieur au bac, d'avoir un contrat de travail précaire, d'être employé dans une petite ou moyenne entreprise (plutôt que dans une très petite entreprise ou grande entreprise) et certaines localisations cancéreuses de pronostic défavorable (poumon, vessie, VADS, colon-rectum) (cf. Tableau 2).

En outre, l'étude a montré que les facteurs associés à la sortie d'emploi étaient différents selon la catégorie socio-professionnelle, les facteurs étant plus nombreux pour les catégories socio-professionnelles d'exécution (cf. Tableau 3).

Les auteurs soulignaient que ces facteurs de risque de perte d'emploi étaient les mêmes qu'en population générale et représentaient donc une double peine pour les patients. Enfin, l'étude s'est également intéressée aux arrêts maladies. Elle a montré que 13 % des patients n'y ont jamais eu recours, cette proportion étant plus forte chez les travailleurs indépendants (32 %). L'analyse de la durée d'arrêt de travail a montré une vitesse de reprise différente selon le genre : les taux de reprise étaient plus importants chez les hommes dans la première année puis convergeaient avec celui des femmes vers 18 mois. Les auteurs concluaient de ce travail que les interventions visant à améliorer le retour au travail des patients atteints de cancer devraient être construites en fonction du profil des patients-travailleurs, de la manière suivante :

- pour les catégories socioprofessionnelles d'exécution, l'accent devrait être mis sur l'accompagnement des séquelles, la surveillance de problèmes psychologiques qui motivent la prise de médicaments et peuvent gêner ces personnes dans leur activité professionnelle.
- pour les catégories socioprofessionnelles d'encadrement : la vulnérabilité après le diagnostic semblant principalement liée à la gravité de la maladie, les efforts devraient être faits vis-à-vis du maintien dans l'emploi dans le cas de cancers avec un pronostic de survie à cinq ans inférieur à 80 %
- le genre et les disparités socioprofessionnelles devraient être pris en compte dans les programmes de retour au travail.

L'étude française « La vie 5 ans après un diagnostic de cancer a été réalisée dans la continuité de l'enquête précédente [4], mais cette fois-ci à 5 ans du diagnostic [5]. La population correspondait à l'échantillon de patients déjà interrogés lors de l'enquête à 2 ans additionnée d'un échantillon complémentaire de patients afin d'atteindre une puissance statistique suffisante. L'enquête interrogeait les patients sur leur état de santé physique et mental, leur suivi médical, leur insertion professionnelle et leur réintégration sociale.

Cette étude a mis en évidence que, parmi les personnes en emploi lors du diagnostic, 79 % l'étaient encore 5 ans plus tard, 2 % étaient en arrêt maladie et 7 % étaient au chômage. Elle a également montré que la sortie de l'emploi constatée à 5 ans du diagnostic avait majoritairement eu lieu au cours des 3 dernières années. Ces résultats sont néanmoins à prendre avec précaution, cette étude n'ayant pas de groupe témoin.

Par ailleurs, l'étude des trajectoires professionnelles a montré que 28 % des personnes en emploi lors du diagnostic avaient quitté leur emploi (volontairement ou non) au cours des 5 années suivantes, le temps écoulé entre le diagnostic et la fin de cet emploi étant en moyenne de 2 ans. De plus, parmi les personnes en emploi lors du diagnostic, 55 % avaient conservé l'emploi occupé au cours des 5 années suivantes (avec des interruptions possibles par des arrêts maladie). Enfin, parmi les personnes au chômage ou en inactivité au moment du diagnostic, seuls 30% avaient occupé un emploi dans les 5 années suivantes.

Les résultats concernant le devenir spécifique des patients interrogés à la fois dans l'enquête à 2 ans après le diagnostic et dans l'enquête à 5 ans du diagnostic figurent dans le tableau 4.

L'étude a également mis en évidence une spécificité des travailleurs indépendants qui avaient une probabilité de ne plus être en emploi cinq ans après le diagnostic minorée de 7,5% par rapport aux travailleurs salariés.

