



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2017

N°

**LA REPRISE DU TRAVAIL DES FEMMES SALARIEES DU REGIME GENERAL EN COTE D'OR
APRES TRAITEMENT CHIRURGICAL D'UN CANCER DU SEIN NON METASTATIQUE.
INTERET D'UNE CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE**

THESE

Présentée

À l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

Et soutenue publiquement le 8 SEPTEMBRE 2017

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par Mathilde VANDEL

Née le 21/02/1988

A Besançon

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagats, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2017

N°

**LA REPRISE DU TRAVAIL DES FEMMES SALARIEES DU REGIME GENERAL EN COTE D'OR
APRES TRAITEMENT CHIRURGICAL D'UN CANCER DU SEIN NON METASTATIQUE.
INTERET D'UNE CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE**

THESE

Présentée

À l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

Et soutenue publiquement le 8 SEPTEMBRE 2017

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par Mathilde VANDEL

Née le 21/02/1988

A Besançon

Année Universitaire 2017-2018
au 1^{er} Septembre 2017

Doyen :
Assesseurs :

M. Frédéric HUET
M. Marc MAYNADIE
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie- réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Oncogénétique
(En attente de validation d'affectation)			
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie- virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
(Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2018)			
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Denis	KRAUSÉ	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
(En attente de validation d'affectation)			
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Philippe	CAMUS (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Pneumologie
Mme	Monique	DUMAS-MARION (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Pharmacologie fondamentale
M.	Maurice	GIROUD (Surnombre jusqu'au 21/08/2018)	Neurologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Cardiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le professeur Henri-Jacques SMOLIK

Membres : Monsieur le Professeur associé François MORLON

Monsieur le Professeur Charles COUTANT

Madame le Docteur Véronique LORGIS

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Henri-Jacques SMOLIK, un grand merci pour votre accueil, votre disponibilité, la rigueur et la qualité de votre enseignement. Vous m'avez beaucoup appris. Si certaines de mes notes doivent être précieusement gardées, je pense aux fameux « rappels de physique » (vive les anti-sèches... !), je retiendrai dans un coin de ma tête que « Toute définition floue aboutit à une connerie précise » et que « Mieux vaut débiter par définir que de finir par buter ». Merci pour tout, pour votre écoute et votre qualité humaine.

Je remercie mes maîtres de stage pour leurs conseils avisés, leur rigueur et leur participation à ma formation en Médecine et Santé au Travail.

Je remercie monsieur le Professeur Serge AHO, chef du Service d'Epidémiologie et d'Hygiène Hospitalière (SEHH) du CHU de Dijon, pour sa disponibilité et son aide apportée dans la réalisation de mes statistiques.

Je remercie toutes les personnes qui m'ont apporté leur soutien, des conseils éclairés en particulier les membres de l'AIST 21, du service de Médecine du Travail du personnel hospitalier du CHU de Dijon ainsi que les membres du service SST BTP 21. Merci pour votre accueil, votre bonne humeur ainsi que tous les moments partagés. Merci Corinne pour la découverte du jardin, en compagnie de toute l'équipe. Je ne vous oublie pas !

A ma famille, en particulier mes parents, « ma » et « la perle », pour votre amour inconditionnel. Merci de m'avoir donné cette immense chance de voir la vie du bon côté et de m'avoir aidé à parcourir ce long chemin. Etre parent est un métier à temps plein... cependant, le maintien dans l'emploi étant une de mes priorités, je prévois pour vous une reprise à temps partiel après votre arrêt...

A mes amis qui se reconnaîtront et tous mes co-internes du CCR pour leur aide apportée, leurs encouragements et nos fous rires.

A cette petite voix, qui résonne encore en moi « Institut de Médecine du Travail et d'Ergonomie, Bonjour ! ». A tous nos moments partagés, nos délires. Merci pour ton amitié mon Sabichou !

A mon confident, mon « petit homme », toi qui partage ma vie chaque jour et m'apporte tout ce dont j'ai besoin. Pour nos randonnées, tours de vélos.... A tes tomates, courgettes et autres variétés et toutes les choses simples de la vie qui me comblent de bonheur !

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

TABLE DES MATIERES

TABLE DES TABLEAUX.....	10
TABLES DES FIGURES	11
LISTE DES ABREVIATIONS	12
INTRODUCTION	13
I. EPIDEMIOLOGIE.....	13
I.1. Le cancer du sein en France métropolitaine	13
I.2. Le cancer du sein dans la région Bourgogne – Franche Comté.....	14
I.3. Le cancer du sein dans le département de la Côte d’Or	14
I.4. Impact du cancer	15
II. OBJECTIFS	19
II.1. Objectifs principaux:.....	19
II.2. Objectifs secondaires :	19
III. METHODE	20
III.1. Population étudiée	20
III.2. Collecte des données.....	21
III.3. Analyses statistiques	22
III.4. Aspect éthique.....	22
RESULTATS.....	23
I. Description des données	24
I.1. Données issues du DMI	24
I.2. Données issues de l’auto-questionnaire	27
II. Traitement des données	39
DISCUSSION	42
I. Critique de la méthode.....	42
II. Critique des résultats.....	43
BIBLIOGRAPHIE.....	52
ANNEXES.....	55

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : caractéristiques issues du DMI

Tableau 2 : reprise du travail et caractéristiques issues du DMI

Tableau 3 : reprise du travail et caractéristiques issues de l'auto questionnaire

TABLES DES FIGURES

Figure 1 : taux standardisés à la population mondiale (TSM) d'incidence du cancer du sein chez les femmes à l'échelle départementale en France métropolitaine en 2008-2010

Figure 2 : reprise du travail et caractéristiques tumorales

Figure 3 : reprise du travail et traitements

Figure 4 : reprise du travail et séquelles

Figure 5 : reprise du travail et situation familiale

Figure 6 : reprise du travail et logement

Figure 7 : reprise du travail et qualification professionnelle

Figure 8 : reprise du travail et situation professionnelle (1)

Figure 9 : reprise du travail et situation professionnelle (2)

Figure 10 : reprise du travail et situation professionnelle (3)

Figure 11 : reprise du travail et impact financier

Figure 12 : reprise du travail et risques professionnels estimés par les patientes

Figure 2 : reprise du travail et contraintes physiques

Figure 14 : reprise du travail et comorbidité, activité physique

Figure 15 : reprise du travail et impact sur la vie personnelle

Figure 3 : reprise du travail et motivation de reprise en fonction des difficultés antérieures et des comorbidités

Figure 17 : reprise du travail et impact psychologique et économique

Figure 18 : reprise du travail et environnement de travail

Figure 19 : reprise du travail et arrêt de travail en fonction de l'âge, taille tumorale et durée d'hormonothérapie

Figure 20 : reprise du travail et aides au maintien dans l'emploi

LISTE DES ABREVIATIONS

CCI : Carcinome Canalaire Infiltrant

CLI : Carcinome Lobulaire Infiltrant

CGFL : Centre Georges-François Leclerc

DMI : Dossier Médical Informatisé

HER-2 : Human Epidermal Growth Factor Receptor-2

INCa : Institut National du Cancer

PME : Petite et Moyenne Entreprise

RH : Récepteurs Hormonaux

TP : Temps Plein

TPE : Très Petite Entreprise

TPT : Temps Partiel Thérapeutique

TPV : Temps Partiel Volontaire

VICAN2 : « *CANcer : la Vie deux ans après le diagnostic* »

INTRODUCTION

I. EPIDEMIOLOGIE

I.1. Le cancer du sein en France métropolitaine

Selon l'Institut National du Cancer (INCa), en 2012, le cancer du sein se situe au 1^{er} rang des cancers incidents chez la femme avec 48 763 nouveaux cas, devant le cancer du côlon-rectum situé au 2^e rang avec 18 926 cas incidents et le cancer du poumon situé au 3^e rang avec 11 284 cas incidents. L'âge médian au diagnostic est estimé à 63 ans. Il représente 31,5 % de l'ensemble des cancers incidents féminins. Le taux d'incidence standardisé monde est estimé à 88,0 pour 100 000 femmes. Le nombre de nouveaux cas incidents annuels a doublé chez les femmes. Les taux d'incidence ont augmenté jusqu'en 2000 (56,3 cas pour 100 000 personnes-années en 1980 jusqu'à 92,6 en 2000) avant de se stabiliser puis diminuer à partir de 2005 (97,8 cas pour 100 000 personnes-années) (1). Prédire le taux d'incidence est alors complexe. 54 % de nouveaux cas du cancer du sein surviennent chez les femmes âgées de 50 à 74 ans. L'incidence de la mortalité, estimée à 11 886 cas, place le cancer du sein chez la femme au premier rang, devant le cancer du poumon (8 623 décès) et le cancer colorectal (8 447 décès). Près de 44 % des décès par cancer du sein concernant les femmes âgées de 50 à 74 ans et 8,4 % celles de moins de 50 ans. Environ 70 % des décès par cancer du sein surviennent chez les femmes de 65 ans et plus. La mortalité par cancer du sein représente 18,8 % des décès féminins par cancer. Cependant, le risque de décéder de ce cancer est en diminution. Le taux de mortalité est resté relativement stable depuis 1980 (19,2 cas pour 100 000 personnes-années) avant de diminuer à partir de 2000 (18,9 cas pour 100 000 personnes-années et 15,7 pour 100 000 personnes-années en 2012) (2).

Le cancer du sein est devenu un cancer de très bon pronostic grâce aux progrès en matière de dépistage et de prise en charge thérapeutique. La survie nette à 5 ans chez les femmes est en amélioration avec un taux de 88% pour les cancers diagnostiqués entre 2005 et 2010 contre 81% pour les cancers diagnostiqués entre 1989 et 1993 (3). Dix ans après le diagnostic, la survie nette est de 80% pour les cas diagnostiqués entre 1999 et 2004 contre 72% pour les cas diagnostiqués entre 1989 et 1993.

La survie nette varie avec l'âge. Entre 2005 et 2010, la survie nette à 5 ans est de 93 % pour les femmes âgées entre 45 à 54 ans, de 92% pour celles âgées de 55 à 64 ans et 90% pour celles entre 15 à 44 ans (4).

Plus d'un nouveau cas sur deux de cancer du sein survient chez les femmes âgées de 15 à 64 ans. Lorsque l'on évalue une population salariée, l'incidence du cancer du sein augmente dès 35 ans.

I.2. Le cancer du sein dans la région Bourgogne – Franche Comté

Entre 2008 et 2010, les taux d'incidence en Franche-Comté et en Bourgogne sont plus faibles que la moyenne nationale (- 11 % en Franche Comté, - 7 % en Bourgogne) (Figure 1). Les taux sont homogènes entre les différents départements des deux régions.

I.3. Le cancer du sein dans le département de la Côte d'Or

Entre 2008 et 2010, le taux d'incidence du cancer du sein en Côte d'Or est légèrement inférieur à la moyenne nationale (Figure 1).

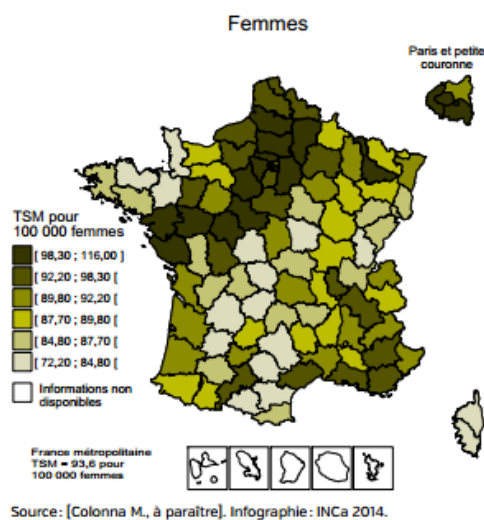


Figure 4 : taux standardisés à la population mondiale (TSM) d'incidence du cancer du sein chez les femmes à l'échelle départementale en France métropolitaine en 2008-2010

I.4. Impact du cancer

Le cancer du sein est une épreuve physique et psychologique pour les femmes atteintes mais également pour leur entourage.

L'annonce du diagnostic de cancer est un évènement inattendu et soudain qui marque une rupture dans la continuité « normale » de l'existence de personnes atteintes par cette maladie et perturbe ainsi l'équilibre psycho-socio-professionnel. Le passage vers l'inconnu modifie tous les repères connus et impose de repenser une nouvelle organisation sur la vie quotidienne. Le cancer modifie les priorités, l'image que l'on a de soi, le regard que l'on porte sur la vie ou sur le travail.

Le cancer nous rappelle également notre vulnérabilité où l'idée de la mort devient présente et envahissante. Le cancer impacte également les proches, amis, famille ou collègues. Bien souvent démunis face à la maladie, ils sont confrontés à un sentiment de peur d'être touchés par la maladie ou de peur de la mort. Ce sentiment de peur, souvent inconscient, peut expliquer le comportement des collègues vis-à-vis des personnes atteintes du cancer. Le regard des autres peut alors être difficile à vivre. Il nous recentre sur notre propre existence, conduit à donner un autre sens à notre vie personnelle et professionnelle, à faire le deuil de notre vie antérieure ainsi que de nous réapproprier une nouvelle vie. Ainsi, la vie professionnelle peut passer au second plan ou prendre un autre sens. Le changement des priorités surtout chez les femmes (5,6) semble avoir un impact sur le retour au travail. Cependant, le travail tient une place importante dans leur vie (7).

Dans l'objectif de diminuer l'impact du cancer sur la qualité de vie personnelle et professionnelle, plusieurs études ont été menées afin de donner des moyens nécessaires pour faire face aux problèmes de maintien dans l'emploi.

L'étude CALISTA, menée en 2013 à l'initiative du Cercle de Réflexion de l'Oncologie Libérale (CROL), est la première enquête nationale à décrire les trajectoires professionnelles des femmes désireuses de poursuivre leur travail au cours de leur traitement pour cancer du sein suivi en oncologie libérale. Cette enquête montre que 31% de ces patientes parviennent à poursuivre leur travail sans interruption (taux estimé par les médecins à 55%). Les médecins ont tendance à surestimer les inquiétudes des patientes face au maintien de leur activité professionnelle. Il existe un décalage entre les patients et les médecins sur la raison du désir de maintenir une activité professionnelle, une raison financière pour les médecins et

symbolique pour les patientes. Seulement 13 % des patientes ont la perception que la question du maintien dans l'emploi a été abordée par le médecin. D'autre part, les patientes expriment une forte attente d'information sur le maintien dans l'emploi par leur oncologue. Ces informations concernent les aménagements du poste de travail et la remise d'informations sous forme de documents et moins de 50% des médecins peuvent répondre à leurs attentes.

