



HAL
open science

Évaluation de la consultation du CHU de Rouen d'aide au retour au travail après un cancer

Line Boucher

► **To cite this version:**

Line Boucher. Évaluation de la consultation du CHU de Rouen d'aide au retour au travail après un cancer. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01080352

HAL Id: dumas-01080352

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01080352>

Submitted on 5 Nov 2014

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2013 – 2014

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

Line BOUCHER

Née le 26 avril 1983 à Pont-Audemer

Présentée et soutenue publiquement le 8 octobre 2014

***EVALUATION DE LA CONSULTATION DU CHU
DE ROUEN D'AIDE AU RETOUR AU TRAVAIL
APRES UN CANCER***

PRESIDENT DE JURY

DIRECTRICE DE THESE

AUTRES MEMBRES DU JURY

Pr Jean-François GEHANNO

Dr Laëtitia ROLLIN

Pr Jean-François CAILLARD

Pr Hervé TILLY

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2013 – 2014

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

Line BOUCHER

Née le 26 avril 1983 à Pont-Audemer

Présentée et soutenue publiquement le 8 octobre 2014

***EVALUATION DE LA CONSULTATION DU CHU
DE ROUEN D'AIDE AU RETOUR AU TRAVAIL
APRES UN CANCER***

PRESIDENT DE JURY

DIRECTRICE DE THESE

AUTRES MEMBRES DU JURY

Pr Jean-François GEHANNO

Dr Laëtitia ROLLIN

Pr Jean-François CAILLARD

Pr Hervé TILLY

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU - GUITRANCOURT - M.BENOZIO - J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mlle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF**

I – MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (Surnombre)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>Surnombre</i>) physique et de réadaptation		CRMPR Médecine
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>) Travail	HCN	Médecine et santé au
M. François CARON tropicales	HCN	Maladies infectieuses et
M. Philippe CHASSAGNE (Gériatrie)	HB	Médecine interne
M. Vincent COMPERE réanimation chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW économie de la santé	HCH	Epidémiologie,
M. Jean - Nicolas DACHER Médicale	HCN	Radiologie et Imagerie
M. Stéfan DARMONI Médicale/Techniques de communication	HCN	Informatique
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>Surnombre</i>) M. Jean DOUCET	HCN HB	Oto-Rhino-Laryngologie
- Gériatrie.		Thérapeutique/Médecine – Interne
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE Entérologie	HCN	Hépatologie – Gastro -
M. Frank DUJARDIN - Traumatologique	HCN	Chirurgie Orthopédique
M. Fabrice DUPARC Orthopédique et Traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie
M. Bertrand DUREUIL réanimation chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie

M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO Travail	HCN	Médecine et Santé au
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN maladies métaboliques	HB	Endocrinologie et
Mme Annie LAQUERRIERE pathologiques	HCN	Anatomie cytologie
M. Vincent LAUDENBACH réanimation chirurgicale	HCN	Anesthésie et
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE maladies métaboliques	HB	Endocrinologie et
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne

M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU obstétrique	HCN	Gynécologie -
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL Entérologie	HCN	Hépto - Gastro -
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (Surnombre)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE Vénérologie	HCN	Dermatologie -
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON chirurgie maxillo-faciale	HCN	Stomatologie et
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES dévelop. et de la reprod.	HCN	Biologie et méd. du
M. Jean-Christophe RICHARD (Mise en dispo) Médecine d'urgence	HCN	Réanimation Médicale,
M. Horace ROMAN Obstétrique	HCN	Gynécologie
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes

M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie
Réanimation chirurgicale		
M. Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie

M. Joël LADNER économie de la santé	HCN	Epidémiologie,
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD moléculaire	HCN	Biochimie et Biologie
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II – PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie

M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et
économie de la santé	
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie

Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane EL MEOUCHE	Bactériologie
Mme Juliette GAUTIER	Galénique
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
Mme Yveline SERVIN	UFR	Médecine Générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

Acronymes :

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

<p>LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE</p>
--

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et
Minérale	
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de
la Santé	
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie

Mme Martine **PESTEL-CARON**

Mme Elisabeth **SEGUIN**

M. Mohamed **SKIBA**

M. Philippe **VERITE**

Microbiologie

Pharmacognosie

Pharmacie Galénique

Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**

(Unité Inserm 905)

Biochimie et biologie moléculaire

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**

(UMR 1079)

Biochimie et biologie moléculaire

Mme Carine **CLEREN**

Mme Pascaline **GAILDRAT**

(UMR 1079)

Neurosciences (Néovasc)

Génétique moléculaire humaine

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**

(Unité Inserm 1076)

Physiologie

Mme Isabelle **TOURNIER**

(UMR 1079)

Biochimie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**

Mme Su **RUAN**

Physiologie (Groupe ADEN)

Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS - DEDICACES

Au Docteur Laëtitia ROLLIN, Praticien Hospitalier dans le service de Médecine du Travail et des Pathologies Professionnelles et Environnementales du CHU de Rouen et directrice de cette thèse, pour son aide précieuse, sa disponibilité, son soutien et ses nombreux conseils tout au long de mon internat.

Au Professeur Jean-François GEHANNO, Chef de service de Médecine du Travail et des Pathologies Professionnelles et Environnementales du CHU de Rouen, pour son suivi au cours de mon cursus, la qualité de son enseignement et pour me faire l'honneur de présider cette thèse.

Au Professeur Jean-François CAILLARD, Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier en Médecine du Travail et des Pathologies Professionnelles et Environnementales du CHU de Rouen, pour son attention bienveillante à mon égard et pour me faire l'honneur de juger cette thèse.

Au Professeur Hervé TILLY, Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier, chef du département d'Hématologie, directeur général du Centre Henri Becquerel de Rouen, pour avoir accepté de juger ce travail.

A Géraldine DE BLASI, Julia BRETTEVILLE et Corine SELLIER, trois des quatre membres de la plate-forme de consultation de reprise après un cancer du CHU de Rouen, pour leur dévouement, leur aide et leur sympathie.

A l'ensemble du personnel du service de Médecine du Travail et des Pathologies Professionnelles et Environnementales du CHU de Rouen, pour leur amitié et les moments de fous rires passés ensemble.

A tous mes collègues du service de SANTE BTP Rouen-Dieppe qui m'ont soutenue et à mon directeur, Mr Pascal DUPUIS, pour le temps qu'il m'a accordé pour faire ce travail.

A toutes les personnes qui m'ont aidé dans l'élaboration de cette thèse.

A tous mes amis et mes voisins pour leur soutien.

A ma grand-mère, partie trop vite, pour tout l'amour et le courage qu'elle m'a donné depuis mon enfance.

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

A mes enfants, Lysandre, Lexane et Ghaïs, pour leur compréhension, leur joie de vivre et leurs tendres câlins.

A Gaëtan, mon conjoint, pour sa patience et les sacrifices qu'il aura dû faire durant la rédaction de cette thèse.

A Miou, mon chat, malheureusement maintenant décédé, qui aura passé de longues heures sur mes genoux, à me tenir chaud, à mon bureau.

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX	18
ABREVIATIONS	21
INTRODUCTION.....	22
1. Etat des lieux « Travail-Cancer »	23
1.1. Epidémiologie du cancer en France	23
1.1.1. Incidence et mortalité.....	23
1.1.2. Survie	27
1.1.3. Prévalence partielle à 5 ans.....	28
1.1.4. Cas particulier des hémopathies malignes [Bousquet et al. 2014]	30
1.2. Que représente le travail pour les patients ?.....	31
1.3. Pourquoi s'intéresser à la reprise du travail après un cancer ?.....	33
1.4. Les différents plans cancer.....	34
2. La consultation rouennaise.....	36
2.1. Présentation	36
2.2. Organisation.....	38
2.3. Communication sur l'existence de cette consultation	40
3. Matériels et méthodes	41
4. Résultats.....	45
4.1. Caractéristiques sociodémographiques, médicales et professionnelles.....	45
4.1.1. Données sociodémographiques.....	45
4.1.2. Données médicales	47
4.1.3. Données professionnelles.....	49
4.1.4. Représentativité de notre échantillon répondant	51

4.2. Conseils prodigués et leur réalisation	52
4.3. Caractéristiques des patients ayant repris	54
4.3.1. Caractéristiques sociodémographiques, médicales et administratives	54
4.3.2. Caractéristiques professionnelles	55
4.3.3. Délais de consultation et de reprise	56
4.4. Appréciation de la consultation.....	58
4.5. Facteurs prédictifs de reprise	59
5. Discussion.....	63
6. Conclusion	79
7. Annexes	81
7.1. Evaluation de la Consultation de Reprise du Travail après Cancer	81
7.2. Courrier d'accompagnement du questionnaire.....	85
7.3. Maintien dans l'emploi dans le privé	86
7.4. Maintien dans l'emploi dans le public	87
7.5. La recherche d'emploi	88
8. Bibliographie	89

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Incidence et mortalité des 6 principaux sites de tumeurs solides malignes masculines, en France métropolitaine, en 2012.	23
Tableau 2 : Incidence et mortalité des 6 principaux cancers solides féminins, en France métropolitaine, en 2012.	24
Tableau 3 : Prévalence partielle à 5 ans des 5 principales localisations de cancers solides, chez l'homme, en France, selon la tranche d'âge, en 2008.	28
Tableau 4 : Prévalence partielle à 5 ans des 5 principales localisations de cancers solides, chez la femme, en France, selon la tranche d'âge, en 2008.	29
Tableau 5 : Répartition des patients de l'étude selon leur classe d'âge	45
Tableau 6 : Distance entre le domicile et la consultation	46
Tableau 7 : Localisations cancéreuses	47
Tableau 8 : Stade de la maladie lors de la consultation	47
Tableau 9 : Répartition des différents traitements reçus	48
Tableau 10 : Séquelles résiduelles	48
Tableau 11 : Statut professionnel lors du diagnostic	49
Tableau 12 : Classification des patients selon la PCS 2003	50
Tableau 13 : Délai entre le diagnostic du cancer et la première consultation	50
Tableau 14 : Représentativité de l'échantillon	51

Tableau 15 : Mesures médico-sociales possibles en fonction de la situation initiale du patient.....	52
Tableau 16 : Réalisation des conseils prodigués lors de la consultation	53
Tableau 17 : Caractéristiques sociodémographiques, médicales et administratives des patients ayant repris	54
Tableau 18 : Caractéristiques professionnelles principales	55
Tableau 19 : Pourcentage de reprise en fonction du délai entre diagnostic et consultation	56
Tableau 20 : Taux de reprise en fonction du délai depuis le diagnostic.....	57
Tableau 21 : Données sur l'utilité de la consultation	58
Tableau 22 : Notations.....	58
Tableau 23 : Analyse statistique bivariée	60
Tableau 24 : Taux de reprise des patients en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle	61
Tableau 25 : Analyse multivariée par régression logistique	62
Tableau 26 : Comparaison entre notre population et les cas prévalents à 5 ans des principaux cancers solides, chez des patients ayant entre 15 et 64 ans	65

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Taux d'incidence du cancer en France, en 2007	25
Figure 2 : Taux de mortalité par cancer en France, en 2008	26
Figure 3 : Pyramide des besoins de Maslow.	32
Figure 4 : Répartition des patients selon leur situation familiale	46
Figure 5 : Répartition des patients selon leur niveau d'étude	49

ABREVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AGEFIPH : Association de GEstion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées

ARS : Agence Régionale de Santé

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

CCPPE : Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle en Environnementale

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CEP : Certificat d'Etudes Primaires

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNED : Centre National d'Enseignement à Distance

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Catégorie SocioProfessionnelle

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

HN : Haute-Normandie

IJ : Indemnités Journalières

INCa : Institut National du Cancer

INRA : Institut National de la Recherche Agronomique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MOOC : Massive Open Online Course

MSA : Mutualité Sociale Agricole

PCS 2003 : Professions et Catégories Socioprofessionnelles de 2003

PRESIJ : Protocole de Retour à l'Emploi des Salariés sous Indemnités Journalières

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

RSI : Régime Social des Indépendants

SAMETH : Service d'Aide au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés

SNC : Système Nerveux Central

TPT : Temps Partiel Thérapeutique

TSM : Taux Standardisés Monde

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures

INTRODUCTION

Grâce aux progrès de la médecine, 50% des patients atteints d'un cancer guérissent [Le Corroller-Soriano et al. 2008]. Outre le besoin essentiel de s'intéresser aux conditions de vie (psychologiques, relationnelles, sociales, financières...) des patients, pendant et après les traitements médicaux, il est également nécessaire et important de s'intéresser à leurs conditions de maintien dans l'emploi, lien social évident [Peteet 2000].

Depuis 2006 s'est créée au CHU de Rouen une consultation spécialisée, pluridisciplinaire, d'aide à la reprise du travail après un cancer, composée d'un médecin du travail, d'une assistante sociale et d'une psychologue.

Des conseils en matière de démarches sociales, d'orientation professionnelle, de soutien extérieur sont prodigués ; tout comme une écoute attentive et bienveillante des patients. Un suivi psychologique et/ou social ultérieur est également proposé, en fonction des demandes spécifiques des intéressés.

Un bilan de la population rouennaise, ayant recours à cette consultation d'aide à la reprise du travail après un cancer, a été réalisé en 2012.

La réalisation des préconisations, le retour au travail, le ressenti personnel des patients sur la nécessité d'une telle consultation, sont les trois axes de ce bilan.

Les différents facteurs associés au retour au travail ont été identifiés, tout comme les facteurs plutôt péjoratifs.

Les objectifs de cette thèse sont donc de présenter la consultation rouennaise d'aide à la reprise après un cancer, de connaître le ressenti des patients vis-à-vis d'une telle consultation et d'identifier les facteurs prédictifs de retour au travail.

1. Etat des lieux « Travail-Cancer »

1.1. Epidémiologie du cancer en France

1.1.1. Incidence et mortalité

Selon le rapport de l'INCa « Les cancers en France en 2013 » [Bousquet et al. 2014], le nombre de nouveaux cas de cancer en 2012 était de 355 354 (56,38 % d'hommes soit 200 350 cas versus 43,62 % de femmes soit 155 004 cas) avec un taux d'incidence de 362,6 cas pour 100 000 hommes et de 252,0 cas pour 100 000 femmes.

En parallèle, le nombre de décès par cancer est analysé. On a attribué, en 2012, 148 378 décès au cancer (85 255 hommes et 63 123 femmes) [Bousquet 2014].

Localisation	Incidence			Mortalité		
	Effectif	%	Rang	Effectif	%	Rang
Prostate	53 465	26,7	1	8 876	10,4	3
Côlon-rectum	23 226	11,6	3	9 275	10,9	2
Poumon	28 211	14,1	2	21 326	25	1
Vessie	9 549	4,8	4	3 574	4,2	4
Lèvres, cavité orale, pharynx	8 033	4	5	2 465	2,9	6
Rein	7 781	3,9	6	2 652	3,1	5
	130 265	65,1		48 168	56,5	

Tableau 1 : Incidence et mortalité des 6 principaux sites de tumeurs solides malignes masculines, en France métropolitaine, en 2012.

Chez les hommes, on voit que le cancer de la prostate est de loin le plus représenté (26,7% des cancers) mais son taux de mortalité n'est qu'au troisième rang des décès par cancer (10,4%). En effet, le cancer du poumon est la 2^{ème} localisation cancéreuse masculine (14,1% des cancers) mais représente le quart des décès (toutes localisations de cancer confondues). Le cancer du côlon-rectum est également très représenté (11,6%) avec une mortalité parallèle (10,9%).

Localisation	Incidence			Mortalité		
	Effectif	%	Rang	Effectif	%	Rang
Sein	48 763	31,5	1	11 886	18,8	1
Côlon-rectum	18 926	12,2	2	8 447	13,4	3
Poumon	11 284	7,3	3	8 623	13,7	2
Corps utérin	7 275	4,7	4	2 025	3,2	4
Thyroïde	5 887	3,8	5	230	0,4	6
Mélanome cutané	5 747	3,7	6	718	1,1	5
	97 882	63,2		31 929	50,6	

Tableau 2 : Incidence et mortalité des 6 principaux cancers solides féminins, en France métropolitaine, en 2012.

Chez la femme, on voit, à travers ce tableau, que 3 localisations de cancers solides, sont majoritairement représentées, avec un taux de mortalité bien corrélé.