Les facteurs significativement associés à la perte d'emploi pour les salariés étaient : l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle d'exécution, le genre masculin, l'âge plus élevé, le fait de vivre seul sans enfant, d'avoir un niveau d'étude inférieur au baccalauréat, d'avoir un contrat de travail précaire, d'avoir peu d'expérience dans l'emploi occupé, d'avoir un niveau de rémunération lors du diagnostic plus élevé, d'avoir perçu une discrimination sur le lieu de travail, d'avoir déclaré avoir changé de priorité de vie à la suite du diagnostic, d'avoir une évolution péjorative de la maladie, d'avoir des séquelles perçues comme importantes et d'avoir un score de fatigue plus élevé. En revanche, le fait d'avoir bénéficié d'un aménagement du poste de travail était associé au maintien en emploi.

Enfin, cette étude s'est également intéressée au recours aux arrêts maladies et au recours au temps partiel thérapeutique. Parmi les personnes en emploi lors du diagnostic, 77 % ont eu recours à un arrêt maladie d'au moins un mois au cours des 5 années suivant le diagnostic. Les travailleurs indépendants et les salariés de très petites entreprises avaient les taux de recours aux arrêts maladies les plus faibles. Au cours des cinq années suivant le diagnostic, 24 % des individus en emploi salarié au moment du diagnostic avaient eu au moins une période de temps partiel thérapeutique. En général, celle-ci était intervenue 17 mois après le diagnostic et avait duré 4 mois avant d'aboutir, pour 81 % des personnes concernées, à une reprise d'emploi (le mois suivant la fin du temps partiel thérapeutique, 81 % étaient en emploi, 17 % étaient en arrêt maladie et moins de 1 % en invalidité). Avoir bénéficié d'un temps partiel thérapeutique était plus fréquent pour les personnes travaillant dans une grande entreprise, dans le secteur privé, pour les salariés avec un contrat à durée indéterminée, travaillant à temps plein et avec de l'expérience dans l'emploi occupé au moment du diagnostic. D'autre part, avoir eu recours à un temps partiel thérapeutique au cours des cinq années suivant le diagnostic de cancer était positivement associé au fait d'être en emploi à l'issue de ces cinq années : 85 % des salariés en ayant eu un étaient en emploi cinq ans après le diagnostic, contre 68 % de ceux qui n'en avaient pas bénéficié. Les auteurs soulignaient que les facteurs associés au temps partiel thérapeutique étaient les mêmes que les facteurs associés au maintien en emploi de sorte que ces observations ne permettaient pas d'individualiser l'effet propre du temps partiel thérapeutique.

Les auteurs concluaient que, 5 ans après le diagnostic, le cancer avait toujours un impact négatif sur la vie professionnelle et que les efforts devraient se concentrer sur les groupes identifiés comme les plus vulnérables.

L'étude française « Conséquences de la survenue du cancer sur les parcours professionnels : une analyse sur données médico-administratives » [6] avait pour objectif d'étudier les effets à court et moyen termes de la survenue d'un cancer sur l'emploi et l'activité, à partir d'une analyse de données médico-administratives issues de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Cette étude de cohorte rétrospective a inclus plus de 500.000 salariés du secteur privé en 2005, dont plus de 14000 avaient présenté un cancer. Les résultats d'un modèle de double différence avec appariement exact ont montré la persistance dans le temps d'un effet pénalisant du cancer sur l'emploi : par rapport aux individus non malades, la proportion d'individus ayant validé au moins un trimestre en emploi était plus faible :

- l'année suivant le diagnostic de 8% et 7% respectivement pour les femmes et les hommes,
- la cinquième année suivant le diagnostic de 13 % à la fois pour les hommes et les femmes.