L'étude VICAN2 « *Cancer : la vie deux ans après le diagnostic* », prévue initialement par le Plan cancer 2009-2013 a été menée sur 4 349 personnes atteintes d'un cancer qui ont été interrogées afin de mieux comprendre leurs difficultés rencontrées depuis leur prise en charge jusqu'à leur état de santé deux ans après le diagnostic. Selon cette étude « *près d'un enquêté sur dix déclare qu'il lui est déjà arrivé d'observer dans son entourage des attitudes de rejet ou de discrimination liées directement à sa maladie* », les employés occupant un métier d'exécution avec un contrat de travail précaire et des revenus faibles se sont sentis plus pénalisés, « *au moment du diagnostic, huit personnes sur dix étaient en emploi, contre six sur dix, deux ans plus tard* ». Elle a permis d'identifier les personnes les plus vulnérables que sont les moins diplômés, les jeunes ou les plus âgés, les catégories socio-professionnelles dites d'exécution (ouvriers, employés), ceux ayant avec un contrat de travail précaire ou des employés en petite et moyenne entreprise (PME).

La cohorte ELIPPSE 40 dans les régions PACA et Corse, créée septembre 2005, a permis de suivre, sur une durée de 6 ans, une cohorte de 617 femmes de 18 à 40 ans atteintes d'un cancer du sein et d'identifier le profil des plus vulnérables. Elles ont été interrogées à 10 et 16 mois du diagnostic, puis une fois par an pendant au moins cinq ans. Les résultats ont permis de constater que 28 mois après le diagnostic, 20 % des femmes ne travaillent plus. La perte d'emploi est liée essentiellement à la précarité du statut mais également à l'état de santé, notamment une mauvaise qualité de vie physique et à l'existence de troubles de la mémoire. Cette étude a permis également de mettre en évidence une prise en charge médicale insuffisante des douleurs chroniques, pourtant très fréquentes, ainsi que l'importance du réseau social individuel pour faire face aux difficultés professionnelles qui souvent surviennent dès le diagnostic.

Afin de conceptualiser les problèmes liés au retour au travail, une étude menée dans le Maryland (USA) a permis de déterminer un modèle qui permet de considérer la santé, le statut fonctionnel en fonction des exigences, l'environnement de travail, la politique d'entreprise, les procédures et les facteurs financiers (8). Une autre étude menée en Espagne (9) a permis d'établir des lignes directrices pouvant être utiles dans la pratique quotidienne des professionnels de la médecine du travail, des médecins généralistes et d'autres spécialistes, en

collaboration avec les équipes médicales du Service d'évaluation de personnes handicapées. Elle souligne l'importance d'une prise en charge rééducative après traitement et des moyens mis en œuvre par l'employeur pour faciliter le retour au travail, de la nécessité d'une formation médicale sur les critères d'incapacité professionnelle, d'une coopération entre la médecine de soins et les organismes en charge d'attribuer l'invalidité et de réévaluer l'état de santé après octroi d'une invalidité. L'étude FACEPROK® a été menée en 2016 par le Professeur Isabelle MILHABET, de l'Université Sophia Nice Antipolis, afin de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les femmes atteintes par un cancer du sein au moment de leur retour au travail et de proposer un accompagnement et une prise en charge adaptés au vécu et aux attentes des patientes. L'étude CANTO® a été débutée en 2012 sous la coordination du Docteur Fabrice ANDRE, cancérologue à l'Institut de cancérologie Gustave Roussy et directeur de l'unité de recherche U981 (Unité de recherche Inserm - Institut Gustave Roussy – Université Paris-Sud 11 U981 « Biomarqueurs prédicteurs et nouvelles stratégies moléculaires en thérapeutique anticancéreuse »). La base de données recueillant les informations de l'étude est hébergée au Centre Georges François Leclerc (CGFL) de Dijon sous la direction du Professeur Patrick ARVREUX. Cette étude a pour objectif de décrire, entre autres, les toxicités thérapeutiques et d'évaluer leurs répercussions sur la vie professionnelle. Un an après les traitements, sur 1721 femmes âgées de moins de 57 ans et en activité au moment du diagnostic, 77% des femmes ont retrouvé une activité professionnelle, 10% sont en arrêt de travail et 13% sont inactives ou à la recherche d'un emploi. Les résultats montrent que l'âge, le traitement par mastectomie et le type de profession sont les trois principaux facteurs fragilisant la reprise de l'activité professionnelle.

Dans un souci d'amélioration de la prise en charge globale du cancer, le gouvernement a créé le Plan cancer III 2014-2019 avec pour fil rouge « *Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France* », poursuivant ainsi les actions menées par le plan cancer 2003-2007 et celui de 2009-2013. Des professionnels soignants et du milieu social, chercheurs, acteurs de prévention, ou encore éducateurs sont mobilisés auprès des personnes atteintes du cancer. Afin de réduire les inégalités et les pertes de chance face au cancer, ce plan s'organise autour de quatre priorités déclinées en 17 objectifs opérationnels : la guérison et la prévention de la maladie, la préservation de la qualité de vie, l'optimisation du pilotage et l'organisation dans la lutte contre le cancer.

Face à l'amélioration de l'espérance de vie et de la qualité de vie des patientes en âge de travailler, au désir de la reprise d'une activité professionnelle, aux avancées diagnostiques et thérapeutiques, avec le recul de l'âge légal de la retraite ainsi qu'à la difficulté de retrouver un emploi chez les patientes âgées de plus de 50 ans, à la persistance d'un défaut d'information des professionnels de santé sur les moyens existants pour le maintien dans l'emploi, il est essentiel de se préoccuper des enjeux de l'après-cancer sur le maintien dans l'emploi. Le retour à l'emploi participe à la phase cruciale de reconstruction et de resocialisation. Après des mois de traitements, des difficultés d'ordre psychologique et social peuvent se poser à la fin du parcours de soins, au moment d'aborder la réinsertion sociale et professionnelle. Il est important de repérer les femmes à risque de perdre leur emploi et de leur proposer une prise en charge précoce et adaptée afin de permettre une réinsertion sociale et professionnelle à la fin des traitements.

Ainsi, la création au CGFL, en septembre 2016, d'une de consultation pluridisciplinaire d'aide à la reprise de travail après un cancer, permet d'identifier les besoins des patients atteints d'un cancer et d'y répondre en apportant des solutions concrètes. Ces consultations en lieu et temps uniques s'adressent à toute personne, atteinte de pathologie cancéreuse suivie au CGFL quel que soit le stade de la maladie et tous régimes de sécurité sociale confondus, qui s'interroge sur les modalités de la reprise de travail en raison des difficultés qu'elle rencontre ou qui présente un risque d'inaptitude au poste. Les objectifs étant d'une part, d'informer et d'accompagner les malades afin de les aider dans leur souhait de reprendre le travail et les rendre acteurs de leur reprise, de favoriser une démarche de reprise du travail de manière anticipée par une consultation accessible, d'apporter au patient une connaissance objective sur les déterminants de la réussite ou de l'échec du maintien dans l'emploi ou sur la réorientation professionnelle et d'autre part, de sensibiliser les médecins à leur rôle dans la reprise professionnelle de leur patient et de proposer une action de collaboration entre les partenaires interinstitutionnels. Trois acteurs de l'équipe pluridisciplinaire peuvent identifier les difficultés médico-psycho-sociales. Un médecin spécialiste en santé travail évalue l'impact physique et psychologique de la maladie et avec accord de la patiente peut articuler l'action des partenaires du réseau par une liaison auprès du médecin du travail de son entreprise, un psychologue apporte un soutien spécialisé et une assistante sociale informe et oriente dans les démarches administratives du retour à l'emploi. Un temps de concertation est prévu à la fin de chaque consultation afin de synthétiser les préconisations de chaque intervenant auprès des partenaires extérieurs que peuvent être le médecin du travail de l'entreprise de la patiente, le médecin traitant, la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou le Service

d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH). L'action est évaluée par le nombre des consultations réalisées, la durée des consultations, les résultats qualitatifs de retour à l'emploi à l'aide d'un questionnaire adressé à échéance aux patientes ayant bénéficié de la consultation versus celles qui n'en ont pas bénéficié et par l'étude de l'impact sur les pratiques professionnelles.

Ce projet et ce travail s'inscrivent dans un des principaux objectifs définis dans l'étude VICAN2 « *augmenter, d'ici 5 ans, de 50 % les chances de retour à l'emploi 2 ans après le diagnostic des personnes atteintes d'un cancer par rapport à celles n'ayant pas de cancer* ».

II. OBJECTIFS

II.1. Objectifs principaux:

- Identifier les facteurs professionnels et extraprofessionnels qui favorisent ou s'opposent au retour à l'emploi après traitement pour cancer du sein non métastatique de la population de femmes salariées du régime général, en activité professionnelle dans le département de la Côte d'Or.

II.2. Objectifs secondaires :

- Aider les professionnels de santé à repérer des situations à risque et les sensibiliser dans leur rôle dans la reprise d'activité professionnelle de leurs patientes ;
- Promouvoir les consultations pluridisciplinaires incluant thérapeutes et professionnel(s) de la santé au travail.

III. METHODE

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective et descriptive, non randomisée et monocentrique.

III.1. Population étudiée

Une liste de 320 patientes ayant été opérées pour cancer du sein non in situ, diagnostiquées et prises en charge au cours de l'année 2010, nous a été adressée à partir du registre du cancer du sein par le service du Département d'Information Médicale (DIM) du CGFL.

Les critères d'inclusion étaient :

- avoir eu un cancer du sein primitif ou une récurrence (en protocole adjuvant), non métastatique, avec ou sans traitement associé par radiothérapie - chimiothérapie - hormonothérapie - anti HER2,
- être salariée du régime général de la sécurité sociale,
- être en activité professionnelle (y compris à temps partiel, en intérim, en arrêt maladie ou en congé),
- être âgée de moins de 60 ans révolus,
- être toujours en vie au moment de l'inclusion,
- être prise en charge au CGFL tout au long du traitement.

Les critères d'exclusion étaient :

- être en protocole métastatique d'emblée,
- être salariée du régime agricole ou être agent de la fonction publique d'état, territoriale et hospitalière,
- être à la retraite ou sans emploi,
- être décédée au moment de l'inclusion,
- avoir une prise en charge poursuivie dans un autre centre que le CGFL.

III.2. Collecte des données

Les caractéristiques du cancer, les traitements reçus et le suivi par l'équipe soignante pluridisciplinaire ont été collectés à partir du Dossier Médical Informatisé (DMI) du CGFL. Une enquête par auto-questionnaire (annexe 2) a été réalisée auprès des 73 patientes incluses afin de recueillir les données concernant leur situation sociale, professionnelle et économique.

III.2.1. A partir du Dossier Médical Informatisé

Le logiciel *Clinicom*® donne accès au dossier médical des patients pris en charge au CGFL. Ainsi, les données relatives aux critères histologiques de la tumeur primitive, au type de traitement suivi, au suivi psychologique au CGFL, aux toxicités induites par les traitements ont pu être recueillies. Le dossier médical a également permis de relever les adresses postales afin de leur envoyer le questionnaire.

III.2.2. A partir de l'auto-questionnaire

La nature des questions a été déterminée à partir de données issues de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) mais également avec la coopération de différents professionnels de santé (médecins du travail, oncologues, infirmières et assistante sociale du CGFL). Les consultations réalisées dans le cadre de stages de médecine du travail ont également permis d'appréhender les difficultés rencontrées des salariées atteintes de cancer du sein et de s'interroger sur les facteurs pouvant jouer un rôle dans le retour à leur poste ou dans un emploi.

Un auto-questionnaire a été mené auprès des 73 patientes incluses dans l'étude. Il comportait au total 56 questions principalement fermées, semi ouvertes et ouvertes. Un courrier d'information (annexe 1), accompagnant le questionnaire, présentait l'objectif de l'étude et informait sur le respect de l'anonymat. Les enveloppes préaffranchies au Docteur Véronique LORGIS, médecin oncologue au CGFL, ont été envoyées par voie postale en novembre 2016 aux patientes incluses. Elles ont été invitées à retourner le questionnaire rempli dans un délai de 6 semaines après l'envoi.

Ce questionnaire a été rédigé en six parties principales :

- partie I : situation sociale et démographique des patientes en 2010 ;
- partie II : qualification professionnelle en 2010 ;
- partie III : situation professionnelle des femmes et de leur conjoint en 2010 ;
- partie IV : comorbidités, activités sportives ou de loisirs en 2010 ;
- partie V : cancer du sein antérieur à 2010 ;
- partie VI : impact sur la vie personnelle et professionnelle après 2010.

III.3. Analyses statistiques

Les données issues du dossier médical informatisé et du questionnaire ont été exploitées à l'aide du logiciel STATA®, en coopération avec le Docteur Serge AHO, chef du Service d'Epidémiologie et d'Hygiène Hospitalière (SEHH) du CHU de Dijon.

Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse univariée. Afin de tester l'association entre deux variables aléatoires, le test du χ^2 a permis de considérer un lien significatif lorsque p était inférieur à 0.05. Cependant, lorsque l'un des effectifs théoriques était inférieur à 5 ou que les variables étaient déséquilibrées, les valeurs étaient comparées par le test exact de Fisher.