Par ailleurs, le taux d'incidence des cancers a augmenté, chez l'homme comme chez la femme, entre 1980 et 2012 (respectivement de +27,9 % et +42,8%) alors que le taux de mortalité a diminué entre 1994 et 2008 de manière plus marquée chez l'homme (-17%) que chez la femme (-8%).

Au fil du temps, l'incidence et de la mortalité sont très variables selon les cancers. Pour certains cancers, l'incidence diminue alors que pour d'autres, elle augmente. De plus, ces évolutions sont différentes en fonction du sexe, l'incidence et la mortalité du cancer du poumon chez la femme augmentent alors qu'elles tendent à diminuer chez l'homme [Hill et al. 2008].

Petit focus sur l'incidence des cancers au niveau national : des disparités existent au niveau des différentes régions de France au niveau de l'incidence des principaux cancers. La mortalité régionale est bien corrélée avec une situation plus favorable dans les régions du sud que dans les régions du nord [Bousquet et al. 2014].

La Haute-Normandie (HN) affiche des taux d'incidence régionale standardisés monde estimés (TSM) élevés voire très élevés par rapport à la moyenne nationale [Bousquet 2014] :

- Forte incidence pour le cancer du sein en HN avec des TSM allant de 91,40 à 95,20 cas pour 100.000 personne-année (moyenne nationale 88/100.000 femmes)
- Très forte incidence pour le cancer du côlon-rectum chez la femme avec le plus fort TSM de France : 25,4 cas pour 100.000 personne-année (moyenne nationale 23,7/100.000 femmes) ; TSM très élevé, en 2012, également chez l'homme 39,9/100.000 hommes pour une moyenne nationale de 38,4/100.000 hommes
- Le cancer du poumon chez l'homme présente un TSM de 58,8/100.000 hommes, en 2012, ce qui représente une très forte incidence (moyenne nationale 51,7/100.000) ; en revanche, TSM inférieur à la moyenne nationale pour les femmes (18,6/100.000 femmes) : 14,4/100.000 femmes en HN.

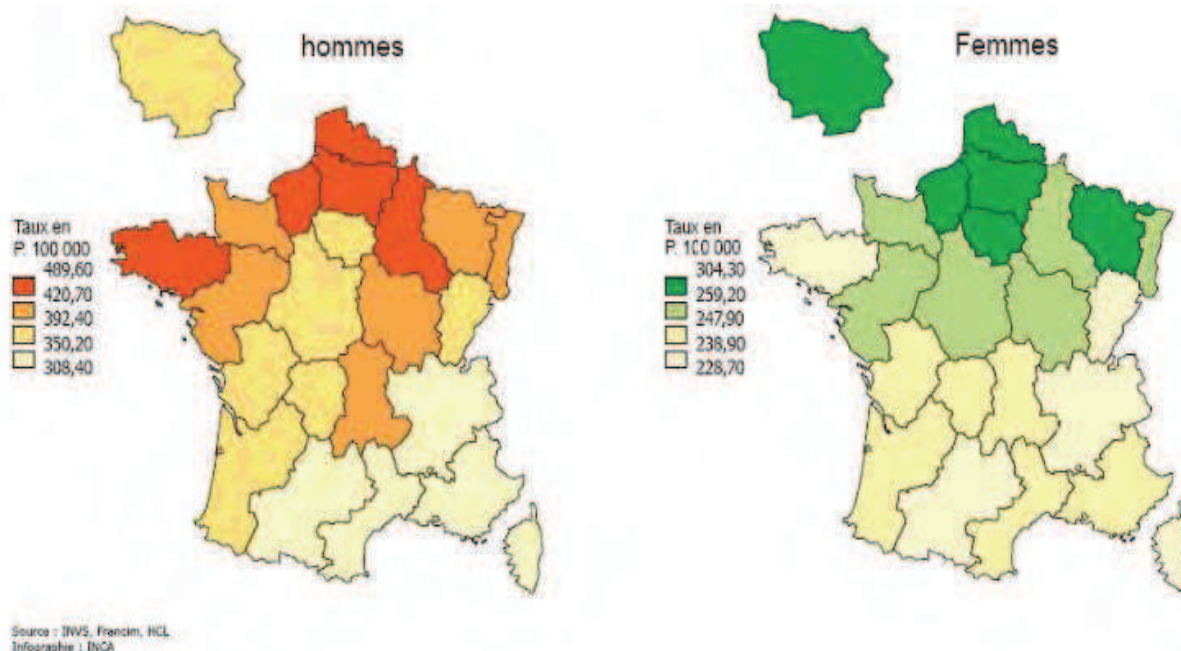


Figure 1 : Taux d'incidence du cancer en France, en 2007 [INRA 2013].

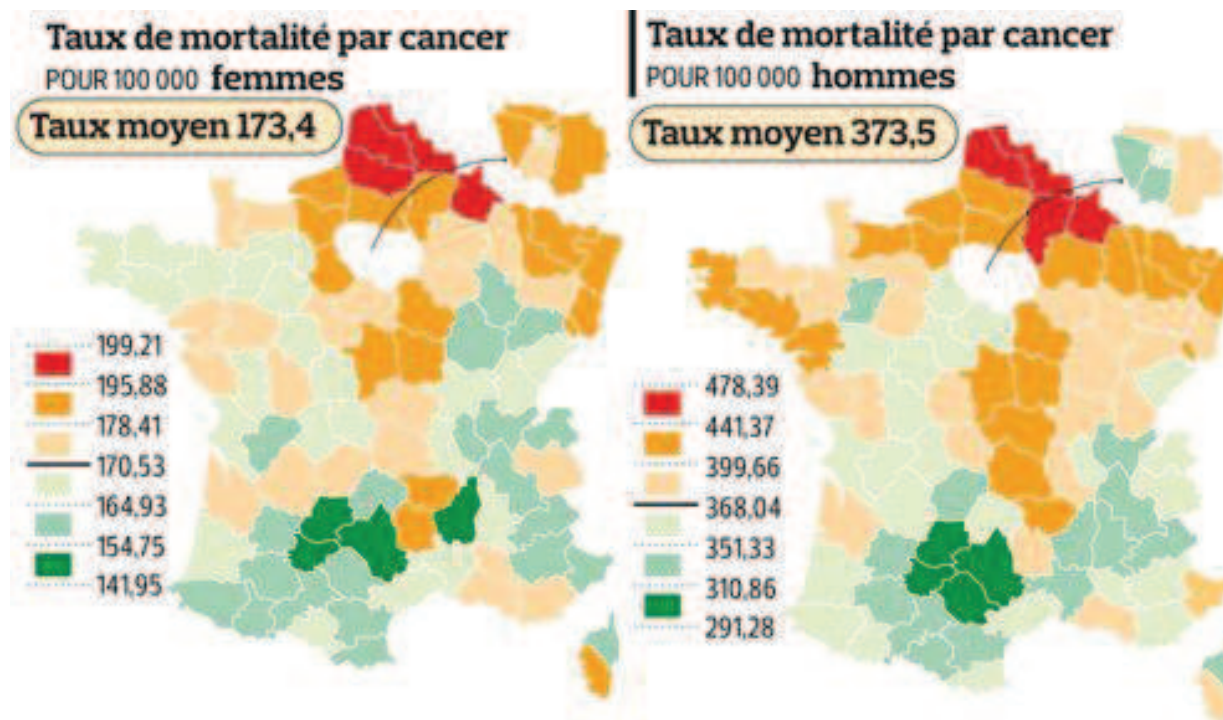


Figure 2 : Taux de mortalité par cancer en France, en 2008 [Statistiques mondiales 2008]

1.1.2. Survie

La survie nette (survie observée si le cancer était la seule cause de décès possible) des patients varie en fonction de la localisation (1% de survie à 10 ans pour le mésothéliome pleural alors que 93% des hommes ayant eu un cancer du testicule seront encore en vie 10 ans plus tard).

La survie est meilleure chez la femme que chez l'homme et est plus favorable chez les jeunes (15-44 ans) que chez les personnes les plus âgées (plus de 75 ans) [Bousquet et al. 2014].

Les cancers de mauvais pronostic (survie nette à 10 ans inférieure à 33%) représentent 40% des cancers de l'homme contre seulement 16% chez la femme.

Les cancers de bon pronostic (survie nette à 10 ans supérieure ou égale à 66%) représentent 52% des cancers féminins contre seulement 28% chez l'homme.

1.1.3. Prévalence partielle à 5 ans

Intéressons nous maintenant à la prévalence à 5 ans des cancers en fonction de l'âge afin de savoir quels seront les patients susceptibles d'être encore en âge de travailler au moment de leur guérison.

La prévalence partielle à 5 ans représente le nombre de personnes de plus de 15 ans, ayant eu un diagnostic de cancer au cours des 5 années précédentes, et qui sont toujours en vie.

Chez l'homme, près de 50% des cas prévalents à 5 ans sont attribuables au cancer de la prostate.

Chez la femme, cette même proportion est attribuable au cancer du sein [Bousquet et al. 2014].

Localisation cancéreuses	15-44	45-54	55-64	65-74	≥75	Total
Prostate	104	6 119	63 906	105 131	90 099	265 359
Côlon-rectum	1 417	4 758	14 325	19 220	24 578	64 298
Poumon	858	5 063	11 785	10 835	7 149	35 690
Vessie	229	1 572	5 899	7 842	10 802	26 344
Lèvre-bouche-pharynx	1 118	5 903	9 842	4 998	3 610	25 471
Total	3 726	23 415	105 757	148 026	136 238	417 162
Pourcentage	1	5	25	36	33	100
	31%					

Tableau 3 : Prévalence partielle à 5 ans des 5 principales localisations de cancers solides, chez l'homme, en France, selon la tranche d'âge, en 2008.

Les tranches d'âges les plus représentées sont les 65-74 ans et les plus de 75 ans, mais nous observons, néanmoins, qu'environ 31 % des patients atteints d'un des 5 cancers solides masculins les plus fréquents (prostate, côlon-rectum, poumon, vessie, lèvre-bouche-pharynx) ne seront pas en retraite lors de leur période de rémission ou de guérison.

Localisation cancéreuses	15-44	45-54	55-64	65-74	≥75	Total
Sein	19 808	46 379	56 394	49 397	47 778	219 756
Côlon-rectum	1 614	4 616	10 375	13 060	26 902	56 567
Corps utérin	434	2 136	6 897	7 662	7 630	24 758
Thyroïde	7 155	5 678	6 296	3 077	1 589	23 795
Mélanome cutané	5 254	3 872	4 544	3 675	4 874	22 219
Total	34 265	62 681	84 506	76 371	88 773	347 095
Pourcentage	10	18	24	22	26	100
	52%					

Tableau 4 : Prévalence partielle à 5 ans des 5 principales localisations de cancers solides, chez la femme, en France, selon la tranche d'âge, en 2008.

Selon ces chiffres, 52% des patientes atteintes d'un cancer du sein, du côlon-rectum, du corps utérin, de la thyroïde ou de la peau, seront susceptibles de devoir continuer à travailler pendant la phase de rémission ou de guérison.

Il apparaît donc que, suite à un cancer féminin sur 2, la femme serait en âge de poursuivre son activité professionnelle avant d'atteindre l'âge légal de la retraite et qu'un homme sur 3 sera dans la même situation.

Il y a donc un grand intérêt à s'occuper de la reprise du travail après un cancer.

1.1.4. Cas particulier des hémopathies malignes [Bousquet et al. 2014]

Les hémopathies malignes ne font pas parties des cancers solides et, suivant l'étude « Les cancers en France en 2013 », il y a e, en 2012, environ 35000 nouveaux cas dont 19400 chez les hommes (ce qui place cette pathologie au 4^{ème} rang des localisations cancéreuses masculines) et 15600 nouveaux cas chez la femme (3^{ème} place des localisations cancéreuses féminines).

Cela représente donc environ 10% des nouveaux cas de cancers.

Plus de 2/3 des cas sont des hémopathies lymphoïdes.

Les hémopathies malignes sont plus fréquentes chez les hommes et plus d'un cas sur deux surviennent après 60 ans.

La prévalence partielle à 5 ans représente environ 7% des cas d'hémopathies malignes chez l'homme comme chez la femme.

La survie nette à 10 ans, qui diminue avec l'âge, varie entre 21% (myélome multiple ou syndromes myéloïdes) et 55% (leucémie lymphoïde chronique).

C'est donc une localisation cancéreuse que l'on ne devrait rencontrer, en consultation de reprise après un cancer, que peu, du fait de son incidence, de son âge médian de survenue et de sa survie nette à 10 ans.

1.2. Que représente le travail pour les patients ?

Le travail est un des éléments principaux influençant la qualité de vie des patients [Greenwald et al. 1989 ; Hoffman 2005 ; Spelten et al. 2002].

Il permet de restaurer un équilibre financier (souvent mis à mal lors d'arrêts maladie longs), de sortir de l'isolement, de créer des liens sociaux forts, d'acquiescer de la confiance, de l'estime de soi et un sentiment d'indépendance...

Le travail permet également de structurer le temps, de donner des repères, de se dépasser, de se réaliserLe travail participe à notre identité [Rasmussen et al. 2008].

Selon Maslow, s'accomplir dans le travail est un des moyens de combler les différents besoins qui nous occupent. En effet, le travail permet de combler les besoins primaires comme la survie et la sécurité (essentiellement par la rémunération qui permet de s'alimenter, de se loger, de se soigner....) mais il permet aussi de combler le besoin d'appartenance (besoin majeur pour la majorité des êtres humains) avec des interactions sociales de groupe par exemple. Enfin, le besoin de reconnaissance, d'estime et le besoin de réalisation de soi se concrétisent, en grande partie, quand on est investi dans son travail.

Travailler permet de se valoriser et d'être valorisé par la société.

Besoins propres au monde occidental.

1. pyramide particulièrement intéressante pour le monde du travail
2. les humains ne ressentent l'apparition d'un besoin supérieur que lorsque le besoin actuel est relativement satisfait.

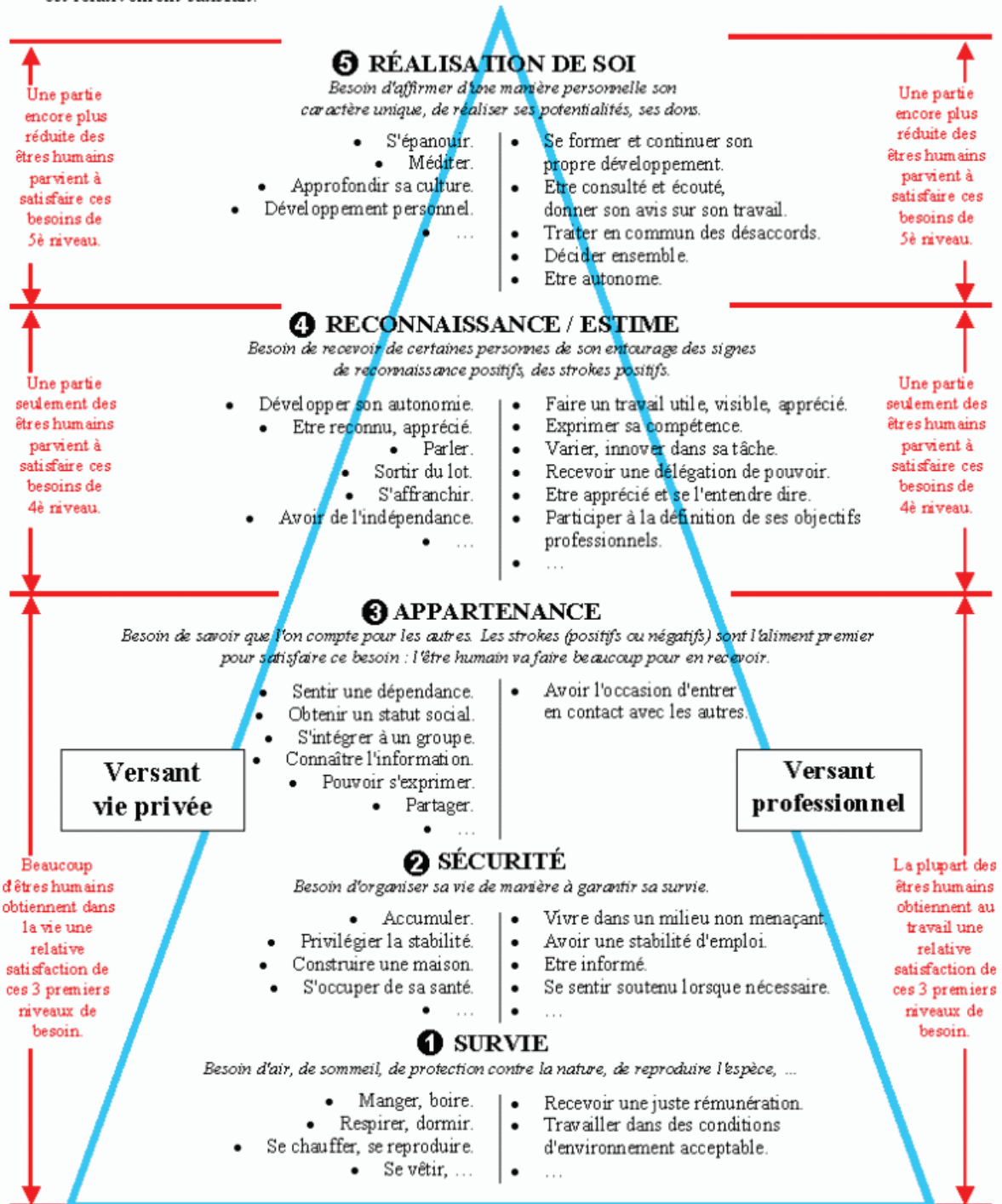


Figure 3 : Pyramide des besoins de Maslow.