Cette étude a également permis d'identifier que, parmi les 12 localisations cancéreuses les plus prévalentes, les cancers du poumon et des bronches étaient ceux qui avaient l'effet pénalisant le plus fort sur l'emploi. Enfin, elle a également montré que parmi les pathologies

chroniques étudiées (cancer, polyarthrite rhumatoïde et spondylartrite ankylosante, maladies chroniques inflammatoires de l'intestin, infection à VIH, schizophrénie, diabète), le cancer, la schizophrénie et l'infection par le VIH étaient les pathologies qui avaient le plus d'impact sur l'emploi. Les auteurs faisaient l'hypothèse que les traitements au long cours pour les autres pathologies chroniques amélioraient la qualité de vie et atténuait donc les effets sur l'emploi. D'autre part, cette étude a également exploré les transitions professionnelles consécutives au diagnostic de cancer pour 3.172 individus avec un recul d'au moins 2 ans durant les années 2006 à 2011, en comparaison avec un groupe de témoins appariés. Les patients atteints de cancer ont rencontré de grandes difficultés pour rester dans l'emploi ou y retourner par comparaison aux témoins. Les déterminants individuels qui avaient un fort impact sur les transitions vers l'emploi des survivants du cancer étaient l'âge de l'individu (inférieur à 55 ans) et l'âge d'entrée plus tardif sur le marché du travail représentant probablement un niveau d'éducation plus élevé (uniquement pour les hommes). A l'inverse, les facteurs favorisant un passage vers le chômage ou l'inactivité étaient les séquelles, mesurées par les consommations de soins et les arrêts maladie. Toutefois, les conséquences négatives de la maladie sur l'emploi étaient atténuées par un salaire d'entrée sur le marché du travail assez élevé, une carrière professionnelle antérieure stable dans l'emploi, une bonne santé antérieure au diagnostic de cancer mesurée par une faible fréquence de trimestres passés en arrêt maladie.

En synthèse

Les études sur les effets à moyen et long terme du cancer chez les survivants devraient être poursuivies avec des investigations pluridisciplinaires dans ce champ.

Les études actuelles permettent de formuler les conclusions suivantes :

- Le taux de reprise du travail après cancer est très variable selon les études 63,5 % en moyenne (avec des extrêmes allant de 24 à 94 %) dépendant, en particulier, du délai d'observation, du type de cancer, des systèmes de santé et de protection sociale.
- Les facteurs favorisant la reprise ou le maintien dans l'emploi sont :
 - socio-démographiques : âge jeune, niveau d'éducation élevé, statut socio-économique élevé
 - médicaux : localisations cancéreuses touchant des patients jeunes, cancer de bon pronostic, absence de chirurgie ou chirurgie moins invasive, traitement ne comportant pas de chimiothérapie, moindre présence de symptômes physiques ou psychologiques (dont la fatigue), bonne capacité de travail, bonne santé perçue, bonne santé mentale, et bonne santé antérieure au diagnostic de cancer
 - dépendant du poste de travail et de l'employeur : contrat de travail non précaire, travail antérieur à temps plein, mise en place d'une rencontre employeur/patient pour discuter du retour au travail, support du manager, perception par le patient de la mise en place par l'employeur de facteurs facilitant le retour au travail, aménagement du poste de travail, autonomie dans le travail, travail non physique, travail sans tension, ancienneté dans le poste de travail
 - liés à l'accompagnement du patient : conseils apportés pour le retour au travail, intégration dans des programmes de réentraînement, accompagnement pluridisciplinaire par des services spécialisés, continuité de prise en charge
 - Toutefois, il faut souligner qu'il existe peu d'études évaluant l'aide que peuvent représenter les managers et collègues pour le retour au travail
- Le cancer a généralement un impact sur le travail, au moins de façon temporaire : diminution du temps de travail, modification de l'organisation du travail, baisse des revenus ou salaires, déclin de la capacité de travail, risque de chômage et de départ en retraite prématuré. Les études françaises récemment publiées suggèrent que ces effets persistent dans le temps.

Evaluation du contenu et de l'apport/l'impact des interventions ayant pour objectif l'amélioration du retour au travail des patients atteints de cancer

Deux revues internationales de la littérature ont évalué plus spécifiquement le contenu et l'efficacité des interventions mises en place pour améliorer le retour au travail des patients atteints de cancer [7]. Une troisième revue de la littérature publiée en 2009, a synthétisé les résultats des dernières recherches d'intervention concernant le retour au travail des patients atteints de cancer en Europe [8], et une quatrième, réalisée en 2014 s'est intéressée au contenu spécifique que devraient comporter les interventions de réhabilitation pour les patients hommes atteints de cancer [9].