III.4. Aspect éthique

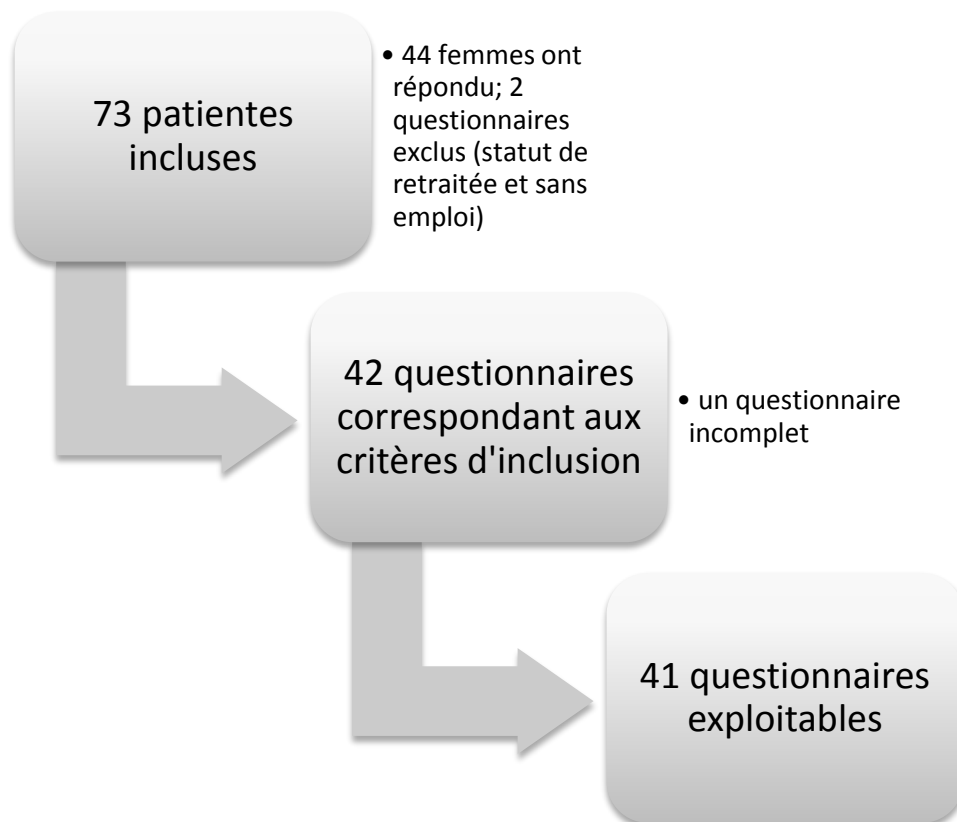
Les dossiers consultés sur *Clinicom*® étaient exclusivement ceux des patientes concernées par l'étude. L'accord des patientes était sous-entendu lors du retour du questionnaire rendu anonyme. Aucun fichier nominatif n'a été constitué. Ainsi, il n'a pas été nécessaire d'obtenir l'aval des comités d'éthique et de protection des personnes. L'autorisation auprès de la CNIL n'était alors pas nécessaire. Les personnes non répondantes n'ont pas reçu de relance dans le respect de la liberté de chacun.

RESULTATS

Sur les 320 patientes du registre du cancer du sein qui ont été diagnostiquées et opérées en 2010 et qui résidaient en Côte d'Or, 73 ont été incluses dans l'étude. Ainsi, 73 questionnaires ont été envoyés et 44 ont été reçus dans un délai de 1 à 2 mois. Le taux de réponse obtenu était de 60 %.

Deux questionnaires n'ont pas répondu aux critères d'inclusion (une patiente en retraite et une autre sans emploi) et ont été exclus. Un questionnaire incomplet n'a pas pu être exploité.

Au final, 41 questionnaires ont pu être exploités sur les 73 questionnaires envoyés soit 56 %.



I. Description des données

I.1. Données issues du DMI

Les caractéristiques de la tumeur, des traitements ainsi que des séquelles liées aux traitements ont été détaillés dans le tableau 1.

Ainsi, les résultats ont permis de mettre en évidence que :

- le carcinome canalaire infiltrant représentait 85 % du type tumoral ;
- la taille moyenne tumorale était de 25 mm ;
- 46 % présentaient une tumeur au stade T1 et 37 % au stade T2 du stade TNM ;
- une atteinte ganglionnaire existait pour 51 % des cas dont 80 % présentaient un stade N1 du stade TNM ;
- les stades SBR I, SBR II et SBR III représentaient respectivement 20 %, 49 % et 31 % des cas ;
- 80 % des tumeurs exprimaient les récepteurs hormonaux (RH) (80 % des tumeurs exprimaient les récepteurs aux œstrogènes et 73 % exprimaient les récepteurs à la progestérone) ;
- 22 % des tumeurs étaient classées Human Epidermal Growth Factor Receptor-2 (HER-2) positif, la mutation du gène codant pour la protéine HER2 est responsable d'une prolifération cellulaire ;
- 71 % ont bénéficié d'un traitement conservateur et trois patientes ont nécessité une reprise chirurgicale par mastectomie ;
- 22 % ont bénéficié d'un traitement par chimiothérapie néo-adjuvante ;
- 39 % ont bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante ;
- 66 % ont bénéficié d'une hormonothérapie ;
- 88 % ont bénéficié d'une radiothérapie ;
- 17 % ont bénéficié d'une chimiothérapie par un anti-HER2 pendant une durée moyenne de 46 mois ;
- 78 % ayant repris leur travail ont souffert de séquelles pouvant être invalidantes dont 54 % de séquelles chirurgicales (80 % sous forme de raideur, 76 % sous forme de douleurs), 50 % de séquelles de chimiothérapie, 79 % de séquelles d'hormonothérapie, 85 % de séquelles de radiothérapie ; aucun effet indésirable n'a été mentionné sous anti-HER2.

Tableau 4 : caractéristiques issues du DMI

	Nombre de patientes	%
Type tumoral		
CCI	35	0,85
CLI	6	0,15
Taille moyenne tumorale (mm)	25	
Stade TNM		
T1	19	0,46
T2	15	0,37
T3	6	0,15
T4	1	0,02
NX	1	0,02
N+	21	0,51
N0	19	0,46
N1	17	0,81
N2	4	0,19
Stade SBR		
SBRI	8	0,20
SBR II	20	0,49
SBR III	13	0,31
RH positifs	33	0,80
RE	33	0,80
RP	30	0,73
HER-2 positif	9	0,22
Type de traitement		
Conservateur	29	0,71
Non conservateur	15	0,37
Chimiothérapie néo-adjuvante	9	0,22
Chimiothérapie adjuvante	16	0,39
Hormonothérapie	27	0,66
Radiothérapie	36	0,88
Anti-HER2	7	0,17
Durée hormonothérapie (mois)	46	
Séquelles (total)	33	0,80
Chirurgie	22	0,54
Chimiothérapie	12	0,29
Hormonothérapie	19	0,46
Radiothérapie	14	0,34
Anti HER2	0	0

- Concernant les caractéristiques tumorales (figure 2) les femmes ayant repris leur travail avaient tendance à avoir :

- d'avantage de tumeurs à RH positifs (82 % versus 71 %), classées T1 (53 % versus 14 %) avec atteinte ganglionnaire (53 % versus 43 %),
- moins de tumeurs à récepteurs HER2 positifs (15 % versus 29 %), classées T2 (35 % versus 43%), T3 (12 % versus 29 %), SBR II (47 % versus 57 %) et SBRIII (29 % versus 43 %).

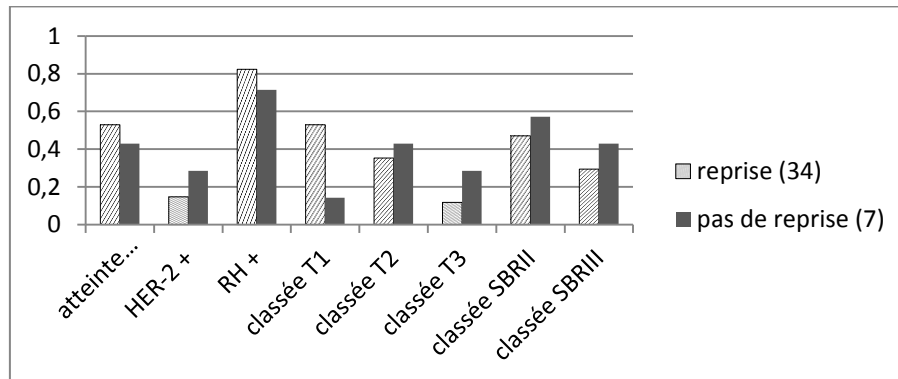


Figure 2 : reprise du travail et caractéristiques tumorales

- Concernant les traitements et leurs séquelles (figure 3) les femmes ayant repris leur travail ont bénéficié :

- d'avantage de chirurgie conservatrice (76 % versus 43 %), de chimiothérapie néo adjuvante (24 % versus 14 %) et de radiothérapie (88 % versus 86 %),
- moins de mastectomie (29 % versus 71 %), de chimiothérapie adjuvante (33 % versus 71 %), d'hormonothérapie (65 % versus 71 %) et d'anti HER-2 (15 % versus 29 %).

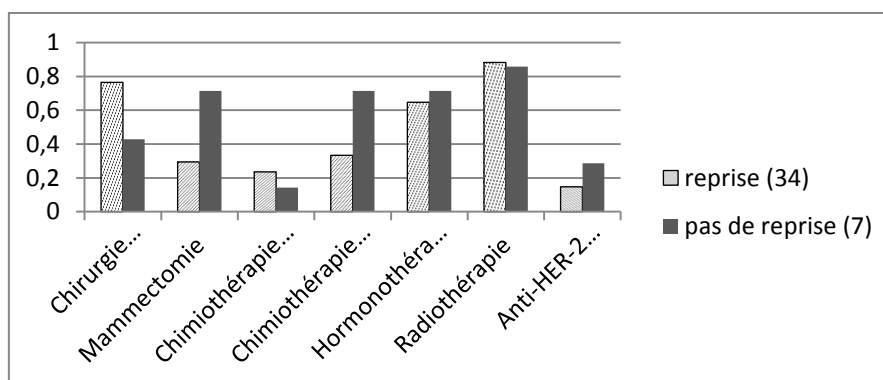


Figure 3 : reprise du travail et traitements

- Concernant les séquelles (figure 3) les femmes ayant repris leur travail avaient :
 - moins de séquelles toutes confondues (76 % versus 100 %), dont les séquelles de chirurgie (47 % versus 86 %), de chimiothérapie (18 % versus 86 %) et d'hormonothérapie (44 % versus 67 %)
 - plus tendance à présenter des séquelles de radiothérapie (35 % versus 29%) ;
 - aucun effet indésirable n'a été décrit sous anti HER-2 pour les 41 patientes (figure 4).

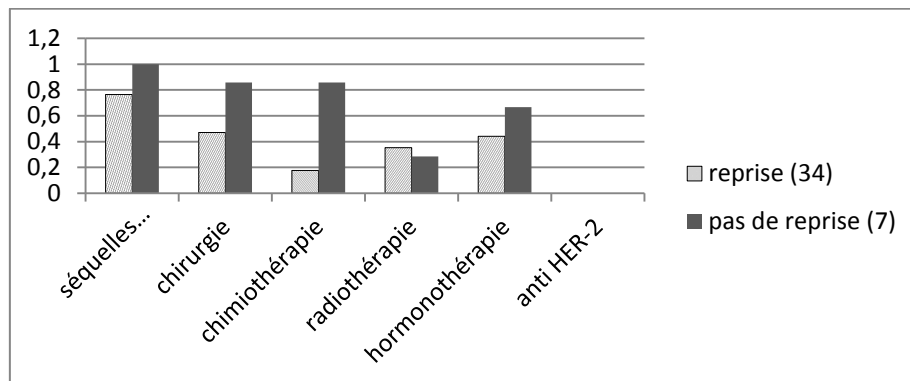


Figure 4 : reprise du travail et séquelles

I.2. Données issues de l'auto-questionnaire

I.2.1. Partie I : situation sociale et démographique des patientes en 2010

La moyenne d'âge de la population était de 47 ans avec une médiane de 50 ans, 54% étaient âgées d'au moins 50 ans.

Au moment du diagnostic :

- 83 % avaient au moins un enfant (nombre d'enfant moyen est de 1,7) et 46 % d'entre elles avaient au moins un enfant à charge au moment du diagnostic (nombre d'enfants à charge moyen de 0,7) ;
- 41 % étaient mariées ;
- 22 % vivaient en couple,
- 24 % vivaient seules dans le foyer principal car se déclaraient célibataires (9 %), veuves (7 %) ou divorcées (20 %) ;
- 65 % vivaient en maison ;
- 65 % étaient propriétaires de leur logement ;
- 63 % vivaient en zone urbaine.

Sur le plan de leur situation familiale (figure 5), les femmes ayant repris leur travail avaient plus d'enfant (85 % versus 71 %) notamment des enfants à charge (76 % versus 14 %) mais à ne pas avoir de conjoint (62% versus 71 %).

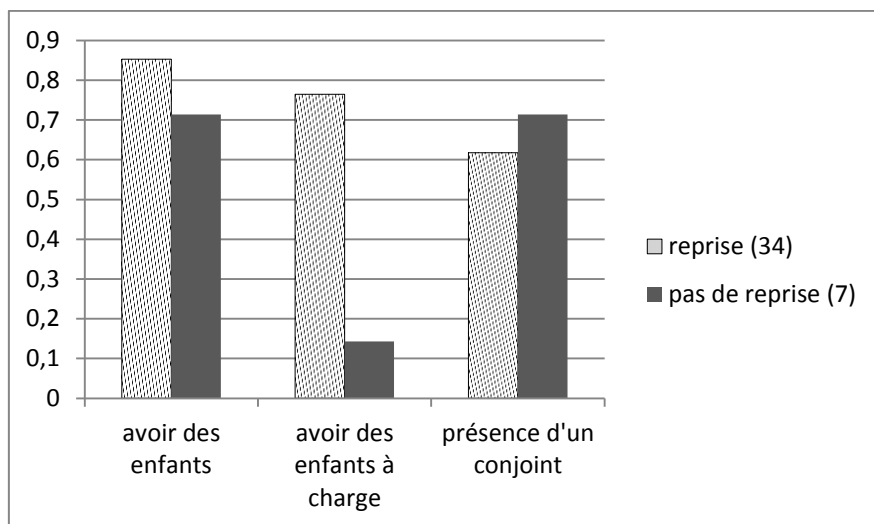


Figure 5 : reprise du travail et situation familiale

Sur le plan du logement (figure 6), les femmes ayant repris leur travail vivaient en maison (68 % versus 57 %) en tant que locataire (32 % versus 14 %), en zone urbaine (65 % versus 57 %).