1.3. Pourquoi s'intéresser à la reprise du travail après un cancer ?

Premièrement, l'allongement légal du temps de travail mais également les progrès médicaux tant en termes de dépistage (dépistage plus précoce donc à un stade de la maladie permettant des chances de guérison majeures) que de traitements, de moins en moins invasifs mais de plus en plus efficaces, font qu'une grande partie des personnes atteintes de cancer est en rémission ou guérie avant de pouvoir partir en retraite. La survie des patients ayant grandement augmentée ces dernières années, la majorité des patients doivent retravailler.

Le cancer s'apparente de plus en plus à une maladie chronique...[Herzlich 1998].

Deuxièmement, la reprise du travail après une épreuve, comme celle de vaincre un cancer, est vitale. Elle permet de se repositionner dans la pyramide de Maslow, de réintégrer « un groupe », de se sentir « utile à quelque chose ».... Comme on l'a vu précédemment, la reprise du travail permet d'améliorer sa qualité de vie et est donc perçue comme une victoire sur la maladie.

Reprendre le travail après un cancer permet donc d'éprouver un sentiment de retour à la normalité et une reprise de contrôle sur sa vie [Peteet 2000 ; Kennedy et al. 2007 ; Pucheu 2004 ; Hoffman 1999].

Dernièrement, la conjoncture actuelle de la France en termes de dépenses publiques et principalement au niveau des dépenses de santé, fait qu'il est important de réintégrer les personnes en rémission ou guéries d'un cancer dans la société d'un point de vue purement financier.

1.4. Les différents plans cancer

Face aux enjeux majeurs de Santé Publique que représente le cancer, des plans « cancer » nationaux ont été mis en place depuis 2003.

Le premier, de 2003 à 2007 a principalement établi les bases de l'organisation de l'offre de soins, de la prévention et du soutien à la recherche sur le cancer [Haut conseil de la santé publique 2009]. Une de ses mesures préconisait de « *favoriser l'insertion professionnelle, le maintien et le retour à l'emploi pour les patients atteints du cancer ou d'une autre pathologie invalidante* ».

Le second plan cancer, de 2009 à 2013, a permis d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer et de réduire les inégalités de santé face à cette maladie [République Française 2009]. Au niveau professionnel, il préconisait de « *lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer* ».

Enfin, le troisième plan cancer vient de débuter, il s'étendra sur 5 années. Quatre grands axes déclinés en 17 objectifs sont prioritaires. Un des objectifs concerne précisément la reprise du travail après un cancer : Diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle, dont en voici un extrait [République Française 2014] :

« Confrontées aux conséquences de la maladie sur leurs ressources économiques, sur leurs études ou leur travail, les personnes malades les ressentent comme une « double peine ». Ainsi, pour que le cancer ne pénalise pas leur vie professionnelle à venir, il est nécessaire de permettre aux enfants et aux adolescents malades de poursuivre leur scolarité et leurs études. L'information sur les dispositifs d'aménagement de la scolarité et de compensation des surcoûts induits par la maladie doit être améliorée en direction des jeunes, de leurs familles et des professionnels de l'éducation et des universités. L'accès à l'enseignement à distance sera facilité, d'un point de vue financier (extension de la gratuité des cours du Centre National d'Enseignement à Distance (CNED) aux plus de 16 ans) et technologique (développement des Massive Open Online Course (MOOC) sur la plateforme France université numérique).

La survenue d'un cancer a de fortes répercussions sur la vie professionnelle des personnes actives. Elles ont ainsi plus de risque de perdre leur emploi, ou de ne pas en retrouver pour celles qui étaient au chômage lors du diagnostic de leur cancer. Outre la nécessité de redéfinir les outils et les dispositifs mobilisables en faveur du retour ou du maintien dans l'emploi des personnes atteintes, et de rendre cette information accessible à chacun, le Plan cancer prévoit l'organisation d'Assises nationales dédiées à l'emploi des personnes courant un risque de désinsertion professionnelle en raison de leur santé.

L'objectif de cette manifestation d'ampleur nationale sera de sensibiliser et de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés — employeurs, représentants des salariés, services de santé au travail, etc. — à l'importance de l'enjeu, de poser des diagnostics et de formuler des propositions pour améliorer la situation professionnelle des salariés atteints de cancer, et plus largement de maladies chroniques. ».

A travers cette volonté, on voit bien que le sujet qui nous préoccupe aujourd'hui répond, en partie, à ces objectifs prioritaires de Santé Publique.

Une bonne prise en charge médico-psycho-sociale est un gage de réussite de la réinsertion professionnelle [Ganz 1990 ; Mellette 1993 ; Short et al. 2006 ; Schultz et al. 2002 ; Spelten et al. 2003 ; Verbeek 2006 ; Tamminga et al. 2010].

2. La consultation rouennaise

2.1. Présentation

Une bonne réinsertion professionnelle après un cancer dépend, en partie, des aides mises en place. Une prise en charge pluridisciplinaire est importante [Ganz 1990 ; Mellette 1993 ; Short et al. 2006 ; Schultz et al. 2002 ; Spelten et al. 2003 ; Verbeek 2006 ; Tamminga et al. 2010].

Les oncologues s'occupent principalement de l'état physique du patient, de ses préoccupations psychiques.....

En revanche, c'est au médecin du travail de s'assurer que l'état de santé du patient sera compatible avec les exigences de son poste de travail (Article L4622-3 du code du travail).

Le médecin du travail a également un rôle prépondérant dans l'initiation des démarches administratives pour optimiser la reprise du travail.

Fort de ces constatations et suite aux retours positifs de deux autres expérimentations en France sur l'intérêt d'une consultation pluridisciplinaire [Michel et al. 2007 ; Ozguler et al. 2004], le CHU de Rouen et plus précisément, le service de Médecine du Travail et des Pathologies Professionnelles et Environnementales, a mis en place une consultation d'aide à la reprise après un cancer, en 2006.

Cette consultation est ouverte à toute personne atteinte d'un cancer, quel qu'il soit, ou ayant eu un cancer, en vue de la réintégration professionnelle, au sein du CHU ou venant de l'extérieur.

Différents objectifs de cette consultation sont fixés :

- Evaluer l'aptitude physique ou psychologique du patient à son poste de travail antérieurement tenu, en fonction des restrictions liées à l'état de santé au moment de la consultation.
- Mettre en garde sur les différentes difficultés prévisibles à la reprise
- Informer les patients sur les possibilités de reprise à temps partiel, d'aménagement de poste, de reclassement.....
- Orienter les personnes vers le bon interlocuteur, au bon moment afin de faire des démarches médico-socio-administratives pertinentes comme la mise en invalidité de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie en fonction de l'état de santé du patient, la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), l'aide pour l'aménagement du poste de travail par le Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Personnes Handicapées (SAMETH).....
- Informer les patients sur la visite de pré-reprise avec le médecin du travail de leur entreprise, sur les actions qu'il serait susceptible de mener, dans l'entreprise, pour améliorer le retour au travail.
- Ecouter, soutenir le patient lors de passages difficiles entre la fin des traitements médicaux, le retour à une « vie normale » et la reprise d'une activité professionnelle.
- Donner des conseils pratiques sur le retour au travail : que dire de sa maladie, comment organiser son temps, gérer sa fatigue...

2.2. Organisation

Quatre intervenants différents gravitent autour de cette consultation de reprise du travail après un cancer. Chacun à son rôle propre mais une bonne collaboration est essentielle à la réussite de la mission.

On trouve un médecin du travail qui réalise le bilan médical du patient afin de déterminer les éventuelles séquelles de la maladie et/ou des traitements reçus.

La fatigue, les troubles fonctionnels, les difficultés psychologiques sont au premier plan de l'évaluation.

Les capacités de travail du patient découlent donc de ce bilan médical.

L'étiologie du cancer est également recherchée afin d'envisager ou non une reconnaissance de maladie professionnelle indemnisable mais le but est surtout de ne pas exposer le patient à une récurrence si l'origine est professionnelle.

Le poste de travail est analysé, d'après l'interrogatoire du patient, afin d'évaluer les différents risques professionnels inhérents à ce poste et afin de mettre en évidence les difficultés prévisibles à l'exécution de certaines tâches, en fonction du bilan médical établi auparavant.

Des préconisations sur l'aménagement de poste, sur la durée du temps de travail... sont explicitées au patient.

Le médecin du travail de cette consultation spécialisée ne se substitue pas au médecin du travail de l'entreprise où travaillait le patient, donc une orientation vers celui-ci, en visite de pré-reprise principalement, est quasiment systématiquement émise.

Une assistante sociale est également présente. Elle réalise le bilan social du patient, l'oriente et l'aide dans la mise en place des différentes démarches administratives comme la RQTH, l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)....

Elle peut également prendre contact avec des organismes favorisant le maintien dans l'emploi comme l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées (AGEFIPH), CAP EMPLOI ou le SAMETH.

Une psychologue reçoit les patients sur recommandation du médecin du travail lors du premier entretien.

Un suivi pourra s'organiser avec des séances individuelles ou collectives au sein d'un groupe de parole.

Le but de ces séances n'est pas de répondre à des problématiques personnelles qui nécessiteraient un suivi au long cours par un psychologue ou psychiatre indépendant, mais elles tentent de répondre à des interrogations sur les réactions face à la maladie, les craintes du retour au travail, sur le jugement possible des collègues.....

Ce soutien est important pour la reprise d'une activité professionnelle plus sereine et selon certaines études [Fallowfield 1990 ; Thomas et coll. 1997], les personnes en rémission suite à un cancer présenteraient des niveaux de morbidité psychologique significativement supérieurs à ceux de la population générale.

Enfin le quatrième membre de l'équipe est une secrétaire qui organise les vacations de consultations ayant lieu les mardis matins dans le Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle en Environnementale (CCPPE) de Rouen. Elle gère également l'organisation des groupes de parole ayant lieu le mardi après-midi.

Le premier rendez-vous se fait en présence du médecin du travail et de l'assistante sociale.

A l'issue de cette consultation, le patient repart avec une « ordonnance » qui détaille les démarches à faire.

Un rendez-vous avec la psychologue peut être programmé.

Un courrier récapitulatif est systématiquement envoyé au médecin traitant, au cancérologue, au médecin du travail de son entreprise et éventuellement à d'autres médecins (spécialistes, médecin conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)...) avec l'accord du patient, qui en reçoit également une copie.

Une deuxième consultation avec le médecin du travail et/ou avec l'assistante sociale, n'est pas systématique, cela dépend de l'état de santé du patient et de ses demandes.

Les patients eux-mêmes, les médecins traitants, les cancérologues sont les trois demandeurs principaux de cette consultation.

2.3. Communication sur l'existence de cette consultation

Afin de faire découvrir cette consultation, plusieurs moyens de communication ont été déployés depuis 2006.

Une plaquette d'information a été réalisée puis diffusée aux médecins généralistes locaux, aux oncologues, aux médecins du travail, aux différents spécialistes concernés par le cancer, aux psychologues, aux centres anticancéreux, aux différents services du CHU.....

Une affiche a été installée dans plusieurs endroits « stratégiques » du CHU.

Des séances d'information ont également été dispensées lors de manifestations comme « Octobre rose » ou « le ruban de l'espoir » ; ainsi qu'au niveau du CHU dans le cadre des soins de supports (2014).

Participation active des médias comme les journaux, la télévision, la radio, les sites internet et intranet du CHU....

Diffusion de l'information par le biais de la Ligue Nationale contre le Cancer.

La fédération de cancérologie du CHU ainsi que le réseau onco-normand ont été contactés.

Des communications, des posters ont également été présentés lors des derniers Cancéropôles du Nord-Ouest.

Plusieurs articles dans différentes revues ont été publiés [De Blasi et al. 2011 ; Rollin et al. sous-presse ; De Blasi et al. sous-presse].

3. Matériels et méthodes

Notre étude est une étude descriptive des patients pris en charge, entre janvier 2006 et août 2011, par la consultation de reprise après un cancer du CHU de Rouen.

Dans l'objectif de réaliser l'analyse descriptive de la consultation, un recueil de données a été effectué à partir des dossiers médicaux :

- Les caractéristiques sociodémographiques des patients comme l'âge, le sexe, le lieu d'habitation, la distance entre domicile et CHU, la situation familiale, l'existence d'enfant à charge...
- Les caractéristiques de la maladie comme la date du diagnostic, l'âge lors du diagnostic de la maladie, la localisation initiale du cancer puis son extension et son évolutivité, les traitements reçus, les séquelles...
- Les caractéristiques professionnelles comme le métier exercé lors du diagnostic, le niveau d'études, le type de contrat, la quotité de travail...
- Les caractéristiques propres à la consultation spécialisée comme le délai entre le diagnostic et la réalisation de la consultation, la personne ayant adressé le patient, le nombre de consultations, l'envoi vers la psychologue ou non...
- Le motif de consultation du patient comme la recherche d'un emploi adapté à son état de santé, la reprise du travail et les multiples interrogations que cela entraîne, les difficultés rencontrées depuis la reprise du travail (à temps partiel thérapeutique ou selon sa quotité de temps habituelle) ou pour uniquement savoir s'il existe un lien entre sa pathologie et ses expositions professionnelles passées.
- Les démarches socio-administratives conseillées.

Dans un second temps, nous avons élaboré un questionnaire très détaillé (Annexe 1) s'intitulant « Evaluation de la Consultation de Reprise du Travail après cancer » avec un triple objectif :

- évaluer si la reprise avait eu lieu, à quelle date et dans quelles conditions,
- évaluer si les démarches préconisées lors de la consultation avaient été réalisées par les patients et,
- évaluer l'intérêt de la consultation du point de vue des patients.

Le questionnaire a été envoyé à tous les patients de notre population , en novembre 2011 puis une seconde fois en décembre 2011 aux patients n'ayant pas répondu. Un courrier d'accompagnement a été envoyé en même temps que le questionnaire (Annexe 2), ainsi qu'une enveloppe timbrée pour le retour.

Nous avons donc une cohorte initiale de 153 patients qui ont bénéficié, entre janvier 2006 et août 2011, d'au moins une consultation d'aide à la reprise après un cancer et à qui nous avons envoyé le questionnaire.

Ce questionnaire était composé des questions suivantes :

- La situation professionnelle au moment du diagnostic
 - o Salarié
 - Type de contrat (CDI, CDD, Contrat aidé, intérim, stagiaire, saisonnier....)
 - Métier selon la liste des Professions et Catégories Socioprofessionnelles de 2003 (PCS 2003)
 - Temps partiel ou plein
 - o Indépendant
 - o Congé maladie (en rapport ou non avec le cancer) et depuis quand
 - o Non salarié (chômeur, étudiant, retraité, invalidité, femme/ homme au foyer ou autre)

- Si la reprise a été effectuée
 - Date de la reprise
 - Conservation de la même entreprise (si changement, préciser le motif), conservation du même poste ou non (à préciser)
 - Nature du contrat de travail suite à la reprise
 - Quotité de travail lors de la reprise et maintenant
 - Passage par un temps partiel thérapeutique ou non
 - Difficultés rencontrées lors de la reprise (relationnelles, médicales...)
 - Perception de l'efficacité du travail produit
 - Sentiment d'avoir été pénalisé à cause de la maladie (rétrogradation, refus promotion, perte responsabilités, mutation, perte d'avantages, changement d'horaires....)
 - Arrêt de travail depuis la reprise

- Si la reprise n'est toujours pas effectuée
 - Motif (fin de contrat, démission, licenciement, arrêt maladie toujours en cours...)
 - Recherche d'emploi en cours

- Mise en place des différentes démarches conseillées

- Origine de l'orientation vers la consultation

- Appréciations de la consultation par le patient avec note sur l'intérêt, l'accueil, l'aide personnelle apportée....