Ces études sont décrites dans les paragraphes suivants.

Dans leur revue systématique, Tamminga et al. (2010) [7] ont recensé et évalué les études portant sur des interventions visant le retour au travail ou le maintien en emploi des patients atteints de cancer. Vingt-trois articles (concernant 19 interventions) ont été retenus, dont 43 % dataient de plus de 15 ans, 39 % avaient été réalisées aux Etats Unis et 26 % dans les pays scandinaves. Seules 3 interventions sur les 19 avaient pour but principal d'améliorer le retour au travail ou le maintien en emploi, les autres ayant un objectif plus global d'amélioration de la qualité de vie. Les interventions les plus fréquentes étaient l'apport de conseils/éducation des patients (68 %), alors que le réentraînement au travail et l'adaptation du poste de travail ne concernaient respectivement que 21% et 11% des études. Le taux de retour au travail, évalué dans 7 études, variait de 37 à 89 %. Sur les 4 études disposant d'un groupe contrôle, une seule mettait en évidence une augmentation significative du taux de reprise du travail dans le groupe avec intervention (OR de non reprise du travail =0,37 IC95 % [0,15-0,93]). Les auteurs concluaient que les études portant sur des interventions visant le retour au travail ou le maintien en emploi des patients atteints de cancer étaient relativement rares, de contenu hétérogène et de qualité insuffisante entraînant une impossibilité de conclure sur leurs effets réels sur le retour au travail.

Dans leur revue systématique de la littérature, Egan et al [10] ont étudié les preuves d'efficacité des interventions de réhabilitation pour résoudre les diverses problématiques rencontrées par les patients ayant présenté un cancer. Concernant le retour au travail et le maintien en emploi, ils ont retenu deux revues systématiques de la littérature réalisées en 2011. La première concluait à l'absence de preuve d'efficacité des interventions visant à améliorer le retour au travail. La seconde réalisée par les centres Cochrane concluait que les interventions multidisciplinaires, incluant des dimensions physiques, psychologiques, et professionnelles, amélioraient le retour au travail des patients atteints de cancer avec des preuves de qualité modérée. Ils ont également identifié une recommandation de bonne pratique établie à partir de la revue de la littérature publiée dans la Cochrane Database of Systematic Reviews. Celle-ci insistait sur la nécessité d'inclure un focus « travail » au sein des programmes de réhabilitation, et d'établir des liens entre ces programmes de réhabilitation et les programmes de retour au travail déjà en place. Les auteurs concluaient de ce travail que les interventions visant à améliorer le retour au travail après cancer devaient être pluridisciplinaires.

Dans leur revue de la littérature, de Boer et al [8] ont réalisé une synthèse des résultats des dernières recherches concernant le retour au travail des patients atteints de cancer en Europe. Ils ont mis en évidence qu'un faible nombre d'études d'interventions étaient développées en Europe dans ce domaine. L'une des premières avait eu lieu au Royaume Uni dans les années 1980. Il s'agissait d'apport par une infirmière spécialisée de conseils aux patientes après mastectomie. Le taux de retour au travail était supérieur dans ce groupe par rapport au groupe recevant les soins habituels (75 % vs 54 %). Les autres études rapportées dans cette revue ne mettaient pas en évidence d'effet significatif sur le retour au travail des patients atteints de cancer. Il s'agissait, 1) dans les années 90, d'une étude menée en Suède qui mettait en place un programme associant réentraînement physique, information du patient et développement des stratégies de coping, 2) d'une étude publiée en 2002 en Allemagne, qui proposait à chaque patient atteint de cancer de participer à un programme de réhabilitation après cancer, 3) d'une étude pilote publiée en 2006 aux Pays Bas, qui favorisait la communication entre médecin traitant et médecin du travail, mais avec un effectif très faible (n=26). A côté de ces