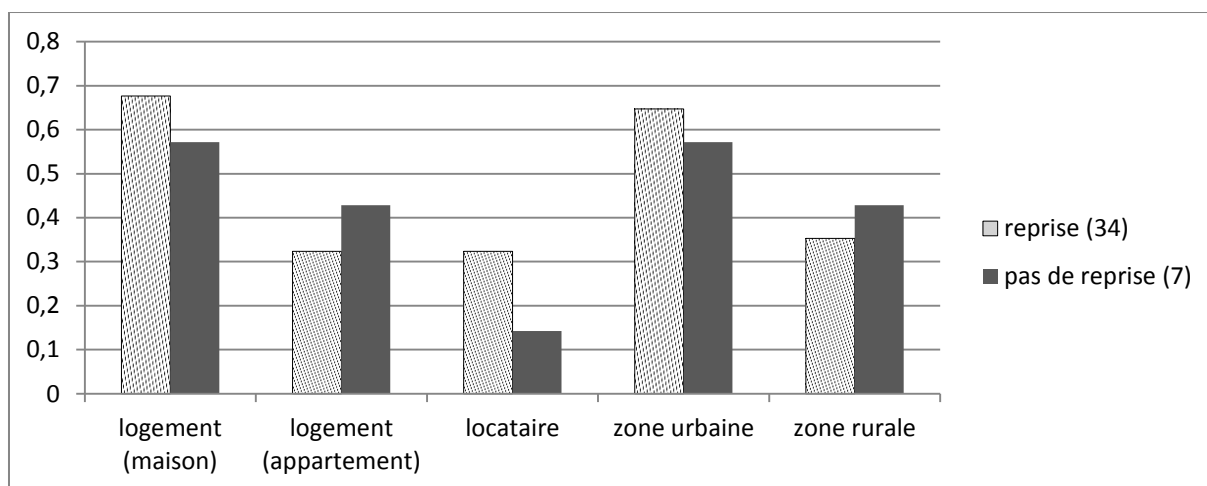


Figure 6 : reprise du travail et logement

1.2.2. Partie II : qualification professionnelle en 2010

- 90 % étaient diplômées (43 % étaient titulaires d'un CAP, 17 % d'un BTS et 12 % d'un BAC général ou technologique) contre 10 % sans diplôme ;
- 34 % ont déclarées avoir bénéficié d'une formation professionnelle antérieure à 2010.

Sur le plan de leur qualification professionnelle (figure 7), les femmes ayant repris leur travail avaient tendance à être moins diplômées (88% versus 100%) et avoir moins suivi de formations professionnelles antérieurement à 2010 (29 % versus 57 %).

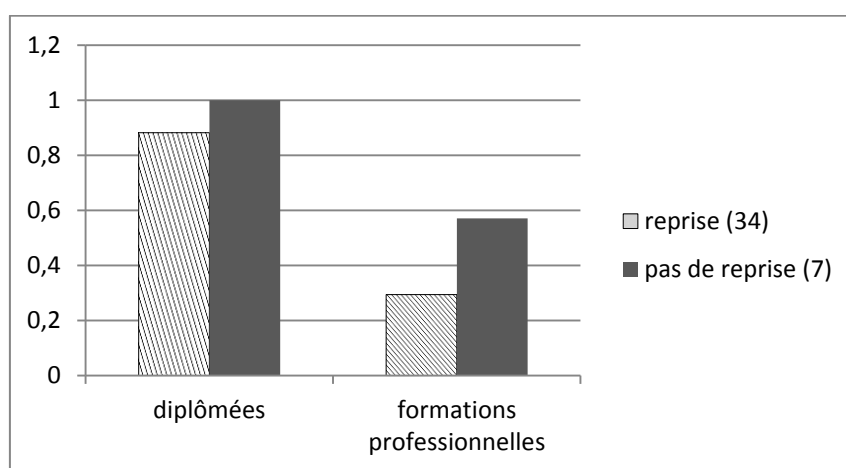


Figure 7 : reprise du travail et qualification professionnelle

1.2.3. Partie III : situation professionnelle des femmes et de leur conjoint en 2010

- 100 % étaient salariées, actives ayant un emploi ;
- 41 % étaient employées, 36 % en profession intermédiaire, 14 % étaient ouvrières et 7 % dans un emploi cadre ;
- 82 % étaient en Contrat à Durée Indéterminée (CDI) contre 2,5% en Contrat à Durée Déterminée (CDD) ;
- 34 % travaillaient en Petite-Moyenne Entreprise (PME), 26 % en Très Petite Entreprise (TPE), 17 % en Etablissement de Taille Intermédiaire et 15 % en Grande Entreprise ;
- 73 % travaillaient à temps complet, 24 % à temps partiel volontaire (une salariée en congé parental n'a pas répondu) ;

- la distance de trajet domicile-travail moyenne était de 11 km et le nombre de trajet moyen était de deux trajets par jour ;
- 80 % se déplaçaient en voiture, 13 % en transport en commun, 10 % à pied (une patiente n'a pas souhaité répondre) ;
- 90 % ont déclaré ne pas avoir de difficultés à leur poste (trois salariées présentaient des contraintes psychologiques et mentales) ; il n'y avait pas d'aménagement de poste au moment du diagnostic ;
- 83 % ont estimé être exposé à un danger à leur poste de travail :
 - contraintes horaires pour 27 % des cas (dont 5% en travail de nuit, 7 % avec amplitude horaire importante),
 - risque routier 7 %,
 - contraintes psychiques 10 %,
 - charge mentale 32%,
 - contraintes physiques 42% : manutention manuelle de charges 30 %, déplacement de charge 29 %, gestes répétitifs 32 %, contrainte posturale 24 % (maintien prolongé des positions debout ou assise),
 - contraintes environnementales : exposition au bruit 15 %, ambiance lumineuse défavorable 2 % ;
- 63 % d'entre elles avaient un conjoint, actif dans 88 % des cas avec un emploi (artisan, employé ou de profession intermédiaire).

Sur le plan de leur situation professionnelle (figures 8, 9 et 10),

- Selon le type d'emploi et la situation professionnelle de leur conjoint :
 - les femmes ayant repris leur travail travaillaient comme ouvrières (15 % versus 14 %) et avait un conjoint qui travaillait comme employé ou dans des professions intermédiaires (32 % versus 29 %) ;
 - les femmes n'ayant pas repris leur travail étaient salariées de TPE et de PME (85 % versus 56 %), employées et dans des professions intermédiaires (86 % versus 76 %) et avaient un conjoint le plus souvent artisan (29 % versus 12 %).

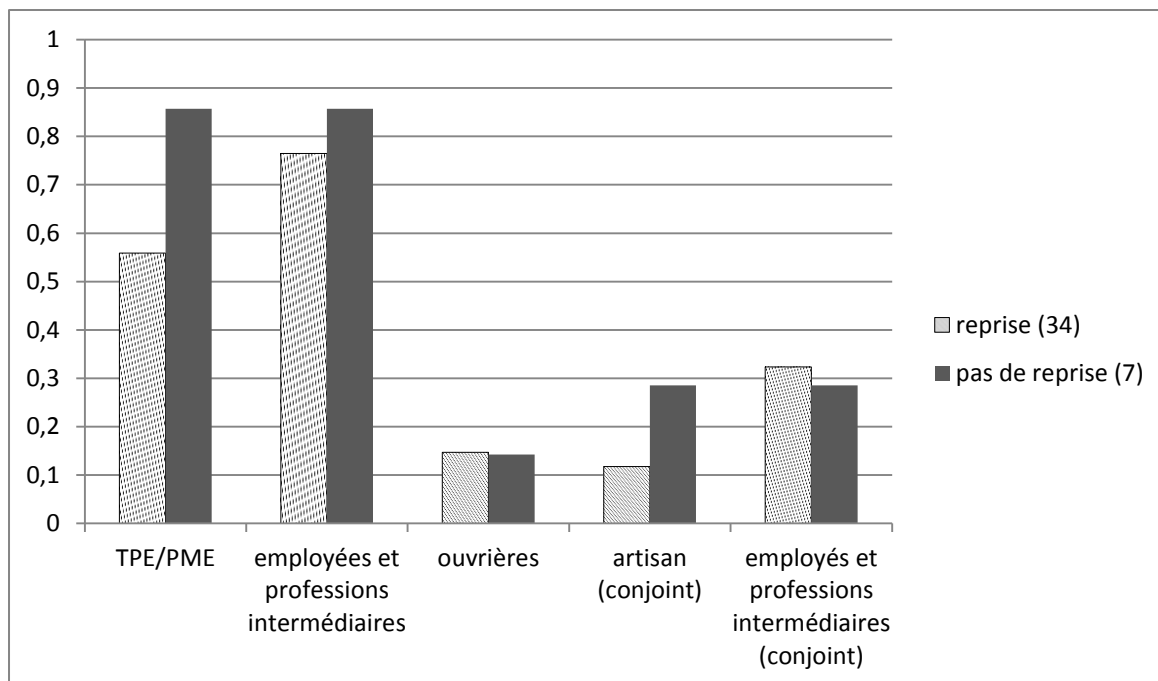


Figure 8 : reprise du travail et situation professionnelle (1)

- Selon la localisation géographique, la durée de travail, le type de contrat de travail et les difficultés éprouvées au poste de travail :
 - les femmes ayant repris leur travail travaillaient surtout en milieu urbain (76 % versus 57 %), à temps plein (79 % versus 43 %) ;
 - les femmes n'ayant pas repris leur travail travaillaient à temps partiel volontaire (58 % versus 18 %), en Contrat à Durée Indéterminées (CDI) (100 % versus 79 %) et exprimaient des difficultés sur leur poste de travail (14 % versus 8 %) à type de contrainte psychologique et de charge mentale importante.

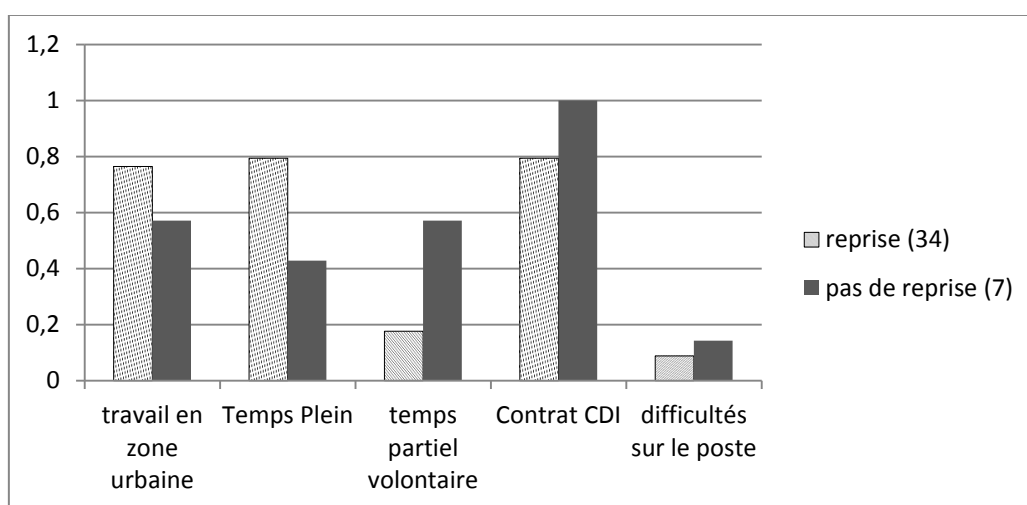


Figure 9 : reprise du travail et situation professionnelle (2)

- Selon les diplômes et la notion d'exposition à un danger au poste de travail :
 - les femmes ayant repris leur travail étaient les moins diplômées (88% versus 100%), travaillaient comme ouvrières (15 % versus 14 %) et avaient tendance à estimer que leur travail comportait plus de risques (85 % versus 71 %).

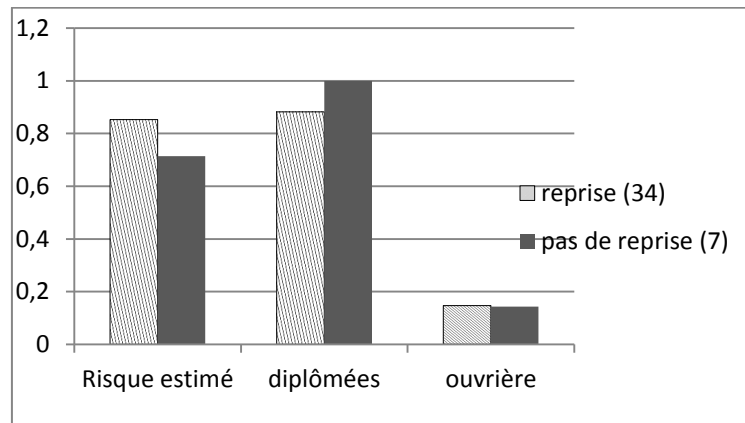


Figure 10 : reprise du travail et situation professionnelle (3)

Sur le plan financier (figure 11) :

L'impact financier (47 % versus 57 %) et la difficulté de contracter un emprunt (43 % versus 26 %) semblent être moins importants après reprise de leur travail.