- Suggestions libres

Sur les 153 questionnaires envoyés, 81 ont été retournés et seront exploités, 4 retours d'un questionnaire non rempli avec comme explication : « personne décédée » et 68 questionnaires qui ne seront jamais retournés.

A noter qu'une autre étude a été réalisée en 2009 [Eder-Gouel 2009], avec une analyse descriptive du devenir des patients, par contact téléphonique, à partir d'un autre questionnaire mais cette étude ne prenait en considération que 63 patients (vus entre 2006 et début 2009).

Nous avons pris en compte les données de cette précédente analyse en cas de non-réponse à notre questionnaire.

Nous avons donc pu analyser la situation professionnelle de 121 patients.

De nombreux critères identiques ont été analysés dans les deux études mais nous avons ajouté, sur notre questionnaire « papier », des données sur l'utilité de la consultation du point de vue du patient. Ces données sont donc manquantes au niveau de la première étude, ce qui explique le faible taux de réponse sur ce sujet.

Les tests statistiques réalisés comprennent des calculs de proportions, de moyennes, de médianes et d'intervalles de confiance (IC95%). Les facteurs associés à une reprise du travail ont été étudiés d'abord de façon bivariée à l'aide du test du χ^2 ou du test de Fisher selon les effectifs, puis une analyse multivariée par régression logistique destinée à tester l'effet indépendant de chaque variable a été réalisée.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA software program version 11.0 (StataCorp, College Station, TX USA).

4. Résultats

4.1. Caractéristiques sociodémographiques, médicales et professionnelles

4.1.1. Données sociodémographiques

- Sur les 121 patients de notre étude, il y a 22 hommes (18%) et 99 femmes (82%).
- La moyenne d'âge lors du diagnostic est de 44 ans [IC95% = 42-45] :

Tranche d'âge	Nombre (n=121)	Pourcentage (%)
Moins de 20 ans	1	1
20 à 29 ans	11	9
30 à 39 ans	20	16
40 à 49 ans	53	44
50 à 59 ans	36	30

Tableau 5 : Répartition des patients de l'étude selon leur classe d'âge

- 18 patients habitent sur Rouen et un patient a fait 242 kilomètres (km) pour venir à la consultation, ce qui fait une moyenne de 36,89 km de distance entre le domicile et la consultation :

Distance	Nombre (n=121)
De 0 à 10 kms	48
De 11 à 30 kms	24
De 31 à 50 kms	14
De 51 à 100 kms	27
De 101 à 200 kms	6
Plus de 200 kms	2

Tableau 6 : Distance entre le domicile et la consultation

- La situation familiale des patients se décompose ainsi :

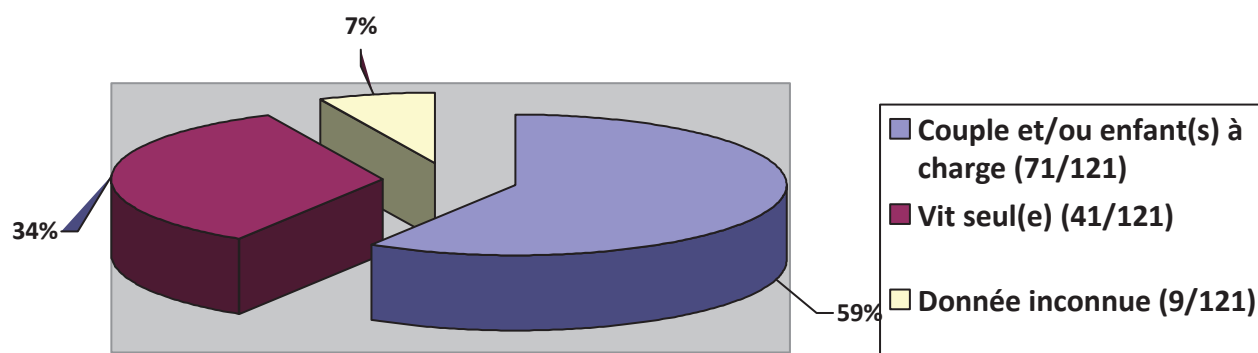


Figure 4 : Répartition des patients selon leur situation familiale

4.1.2. Données médicales

- Les localisations cancéreuses se répartissent comme cela :

Localisation	Nombre (n=121)	Pourcentage (%)
Sein	79	65
Hémato	14	12
Digestif	7	6
Peau	6	5
ORL	5	4
Pulmonaire	2	2
SNC	3	2
Organes génitaux	3	2
Thyroïde	2	2

Tableau 7 : Localisations cancéreuses

- Si l'on s'intéresse maintenant au stade du cancer lors de la consultation, en considérant que l'on est « en rémission » lorsque la maladie n'est plus « active » mais que le diagnostic de cancer date de moins de 5 ans, que l'on est « guéri » lorsque la maladie n'est plus active depuis plus de 5 ans, et en considérant que le cancer est « évolutif » s'il y a récurrence ou apparition de métastases :

Stade	Nombre (n=121)	Pourcentage (%)
Rémission	86	71
Guérison	20	17
Evolutif	15	12

Tableau 8 : Stade de la maladie lors de la consultation

- Les différents types de traitements sont répartis ainsi, chaque patient ayant pu avoir plusieurs traitements :

Thérapie	Nombre (n=121)	Pourcentage (%)
Chirurgie	107	88
Chimiothérapie	97	80
Radiothérapie	95	78
Hormono/immuno thérapie	79	65

Tableau 9 : Répartition des différents traitements reçus

- 111 des 121 patients rapportent des séquelles dues à la maladie elle-même ou aux traitements associés. Voici les principales composantes :

Séquelles	Nombre (n=121)	Pourcentage (%)
Aucune	10	8
Douleur	56	46
Fatigue	74	61
Syndrome anxio-dépressif	26	21
Autres	33	27

N.B. : Les « autres » séquelles regroupent divers symptômes plus isolés comme des paresthésies des extrémités (n=6), une insuffisance cardiaque iatrogène (n=1), des troubles de l'élocution (n=1), des difficultés à la marche (n=2), une diminution de la force musculaire (n=2), une dyspnée d'effort (n=1), des troubles digestifs (n=3), un lymphoedème (n=5), des bouffées de chaleur (n=8), une incontinence vésicale ou rectale (n=2), une dysphonie (n=2).

Tableau 10 : Séquelles résiduelles

4.1.3. Données professionnelles

- Nous avons analysé le niveau de formation professionnelle des patients lors de leur première consultation :

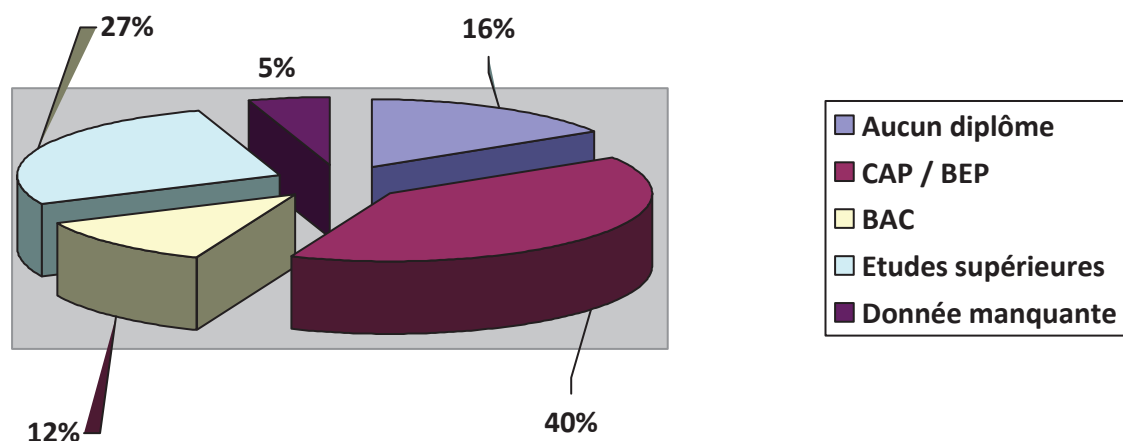


Figure 5 : Répartition des patients selon leur niveau d'étude

- Intéressons nous maintenant au statut professionnel de nos consultants, lors du diagnostic :

		Nombre (n=121)		Pourcentage (%)	
SALARIE	CDD	12	104	10	86
	CDI	84		69	
	Travail temporaire	2		2	
	Contrat d'apprentissage	6		5	
NON SALARIE	Indépendant	3	17	2	14
	Sans emploi	14		12	

Tableau 11 : Statut professionnel lors du diagnostic

- Parmi les 107 patients (104 salariés et 3 personnes « indépendantes ») travaillant lors du diagnostic, 89 patients (83%) travaillaient à temps plein.

- Nous avons ensuite classé les différents métiers exercés par nos patients selon la classification « Professions et Catégories Socioprofessionnelles » (PCS) de 2003 :

Code	Libellé	Nombre (n=121)	Pourcentage (%)
1	Agriculteurs exploitants	0	0
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	3	3
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures	10	8
4	Professions Intermédiaires	12	10
5	Employés	68	56
6	Ouvriers	12	10
7	Retraités	0	0
8	Autres	16	13

Tableau 12 : Classification des patients selon la PCS 2003

- Le délai médian entre le diagnostic de cancer et la première consultation de reprise est de **16 mois** avec des extrêmes allant de 2 à 149 mois.
Le premier quartile (Q1) est à 11 mois et le troisième (Q3) à 24.

Délai en mois	Nombre (n=121)	Pourcentage (%)
Consultation dans les 12 premiers mois	41	34
Consultation [13-24] mois	52	43
Consultation au-delà de 24 mois	28	23

Tableau 13 : Délai entre le diagnostic du cancer et la première consultation

4.1.4. Représentativité de notre échantillon répondant

Nous avons voulu vérifier si notre échantillon de 121 patients était bien représentatif de notre population globale de patients ayant eu recours à la consultation.

Pour cela, voici un tableau comparatif sur quelques données sociodémographiques, professionnelles et médicales principales :

		Pourcentage dans population totale (n=153)	Pourcentage dans l'échantillon répondeur (n= 121)
Sexe	Homme	20%	18%
	Femme	80%	82%
Moyenne d'âge		44 ans	44 ans
Situation familiale	Couple et/ou enfant à charge	60%	59%
	Seul	33%	34%
Niveau d'études	inf. niveau BAC	56%	56%
	BAC et études sup.	40%	39%
Salarié lors diagnostic	Oui	84%	86%
	Non	16%	14%
Type de contrat	CDI	70%	69%
	Autre	30%	31%
Localisation cancéreuse	Sein	64%	65%
	Autre	36%	35%
Evolutivité	Oui	12%	12%
	Non	88%	88%

Tableau 14 : Représentativité de l'échantillon

Les tests du χ^2 et de Fisher ne montrent pas de différence significative entre les proportions observées dans la population totale et dans l'échantillon de répondeurs.

4.2. Conseils prodigués et leur réalisation

Lors de la consultation de reprise après un cancer, une « ordonnance » de démarches à effectuer est remise au patient. Les conseils peuvent varier en fonction de la situation professionnelle initiale, voici un tableau récapitulatif des différentes mesures médico-sociales conseillées, en fonction des situations (voir annexes 7.3., 7.4. et 7.5.):

Mesures médico-sociales		Salarié en arrêt maladie	Indépendant	Chercheur d'emploi
CPAM (salarié du secteur privé ou patient en recherche d'emploi) OU ARS (Commission de réforme / Comité médical) pour les salariés du secteur public OU RSI (pour les indépendants)	Maintien / retrait des IJ	×	×	×
	TPT	×		× (en théorie uniquement)
	Accord PRESIJ (uniquement par CPAM)	×		
	Mise en invalidité*	×	×	×
	Reconnaissance AT/MP	×	×	
	CLM / CLD (uniquement par ARS)	×		
MDPH	RQTH	×	×	×
	AAH	×	×	×
	Carte d'invalidité ou de stationnement	×	×	×
Pôle emploi	CAP Emploi			×
Service de Santé au Travail	Visite de pré-reprise	×		
	Etude de poste	×		
	Accès équipe pluridisciplinaire	×		
Partenaires Maintien dans l'Emploi	SAMETH	×		
	AGEFIPH / FIPHFP	×		×
	Organismes d'aide spécialisés (SIADV...)	×		×

* La mise en invalidité n'a pas la même signification dans le public ou dans le privé

Tableau 15 : Mesures médico-sociales possibles en fonction de la situation initiale du patient

Ci-dessous, un tableau récapitulatif des principales préconisations émises aux 121 patients ayant répondu au questionnaire :

		Conseil		Réalisation		Pourcentage total (%) de réalisation
		Nombre (n=121)	Pourcentage (%)	Nombre (n=121)	Pourcentage (%)	
Entretien psychologique	Oui	66	55	47	71	48
	Non	55	45	11	20	
TPT	Oui	60	50	30	50	36
	Non	61	50	13	21	
RQTH	Oui	62	51	38	61	39
	Non	59	49	9	15	
Invalidité	Oui	23	19	17	74	21
	Non	98	81	8	8	
Reconversion professionnelle	Oui	40	33	6	15	10
	Non	81	67	6	7	
Visite de pré-reprise	Oui	54	45	24	44	30
	Non	67	55	12	18	

Interprétation du tableau-exemple :

- Le pourcentage de la colonne « réalisation » est établi sur le nombre de patients à qui le conseil avait été donné, par exemple : 71% des 66 patients à qui on a préconisé un entretien psychologique l'ont réalisé soit 47 patients.

- Le « pourcentage total » regroupe la totalité des patients qui ont effectué la démarche, qu'elle ait été conseillée ou non, par exemple : 21% des patients, soit 25 personnes, ont bénéficié d'une mise en invalidité sur les 121 patients de l'étude.

Tableau 16 : Réalisation des conseils prodigués lors de la consultation

4.3. Caractéristiques des patients ayant repris

4.3.1. Caractéristiques sociodémographiques, médicales et administratives

Sur les 121 patients inclus dans notre étude, **80 patients, soit 66%** [IC95% = 57-75] ont repris un travail suite à leur maladie.

		Nombre (n=80)	Pourcentage (%)
Sexe	Femme	69	86
	Homme	11	14
Situation familiale	Couple / enfant	45	56
	Seul	29	36
Niveau d'études	Pas le BAC	41	51
	BAC et plus	35	44
Localisation cancer	Sein	57	71
	Autre	23	29
Stade	Evolutif	5	6
	Rémission / guérison	75	94
Age	Moins de 45 ans	38	47
	Plus de 45 ans	42	53
Séquelles	Oui	71	89
	Non	9	11
Contrat de travail lors du diagnostic	CDI	65	81
	Autre	15	19
Statut professionnel lors du diagnostic	Salarié	73	91
	Indépendant	2	3
	Autre	5	6
Quotité de travail	Partiel	14	18
	Plein	61	76
Consultation psychologue	Oui	43	54
	Non	37	46
TPT	Oui	43	54
	Non	37	46
RQTH	Oui	30	38
	Non	50	62
Invalidité	Oui	11	14
	Non	69	86
Visite de pré-reprise	Oui	31	39
	Non	49	61

Tableau 17 : Caractéristiques sociodémographiques, médicales et administratives des patients ayant repris

4.3.2. Caractéristiques professionnelles

		Nombre (n=80)	Pourcentage (%)
Reprise dans même entreprise	Oui	60	75
	Non	20	25
Reprise au même poste	Oui	45	56
	Non	35	44
Contrat de travail	CDI	63	79
	Autre	17	21
Statut professionnel	Salarié	78	97
	Indépendant	2	3
Temps de travail	Plein	46	58
	Partiel	34	42
Aménagement du poste	Oui	22	28
	Non	58	72
Difficultés avec l'employeur	Oui	20	25
	Non	60	75
Difficultés avec collègues	Oui	14	18
	Non	66	82
Problèmes médicaux	Fatigue	62	78
	Douleur	32	40
	Sd anxiodépressif	17	21
	Autre	23	29
Perception de l'efficacité au travail	Moins bien qu'avant	42	53
	Pareil qu'avant	23	29
	Mieux qu'avant	2	3
Sentiment d'avoir été pénalisé au travail	Non	23	29
	Donnée inconnue	26	33
	Oui	31	39
	Rétrogradation	6 sur 31	19*
	Refus promotion	4 sur 31	13*
	Réattribution des tâches	9 sur 31	29*
	Perte de responsabilité	7 sur 31	23*
	Mutation non désirée	2 sur 31	6*
	Autre	4 sur 31	13*

* calcul effectué sur l'effectif de 31 personnes ayant le sentiment d'avoir été pénalisé au travail

Tableau 18 : Caractéristiques professionnelles principales

4.3.3. Délais de consultation et de reprise

Le délai médian entre le diagnostic de cancer et la reprise d'un travail est de **18 mois**, avec des extrêmes allant de 0 (n'a jamais arrêté) à 66 mois.