recherches interventionnelles, 2 études ont examiné l'accompagnement par les services de santé au travail des patients atteints de cancer. La première, réalisée en Finlande en 2006, interrogeait les patients sur le soutien dont ils avaient bénéficié pour leur retour au travail. Le soutien apporté par les collègues était le plus souvent cité alors que le soutien par les services de santé au travail était le moins cité. Les patients déclaraient qu'ils auraient besoin d'un soutien plus important de la part des services de santé au travail. La seconde étude, réalisée aux Pays Bas en 2003, montrait une très faible communication entre le médecin traitant et le médecin du travail. Enfin, une étude allemande a interrogé les patients, les employeurs et les professionnels de santé sur leurs expériences concernant le retour au travail aboutissant à l'élaboration d'une recommandation de bonne pratique en 2009. De Boer et al concluaient de cette revue de la littérature que les études d'interventions concernant le retour au travail après cancer étaient peu développées en Europe. Ils insistaient sur le fait que l'ensemble des patients ne présentait pas une problématique de retour au travail et qu'il y avait besoin, dans les recherches futures, d'identifier des facteurs prédictifs de difficulté de retour au travail afin de concentrer les efforts sur ces patients. De plus, ils insistaient sur la nécessité de développer la communication thérapeute/médecin du travail afin d'assurer une continuité de prise en charge du patient.

Dans leur revue systématique, Handberg et al [9] se sont intéressés aux problématiques spécifiques des hommes atteints de cancer. Ils ont ainsi décrit les réflexions des hommes concernant la participation à un programme de réhabilitation dans le cadre du cancer et proposé un modèle de compréhension. Quinze articles rapportant uniquement des études qualitatives ont été retenus (11 études portaient sur des cancers exclusivement masculins et 4 études portaient sur des cancers pouvant être observés chez les femmes). Les résultats mettaient en évidence 4 thèmes centraux et 6 thèmes périphériques abordés par les hommes. Les thèmes centraux comprenaient le « changement des perspectives de vie » (incertitude de la maladie, redéfinition des priorités de vie), la « masculinité », le « désir de reprendre une vie normale » et la signification du travail (souhait de reprise pour retour à une vie normale, enjeux financiers, lien social du travail). Les thèmes périphériques comprenaient le contexte de la rééducation, la musique, le réentraînement physique, la religion, l'humour et le fait de ne pas parler de la maladie pour l'oublier. Les auteurs concluaient à la nécessité d'inclure dans les programmes de retour au travail des modules spécifiques concernant ces problématiques. Enfin, rappelons que Mehnert et al [2], dans leur revue systématique citée précédemment, ont identifié parmi les facteurs facilitant le retour au travail des facteurs dépendant de l'employeur (mise en place d'une rencontre employeur/patient pour discuter du retour au travail, perception par le patient de la mise en place par l'employeur de facteurs facilitant le retour au travail) et des facteurs liés à l'accompagnement du patient (conseils apportés pour le retour au travail, suivi de programmes de réentraînement, accompagnement par des services spécialisés, continuité des soins).

En synthèse, cette revue de la littérature met en évidence que les études portant sur des interventions visant le retour au travail ou le maintien en emploi des patients atteints de cancer sont relativement rares, de contenu hétérogène et souvent de faible qualité méthodologique. Il est toutefois avéré selon ces études que les interventions multidisciplinaires, incluant des dimensions physiques, psychologiques, et professionnelles, améliorent le retour au travail des patients atteints de cancer, avec cependant des preuves de qualité modérée. Enfin, cette analyse de la littérature met en évidence que le contexte global du pays où sont réalisées les études est peu pris en compte : les systèmes de protection sociale, les politiques publiques et les possibilités d'aides financières ou d'indemnisation sont très variables d'un pays à l'autre et sont encore des facteurs peu analysés dans les études.

Recommandations pour l'accompagnement des patients en vue de leur retour ou leur maintien en emploi :

La revue de littérature ci-dessus présentée a été exposée aux membres du groupe de travail de la Haute Autorité de Santé afin d'élaborer des recommandations pour l'accompagnement en vue du retour et du maintien en emploi des patients. Le paragraphe ci-dessous présente une synthèse de ces recommandations.