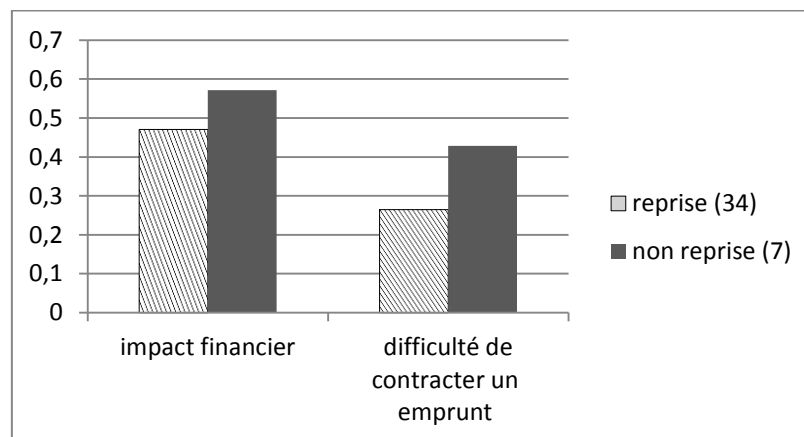


Figure 11 : reprise du travail et impact financier

Sur le plan des risques professionnels (figures 12 et 13) :

- les femmes ayant repris leur travail étaient plus exposées :
 - à des contraintes physiques (44 % versus 29 %) dont la manutention manuelle de charge (32 % versus 14 %), les gestes répétitifs (32 % versus 29 %), les contraintes posturales (26 % versus 14 %),

- à une importante charge mentale représentée par les efforts de concentration, de compréhension, d'adaptation, d'attention et de minutie et les exigences de rapidité, de délai, de qualité d'exécution (32 % versus 29 %) ;
- les femmes n'ayant pas repris leur travail étaient plus exposées :
 - à des contraintes horaires (43 % versus 24 %) représentées en grande partie par le travail de nuit (14 % versus 3 %),
 - à des nuisances sonores (29 % versus 12 %),
 - à un risque routier (temps et distance importantes au cours de la journée) (14 % versus 6 %).

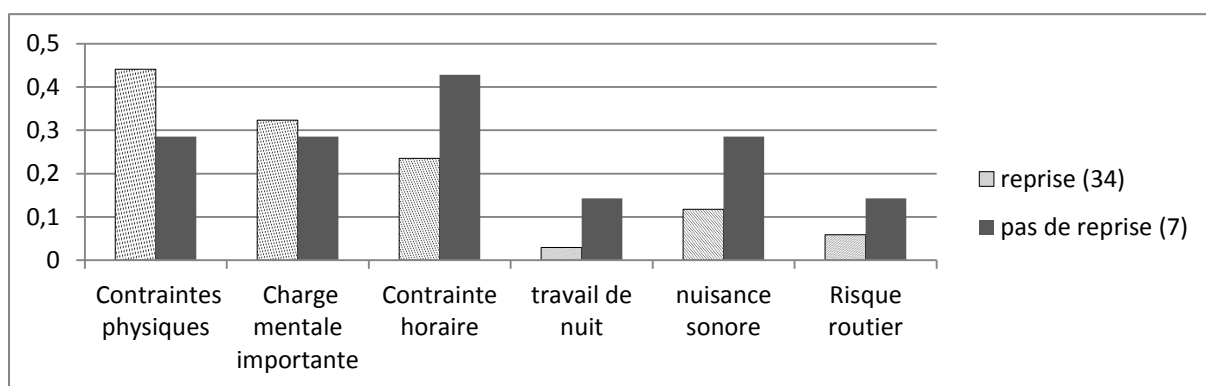


Figure 12 : reprise du travail et risques professionnels estimés par les patientes

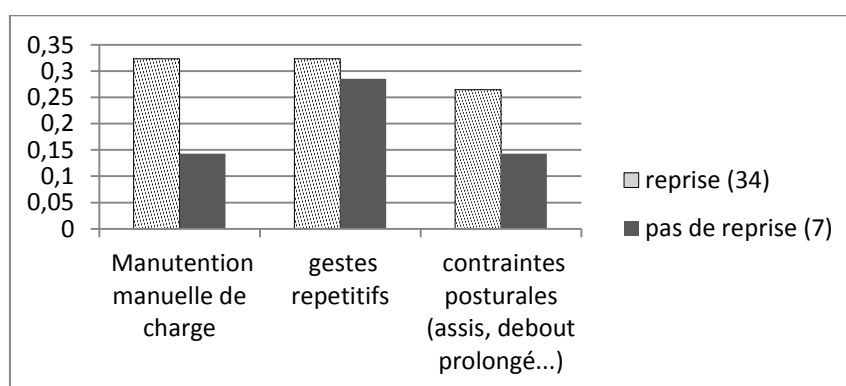


Figure 5 : reprise du travail et contraintes physiques

1.2.4. Partie IV : comorbidités, activités sportives ou de loisir en 2010

- 54 % ont déclarées avoir eu des antécédents pathologiques, majoritairement représentés par des facteurs de risque cardiovasculaires, des troubles ostéo-articulaires et des troubles gynécologiques (pathologies des seins) ;
- 41 % pratiquaient une activité sportive ou de loisir avant 2010 (29 % pratiquaient la marche et 20 % la gymnastique d'entretien).

Les femmes avaient moins tendance à reprendre leur travail lorsqu'elles présentaient des comorbidités au moment du diagnostic (100 % versus 44 %), essentiellement des pathologies cardio-vasculaires et ostéo-articulaires.

L'activité physique régulière antérieure, qu'elle soit sportive ou de loisir (41 % versus 43 %), semble ne pas être un élément favorable à la reprise (figure 14).

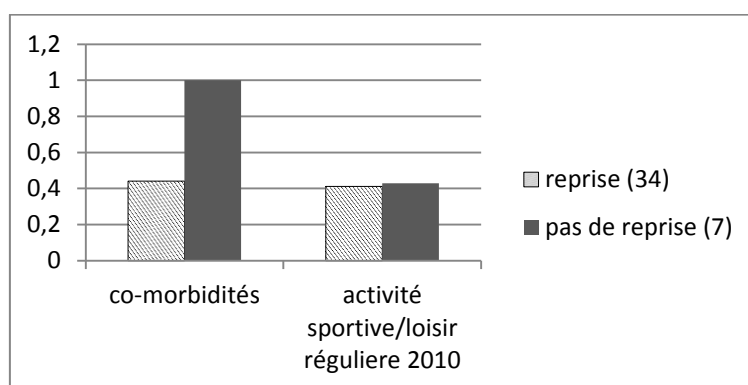


Figure 14 : reprise du travail et comorbidité, activité physique

1.2.5. Partie V : cancer du sein antérieur à 2010

Deux patientes ont présenté des antécédents de cancer du sein antérieurs à 2010.

Une femme a présenté une récurrence de cancer du sein et a repris son travail et une autre femme a présenté un cancer sur le sein controlatéral et une récurrence et s'est retrouvée au chômage.

1.2.6. Partie VI : impact sur la vie personnelle et professionnelle après 2010

- 1 femme a poursuivi son travail sans arrêt de travail ;
- 88 % ont souhaité une reprise du travail après l'arrêt de travail ;
- 83 % ont repris le travail après un arrêt de travail (34 femmes contre 6) : 32 au même poste (78 %), 1 femme a repris sur un autre poste dans la même entreprise, 1 autre a repris dans une autre entreprise après inaptitude médicale au poste ;
- 15% n'ont pas repris le travail après l'arrêt alors qu'elles le souhaitaient (6 femmes contre 34) :
 - 2 pour licenciement avec inscription au chômage :
 - 1 licenciement économique (avant reprise dans une autre entreprise) ;
 - 1 licenciement pour inaptitude médicale chez une aide soignante gauchère ayant des séquelles à type de limitation du membre supérieur droit, des douleurs neuromusculaires (séquelles dues à la chimiothérapie), des douleurs articulaires diffuses et présence d'une asthénie (séquelles de l'hormonothérapie) avant reprise dans une autre entreprise à TPV à 75 % avec aménagement du poste ;
 - 1 pour rupture conventionnelle avec son employeur,
 - 1 pour cause de retraite,
 - 2 avec attribution d'une pension d'invalidité : 1 invalidité de deuxième catégorie (C2), 1 en invalidité C2 cumulée avec le chômage ;
- 39 % ont poursuivi une activité physique ou de loisir après leur cancer, 51 % d'entre elles ont modifiées leur activité, 73 % ont arrêté toute activité.

Pour les femmes ayant repris une activité professionnelle :

- 73 % ont bénéficié d'un arrêt de travail (9 femmes ne l'ont pas précisé) ;
- 24 % (10 patientes) ont bénéficié d'une prise en charge psychologique par un psychologue, 1 seule consultation pour la majorité des cas, 7 patientes sur 10 ;
- 29 % ont bénéficié de thérapies complémentaires (majoritairement par homéopathie et relaxation) ;
- 49 % ont déclaré avoir subi un impact financier après leur cancer ;
- 29 % ont déclaré avoir eu des difficultés à contracter un emprunt ;
- 24 % ont déclaré avoir eu un arrêt d'indemnités journalières par la sécurité sociale ;

- 24 % ont repris le travail à temps complet (2 salariées ont repris à temps partiel volontaire (TPV) ;
- 49 % ont repris à temps partiel thérapeutique (TPT), majoritairement à mi-temps (83 %), 55 % des cas en TPT ont repris à temps plein (TP) après un délai variant de 1 mois à 1 an ;
- 6 femmes ont bénéficié de la reconnaissance d'un statut de travailleur handicapé (RQTH), 1 d'une intervention du SAMETH 21,
- 2 femmes ont bénéficié de l'attribution d'une pension d'invalidité de première catégorie (C1) et 1 d'une pension d'invalidité de deuxième catégorie (C2) ;
- 39 % (16 femmes) ont bénéficié d'une visite de pré-reprise auprès du médecin du travail, 27 % d'une visite de reprise à TPT (11 femmes), 34% d'une visite de reprise à TP (14 femmes) ;
- 20 % ont déclarées avoir bénéficié d'aménagement de poste ou d'horaire sur prescription du médecin du travail (21 % ne l'ont pas précisé) ;
- 55 % ont eu le sentiment que des mesures ont été prises par leur employeur pour faciliter le retour dans l'entreprise, sentiment d'être à l'écoute, proposition d'aménagements du poste (20 femmes) ;
- 82 % (30 femmes) ont eu le sentiment de recevoir un bon accueil par leur collègues (écoute, attention, aides sur les tâches confiées, contact lors AT) contre 3 qui ont eu le sentiment de recevoir un mauvais accueil (ignorance, incompréhension sur le désir de vouloir retravailler).

Sur le plan de l'activité physique sportive ou de loisir (figure 15) les femmes ayant repris leur travail ont arrêté toute activité physique (29 % versus 14 %).

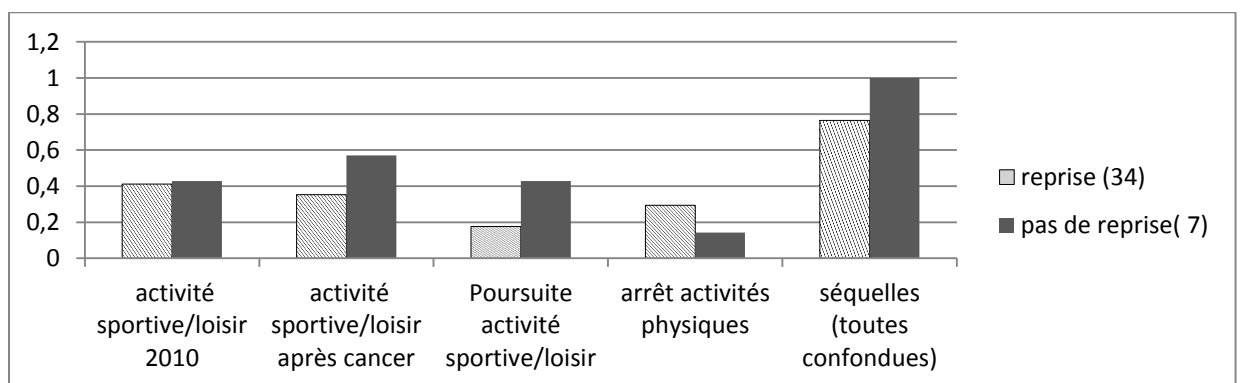


Figure 15 : reprise du travail et impact sur la vie personnelle

Sur le plan de leur motivation à reprendre leur travail (figure 16), les femmes ayant repris leur travail :

- souhaitaient le reprendre (94 % versus 57 %),
- souhaitaient reprendre leur poste de travail (82 % versus 57 %),
- ne présentaient d'une part aucune difficulté antérieure à leur travail (8 % versus 14 %) et d'autre part aucune co-morbidité.

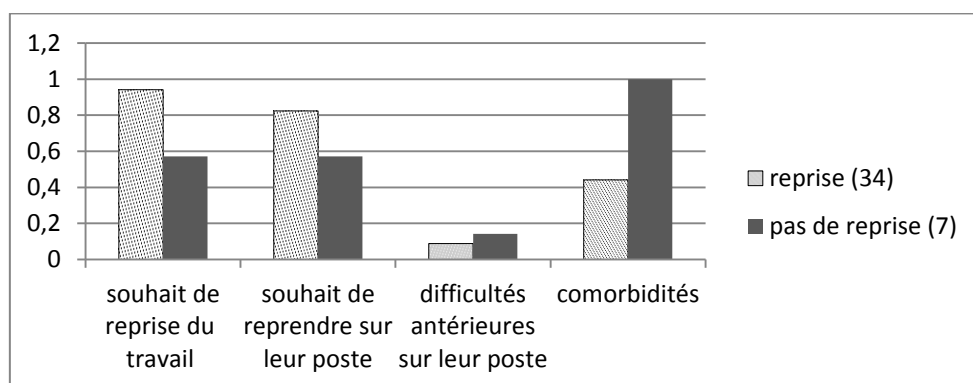


Figure 6 : reprise du travail et motivation de reprise en fonction des difficultés antérieures et des comorbidités

Sur le plan économique et psychologique (figure 17) :

- La non-reprise du travail avait tendance à avoir un retentissement psychologique et économique.
- Les patientes avaient d'avantage recours à une prise en charge par psychothérapie (29 % versus 24 %) d'une part, et présentaient des difficultés financières (57 % versus 47 %) ou se retrouvaient dans la complexité d'acquies un contrat d'emprunt (43 % versus 26 %) d'autre part.