Les premier et troisième quartiles sont respectivement de 13 et de 26 mois.

La durée **moyenne** entre le diagnostic de cancer et la reprise du travail est de **20 mois** [IC95% = 17-24].

	Reprise (n=80)	Pourcentage de reprise (%)
Cs dans les 12 premiers mois	26	33
Cs [13-24] mois	34	42
Cs au-delà de 24 mois	20	25

Tableau 19 : Pourcentage de reprise en fonction du délai entre diagnostic et consultation

	Nombre (n=80)	Pourcentage parmi les patients (n=80) ayant repris (%)	Pourcentage parmi la population totale (n=121) (%)
Reprise [0-6] mois	7	9	6
Reprise]6-12] mois	19	24	16
Reprise [0-12] mois	26	33	21
Reprise]12-18] mois	20	25	17
Reprise [0-18] mois	46	58	38
Reprise]18-24] mois	14	17	12
Reprise [0-24] mois	60	75	50
Reprise après 24 mois	20	25	16
Reprise tous délais confondus	80	100	66

En bleu : taux de reprise à 6, 12, 18 et 24 mois

Interprétation du tableau-exemple :

- Le tableau est découpé par tranche de 6 mois (ex : reprise]18-24] mois = nombre et pourcentage de reprise durant cette tranche de 6 mois) puis un cumul depuis l'annonce du diagnostic est fait dans la ligne du dessous (ex : reprise [0-24] regroupent les reprises]18-24] et toutes celles qui ont eu lieu avant)
- Il y a 9% soit 7 patients, parmi les patients qui ont repris (n=80), qui ont recouvré un travail dans les 6 premiers mois après le diagnostic de cancer
Les 9% des 80 patients ayant repris dans les 6 premiers mois représentent 6% de notre cohorte initiale de 121 patients, le taux de reprise à 6 mois est donc de 6%.

Tableau 20 : Taux de reprise en fonction du délai depuis le diagnostic

4.4. Appréciation de la consultation

Une partie du questionnaire envoyé au patient portait sur leur impression sur la consultation, d'un point de vue utilité, accueil, apport personnel..., en voici les résultats :

		Nombre (n=121)	Pourcentage (%)
Utilité de la consultation	Oui	70	58
	Non	2	2
	Donnée inconnue	49	40
A partir des 70 réponses positives, raisons pour lesquelles les patients ont trouvé la consultation utile :			
Aide dans les démarches administratives		55	79
Info aptitude / inaptitude		34	49
Soutien psychologique		51	73

Tableau 21 : Données sur l'utilité de la consultation

A partir des 72 réponses (70 positives et 2 négatives), la moyenne des notations a été effectuée :

	Moyenne sur 10
Intérêt de la consultation	8
Accueil	9
Apport personnel	8

Tableau 22 : Notations

4.5. Facteurs prédictifs de reprise

Afin de déterminer quels sont les facteurs favorisant pour la reprise du travail, ou au contraire, ceux qui sont prédictifs d'une absence de reprise du travail, nous avons testé plusieurs facteurs, à l'aide du test du χ^2 ou de Fisher, à partir de notre effectif de 121 patients :

Facteur		Pourcentage de reprise (%)	p	OR
Sexe	Femme	69	0,09	2,3 [0,8-6,5]
	Homme	50		
Age supérieur à 45 ans	Oui	68	0,71	1,2 [0,5-2,7]
	Non	64		
Salarié lors diagnostic	Oui	70	0,03*	3,3 [1,0-11,3]
	Non	41		
BAC (n=115)	Pas le BAC	61	0,23	1,7 [0,7-4,2]
	BAC ou plus	73		
Situation familiale (n=112)	Seul	71	0,53	0,7 [0,3-1,8]
	Couple ou enfant	63		
CDI lors diagnostic	Oui	77	0,001*	5,0 [2,0-12,6]
	Non	41		
Localisation cancer	Sein	72	0,07	2,1 [0,9-5,0]
	Autre	55		
Chirurgie	Oui	65	0,77	0,8 [0,1-2,9]
	Non	71		
Chimiothérapie	Oui	61	0,13	0,4 [0,1-1,2]
	Non	78		
Radiothérapie	Oui	65	0,83	0,9 [0,3-2,2]
	Non	68		
Hormonothérapie	Oui	67	0,84	1,1 [0,5-2,6]
	Non	64		
Séquelles	Oui	64	0,16	0,2 [0,1-1,5]
	Non	90		
Douleurs	Oui	64	0,7	0,9 [0,3-2,0]
	Non	68		
Fatigue	Oui	62	0,32	0,6 [0,2-1,5]
	Non	72		
Syndrome dépressif	Oui	62	0,64	0,8 [0,2-2,2]
	Non	67		
Autre (s) séquelle (s)	Oui	61	0,52	0,7 [0,3-1,8]
	Non	68		

Facteur		Pourcentage (%)	p	OR
Evolutivité	Oui	33	0,01*	0,2 [0,05-0,8]
	Non	71		
Travail temps plein (n=107)	Oui	69	0,58	0,6 [0,1-2,2]
	Non	78		
Nombre de consultation (s)	Une seule	62	0,16	1,9 [0,7-4,9]
	au moins 2	75		
Cs durant la première année après le diag.	Oui	63	0,69	0,8 [0,3-2,0]
	Non	68		
Consultation psychologue	Oui	74	0,09	2,0 [0,9-4,7]
	Non	59		
Nombre cs psychologue	Une seule	79	0,55	0,6 [0,1-2,2]
	Au moins 2	69		
Groupe de parole	Oui	68	1	1,1 [0,4-4,0]
	Non	66		
RQTH	Oui	64	0,7	0,8 [0,3-2,0]
	Non	68		
Invalidité	Oui	56	0,24	0,6 [0,2-1,6]
	Non	69		
Reconversion	Oui	75	0,75	1,6 [0,4-9,7]
	Non	65		
Pré-reprise	Oui	86	0,001*	4,6 [1,5-16,3]
	Non	58		

En gras les facteurs qui seront inclus dans l'analyse multivariée ($p \leq 0,20$)

*Facteurs significatifs

Tableau 23 : Analyse statistique bivariée

Nous aurions souhaité tester le facteur PCS 2003 (Professions et Catégories Socioprofessionnelles de 2003) mais les effectifs sont faibles dans chaque catégorie et les regroupements sont difficiles, l'analyse bivariée n'est donc pas exploitable.

Voici les résultats statistiques obtenus :

Code	Libellé	Reprise (n=80)	Pourcentage de reprise (%)
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise (n=3)	1	33
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures (n=10)	9	90
4	Professions Intermédiaires (n=12)	12	100
5	Employés (n=68)	46	68
6	Ouvriers (n=12)	7	58
8	Autres (n=16)	5	31
	Total	80	66

En gras : Les deux catégories de PCS qui reprennent le plus

Interprétation du tableau-exemple : Nous avons 1 salarié appartenant à la PCS de code 2 qui a repris sur un nombre initial de 3 patients dans cette même catégorie, il y a donc eu 33% de reprise parmi les artisans, commerçants et chefs d'entreprise.

Tableau 24 : Taux de reprise des patients en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle

Pour l'analyse multivariée, par régression logistique, les facteurs ayant un p inférieur ou égal à 0,20 (soit 9 facteurs) au niveau du tableau n°22 ont été inclus :

Facteur	p	OR
Etre une femme	0,7	1,4 [0,3-6,5]
Etre salarié lors du diagnostic	0,63	0,7 [1,2-3,1]
Avoir un CDI	0,01*	4,7 [1,4-16,0]
Avoir un cancer du sein	0,92	0,9 [0,2-3,7]
Avoir un traitement par chimiothérapie	0,96	1 [0,6-1,7]
Avoir des séquelles physiques ou psychologiques	0,11	0,2 [0,02-1,5]
Avoir un cancer évolutif	0,03*	0,2 [0,04-0,8]
Avoir eu plusieurs cs avec médecin	0,81	1,1 [0,4-3,1]
Avoir consulté le psychologue	0,04*	2,7 [1,0-6,9]
Avoir effectué une visite de pré-reprise	0,08	2,9 [0,9-9,2]

*Facteurs significatifs

Tableau 25 : Analyse multivariée par régression logistique

5. Discussion

L'objectif de ce travail était triple, présenter la consultation rouennaise d'aide à la reprise du travail après un cancer, analyser les facteurs prédictifs du retour au travail et connaître le ressenti des patients vis-à-vis de cette consultation.

Cette consultation n'existe que depuis 2006, le nombre de patients suivis annuellement augmente chaque année du fait d'une meilleure communication sur l'existence d'un tel dispositif, communication à poursuivre pour ne pas voir la consultation s'essouffler. La plate-forme reçoit environ 50 patients par an, actuellement.

Cette consultation de reprise après un cancer représente une transition entre le milieu de soins, très encadré et où le patient est plutôt passif et protégé, et le milieu du travail où le patient « redevient » actif socialement et où il doit reprendre sa place [Derzelle 2010]. En effet, cette « transition » est difficile d'un point de vue psychologique car elle mobilise d'importantes ressources chez un patient encore parfois affaibli par la maladie et/ou ses traitements [De Blasi et al. 2011].

89% de nos patients ayant repris présentent encore des séquelles physiques et/ou psychologiques, cette proportion élevée de séquelles se retrouve également dans la littérature [Rollin et al. sous-presse ; Karki et al. 2005 ; Johnsson et al. 2011 ; Carlson et al. 2004].

Vu la relative « jeunesse » de cette consultation, nous n'avions, en août 2011, que 153 patients ayant bénéficié du dispositif et potentiellement à inclure dans notre étude. Cette étude sera donc difficilement comparable à d'autres études comportant un échantillon de population beaucoup plus grand, comme c'est le cas dans « La vie deux ans après le diagnostic de cancer » [Le Corrolier-Soriano et al. 2008] qui étudie la situation de 4270 patients.

Nous avons cependant obtenu un taux de répondants au questionnaire assez élevé (53%), taux comparable à une autre étude sur le même sujet [Peugniez et al. 2011] dans laquelle 586 questionnaires ont été reçus sur une cohorte initiale de 1067 patients (soit 55%). Ce fort taux de répondants est, en partie, lié à une implication importante des patients pour cette consultation vu qu'ils en sont souvent à l'origine, mais aussi la résultante d'une relation de confiance établie entre la plate-forme et les patients.

D'autre part, la consultation s'est construite « au fil de l'eau ». Démarrage d'un nouveau concept en 2006 avec son questionnaire, sa façon d'orienter les patients, son suivi...pour aboutir à la consultation actuelle prenant en compte toutes les remarques, toutes les questions récurrentes des patients, depuis 8 ans [De Blasi et al. 2014].

Les personnes reçues à la consultation et ayant répondu au questionnaire, soit 121 patients, ont des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles variées mais qui ne sont pas significativement différentes de notre population totale de 153 patients. Notre échantillon est donc représentatif de la population.

Lorsque l'on analyse les prévalences partielles à 5 ans des 5 localisations de tumeurs solides chez l'homme et chez la femme, en fonction de l'âge (cf tableaux 3 et 4), on peut en déduire un pourcentage de patients théoriquement vus dans notre consultation en fonction du cancer.

Ces résultats sont comparés à notre population dans le tableau suivant :

		Prévalence partielle à 5 ans des cancers solides survenant entre 15 et 64 ans, en France		Localisation des cancers solides dans notre population	
		Nombre (n=314350)	%	Nombre (n=121)	%
Localisations	Sein	122581	39	79	65
	Prostate	70129	22	0	0
	Digestif	37105	12	7	6
	Thyroïde	19129	6	2	2
	Poumon	17706	6	2	2
	ORL	16863	5	5	4
	Mélanome	13670	4	6	5
	Utérus	9467	3	3	2
	Vessie	7700	3	0	0
Sexe	Femme	181452	58	99	82
	Homme	132898	42	22	18

Tableau 26 : Comparaison entre notre population et les cas prévalents à 5 ans des principaux cancers solides, chez des patients ayant entre 15 et 64 ans

A travers ce tableau, on voit que notre proportion de femmes est élevée (82% versus 58% au niveau national) avec un taux de cancer du sein lui aussi bien plus élevé qu'au niveau national (65% versus 39%). A contrario, nous n'avons aucun patient atteint d'un cancer de la prostate dans notre consultation alors qu'on pourrait s'attendre à en avoir 22%. Ceci explique en partie l'inégalité homme-femme.

Le cancer de la prostate est peut-être un cancer ne laissant que peu de séquelles donc les patients ne ressentent pas le besoin de venir à notre consultation car n'ont pas de difficultés majeures à reprendre leur emploi, ceci expliquerait l'absence totale de patients atteints de ce cancer dans notre cohorte.

Vu l'inégalité des sexes expliquée plus haut, il est compréhensible que sur les 80 personnes qui ont repris leur travail, les femmes soient, également, majoritaires (69/80 soit 86%).

On peut également s'étonner de voir que 12% (14/121, soit la deuxième localisation rencontrée après le sein) de nos patients sont atteints d'un cancer hématologique alors que l'incidence, l'âge médian de survenue et la survie nette à 10 ans d'un cancer hématologique ne laissent pas présager un tel recrutement (voir 1.1.4.). C'est d'ailleurs une localisation cancéreuse que l'on ne retrouve qu'en 3^{ème} position chez la femme (après le cancer du sein puis du colon-rectum) et en 4^{ème} position chez l'homme (après le cancer de la prostate, du poumon et du colon-rectum).

Deux explications possibles à cela :

- C'est un cancer qui laisse moins de séquelles physiques et psychologiques donc les patients se sentent peut-être plus rapidement prêts à retravailler et consultent la plate-forme plus facilement...
- La communication sur l'existence de notre consultation auprès des oncologues hématologues normands est bonne.

74% de nos patients ont plus de 40 ans (89/121), cela s'explique par une incidence moins élevée des cancers chez le sujet jeune et probablement aussi par le fait qu'un reclassement ou une reconversion professionnelle soit plus facile à envisager

que chez une personne de plus de 40 ans ayant exercé le même métier depuis de nombreuses années et dont la reprise « des bancs de l'école » paraît difficile. Les sujets « jeunes » ont, par conséquent, moins besoin d'aide donc moins besoin de notre consultation. Nous n'avons pas retrouvé d'étude sur cela dans la littérature mais ce phénomène serait à creuser.

12% (15/121 patients) étaient au stade évolutif de leur maladie lors de la consultation, ce chiffre peut paraître élevé car on pourrait facilement penser qu'une maladie évolutive de façon péjorative à court ou moyen terme, ne laisserait place à une quelconque reprise d'activités. Ces chiffres sont également retrouvés dans d'autres études [Greenwald et al. 1989 ; Hoffman 2005 ; Spelten et al. 2003].

Alors que sont venus chercher ces patients ?

A la lecture des dossiers médicaux et des réponses aux questionnaires, c'est le pouvoir qu'a le Travail de se sentir « comme tout le monde », un espoir de retour à une vie normale, un moyen « d'oublier » la maladie, que sont venus chercher nos patients comme l'exprimait également Peteet en 2000. Ils cherchent, tout comme les autres patients en rémission, mais peut-être de façon encore plus forte, comme pour vaincre la mort, un retour à « une vie normale », une « victoire sur la maladie » [Kennedy et al. 2007].