Afin de favoriser le retour au travail ou le maintien en emploi, un plan spécifique devrait être établi en concertation avec le travailleur, le médecin du travail, l'employeur, le médecin traitant et le cas échéant, les médecins du parcours de soins. Les autres acteurs du maintien en emploi devraient être associés autant que nécessaire (médecin conseil des organismes de sécurité sociale, assistant(e) de service social, chargé(e) de maintien en emploi Cap emploi-SAMETH, etc.). Ce plan, établi le médecin du travail, devrait comprendre 3 phases :

- Une première phase d'analyse et de compréhension partagées du risque de désinsertion professionnelle. L'ensemble des paramètres influençant le retour au travail ou le maintien en emploi devraient être évalués dans cette phase comme présenté dans la figure 1.
- Une seconde phase d'identification d'une liste des freins potentiels à la reprise du travail et des leviers pouvant être mobilisés
- Une troisième phase de mise en œuvre planifiée des mesures décidées à l'issue de la phase précédente, et de suivi avec une évaluation régulière de l'état de santé du travailleur et de sa situation de travail. Ces mesures cibleront l'individu, le milieu de travail et la coordination des intervenants.

Les mesures ciblant l'individu viseront en particulier à améliorer la capacité de travail et la perception des capacités fonctionnelles résiduelles du patient, à assurer une prise en charge des conséquences psychologiques de la maladie et prendront en compte le genre, la temporalité de la reprise ainsi que les problématiques étant différentes chez les hommes et les femmes atteintes de cancer.

Les mesures ciblant le milieu de travail comprendront notamment l'encouragement de l'employeur à promouvoir autour du poste de travail du patient-travailleur un environnement de travail prévenant ou corrigeant les facteurs de risque susceptibles d'influer négativement sur le maintien en emploi. En outre, d'autres mesures temporaires, voire durables seront recommandées : réduction du temps de travail, passant initialement par un temps partiel thérapeutique, adaptation du travail et mesures de compensation limitant la charge physique. Enfin, des actions de formation et d'orientation professionnelles pourront être mises en œuvre en cas de nécessité de changement de poste de travail. L'ensemble de ces mesures pourra être facilité par des démarches médico-administratives complémentaires (demande de reconnaissance de qualité de travailleur handicapé, de mise en invalidité, saisine de structures spécifiques par exemple).

Les mesures ciblant la coordination des intervenants comprendront l'information du patient par le médecin traitant et l'équipe de soins sur l'intérêt de solliciter un rendez-vous avec le médecin du travail (visite de préreprise en cas d'arrêt de travail ou visite à la demande du salarié lorsque le patient poursuit son activité professionnelle). En outre, avec l'accord du patient-travailleur, la communication entre le médecin du travail et le médecin traitant et l'équipe de soins devra être favorisée. D'autre part, il y a lieu de promouvoir la liberté de choix de reprendre ou non le travail au cours des traitements, en concertation avec les acteurs de la prise en charge en cancérologie. Enfin, lorsque le traitement du cancer a nécessité un arrêt prolongé et/ou entraîné une fatigue importante, il est recommandé d'envisager une période de transition entre la fin des traitements et la reprise du travail. Selon les besoins propres à chaque travailleur, cette période de transition peut être mise à profit pour mettre en œuvre : un programme d'activité physique adaptée, un programme de remédiation cognitive, un soutien psychologique individuel et/ou collectif, toute autre activité favorisant la période de transition entre les traitements lourds (chimiothérapie, radiothérapie) et la reprise du travail.