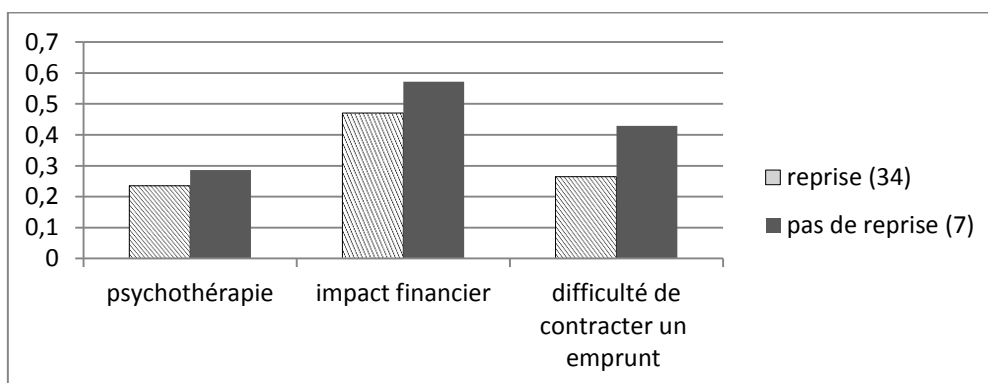


Figure 17 : reprise du travail et impact psychologique et économique

Concernant l'environnement de travail (figure 18) les femmes ayant repris leur travail ont bénéficié du soutien de leur employeur (53 % versus 29 %) mais également de leurs collègues de travail (82 % versus 29 %).

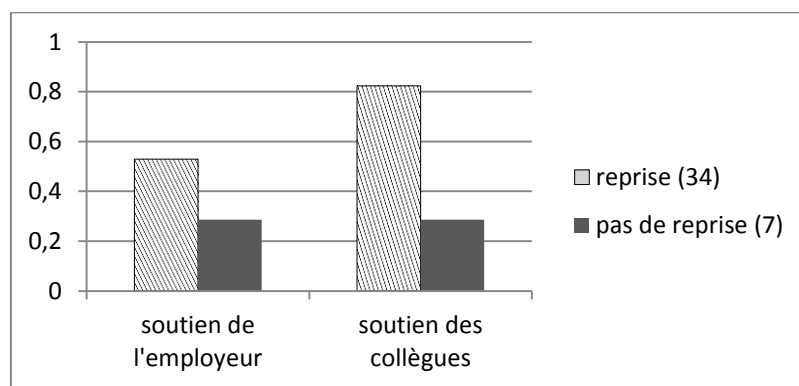


Figure 18 : reprise du travail et environnement de travail

Concernant l'arrêt de travail, l'âge, la taille de la tumeur et la durée de l'hormonothérapie (figure 19) les femmes ayant repris leur travail :

- ont eu une durée d'arrêt de travail plus courte (9 mois versus 20 mois),
- étaient plus jeunes (47 ans versus 49 ans),
- avaient une tumeur plus petite (23 mm versus 36 mm),
- et une durée d'hormonothérapie plus longue (48 mois versus 39 mois).

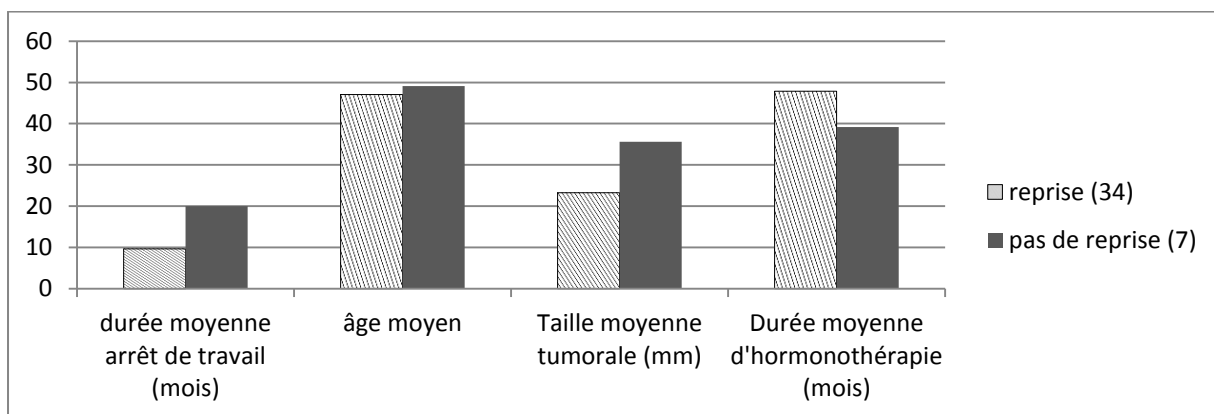


Figure 19 : reprise du travail et arrêt de travail en fonction de l'âge, taille tumorale et durée d'hormonothérapie

Sur le plan des aides au maintien dans l'emploi (figure 20), les femmes ayant repris le travail ont bénéficié :

- de plus d'aides au maintien dans l'emploi : reconnaissance du statut de travailleur handicapé (RQTH), attribution d'une pension d'invalidité (21 % versus 14 %),

- le plus souvent d'une visite(s) de pré-reprise auprès de leur médecin du travail (44 % versus 14 %).

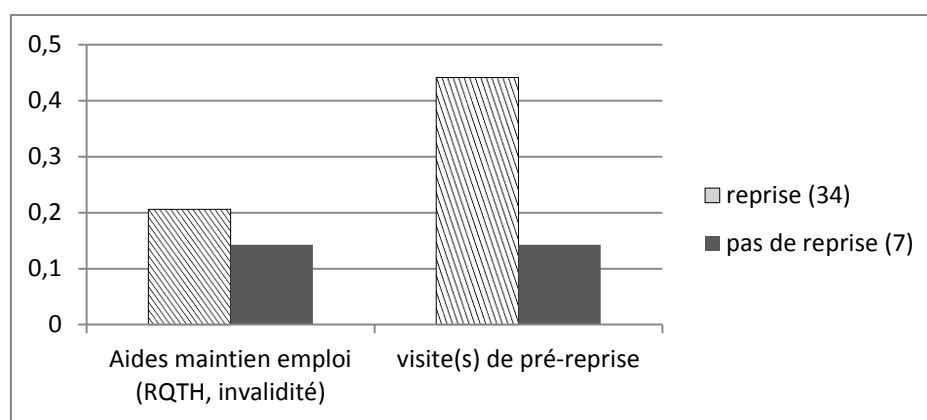


Figure 20 : reprise du travail et aides au maintien dans l'emploi

II. Traitement des données

Sur le plan de la maladie, les résultats représentés dans le tableau 2 ont permis de mettre en évidence que la reprise du travail peut être en lien avec la taille tumorale ($p = 0,0343$) et les séquelles de chimiothérapie ($p = 0,001$).

Tableau 5 : reprise du travail et caractéristiques issues du DMI

	chi-squared	Fisher exact
Age	0.424	
Type tumoral (CCI, CLI)		1.000
Taille tumorale	0.0343	
Stade SBR		
- SBRI		0.310
- SBRII		0.697
- SBRIII		0.659
Stade TNM		
- T1		0.099
- T2		0.693
- T3		0.268
- T4		0.171
- N0		1.000
- N+		0.697
Récepteurs hormonaux		0.606
Récepteurs HER2		0.581
Traitement conservateur		0.165

Traitement non conservateur	0.079
Chimiothérapie néo-adjuvante	1.000
Chimiothérapie adjuvante	0.094
Hormonothérapie	1.000
Durée de l'hormonothérapie (mois)	0.771
Radiothérapie	1.000
Anti HER2	0.581
Séquelles toutes confondues	0.310
Séquelles de chirurgie	-
- douleur	0.373
- raideur	0.693
Séquelles de chimiothérapie	0.001
Séquelles d'hormonothérapie	0.398
Séquelles de radiothérapie	1.000
Traitement des séquelles	0.697

Cependant, aucun lien n'a pu être établi entre la reprise du travail et :

- l'âge ($p = 0,424$),
- le type tumoral qu'il soit CCI ou CLI ($p = 1$),
- la présence de ganglions positifs ($p = 0,697$),
- tous les stades SBR, les classes T et N du stade TNM,
- la présence de récepteurs hormonaux ($p = 0,606$) et de récepteurs HER2 ($p = 0,581$),
- le traitement non conservateur ($p = 0,079$),
- les traitements par chimiothérapie néo-adjuvante ($p = 1,000$) ou adjuvante ($p = 0,094$), la radiothérapie ($p = 1,000$),
- le traitement anti HER2 ($p = 0,581$),
- la durée de l'hormonothérapie ($p = 0,771$),
- les séquelles toutes confondues ($p = 0,310$), les séquelles post chirurgicales à type douleur ($p = 0,373$) et de raideur ($p = 0,693$), les séquelles d'hormonothérapie ($p = 0,398$), les séquelles de radiothérapie ($p = 1,000$) et les traitements de ces séquelles ($p = 0,697$).

Sur le plan social et démographique, la reprise du travail a pu être expliquée par la présence d'enfants à charge ($p = 0,056$), les comorbidités ($p = 0,010$), le souhait d'une reprise ($p = 0,028$) et le soutien des collègues ($p = 0,010$) (tableau 3).

Tableau 6 : reprise du travail et caractéristiques issues de l'auto questionnaire

	chi-squared	Fisher exact
Age	0.424	
Statut matrimonial		0.461
Enfants à charge	0.0556	
Absence de qualification		1.000
Co-morbidités		0.010
Activité(s) physique(s) avant cancer		1.000
Activité(s) physique(s) après cancer		0.401
Distance domicile-lieu de travail (km)	0.3530	
Durée de l'arrêt de travail (mois)	0.1830	
Statut ouvrière (patiente)		1.000
Statut ouvrier (conjoint)		1.000
CDI		0.321
Difficultés sur le poste		0.542
Risques estimés sur le poste		0.581
Souhait de reprise du travail		0.028
Psychothérapie		1.000
Thérapies complémentaires		0.085
Soutien de l'employeur		0.082
Soutien des collègues		0.010
Aides au maintien dans l'emploi		1.000

En revanche, il n'y a pas de lien entre la reprise du travail et :

- le statut matrimonial ($p = 0,461$),
- la durée de l'arrêt de travail ($p = 0,183$),
- l'absence de qualification ($p = 1,000$),
- le statut ouvrier de la patiente ($p = 1,000$) et du conjoint ($p = 1,000$),
- le type de contrat en CDI ($p = 0,321$),
- les risques estimés par les patientes à leur poste de travail ($p = 0,581$),
- l'activité physique antérieure au cancer ($p = 1,000$) ou après le cancer ($p = 0,401$), les thérapies complémentaires ($p = 0,085$),
- la psychothérapie ($p = 1,000$),
- le soutien de l'employeur ($p = 0,082$) ou les aides au maintien dans l'emploi ($p = 1,00$).

DISCUSSION

I. Critique de la méthode

Le choix d'utiliser un auto-questionnaire, envoyé par voie postale au domicile, permet d'obtenir des informations fiables grâce à l'uniformisation des réponses (questions principalement fermées), avec un coût relativement faible et une certaine rapidité. Il limite également les biais générés par la présence de l'examineur au cours des entretiens. Cependant, l'obtention d'informations objectives n'est pas simple et la garantie de réponse à chaque question et du retour du courrier n'est pas absolue. Néanmoins, le taux de réponse est retrouvé au-delà des résultats attendus et certaines patientes ont donné volontairement des informations complémentaires non demandées. On peut supposer que cette étape de la vie au travers de la maladie a besoin d'être exprimée.

Les patientes ayant répondu au questionnaire étant très peu nombreuses, ce travail n'a pas pu prendre en compte les facteurs confondants lors du traitement des données. D'autre part, il peut exister un effet centre sur les résultats obtenus. Afin de pallier à ces deux limites, il serait intéressant de réaliser une étude multicentrique.

Les données recueillies par auto questionnaire font l'objet de biais de mémorisation et d'information sur l'intitulé « visites de pré reprise » qui sont encore trop méconnues par les salariés. Afin d'obtenir le nombre exact des visites médicales auprès des médecins du travail, il aurait été intéressant de consulter les données sur le dossier médical informatisé du service Médecine et Santé au Travail pour chaque patiente.

La question de reprise du travail pour les patientes présentant des métastases d'emblée n'est pas prise en compte dans ce travail mais elle est légitime face aux progrès thérapeutiques.

Le recueil de données sur l'emploi à long terme n'a pas pu être réalisé du fait de l'importance du nombre de variables et la comparaison entre les deux groupes reste difficile à réaliser devant un déséquilibre certain de la variable « reprise du travail » (34 reprises du travail contre 7).

La plupart des questions, basées sur les données de l'INSEE, ne reflètent pas toujours la réalité. Une approche plus intrusive, difficile à réaliser par questionnaire lorsqu'il n'existe pas de relation de confiance, aurait permis d'appréhender le contexte sociale et économique de chaque patiente.

II. Critique des résultats

L'âge, la taille de la tumeur et la durée d'hormothérapie conditionnent la reprise du travail.

La reprise du travail est plus importante chez les femmes plus jeunes, l'âge joue un rôle sur la reprise du travail (10), qui ont une tumeur de taille plus petite et une durée d'hormonothérapie plus longue.

Le système de protection sociale qui conditionnerait la reprise du travail (10) n'a pas été pris en compte dans ce travail qui ne concerne que les salariées du régime général.

La présence d'un stade tumoral évolué s'oppose à la reprise.

Ceci montre l'importance du dépistage précoce afin de détecter et traiter rapidement la maladie. D'autre part, la présence de HER-2 semble avoir un effet négatif sur la reprise. Il ne s'explique pas par la présence de séquelles sous anti HER-2 (aucun effet indésirable décrit pour les 41 patientes) mais peut être par une forme plus agressive de la maladie ? Une femme sur cinq est concernée. Une étude nationale réalisée sur 1 899 cas dans 88 centres, a montré qu'au moins 12,1 % des tumeurs en situation adjuvante sur-exprimaient HER2 (11).

La nature du traitement et des séquelles toutes confondues semblent jouer un rôle sur la non-reprise du travail.

Le retour au travail a été étudié dépend des traitements tels que la chimiothérapie, un traitement par hormonothérapie, traitement multimodal, mastectomie (20–22).

Le traitement chirurgical par mammectomie ne semble pas influencer le retour au travail, les séquelles de chirurgie (lymphœdème) semblent jouer un rôle (diminution du nombre de reprise avec un délai de reprise augmenté). Six ans après la chirurgie primaire, le statut de l'emploi avant chirurgie et la participation à la rééducation suivie à l'hôpital n'ont plus d'effet sur le retour au travail des patientes survivantes. Cependant, il leur est difficile à faire face aux effets indésirables des traitements.