Sur les 15 patients au stade évolutif, 5 reprendront un emploi (33%).

Il n'est pas très judicieux d'évaluer l'efficacité de la consultation sur des patients à ce stade de la maladie mais il serait plutôt intéressant d'évaluer le bénéfice psychologique reçu par le patient car il semble primordial de n'avoir, à aucun cas, refusé d'emblée une reprise pour un patient. Nous avons accompagné ces patients désireux de reprendre même si cela s'est soldé par un échec.

L'annonce de la rémission est un passage difficile à passer, tout comme l'annonce du diagnostic [Pucheu 2004]. Comme l'exprime également Bonnaud-Antignac en 2007 dans son étude, un patient ne passe pas directement du statut de malade à celui de bien-portant dès l'annonce de la rémission, il faut un temps de « digestion » de la maladie et de ses séquelles. Un patient peut paraître en capacité de reprendre son emploi sur le plan physique mais ne pas l'être sur le plan psychique. Une reprise dans cet état serait alors un échec et pourrait entraîner une profonde dépression. C'est pourquoi un long travail psychique est nécessaire avant de pouvoir reprendre une activité professionnelle [De Blasi et al. 2011].

La plateforme de consultation offre donc pour cela la possibilité de venir en entretien psychologique, mais a également développé un espace d'échange commun, un groupe de parole, afin que les personnes ayant vécu les mêmes situations puissent se soutenir mutuellement. Cette demande des patients avait également été exprimée dans l'étude de Tamminga et al. en 2012. Le retour sur cette nouvelle expérience rouennaise a fait l'objet d'une étude de De Blasi et al. en 2013.

L'analyse de notre taux de reprise en fonction de la PCS 2003 est difficile, nos échantillons dans les différentes catégories sont faibles et les regroupements difficiles à faire.

Notre répartition de patients dans chaque catégorie est différente entre notre échantillon et la population générale. Nous avons un recrutement de 56% d'employés alors qu'ils ne sont que 28% dans la population générale, et à contrario, nous avons 10% de professions intermédiaires et 8% de cadres dans notre

population alors qu'ils sont, respectivement, 25% et 17% dans la population générale [Insee 2011].

Cela peut ainsi influencer notre taux global de reprise car selon l'étude « Les cancers en France en 2013 » sortie en 2014, les personnes appartenant aux catégories socioprofessionnelles (CSP) d'exécution (dont les employés), retrouvent leur ou un emploi à 71% alors que les patients appartenant aux CSP d'encadrement (dont les cadres et professions intellectuelles supérieures), le retrouvent à 84%. Nos taux globaux de reprise chez les cadres et les professions intermédiaires sont respectivement de 90 et 100% (voir tableau n°24), taux supérieurs aux taux de l'étude précédemment citée, notre consultation est donc probablement bénéfique pour ces patients.

En revanche, en ayant une majorité de CSP d'exécution, notre taux global de reprise s'en trouve diminué.

Intéressons nous maintenant aux principaux conseils prodigués lors de la consultation et à leur réalisation (tableaux n°16 et 17).

Hormis pour la reconversion professionnelle (15% de réalisation) et pour la visite de pré-reprise (44% de réalisation), si un conseil est donné au patient, il est globalement bien suivi par la suite (entre 50 et 74%).

- L'entretien psychologique est un des conseils les plus suivis avec 71% de réalisation. L'accès facile, la simplicité pour prendre rendez-vous sont peut-être deux éléments contribuant à cette « réussite », hormis les bienfaits d'un tel suivi qui sont mis en avant lors de la consultation initiale. Les patients qui ne suivent pas le conseil sont peut-être des personnes qui ne sont pas venues chercher ce soutien ou chez qui l'idée de voir un psychologue fait peur.

- 61% des patients chez qui on avait initié le dossier de demande de RQTH l'ont fait. Les personnes qui n'ont pas été au bout de cette démarche, ont peut-être eu peur du mot « handicapé », peur de la stigmatisation...Ils n'ont peut-être pas été voir leur médecin traitant ou leur médecin du travail pour le remplissage des parties médico-professionnelles (démarche de reconnaissance en trois volets, un pour le médecin du travail, un à remplir par le patient lui-même ou avec l'aide de l'assistante sociale au sein de notre consultation et un à remplir par le médecin traitant).

- La mise en invalidité est le conseil le plus suivi avec 74% de réalisation. Le courrier envoyé au médecin conseil de la Sécurité Sociale joue sans doute un rôle important dans la décision de celui-ci. Les personnes qui n'en n'ont pas bénéficié, ont peut-être (comme pour la RQTH) eu peur du mot « invalide » ou ont possiblement eu un refus de la part du médecin conseil, celui-ci, n'estimant peut-être pas l'état du patient comme étant consolidé...

- Le temps partiel thérapeutique (TPT) avait été conseillé à 60 de nos 121 patients (tableau n°16) mais le taux de réalisation était faible (30 patients soit 50%), or on s'aperçoit que sur les « 60 conseils TPT », il n'y a eu que 38 reprises du travail dont 30 avec un TPT. Le taux de réalisation de cette mesure atteint donc les 79% et en fait notre meilleur conseil suivi. Pour les personnes n'ayant pas encore repris, on ne peut évidemment pas déduire le taux de réalisation. Pour les personnes qui ont repris sans suivre notre conseil de TPT, on peut se demander si cela ne proviendrait pas d'un refus de la part de l'employeur... Cela reprend également l'idée

qu'une reprise progressive est préférable, vu les séquelles résiduelles et vu le temps nécessaire à l'acceptation de la rémission [De Blasi et al. 2011].

- Seuls 15% des personnes orientées vers une reconversion professionnelle l'ont faite. La complexité de la démarche, l'incertitude quant à l'obtention d'un emploi dans un autre métier (d'autant plus si le patient était en CDI lors du diagnostic de cancer) sont autant de frein à la réalisation du conseil. L'employeur peut refuser l'accès à une reconversion, ceci a donc également pu contribuer à ce faible taux de réalisation...
- 44% des patients chez qui on a préconisé une visite de pré-reprise l'ont faite. Les patients qui n'ont pas réalisé cette démarche, ont peut-être eu peur de la décision du médecin du travail ou le manque de renseignements administratifs pour la prise de rendez-vous avec celui-ci a été un frein....

Analysons ces facteurs (hormis l'entretien psychologique et la visite de pré-reprise qui seront repris avec l'analyse bivariée ou multivariée des facteurs et le TPT déjà analysé plus haut) chez les personnes qui ont repris (n=80)

- On pourrait croire qu'avoir le statut de travailleur handicapé faciliterait la reprise du travail, or seuls 38% de nos patients ayant repris en sont bénéficiaires. Notre étude ne l'a pas mis en évidence comme un facteur prédictif de reprise, la tendance serait même plutôt inverse avec un OR à 0,8 mais non significatif ($p = 0,7$; $OR = 0,8[0,3-2,0]$). Une des raisons possibles à cela peut être que l'on propose cette reconnaissance aux

patients dont les séquelles du cancer et/ou des traitements sont les plus importantes et chez qui, finalement, une reprise du travail est souvent illusoire à court terme. Une autre explication pourrait-être que lorsque l'on propose cette reconnaissance de travailleur handicapé, le patient, alors reconnu dans son statut, se sente « diminué », « honteux » et se renferme sur lui-même plutôt que de s'ouvrir au monde du travail. Nous n'avons pas retrouvé d'étude démontrant qu'avoir le statut de travailleur handicapé était un frein psychologique à la reprise du travail, ce lien serait donc à étudier. Par conséquent, cette démarche administrative est à proposer au cas par cas et ne peut faire l'objet d'une généralisation.

- 11 patients, soit 14% des personnes qui ont repris, ont une invalidité de 1^{ère} ou de 2^{ème} catégorie. Ce facteur n'est ni un facteur prédictif positif de reprise ni négatif ($p = 0,24$; $OR = 0,6[0,2-1,6]$).

Après analyse bivariée ou multivariée, il ressort que les principaux facteurs prédictifs négatifs (significatifs ou proche de la significativité) d'une reprise du travail sont :

- Le fait d'avoir eu une chimiothérapie rend la reprise du travail plus compliquée. Deux explications à cela, la chimiothérapie entraîne souvent une asthénie intense et durable et, elle est quasiment toujours utilisée dans les traitements d'un cancer évolutif, dont le pronostic de reprise est sombre. Un lien a également été établi entre chimiothérapie et troubles de la concentration dans l'étude de Vandebossche et al. en 2009, cela rend la reprise d'autant plus difficile. Ce facteur est -seulement- proche de la significativité dans notre étude alors qu'il est significatif dans d'autres

[Peugniez et al. 2011 ; Ben Diane et al. 2014 ; De Boer et al. 2009], cela pourrait venir d'un manque de puissance de notre étude car l'effectif est faible.

- Le fait d'avoir des séquelles de la maladie et/ou des traitements. Et parmi les séquelles principales, la fatigue est un frein majeur pour envisager une reprise du travail. Cela va de paire avec les séquelles de la chimiothérapie.
- Le fait d'avoir un cancer évolutif est, sans surprise, le facteur prédictif le plus péjoratif et statistiquement significatif ($p = 0,01$; $OR = 0,2[0,05-0,8]$) comme le montre également « La vie deux ans après un diagnostic de cancer – de l'annonce à l'après cancer » en 2014 [Ben Diane et al. 2014].

A contrario, plusieurs facteurs prédictifs (significatifs ou proche de la significativité) se révèlent enclin à une reprise du travail :

- Etre une femme. Cela peut s'expliquer par une majorité de cancer du sein, qui est également un facteur prédictif positif de reprise car c'est un cancer de bon pronostic.
- Avoir un CDI lors du diagnostic de cancer est le facteur significatif principal de reprise ($p = 0,001$; $OR = 5,0[2,0-12,6]$), cela montre une implication sociale au moment du diagnostic et comme les lois françaises interdisent le licenciement (pour raison de santé) des salariés pendant leur arrêt de travail (Article L1132-1 du Code du Travail), le patient est en droit de recouvrer un emploi dans son entreprise antérieure.

- Chez les 80 patients ayant repris, on s'aperçoit que plus de la moitié des patients (54%) a bénéficié d'un ou de plusieurs entretiens psychologiques. Le fait de voir un psychologue est un facteur prédictif positif de reprise en analyse multivariée ($p = 0,04$; $OR = 2,7[1,0-6,9]$). Ne faudrait-il donc pas conseiller ce suivi à tous les patients sans exception ?
- La visite de pré-reprise est significativement un facteur prédictif positif de retour à l'emploi en analyse bivariée ($p = 0,001$; $OR = 4,6[1,5-16,3]$) et reste très proche de la significativité en analyse multivariée ($p = 0,08$; $OR = 2,9[0,9-9,2]$), car sur les 36 visites de pré-reprise effectuées dans notre cohorte de 121 patients, 31 aboutiront à une reprise. Il faut donc orienter les patients vers cette démarche au maximum. Une réflexion sur ce sujet a même déjà eu lieu et l'équipe de la plate-forme donne, dorénavant, les coordonnées complètes du médecin du travail concerné, directement au patient. Ceci soulève néanmoins un questionnement vis-à-vis des personnes « indépendantes » ou n'ayant plus d'emploi donc plus de médecin du travail....Le médecin du travail de la plate-forme représente alors le seul interlocuteur pouvant donner des préconisations d'adaptation d'un poste futur et conseille les restrictions à prévoir. Dans l'étude de Yarker et al. en 2010, les patients interrogés exprimaient un regret vis-à-vis de leur médecin du travail car celui-ci n'était pas forcément au courant de leur pathologie avant le jour de la reprise, un aménagement de poste n'avait donc pas pu s'anticiper.
On peut donc retenir que la visite de pré-reprise est à conseiller fortement et qu'elle doit intervenir précocement.

Les patients viennent en majorité (52 patients sur 121) consulter dans la deuxième année après le diagnostic de cancer (entre 13 et 24 mois), après que les principaux traitements soient effectués (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie). Cela explique notre délai moyen de reprise (délai entre le diagnostic et la reprise) relativement long, 20 mois.

Parmi ceux qui ont consulté durant la première année après le diagnostic (41/121 patients), 26 ont repris leur travail.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative du taux de reprise entre ceux qui consultent dans les 12 mois après le diagnostic (41/121 soit 34%) ou après 12 mois (80/121 soit 66%) ni entre ceux ayant consulté dans les deux ans (93/121 soit 77%) et le restant de notre population (28/121 soit 23%).

Un délai rapide entre le diagnostic et la première consultation ne semble donc pas être un facteur prédictif positif de reprise, contrairement à ce que l'on aurait pu penser. Cela est en accord avec la littérature et notamment avec l'étude de Bonnaud-Antignac, en 2007, dont nous avons déjà parlé.

Contrairement à l'étude de 2009 d' Eder-Gouel, nous avons pu analyser le taux de retour à l'emploi en fonction du délai écoulé depuis le diagnostic de cancer.

Dans notre population générale de 121 patients, nous avons 66% de retour au travail, avec un nombre plus important de reprise entre 6 et 18 mois. On peut comparer ces chiffres à d'autres études comme la méta analyse de Mehnert en 2011 qui recensait 40% de reprise à 6 mois, 62% à 12 mois, 73% à 18 mois et enfin 89% à 2 ans après le diagnostic de cancer. Dans l'étude « La vie deux ans après le diagnostic de cancer » de Le Corroller-Soriano et al. en 2008, le taux de reprise à deux ans était de 77%. L'étude de Quinton-Fantoni et al. en 2010 indiquait un taux

de reprise à trois ans de 82% mais cette étude ne concernait que des femmes atteintes d'un cancer du sein et qui travaillaient au moment du diagnostic.

Nous sommes loin de ces chiffres mais le recrutement des patients est radicalement différent. Dans les études de Mehnert en 2011 et de Le Corroller-Soriano et al. en 2008, les patients inclus sont TOUS les patients atteints d'un cancer, qu'ils soient en emploi ou non, qu'ils aient des difficultés ou non pour la reprise, qu'ils soient demandeur ou non d'aide.... Or dans notre étude rouennaise, il n'y a que des patients venus d'eux même ou sur conseil. Ceux-ci présentent probablement plus souvent des difficultés avec la reprise de leur emploi. Cela représente une différence majeure qui explique nos faibles taux de reprise. Cependant, l'étude de Bradley et al. en 2002 obtenait des chiffres semblables aux nôtres avec un taux de reprise à 5 ans de 67%.

On peut ainsi considérer que notre délai de reprise n'est pas si mauvais que cela car il intéresse principalement des patients en difficulté. On tend vers une reprise du travail mais avec une cinétique plus lente que pour d'autres patients atteints de cancer.

Suite à la reprise de leur travail, certains patients expriment des difficultés au poste, avec leurs collègues ou leur employeur. 53% (42/80) des patients qui ont repris se sentent « moins bien qu'avant » à leur travail. Cela peut provenir de la maladie elle-même, de ses traitements, des séquelles...comme le montre l'étude de la DRESS en 2006 sur les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic, dans laquelle les scores sur la qualité de vie physique et mentale des sujets cancéreux sont très inférieurs à la population générale : « En se référant à l'échelle SF-36, respectivement 46% et 40% des patients atteints de cancer présentent, deux ans après le diagnostic, des scores de qualité de vie physique et

mentale inférieurs aux vingt-cinquièmes percentiles de la population générale, de même sexe et de même âge... ».

39% soit 31 patients se sentent « pénalisés au travail », principalement suite à des réattributions de tâches ou une perte de responsabilités. Cela se retrouve dans de nombreuses autres études comme dans celle de Tamminga et al. en 2012 qui relate des difficultés relationnelles avec les collègues ou la hiérarchie lors du retour au travail. Spelten et al. en 2002 mettaient en avant un manque de soutien de la part de l'employeur. Yarker et al. en 2010 faisait également le constat qu'un frein à la reprise du travail pouvait provenir d'un manque d'information de l'employeur et des collègues vis-à-vis de l'attitude à adopter en face un salarié venant d'avoir eu un cancer.

Dans « La vie deux ans après un diagnostic de cancer – De l'annonce à l'après cancer » en 2014 [Ben Diane et al. 2014], 11% des patients se sont déclarés victimes de discriminations de la part de leur employeur ou des collègues de travail. Nous confirmons donc ici notre première hypothèse : les patients de la consultation sont le plus souvent en difficulté...