Bibliographie :

- [1] Haute Autorité de santé. Élaboration de recommandations de bonne pratique. [cited 2019 Apr 19]. Available from https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_recommandations_pour_la_pratique_clinique.pdf
- [2] Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. Crit Rev Oncol Hematol 2011;77(2):109-30.
- [3] Gragnano A, Negrini A, Miglioretti M, Corbiere M. Common Psychosocial Factors Predicting Return to Work After Common Mental Disorders, Cardiovascular Diseases, and Cancers: A Review of Reviews Supporting a Cross-Disease Approach. J Occup Rehabil 2017.
- [4] Institut national du cancer, Institut national de la santé et de la recherche médicale. INCa, La vie deux ans après un diagnostic de cancer: De l'annonce à l'après-cancer. Boulogne Billancourt: INCa; 2014.
- [5] Institut national du cancer, Institut national de la santé et de la recherche médicale. INCa, La vie cinq ans après un diagnostic de cancer: Boulogne Billancourt: INCa; 2018.
- [6] Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Conséquences de la survenue du cancer sur les parcours professionnels : une analyse sur données médico-administratives: Paris : IRDES; 2018.
- [7] Tamminga SJ, de Boer AG, Verbeek JH, Frings-Dresen MH. Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review. Occup Environ Med 2010;67(9):639-48.
- [8] de Boer AG, Frings-Dresen MH. Employment and the common cancers: return to work of cancer survivors. Occup Med (Lond) 2009;59(6):378-80.
- [9] Handberg C, Nielsen CV, Lomborg K. Men's reflections on participating in cancer rehabilitation: a systematic review of qualitative studies 2000-2013. Eur J Cancer Care (Engl) 2014;23(2):159-72.
- [10] Egan MY, McEwen S, Sikora L, Chasen M, Fitch M, Eldred S. Rehabilitation following cancer treatment. Disabil Rehabil 2013;35(26):2245-58.

Conflit d'intérêt des auteurs :

Aucun

Remerciements :

Groupe de travail comprenant
Mme Camille Baumann, Juriste Droit social, ISTNF Loos
Dr Thierry Boulissiere, Conseiller technique, DGCS, Paris
Dr François-Xavier Brouck, Directeur des assurés, CNAM, Paris
Mme Nathalie Chazal Chargée de Coordination Et Développement des Projets Sociaux, CARSAT, Montpellier
Dr Michel David, Médecin Généraliste, Montpellier

Mme Céline Demaretz, Responsable Ressources Humaines Opac, Amiens
Dr Anne Delepine, Médecin du travail, Paris
Dr Sophie Fantoni-Quinton, Médecin du travail, Lille
Dr Jean-Baptiste Fassier, Médecin du travail, Bron
Dr Marion Lamort Bouche, Médecin Généraliste, Lyon
Dr Louis Frédéric, Médecin de Médecine Physique Et De Réadaptation, De Rééducation Et De Réadaptation Fonctionnelles, Niort
Dr Véronique Maeght-Lenormand, Médecin Du Travail, MSA, Bobigny
Mme Catherine Mosmann, DGT, Paris
Pr Julien Nizard, Rhumatologue, Médecin De La Douleur, Nantes
Mme Ludivine Nohalez, Psychiatre, Lyon
Dr Audrey Petit, Médecin du travail, Angers
Mr Philippe Petit, Médecin Conseil, Paris
Mme Anna Picard, Directrice Comète France, Lorient
Mr Eddy Queval, DGT, Paris
Mr Frédéric Rambinaising, Chargé De Projet, Cramif, Paris
Mme Anne Raucaz, Représentante D'usagers, Ligue nationale contre le cancer, Paris
Mme Marie-Hélène Ravel, Représentante D'usagers, Impatients chroniques et associés, Issy-Les-Moulineaux
Dr Laetitia Rollin, Médecin Du Travail, Rouen
Mme Sylvie Surun, chargée de mission, Agefiph, Bagneux
Mr Bertrand Xerri, Médecin du travail,
Mme Catherine Yven Coordinatrice Unité Comète France Lyon Les Massues , Lyon

Tableau 1. Facteurs associés au retour au travail après cancer {Gragnano, 2017 #170}