La chimiothérapie adjuvante et l'hormonothérapie s'opposent à la reprise. Ceci peut s'expliquer par une part plus importante de séquelles après ces traitements.

Une étude Californienne (12) a montré un lien entre la durée du traitement chimiothérapie et

l'absence du retour dans l'emploi à long terme, notamment en cas de bas revenu et de comorbidités, dans les secteurs du service à la personne (baby-sitting, employée de maison) qui ne comportent pas de congés maladies, où l'emploi est rapidement remplacé.

D'autres études ont montré des taux plus élevés de perte d'emploi à court terme (13,14) alors que la plupart des études sur l'emploi à long terme n'ont pas montré de relation entre la chimiothérapie et le retour au travail (15–17). Une étude réalisée au nord de la France (18) a mis en évidence un lien entre chimiothérapie et retour au travail. Le symptôme le plus fréquent étant la fatigue.

La radiothérapie ne semble pas avoir d'impact sur la reprise du travail. En effet, les séquelles (dermatites), malgré le fait qu'elles sont plus nombreuses chez les femmes qui ont repris leur travail, sont esthétiques mais peu visibles (peu d'impact social) et peu gênantes dans la réalisation de leur travail.

Une étude suédoise (19) a permis de mettre en évidence que la chimiothérapie et la radiothérapie (au niveau de la paroi thoracique et des ganglions régionaux) sont prédictifs de difficulté du retour au travail.

La durée de l'arrêt de travail joue un rôle sur la reprise du travail.

La reprise sur le poste concerne 78 % des femmes et selon d'autres études, 80% avec une médiane d'arrêt de travail de 36 mois après la fin des traitements (23), 64 % des cas (24) et 82,1% des femmes dans les 3 ans suivant le diagnostic (25) et 60 % des femmes ont repris leur travail après 10 mois d'arrêt (26).

Bien que ce chiffre soit relativement rassurant, nous ne devons pas sous-estimer les difficultés que les femmes rencontrent en revenant à leur travail. L'amélioration du traitement par chirurgie serait bénéfique sur les séquelles ostéo-articulaires d'autant plus que 42 % estiment être exposés à des contraintes manuelles.

Une durée d'arrêt de travail plus courte semble favoriser la reprise du travail. Ainsi, il est essentiel de sensibiliser les médecins qui assurent le suivi de leur patientes dans leur rôle d'acteur de la reprise, afin d'éviter des arrêts prolongés inutiles pouvant aggraver leur état psychologique et leur situation sociale et économique.

La présence de comorbidités (cardio-vasculaires, ostéo-articulaires) peut s'opposer à la reprise.

Cette présence, associée à des difficultés antérieures exprimées sur leur poste, peuvent

susciter une absence de motivation à reprendre le travail. Les difficultés sur le poste de travail avant l'initiation du traitement peuvent être un facteur prédictif de la reprise retardée.

La qualification et la formation professionnelle ainsi que le revenu semblent avoir un impact sur la reprise du travail.

L'absence de diplôme qualifiant et de formation professionnelle, la classe sociale ouvrière, à faible revenu, semble être des facteurs facilitant la reprise du travail malgré une exposition à d'avantage de risques professionnels.

La situation économique et socio-familiale conditionne la reprise du travail.

Si la reprise du travail semble être freinée par le caractère évolué du cancer, certaines caractéristiques tumorales et les séquelles des traitements, elle représente une sécurité financière notamment en cas de précarité socio-familiale. En effet, les femmes n'ont, bien souvent, pas d'autre alternative que de reprendre leur travail lorsqu'elles doivent assumer seules leurs enfants, notamment lorsqu'ils sont à charge, et également satisfaire aux remboursements de leur loyer.

L'impact financier et la difficulté de contracter un emprunt à ainsi tendance à être moins important. Le statut professionnel du conjoint « employé, profession intermédiaire » semble également la favoriser. Le statut « cadre » du conjoint, non évaluable entre les deux séries, serait intéressant à évaluer.

Une étude Californienne (12) a cependant montré qu'un faible revenu peut retarder le retour au travail.

Les caractéristiques, l'implantation de l'entreprise et le type de contrat jouent un rôle sur le retour au travail.

Etre salariée de TPE-PME semble être un facteur qui s'oppose à la reprise. Cela peut s'expliquer par le fait que ces entreprises qualifiées TPE-PME ont des possibilités d'offre de reclassement et d'aménagement de poste plus restreintes.

Travailler en zone urbaine sur un poste à temps plein semble favoriser la reprise. Cependant, la reprise semble être plus difficile pour un poste à temps partiel volontaire, en Contrat à Durée Indéterminée (CDI) qui présente des difficultés antérieures, notamment par contrainte psychologique et charge mentale importante.

Une étude Allemande (29) a démontré que les femmes occupant un emploi à temps plein avaient considérablement une plus grande probabilité de retour au travail par rapport à celles

occupant un emploi à temps partiel.

Les conditions de travail influent principalement sur les choix des femmes en ce qui concerne la reprise du travail.

Les résultats de notre travail coïncident avec d'autres études (15,25,26,30).

Un travail exposant à des contraintes horaires (travail de nuit), à un risque routier (temps et distance importantes au cours de la journée), à des facteurs environnementaux jugés délétères (en particulier en ce qui concerne l'ambiance sonore) semble s'opposer à la reprise.

Certaines études ont montré que les femmes exposées aux travaux de manutention manuelle de charges sont moins susceptibles de retourner au travail (15, 27–29). Six ans après la chirurgie primaire, le statut de l'emploi avant chirurgie et la participation à la rééducation suivie à l'hôpital n'ont plus d'effet sur le retour au travail des patientes survivantes. Cependant, il leur est difficile à faire face aux effets indésirables des traitements.

Une charge mentale importante peut entraver le rétablissement de la santé mentale, en particulier chez les patientes recevant des traitements de chimiothérapie plus longs (31).

Une étude menée en Belgique (32) a montré l'interdépendance entre le désir de retourner au travail, la capacité physique et mentale à reprendre le travail et l'acceptation des conditions de travail. Après rétablissement, les femmes motivées à reprendre leur activité professionnelles se sentent plus vulnérables du fait de leur maladie mais le sont devenues également par l'environnement.

L'environnement de travail joue un rôle majeur dans la reprise du travail.

Le soutien de l'employeur mais également des collègues de travail, notamment pendant un arrêt de travail, semblent favoriser la reprise du travail.

Le soutien de collègues, d'autant plus que le congé est long, a un effet positif de manière significative sur le retour au travail (25).

Une étude menée à Detroit (15) a montré que les employeurs semblent avoir un rôle essentiel dans le retour du travail des patients atteints de cancer du sein. Les liens sociaux qui jouent un rôle essentiel dans la diminution l'impact de la maladie (33) doivent ainsi être préservés. Il est primordial d'être prudent concernant les renseignements cliniques qui peuvent engendrer une stigmatisation de la patiente. Néanmoins, le milieu de travail peut avoir un impact sur les patientes de par leur représentation de la maladie.

Selon une étude, le personnel de travail peut penser que l'incidence de la maladie pourrait avoir conduit à un gain secondaire, car il leur a permis de cesser de travailler (29). Il est

important de sensibiliser le personnel sur l'importance du retour au travail après cancer du sein et de lui donner les moyens nécessaires pour une reprise dans les meilleures conditions. Ces dernières années, on observe une volonté politique de santé publique d'améliorer les conditions de vie des femmes atteintes de cancer du sein. Depuis 2013, le programme expérimental "Pionniers", basé sur une approche collaborative entre dirigeants, managers et salariés, a été initié afin de mobiliser les entreprises autour de la charte Cancer@Work et ouvrir le dialogue dans l'entreprise à l'aide de moyen de rencontres thématiques annuelles sous forme de colloque ou d'atelier de construction. Le baromètre Cancer@Work est un outil de mesure et de pilotage à destination des acteurs du monde du travail, de la santé et de la protection sociale. Il analyse les attentes de la population active à l'égard des entreprises, ainsi que l'impact de la maladie sur la vie professionnelle. Afin de mieux intégrer les situations de cancer au sein, il est important d'ancrer ce sujet dans les stratégies d'entreprise en développant des actions solidaires d'insertion et de réinsertion des personnes fragilisées par un cancer et de valoriser les initiatives de reconversion professionnelle.

En 2016, les résultats de la deuxième édition du baromètre Cancer@Work ont permis de constater que malgré les difficultés rencontrées par les patients et de l'entourage professionnel, l'accompagnement des personnes a permis des améliorations la qualité de vie au travail mais également dans leur vie personnelle. Il en ressort également le besoin de recevoir d'avantage d'informations sur les dispositifs légaux et contractuels. En effet, ce manque d'information semble avoir des conséquences directes sur le recours à ces dispositifs. Le baromètre permet aussi de constater à quel point le lien est surtout maintenu avec l'entourage professionnel proche du salarié malade. Ces derniers ont ressenti un soutien de la part de leur environnement de travail immédiat (67% de leurs collègues, 43% de leur hiérarchie). Mais Plus de la moitié d'entre eux ne se sont pas sentis soutenus par le service des ressources humaines ou par les représentants du personnel.

Les aides au maintien dans l'emploi, associant RQTH, invalidité et visite(s) de pré-reprise auprès du médecin du travail semblent avoir un impact positif sur la reprise.

Il existe encore un nombre important de personnes malades qui n'ont pas bénéficié de visite de pré-reprise (39 %) et d'aide au retour à l'emploi (56 %).

L'octroi d'un TPT a pour objectif de favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré ou de permettre de bénéficier d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé (article L323-3 du Code de la Sécurité

Sociale). Si 59 % ont bénéficié d'un TPT, seulement la moitié d'entre elles ont repris à TP. L'octroi d'un TPT est nécessaire mais peut être insuffisant pour reprendre son travail au temps initial. Ce type de reprise est conditionné par l'accord préalable de l'employeur. Les efforts de l'employeur sont parfois non perçus par les salariées. En effet, 38% déclarent avoir bénéficiées d'un TPT alors que 59 % ont repris à TPT.

D'autre part, si 80 % des femmes ont des séquelles, de nature à être potentiellement invalidantes, seulement 15 % ont eu l'octroi d'une RQTH. Il est important d'informer sur les modalités et bénéfices d'une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé.

L'activité physique (sportive ou de loisir) régulière antérieure ne semble pas avoir d'impact sur la reprise.

En revanche, il existe une tendance à ne pas poursuivre ses activités physiques antérieures à la reprise du travail, qui paraissent être indépendantes aux séquelles provoquées par les traitements.

Les facteurs psychosociaux tels que la satisfaction de la vie et les ressources d'adaptation semblent également être associés au retour au travail.

Les employeurs et l'assistance sociale peuvent faciliter le retour au travail.

En cas de non reprise du travail.

Il semble exister un retentissement psychologique et économique plus important

Les patientes ont d'une part, d'avantage recours à une prise en charge par psychothérapie, et d'autre part, présentent des difficultés financières et se retrouvent dans la complexité d'acquiescer un contrat d'emprunt. Ceci montre toute l'importance de reprendre le travail pour leur bien être psychologique et économique.

Une consultation spécialisée médico-psycho-sociale d'aide à la reprise du travail après cancer apparaît justifiée.

La plateforme créée en Normandie en 2006 afin d'aider les patients ayant des problèmes de maintien dans l'emploi (3/4) ou de recherche d'emploi (1/4) a permis de montrer l'intérêt d'une consultation spécialisée médico-psycho-sociale d'aide à la reprise du travail après cancer dont l'utilité a été exprimée par 93 % patientes (24).

Une étude Hollandaise (34) a permis de constater qu'au cours de la reprise initiale, les effets secondaires physique et psychologiques dus aux traitements ont gêné la reprise du travail. Un programme de réadaptation pendant l'hospitalisation est bénéfique dans la reprise.

Progressivement, elle est gênée par le manque de compréhension de l'environnement de travail. Les participants ont mentionné le besoin d'obtenir des conseils par un médecin du travail ou d'un professionnel de la santé et ont souligné l'importance d'une amélioration d'information sur la maladie pour l'environnement de travail.

Au total :

Malgré l'absence de liens entre différents facteurs socio-professionnels et la reprise du travail, ce travail a permis d'observer que différents critères sociaux, économiques et professionnels pouvaient conditionner la reprise des femmes, salariées du régime général en Côte d'Or, atteintes de cancer du sein non métastatique et traitées chirurgicalement.

Les consultations pluridisciplinaires dédiées, au cours de l'hospitalisation, permettent d'anticiper le retour au travail :

- en évaluant les besoins,
- en réassurant les patientes inquiètes des conditions de reprise,
- en apportant des solutions objectives,
- en orientant les patientes vers des organismes spécialisés dans le maintien dans l'emploi ou auprès du service de santé au travail dont elles dépendent.

Elles peuvent également participer aux améliorations thérapeutiques pour réduire les séquelles de chirurgie, de chimiothérapie ou d'hormonothérapie.

Parallèlement, il semble important de se familiariser dès le début du cursus des études médicales aux dispositifs de protection légales, dans l'objectif d'optimiser les chances du retour à l'emploi.

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR Mathilde VANDEL

CONCLUSIONS

Les femmes atteintes d'un cancer du sein non métastatique en Côte d'Or, opérées en 2010 et prises en charge au CGFL sont au moment du diagnostic, âgées majoritairement entre 50 et 60 ans. Elles présentent des antécédents, en majorité des facteurs de risque cardiovasculaires et des troubles ostéo-articulaires.

Sur le plan personnel, elles vivent en zone urbaine, sont en couple avec au moins un enfant à charge, une femme sur deux a modifié ses activités physiques et une sur trois a dû cesser toute activité physique.

Sur le plan professionnel, elles sont salariées du régime général, actives, diplômées et ont bénéficié de formations antérieures à 2010. Elles travaillent à temps complet en TPE-PME en Contrat à Durée Indéterminée comme employées ou dans des professions intermédiaires, et ne rencontrent pas de difficulté sur leur poste de travail. Une grande majorité d'entre elles a estimé être exposée à un danger sur leur poste de travail qui entraîne des contraintes physiques et une charge mentale importante.