Le troisième volet de ma thèse s'intéressait au ressenti des patients vis-à-vis de l'utilité de cette consultation.

Cette notion repose sur un effectif réduit de notre population car les patients pour lesquels les données ont été extraites du questionnaire téléphonique de 2009 (et non à partir du questionnaire envoyé en 2011), n'ont pas été interrogés sur l'utilité de la consultation.

Notre échantillon de réponses est ainsi composé de 72 avis (dont 70 positifs soit 97%) sur 121 patients.

Les deux atouts principaux de la consultation sont l'aide dans les démarches administratives (55 patients soit 79% des réponses) et le soutien psychologique (51 patients soit 73%). Notons que ces deux items étaient suggérés dans le questionnaire donc possiblement induits. Peut-être qu'une liste plus développée d'items aurait été nécessaire pour bien identifier les points positifs ou négatifs de cette consultation.

Les notations sur l'intérêt de la consultation, sur l'accueil et sur l'apport personnel sont excellentes avec un minimum de 8/10, mais là aussi un choix plus important de réponses aurait été intéressant.

D'autres études comme celle de Tamminga et al. en 2012 ou celle de Yarker et al. en 2010, montrent que les patients sont demandeurs d'un accompagnement par des professionnels de santé sur toutes les démarches administratives, sociales ou médicales à accomplir entre le diagnostic de la maladie et la reprise du travail.

Les patients expriment le souhait d'être mieux accompagnés, d'être mieux soutenus dans leur phase de rémission, avant la reprise du travail.

Ceci conforte notre idée que cette consultation est bénéfique pour les patients atteints de cancer et que le développement d'un tel dispositif dans d'autres régions serait souhaitable.

6. Conclusion

La prise en charge professionnelle des patients atteints de cancer est complexe. La consultation pluridisciplinaire rouennaise qui regroupe un médecin du travail, une assistante sociale et une psychologue, a beaucoup évolué depuis 2006 et devient un apport important, pour la reprise d'une activité professionnelle, chez des patients qui ont ou qui ont eu un cancer.

La consultation est encore relativement « jeune » mais novatrice car il n'existe pas de consultation similaire en France. Les patients qui sont reçus sont extrêmement minoritaires par rapport au nombre de cancers traités dans la région de Rouen.

Notre taux de reprise, bien que difficilement comparable aux autres études de la littérature vu notre effectif de patients, est plus faible que dans d'autres études françaises, mais les patients reçus sont des patients présentant des difficultés ou qui sont fortement à risque d'en présenter, lors de la reprise d'une activité professionnelle.

Notre population reprend son travail mais dans un délai beaucoup plus long que dans d'autres études.

L'expérience de notre consultation et les analyses statistiques effectuées permettent de prendre conscience des démarches, aussi bien médicales qu'administratives, importantes à initier avec le patient, afin d'optimiser les chances de reprise.

Proposer au patient de rencontrer la psychologue est ainsi devenu systématique. Les démarches pour la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) sont à initier avec parcimonie. La visite de pré-reprise avec le médecin du travail de l'entreprise antérieure (si le patient était salarié avant le diagnostic de

cancer) est vivement encouragée avec remise directe, au patient, des coordonnées du médecin du travail pour faciliter leur rencontre.

Le ressenti des patients vis-à-vis de cette consultation est bon et encourage les professionnels de santé concernés à faire perdurer ce type de prise en charge. L'éloignement géographique de certains patients ou le fait de revenir une seconde fois (ou plus) consulter, sont également des éléments forts de la reconnaissance d'un besoin, par le patient, d'une prise en charge globale pour son retour à la vie « active ».

Notre étude serait intéressante à refaire sur une période plus récente, maintenant que le protocole de prise en charge est stabilisé.

Une évolution positive, dans cette prise en charge complexe des patients atteints de cancer, pourrait venir d'une meilleure formation et/ou information des médecins généralistes sur les séquelles d'un cancer ou de ses traitements, et de la temporisation nécessaire au patient pour recouvrer la force et la possibilité de reprendre un emploi. En effet, le médecin généraliste reste souvent le premier professionnel de santé rencontré après la fin des traitements hospitaliers. Une connaissance accrue du cancer et de l'existence d'un dispositif d'aide, comme l'est notre consultation d'aide à la reprise après un cancer, est primordiale.

7. Annexes

7.1. Evaluation de la Consultation de Reprise du Travail après Cancer

NOM :

Prénom :

Date naissance :

Date questionnaire :

1. Situation professionnelle au moment du diagnostic :

a) Vous étiez :

- Salarié
- À votre compte
- Congé maladie : depuis pour problèmes déjà liés au cancer oui
 Non
- Non salarié :
 - Chômeur
 - Etudiant
 - Retraité
 - Invalidité
 - Femme ou homme au foyer
 - Autre :

b) Si emploi salarié, type de contrat :

- CDI
- CDD
- Contrat aidé (CAE...)
- Intérimaire ou vacataire
- Stagiaire ou en apprentissage
- Saisonnier
- Autre :

c) Profession :

- Agriculteur exploitant
- Artisan
- Commerçant et assimilé
- Chef entreprise de 10 salariés ou plus
- Profession libérale (à préciser) :
- Cadre de la fonction publique, profession intellectuelles et artistiques
- Cadre d'entreprise
- Profession intermédiaire de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique
- Profession intermédiaire administrative et commerciale d'entreprise
- Technicien
- Contremaître
- Agent de maîtrise
- Employé de la fonction publique
- Employé administratif d'entreprise
- Employé de commerce
- Personnel aux services de particuliers
- Ouvrier qualifié (à préciser OQ / OP / P1 / P2 / P3 / P4 / Compagnon) :
- Ouvrier spécialisé
- Ouvrier agricole
- Autre :

d) Vous travailliez alors en :

- Temps partiel
- Temps complet

2. Reprise du travail :

a) Travaillez vous **actuellement** : Oui Non

b) Si vous travaillez actuellement :

1. Date de la reprise (mois et année) :

2. Est-ce dans la même entreprise ? Oui Non

3. Est-ce au même poste de travail ? Oui Non

Précisez la raison :

.....

4. Précisez votre poste :

.....

.....

.....

5. Nature de votre contrat de travail actuel :

CDI

CDD

Contrat aidé (CAE)

Intérimaire ou vacataire

Stagiaire ou en apprentissage

Saisonnier

Autre :

6. Si changement d'entreprise, précisez le motif :

Fin de contrat

Démission, précisez pour quelle(s) raison(s) :

Changement de priorités

Problèmes de santé

Non obtention des aménagements demandés

Difficultés de transport

Difficultés relationnelles sur le lieu de travail antérieur

Autre emploi

Autre :

Licenciement, précisez pour quelle raison :

Raison économique

Pour inaptitude médicale

Autre :

Faillite

Autre :

7. Actuellement, travaillez-vous à temps plein :

Oui

Si oui, avez-vous bénéficié d'un temps partiel thérapeutique lors de votre reprise ?

Oui pendant mois

Non

Non

Si non, pour quelle raison êtes-vous à temps partiel ?

Choix personnel

Temps partiel thérapeutique en cours depuis le

8. Difficultés rencontrées lors de la reprise :

- Problème relationnel avec employeur
- Problème relationnel avec collègues
- Problèmes médicaux :
 - Fatigue
 - Douleurs
 - Dépression
 - Diminution de la concentration
 - Autre :
- Autre :

9. Perception de votre efficacité au travail :

- Moins bien qu'avant
- Pareil qu'avant
- Mieux qu'avant

10. Avez-vous le sentiment d'avoir été pénalisé(e) dans votre emploi à cause de votre maladie :

- Non
- Oui, un peu
- Oui, beaucoup

Si oui, dans quel domaine :

- Rétrogradation
- Promotion refusée
- Perte responsabilités
- Mutation non désirée
- Perte d'avantages
- Réattribution non désirée des tâches
- Changement d'horaires non désiré
- Autre :

11. Avez-vous eu, après la reprise, 1 ou plusieurs arrêts de travail en lien avec votre cancer :

- Oui Non Si « oui », combien de jours ou de mois au total (environ) :

c) Si vous ne travaillez pas actuellement :

1. Pour quelle raison :

- Fin de contrat
- Démission, précisez pour quelle(s) raison(s) :
 - Changement de priorités
 - Problèmes de santé
 - Non obtention des aménagements demandés
 - Difficultés de transport
 - Difficultés relationnelles sur le lieu de travail antérieur
 - Autre emploi
 - Autre :
- Licenciement, précisez pour quelle raison :
 - Raison économique
 - Inaptitude médicale
 - Autre :
- Preretraite / retraite
- Arrêt maladie encore en cours
- Formation en cours

7.2. Courrier d'accompagnement du questionnaire

Rouen, le 2011

Madame X / Monsieur X,

Vous aviez été reçu(e) en consultation d'aide à la reprise du travail au CHU de Rouen le ../../.... .

Dans un but d'amélioration de cette consultation, nous réalisons une évaluation du devenir professionnel des personnes prises en charge.

Je vous remercie par avance de bien vouloir compléter le questionnaire ci-joint et de nous le renvoyer à l'aide de l'enveloppe timbrée également jointe.

Je vous informe que les données de ce questionnaire resteront confidentielles, au sein de votre dossier médical.

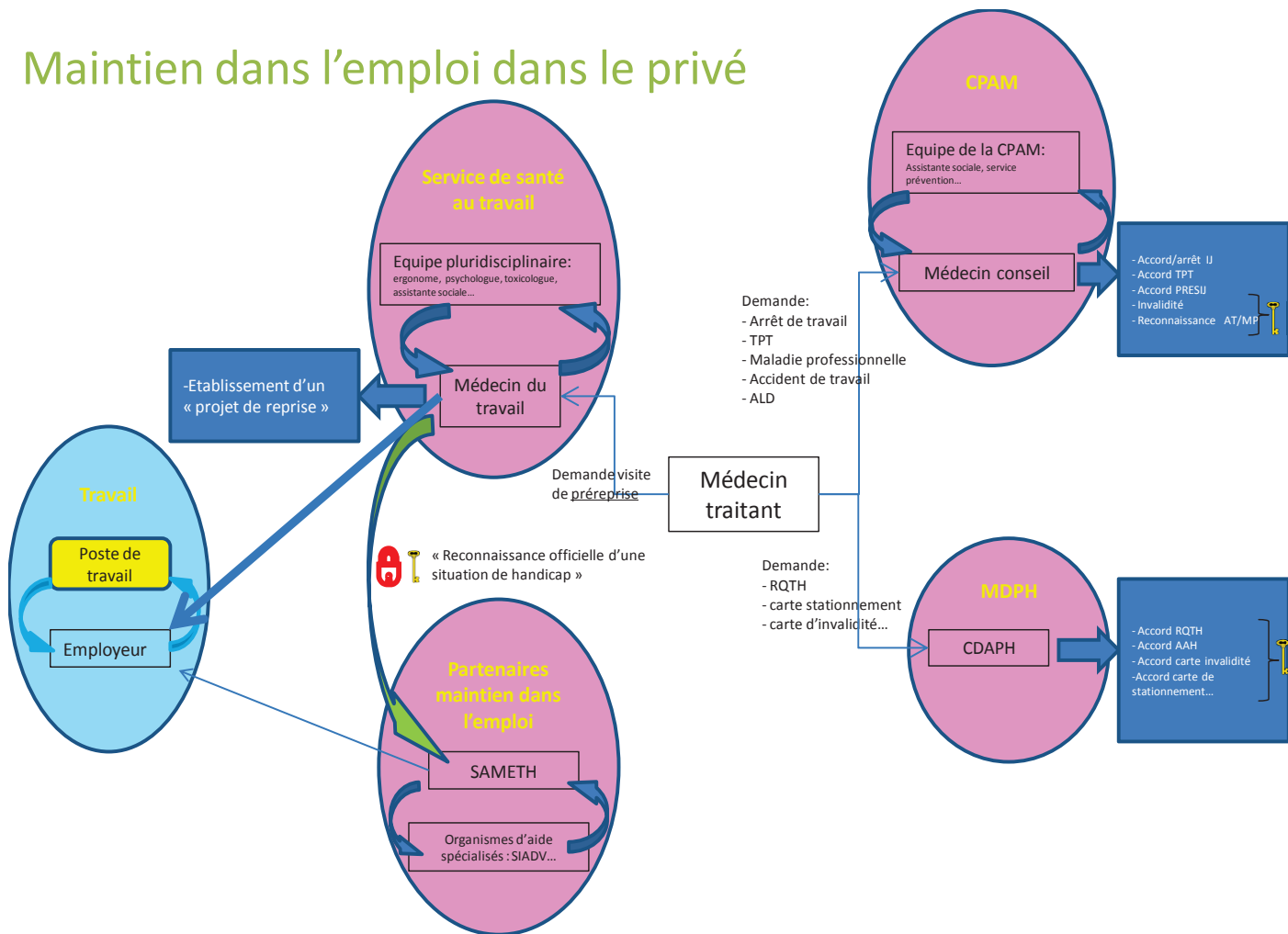
Vous êtes tout à fait libre de ne pas remplir ce questionnaire, ce qui n'entraînera aucune différence pour vous dans l'accompagnement que nous pouvons vous apporter.

Je reste à votre disposition pour toute question concernant ce questionnaire ou pour tout conseil concernant votre situation professionnelle.

Bien cordialement.

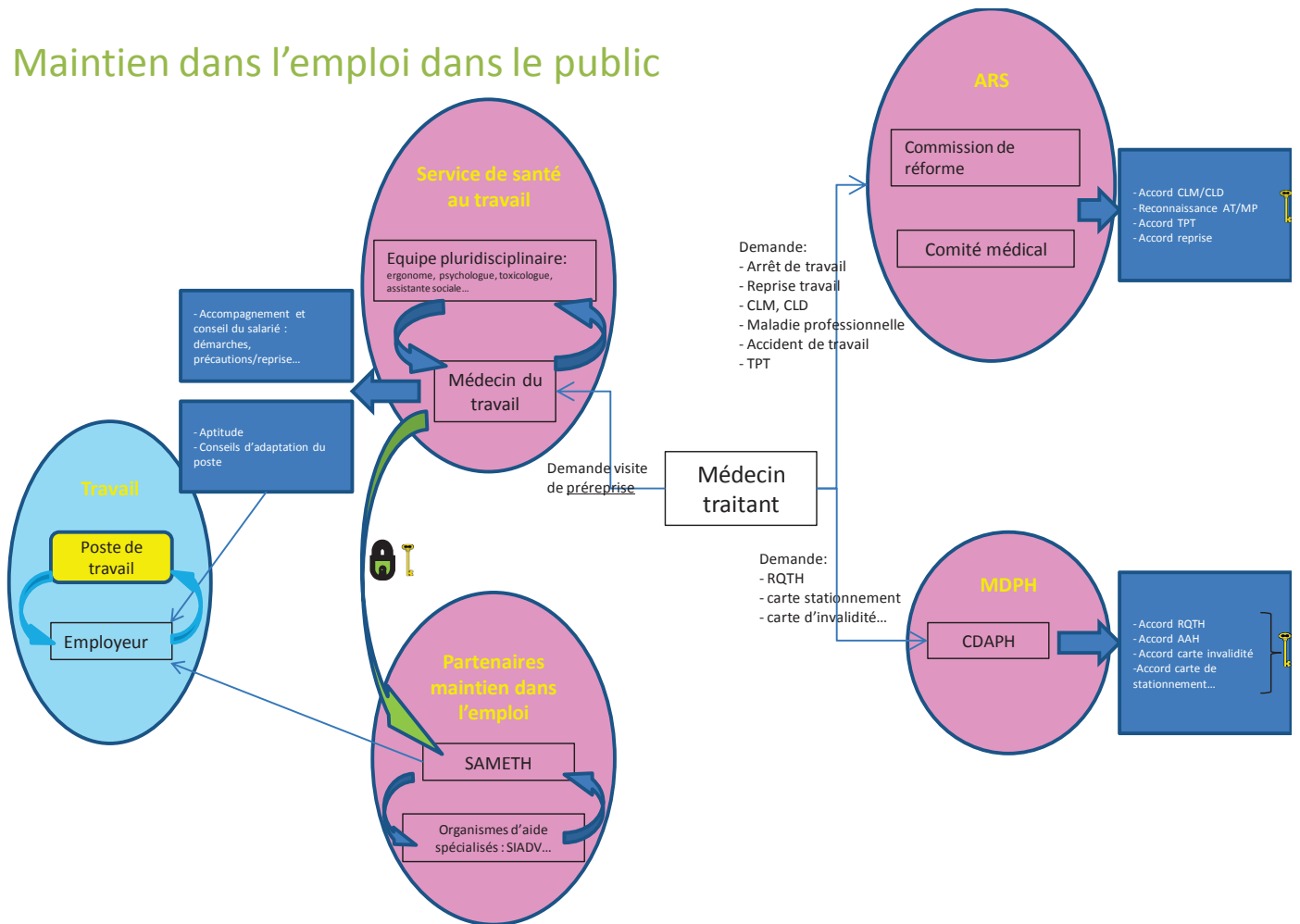
7.3. Maintien dans l'emploi dans le privé