Facteurs associés au retour au travail après cancer			Niveau de preuve	
			Fort	Modéré
Facteurs en lien avec la personne	Facteurs socio-démographiques	Age plus élevé	-	
		Genre féminin	-	
		Bas niveau d'éducation	-	
		Type de travail manuel	-	
		Statut socio-économique élevé		+
		Contrat de travail à temps plein		+
		Catégorie « col bleu »		-
	Facteurs médicaux	Bonne santé perçue	+	
		Chirurgie moins invasive	+	
		Traitement ne comportant pas de chimiothérapie	+	
		Fatigue	-	
		Dépression	-	
		Cancer étendu	-	
		Stade avancé du cancer	-	
Santé mentale (échelle SF36 ou SF12)		+		
Facteurs en lien avec le travail	Facteurs organisationnels	Autonomie	+	
		Travail physique	-	
		Support du manager		+
		Tension au travail (*)		-
	Facteurs liés à l'individu	Capacité de travail (work ability)		+

+ : Facteur facilitant le retour au travail ; - : facteur représentant un obstacle pour le retour au travail ; (*) situation de travail associant une faible latitude décisionnelle et une forte demande (Karasek, 1979)

Tableau 2. Maintien en emploi selon la localisation cancéreuse {Institut national du cancer, 2014 #7}

Localisation	Maintien dans l'emploi à 2 ans*	Taux d'accès en emploi**
Mélanome	85 %	43 %
Thyroïde	84 %	63 %
Corps de l'utérus	81 %	-
Rein	79 %	55 %
Sein	75 %	28 %
Col de l'utérus	73 %	31 %
Lymphome	72 %	15 %
Prostate	67 %	25 %
Colon-rectum	63 %	52 %
VADS	53 %	-
Vessie	52 %	-
Poumon	39 %	15 %

* Maintien en emploi à 2 ans = parmi les personnes en emploi lors du diagnostic, % de celles toujours en emploi effectif 2 ans plus tard

** Taux d'accès à l'emploi = chercheurs d'emploi ayant retrouvé un emploi 2 ans plus tard

- = Effectif insuffisant pour le calcul

Tableau 3. Récapitulatif des facteurs associés à un risque de perte d'emploi (seuls les odds ratio significatifs ont été reportés) {Institut national du cancer, 2014 #7}

Facteurs de risque	Tous patients	Patients avec CSP d'exécution	Patients avec CSP d'encadrement
Âge lors du diagnostic	0.7	0.7	
Statut marital en couple (plutôt que seul)	1.45	1.62	
Niveau d'étude supérieur au baccalauréat (plutôt qu'inférieur ou égal)	0.38	0.36	0.36
Catégorie socio-professionnelle d'exécution (plutôt que d'encadrement)	1.56	-	-
Type de contrat CDI (plutôt que CDD, saisonnier, intérim, indépendants)	0.43	0.4	0.38
Taille de l'entreprise de 10 à 499 salariés (plutôt que <10 salariés)		1.66	
Présence d'un aménagement de poste de travail	0.16	0.12	0.28
Perception d'une discrimination au travail	2.29	2.08	2.99
Survie attendue à 5 ans > 80% (plutôt que <20%)	0.33		0.1
Séquelles perçues (plutôt que absence de séquelle)	2.25	2.32	
Consommation de psychotropes	2.77	3.61	

CSP : catégorie socio-professionnelle

Tableau 4. Devenir des patients interrogés à la fois dans l'enquête à 2 ans après le diagnostic et dans l'enquête à 5 ans du diagnostic {Institut national du cancer, 2014 #7} et {Institut national du cancer, 2018}

	Lors du diagnostic	2 ans après le diagnostic	5 ans après le diagnostic
Taux d'activité*	94 %	90 %	84 %
Taux d'emploi**	87 %	82 %	77 %
Taux de chômage***	7 %	8 %	7 %

* Taux d'activité : rapport entre le nombre d'actifs (actifs occupés et chômeurs) et l'ensemble de la population correspondante (actifs et inactifs)

** Taux d'emploi : rapport entre le nombre d'individus ayant un emploi et le nombre total d'individus

*** Taux de chômage : part des actifs sans emploi dans la population active (actifs en emploi et sans emploi)

Figure 1 : Paramètres de la situation à prendre en compte pour l'élaboration du plan de retour au travail ou de maintien en emploi