Maintien dans l'emploi dans le privé



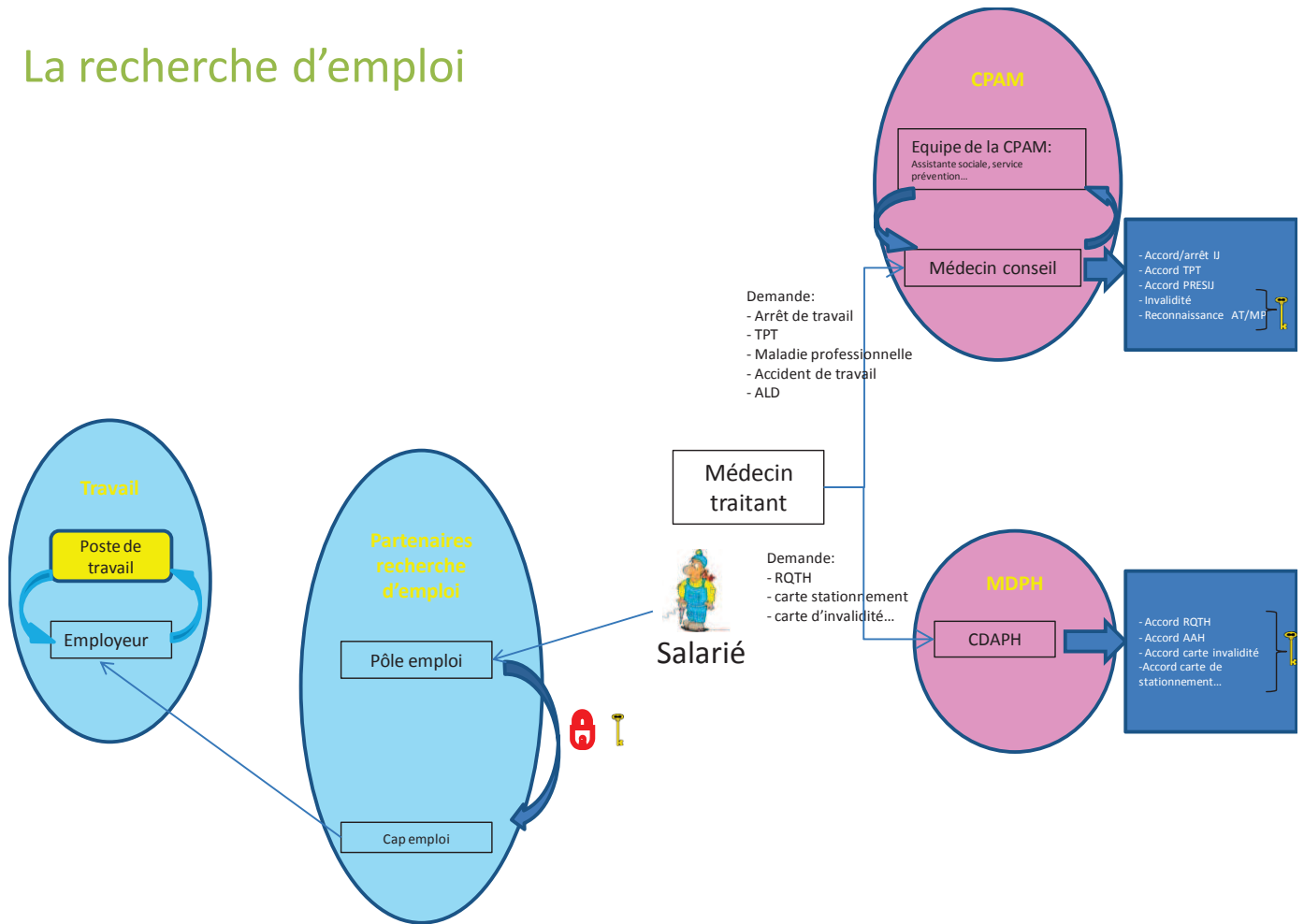
7.4. Maintien dans l'emploi dans le public

Maintien dans l'emploi dans le public



7.5. La recherche d'emploi

La recherche d'emploi



8. Bibliographie

[1] Ben Diane MK, Chauvet C, coord.

La vie deux ans après un diagnostic de cancer : de l'annonce à l'après-cancer.

Boulogne-Billancourt : INCa ; 2014.

(Collection Etudes et enquêtes).

[2] Bonnaud-Antignac A.

Psychopathologie de la rémission. « La douleur : ce qu'il me reste de mon cancer ».

Psycho-Oncol. 2007 ; 1 : 156-61.

[3] Bousquet PJ, dir.

Les cancers en France en 2013.

Boulogne-Billancourt : INCa ; 2014.

(Collection Etat des lieux et des connaissances).

[4] Bradley CJ, Bednarek HL.

Employment patterns of long-term cancer survivors.

Psycho-Oncol. 2002 ; 11 : 188-98.

[5] Carlson LE, Angen M, Cullum J, Goodey E, Koopmans J, Lamont L et al.

High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients

Br J cancer. 2004 ; 90 : 2297-304.

[6] De Blasi G, Bouteyre E, Bretteville J, Rollin L.

Aide à la reprise du travail après cancer : huit années d'expérience d'une consultation pilote.

Psycho-Oncol. Sous-presse.

[7] De Blasi G, Bouteyre E, Bretteville J, Boucher L, Rollin L.

Multidisciplinary department of « return to work after a cancer » : a french experience of support groups for vocational rehabilitation.

Journal of psychosocial Oncology. Sous-presse.

[8] De Blasi G, Bouteyre E, Rollin L.

Consultation pluridisciplinaire d'aide à la reprise du travail après un cancer : psychopathologie de la rémission et retour à l'emploi.

Psycho-Oncol. 2011 ; 5 : 40-44.

[9] De Boer A, Taskila T, Ojajänvi A, Van Dijk F, Verbeek J.

Cancer Survivors and unemployment : a meta-analysis and meta-regression.

JAMA. 2009 ; 301 : 753-62.

[10] Derzelle M.

Les enjeux d'une « consultation rémission ».

Ann Med Psychol Rev Psychiatre. 2010 ; 168 : 636-8.

[11] Eder-Gouel Krisztina.

Analyse de la consultation de reprise du travail après cancer.

Thèse : Med : Université de Rouen. 2009 ; 123.

[12] Fallowfield LJ.

Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial.

British Medical Journal. 1990 ; 301 : 575-80.

[13] Ganz PA.

Current issues in cancer rehabilitation.

Cancer. 1990 ; 65 : 742-51.

[14] Greenwald HP, Dirks SJ, Borgatta EF, McCorkle R, Nevitt M et Yelin EH.

Work disability among cancer patients.

Social Science of Medecine. 1989 ; 29 : 1253-9.

[15] Haut conseil de la Santé Publique.

Evaluation du plan cancer 2003-2007.

In : La documentation française [en ligne]. 2009. Page consultée le 30/08/2014.

Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000084-evaluation-du-plan-cancer-2003-2007>

[16] Herzlich C.

Gérer une longue maladie : le point de vue d'un sociologue.

Bulletin du cancer. 1998 ; 85 : 251-3.

[17] Hill C, Doyon F.

La fréquence des cancers en France en 2005 : évolution de la mortalité depuis 1950 et résumé du rapport sur les causes de cancer.

Bulletin du cancer. 2008 ; 95 : 5-10.

[18] Hoffman B.

Cancer survivors at work : a generation of progress.

A cancer Journal for clinicians. 2005 ; 55 : 271-80.

[19] Hoffman B.

Cancer survivor's employment and insurance rights : a primer for oncologists.

Oncology (Huntingt). 1999 ; 13 : 841-6 ; discussion 846, 849, 852.

[20] INRA.

Estimations de l'incidence et de la mortalité par cancer en France, en Europe et dans le monde.

Page consultée le 30/08/2014. Disponible sur :

<http://www6.inra.fr/nacre/layout/set/print/Prevention-primaire/Vous-informer-sur/Estimations-incidence-et-mortalite-par-cancer-France-Europe-Monde>

[21] INSEE.

Emploi au lieu de travail par sexe, catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité économique. 2011.

Page consultée le 30/08/2014. Disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=EMP3&millesime=2011&nivniv=2&typgeo=METRODOM&codgeo=1

[22] Johnsson A, Fornander T, Rutquist LE, Olsson M.

Work status and life changes in the first year after breast cancer diagnosis.

Work. 2011 ; 38 : 337-46.

[23] Karki A, Simonen R, Malkia E, Selfe J.

Impairments, activity limitations and participation restrictions 6 and 12 months after breast cancer operation.

J Rehabil Med. 2005 ; 37 : 180-8.

[24] Kennedy F, Haslam C, Munir F, Pryce J.

Returning to work following cancer.

EUR J Cancer Care (Engl). 2007 ; 16 : 17-25.

[25] Le Corroller-Soriano AG, Malavolti L, Mermilliod C.

Les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic.

DRESS. 2006 ; 486.

(Etudes et résultats)

[26] Le Corroller-Soriano AG, Malavolti L, Mermilliod C, coord.

La vie deux ans après le diagnostic de cancer.

Paris : La Documentation Française ; 2008.

(Collection Etudes et statistiques)

[27] Maslow A.

La pyramide des besoins.

Time Management. 2009.

Page consultée le 30/08/2014. Disponible sur :

<http://www.psychologuedutravail.com/tag/pyramide-des-besoins-de-maslow/>

[28] Mehnert A.

Employment and work-related issues in cancer survivors.

Crit Rev Oncol Hematol. 2011 ; 77 : 109-30.

[29] Mellette SJ.

Cancer rehabilitation.

J Natl Cancer Onst. 1993 ; 85 : 781-4.

[30] Michel E, Amar A, Josselin V et al.

Evaluation d'une stratégie pluridisciplinaire de maintien et retour au travail du CHU de Grenoble.

Arch Mal Prof. 2007 ; 68 : 474-81.

[31] Ozguler A, Loisel P, Boureau F, Leclerc A.

Efficacité des interventions s'adressant à des sujets lombalgiques, du point de vue du retour au travail.

Rev Epidemiol Santé publique. 2004 ; 52 : 173-88.

[32] Peteet JR.

Cancer of the meaning of work.

General hospital psychiatry. 2000 ; 22 : 200-5.

[33] Peugniez C, Fantoni S, Leroyer A, Skrzypczak J, Duprey M, Bonnetterre J.

Return to work after treatment for breast cancer : single – center experience in a cohort of 273 patients.

Bull cancer. 2011 ; 98 : E69-E79.

[34] Pucheu S.

La guérison psychique du cancer ou le retour à l'harmonie du « moi ».
Rev Francoph psycho-Oncol. 2004 ; 2 : 61-4

[35] Quinton-Fantoni S, Peugniez C, Duhamel A, Skrzypczak J, Frimat P, Leroyer A.

Factors related to return to work by women with breast cancer in Northern France.
Journal of Occupational Rehabilitation. 2010 ; 20 : 49-58.

[36] Rasmussen D, Elverdam B.

The meaning of work and working life after cancer : an interview study.
Psycho-oncol. 2008 ; 17 : 1232-8

[37] République Française

Plan Cancer 2009-2013 : synthèse.
2009. Page consultée le 30/08/14. Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_plan_cancer_2009_2013.pdf

[38] République Française

Synthèse – Plan cancer 2014-2019.
2014. Page consultée le 30/08/2014.
Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/publications/93-plan-cancer/763-synthese-plan-cancer-2014-2019>

[39] Rollin L, De Blasi G, Boucher L, Gehanno JF.

Intérêts d'une consultation spécialisée d'aide à la reprise du travail après cancer.
Bulletin du cancer. Sous-presse.

[40] Schultz PN, Beck ML, Stava C, Sellin RV.

Cancer survivors. Work related issues.
Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses.
2002 ; 50 : 220-6.

[41] Short PF, Vargo MM.

Employment concerns of cancer survivors.
Journal of Clinical Oncology. 2006 ; 24 : 5138-41.

[42] Spelten ER, Sprangers M, Verbeek J.

Factors reported to influence the return to work of cancer survivors : a littérature review.
Psycho-Oncol. 2002 ; 11 : 124-31.

[43] Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, Ansink AC, Van der Lelie J, de Reijke TM et al.

Cancer, fatigue and the return of patients to work – a prospective cohort study.
European Journal of Cancer. 2003 ; 39 :1562-7.

[44] Statistiques Mondiales

Mortalité par cancer en France en 2008.
Page consultée le 30/08/2014.
Disponible sur : http://www.statistiques-mondiales.com/france_departements_2.htm

[45] Tamminga SJ, De Boer AG, Verbeek JH, Frings-Dresen MH.

Breast cancer survivors'views of factors that influence the return-to-work process – a qualitative study.
Scand J Work Environ Health. 2012 ; 38 : 144-54.

[46] 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 : 639-48.

[47] Thomas S, Glynne-Jones R, Chait I, Marks D.

Anxiety in long-term survivors influences of acceptability of planned discharge follow-up.
Psycho-Oncol. 1997 ; 6 : 190-99.

[48] Vandenbossche S, Fery P, Razavi D.

Cognitive impairments and breast cancer : a critical review of the literature.

Bull cancer. 2009 ; 96 : 239-48.

[49] Verbeek JH.

How can doctors help their patients to return to work ?

PLOS Med. 2006 ; 3 : e88.

[50] Yarker J, Munir F, Bains M, Kalawsky K, Haslam C.

The role of communication and support in return to work following cancer-related absence.

Psycho-Oncol. 2010 ; 19 : 1078-85.

RESUME

La reprise du travail est une étape primordiale pour les patients atteints d'un cancer mais celle-ci peut s'avérer difficile et nécessiter un accompagnement adapté.

Le CHU de Rouen a créé, en 2006, une consultation pluridisciplinaire d'aide au retour au travail après un cancer. Les objectifs de cette étude descriptive étaient de présenter cette consultation, de connaître le ressenti des patients vis-à-vis d'un tel dispositif et d'identifier des facteurs prédictifs de retour au travail.

Nous avons réalisé l'analyse descriptive des patients vus entre 2006 et 2011, à partir des dossiers médicaux, puis nous leur avons envoyé un questionnaire détaillé sur les conditions de reprise du travail, sur la réalisation des conseils prodigués lors de la consultation et sur l'intérêt de cette consultation.

121 patients ont été inclus, 22 hommes (18%) et 99 femmes (82%). 65% (79/121) des patients ont un cancer du sein, suivis par 12% (14/121) de personnes atteintes d'une hémopathie maligne. 86 patients (71%) sont en rémission.

104 de nos patients (86%) étaient salariés lors du diagnostic dont 84 (69%) en CDI. Les démarches médico-sociales proposées ont un taux de réalisation variant entre 15 à 71%.

66% ([IC95% = 57-75]) de nos patient reprennent, tous délais confondus. 25% soit 20 des 80 patients ayant repris, expriment des difficultés avec leur employeur et 18% (14/80) expriment des difficultés avec les collègues.

Les trois facteurs prédictifs significatifs de reprise sont : avoir un CDI lors du diagnostic de cancer ; ne pas être au stade évolutif de la maladie ; avoir consulté le psychologue.

Notre consultation s'est enrichie de ces différents constats pour s'améliorer et proposer aux patients rencontrant des difficultés pour la reprise du travail, une aide médico-psycho-sociale adaptée à leurs attentes.

Mots clés : Retour au travail – Cancer – Consultation pluridisciplinaire – Facteurs prédictifs de reprise du travail.