La reprise sur le même poste de travail concernait 78 % des femmes mais 19 % des cas qui le souhaitent n'ont pas pu le satisfaire. Les aides au maintien dans l'emploi, les aménagements de poste ou d'horaire sur prescription du médecin du travail ou la reprise à temps partiel thérapeutique, ont pu jouer un rôle dans la reprise du travail. Cependant, l'impact physique, psychologique et économique est une réalité et encore trop peu de salariées ont pu bénéficier d'une visite de pré-reprise auprès de leur médecin du travail.

Les consultations pluridisciplinaires réalisées au cours des traitements ont un rôle majeur en rendant les patientes actrices de leur reprise. Apporter des connaissances objectives sur les déterminants favorisant ou s'opposant au maintien dans l'emploi, informer sur le bénéfice

d'une visite de pré-reprise avec le médecin du travail et orienter vers des organismes pouvant être sollicités sont des informations nécessaires qui s'inscrivent dans une démarche de prévention de la désinsertion socio-professionnelle. Ces consultations permettent également de sensibiliser les médecins en charge du suivi de leur patiente dans leur rôle de la reprise professionnelle.

Le Président du jury,



Dr. H.J. Smolik

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 4 JUILLET 2017

Le Doyen



Pr. F. HUET

BIBLIOGRAPHIE

1. Evolution de l'incidence du cancer du sein de 1980 à 2012 - Effectif et taux standardisé monde estimé (TSM) estimé pour 100 000 personnes-années [Internet]. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Fiches-Indicateurs/evolution-de-l-incidence-du-cancer-du-sein-de-1980-2012-taux-standardis-monde-estim-tsm-estim-pour-100-000-personnes-annes#donnees>
2. Evolution de la mortalité par cancer du sein entre 1980 et 2012 - Effectif et taux standardisé monde (TSM) estimé pour 100 000 personnes-années [Internet]. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Fiches-Indicateurs/evolution-de-la-mortalit-par-cancer-du-sein-entre-1980-et-2012-taux-standardis-monde#donnees>
3. Tendance de la survie nette et de la survie observée à 1 ans entre 1989 et 2010 pour toutes les localisations [Internet]. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Fiches-Indicateurs/Evolution-de-la-survie-nette-et-de-la-survie-observee-a-1-ans-entre-1989-et-2010-pour-46-localisations#donnees>
4. Le réseau FRANCIM | Registre des cancers [Internet]. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.santepaysdelaloire.com/registre-des-cancers/articles/le-reseau-francim>
5. Maunsell E, Drolet M, Brisson J, Brisson C, Mâsse B, Deschênes L. Work situation after breast cancer: results from a population-based study. *J Natl Cancer Inst.* 15 déc 2004;96(24):1813-22.
6. Kennedy F, Haslam C, Munir F, Pryce J. Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *Eur J Cancer Care (Engl).* janv 2007;16(1):17-25.
7. Petersson L-M, Nilsson MI, Alexanderson K, Olsson M, Wennman-Larsen A. How do women value work shortly after breast cancer surgery and are their valuations associated with being on sick leave? *J Occup Rehabil.* sept 2013;23(3):391-9.
8. Feuerstein M, Todd BL, Moskowitz MC, Bruns GL, Stoler MR, Nassif T, et al. Work in cancer survivors: a model for practice and research. *J Cancer Surviv Res Pract.* déc 2010;4(4):415-37.
9. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García LM, López-González AA. [Work disability criteria in breast cancer]. *Semergen.* mars 2013;39(2):95-100.
10. de Boer AGEM, Taskila T, Ojajärvi A, van Dijk FJH, Verbeek JHAM. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA.* 18 févr 2009;301(7):753-62.
11. Penault-Llorca F, Arnould L. [Adjuvant breast cancer: which clinical and pathological characteristics in 2007?]. *Bull Cancer (Paris).* déc 2010;97(12):1421-6.
12. Blinder VS, Patil S, Thind A, Diamant A, Hudis CA, Basch E, et al. Return to work in low-income Latina and non-Latina white breast cancer survivors: a 3-year longitudinal study. *Cancer.* 15 mars 2012;118(6):1664-74.
13. Mujahid MS, Janz NK, Hawley ST, Griggs JJ, Hamilton AS, Graff J, et al. Racial/ethnic differences in job loss for women with breast cancer. *J Cancer Surviv Res Pract.* mars 2011;5(1):102-11.

14. Mujahid MS, Janz NK, Hawley ST, Griggs JJ, Hamilton AS, Katz SJ. The impact of sociodemographic, treatment, and work support on missed work after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Res Treat.* janv 2010;119(1):213-20.
15. Bouknight RR, Bradley CJ, Luo Z. Correlates of return to work for breast cancer survivors. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 20 janv 2006;24(3):345-53.
16. Drolet M, Maunsell E, Brisson J, Brisson C, Mâsse B, Deschênes L. Not working 3 years after breast cancer: predictors in a population-based study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 20 nov 2005;23(33):8305-12.
17. Peuckmann V, Ekholm O, Sjøgren P, Rasmussen NK, Christiansen P, Møller S, et al. Health care utilisation and characteristics of long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. *Eur J Cancer Oxf Engl 1990.* mars 2009;45(4):625-33.
18. 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 (Paris).* juill 2011;98(7):E69-79.
19. Johnsson A, Fornander T, Rutqvist L-E, Olsson M. Work status and life changes in the first year after breast cancer diagnosis. *Work Read Mass.* 2011;38(4):337-46.
20. Balak F, Roelen CAM, Koopmans PC, Ten Berge EE, Groothoff JW. Return to work after early-stage breast cancer: a cohort study into the effects of treatment and cancer-related symptoms. *J Occup Rehabil.* sept 2008;18(3):267-72.
21. Eaker S, Wigertz A, Lambert PC, Bergkvist L, Ahlgren J, Lambe M, et al. Breast cancer, sickness absence, income and marital status. A study on life situation 1 year prior diagnosis compared to 3 and 5 years after diagnosis. *PloS One.* 30 mars 2011;6(3):e18040.
22. Zanzville NR, Nudelman KNH, Smith DJ, Von Ah D, McDonald BC, Champion VL, et al. Evaluating the impact of chemotherapy-induced peripheral neuropathy symptoms (CIPN-sx) on perceived ability to work in breast cancer survivors during the first year post-treatment. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* nov 2016;24(11):4779-89.
23. Roelen CAM, Koopmans PC, de Graaf JH, Balak F, Groothoff JW. Sickness absence and return to work rates in women with breast cancer. *Int Arch Occup Environ Health.* mars 2009;82(4):543-6.
24. Rollin L, De Blasi G, Boucher L, Gehanno J-F. [Advantages of a specialized return to work consultation after cancer]. *Bull Cancer (Paris).* févr 2015;102(2):182-9.
25. Fantoni SQ, Peugniez C, Duhamel A, Skrzypczak J, Frimat P, Leroyer A. Factors related to return to work by women with breast cancer in northern France. *J Occup Rehabil.* mars 2010;20(1):49-58.
26. Johnsson A, Fornander T, Rutqvist L-E, Vaez M, Alexanderson K, Olsson M. Predictors of return to work ten months after primary breast cancer surgery. *Acta Oncol Stockh Swed.* 2009;48(1):93-8.
27. Satariano WA, DeLorenze GN. The likelihood of returning to work after breast cancer. *Public Health Rep Wash DC 1974.* juin 1996;111(3):236-41.

28. Satariano WA, Ragland DR, DeLorenze GN. Limitations in upper-body strength associated with breast cancer: a comparison of black and white women. *J Clin Epidemiol.* mai 1996;49(5):535-44.
29. Noeres D, Park-Simon T-W, Grabow J, Sperlich S, Koch-Gießelmann H, Jaunzeme J, et al. Return to work after treatment for primary breast cancer over a 6-year period: results from a prospective study comparing patients with the general population. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* juill 2013;21(7):1901-9.
30. Cavanna L, Ambroggi M, Stroppa E, Di Nunzio C, Dallanegra L, Monfredo M. Return to work after treatment for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* juill 2011;128(1):287-8.
31. Barnes AJ, Robert N, Bradley CJ. Job attributes, job satisfaction and the return to health after breast cancer diagnosis and treatment. *Psychooncology.* févr 2014;23(2):158-64.
32. Tiedtke C, de Rijk A, Donceel P, Christiaens M-R, de Casterlé BD. Survived but feeling vulnerable and insecure: a qualitative study of the mental preparation for RTW after breast cancer treatment. *BMC Public Health.* 23 juill 2012;12:538.
33. Peteet JR. Cancer and the meaning of work. *Gen Hosp Psychiatry.* juin 2000;22(3):200-5.
34. Tamminga SJ, de Boer AGEM, Verbeek JHAM, Frings-Dresen MHW. Breast cancer survivors' views of factors that influence the return-to-work process--a qualitative study. *Scand J Work Environ Health.* mars 2012;38(2):144-54.

ANNEXES

Annexe 1 : courrier d'information



Bonjour Madame,

Dans le cadre de ma thèse de Docteur en médecine du travail sur le maintien dans l'emploi des patientes ayant été atteintes d'un cancer du sein, je me permets de vous adresser ce courrier dans le but d'améliorer la prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein.

Je suis actuellement interne en médecine du travail et travaille sur ma thèse au Centre Georges-François Leclerc. J'attache une grande importance à concilier travail et maladie d'où le choix de cette étude.

Pour cela, il vous suffit de répondre à ce questionnaire de 8 pages, rapide à compléter. Il vous suffit de prendre une dizaine de minutes et de le renvoyer **avant le vendredi 16 décembre 2016** avec l'enveloppe préalablement affranchie qui est incluse dans le courrier.

Le Docteur Véronique LORGIS, oncologue au Centre Leclerc, se chargera de réceptionner le courrier et me le transmettra afin de réaliser mes statistiques.

Bien entendu, par soucis de secret médical, ce questionnaire sera anonymisé.

Je suis à votre disposition pour tout renseignement complémentaire sur contact@cgfl.fr.

Veuillez agréer Madame, l'expression de mes cordiales salutations.

Mathilde VANDEL
Interne en médecine du travail, 7^{ème} semestre

Annexe 2 : auto-questionnaire

Merci de compléter le questionnaire suivant et de le renvoyer avant le vendredi 16 décembre 2016

N° d'anonymat (réservé)

NOM

PRENOM

Latéralité : ☐ droitière ☐ gauchère ☐ ambidextre

I. Eléments généraux vous concernant en 2010 :

A. Statut conjugal :

- ☐ Célibataire
- ☐ Mariée
- ☐ Veuve
- ☐ Divorcée
- ☐ En couple (union libre, concubinage)
- ☐ Pacsée

B. Enfant(s) : ☐ OUI ☐ NON

Années de naissance/...../...../...../...../...../.....

Enfants restant à charge (années de naissance)...../...../...../...../...../...../.....

C. Type de logement (résidence principale) :

- ☐ Appartement ☐ Maison
- ☐ Autres (logements-foyers, chambres d'hôtel, habitations de fortune, pièces indépendantes)

D. Statut d'occupation du logement (résidence principale) :

- ☐ Propriétaire (propriétaires, copropriétaires et accédant à la propriété)
- ☐ Locataire ou sous-locataire (acquittant un loyer, quel que soit le type de logement qu'ils occupent (logement loué vide ou loué meublé, chambre d'hôtel s'il s'agit de la résidence principale du ménage)
- ☐ Logé gratuitement (chez des parents, des amis, leur employeur...)

E. Commune de résidence (>2000 habitants=unité urbaine ; <2000 habitants = rural)

.....

F. Nombre de personnes partageant la même résidence principale :

Adultes (nombre)

Enfants (nombre).....

II. Quels sont vos diplômes obtenus avant 2010:

- ☐ Aucun diplôme (**précisez**):
 - ☐ Pas de scolarité ou scolarité achevée avant la fin de l'école primaire ;
 - ☐ Scolarité suivie jusqu'à la fin de l'école primaire ou achevée avant la fin du collège
 - ☐ Scolarité jusqu'à la fin du collège ou au-delà ;
 - ☐ Certificat d'études primaires (CEP) ;
 - ☐ BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges, DNB ;
 - ☐ CAP, BEP ou diplôme de niveau équivalent ;
 - ☐ Baccalauréat, brevet professionnel (**précisez**) :
 - ☐ Baccalauréat général ou technologique, brevet supérieur, capacité en droit, DAEU, ESEU ;
 - ☐ Baccalauréat technologique ou professionnel, brevet professionnel, de technicien ou d'enseignement, diplôme équivalent.
 - ☐ BTS, DUT, Deug, Deust, diplôme de la santé ou du social de niveau bac+2, diplôme équivalent ;
 - ☐ Licence, licence professionnelle, maîtrise, diplôme équivalent de niveau bac+3 ou bac+4 ;
 - ☐ Master, DEA, DESS, diplôme de grande école de niveau bac+5, doctorat de santé ;
 - ☐ Doctorat de recherche (hors santé)
- **Avez-vous bénéficié de formation(s) professionnelle(s) antérieures à 2010 ?**
- ☐ OUI (**précisez**)
 - ☐ NON

III. Concernant votre situation professionnelle en 2010 :

	<u>Vous-même</u>	<u>votre conjoint</u>
A. Statut professionnel		
- Salarié	☐	☐
- Non salarié (Indépendant artisan Ou auto-entrepreneur, Aide familiale)	☐	☐
B. Type d'activité		
- Actif ayant un emploi (Temps partiel compris)	☐	☐
- Aide d'une personne dans son travail (Même sans rémunération)	☐	☐
- Apprenti, stagiaire rémunéré	☐	☐
- Chômeur (déclaré)	☐	☐
- Chômeur tout en exerçant une activité réduite	☐	☐
- Étudiant ou retraité occupant un emploi	☐	☐
- Retraité ou pré-retraité	☐	☐
- Elève, étudiant, stagiaire non rémunéré	☐	☐
- Femme au foyer	☐	☐
- Autres inactifs	☐	☐

Profession exercée :

Vous-même :

Votre conjoint.....

Nature de l'activité de l'entreprise:

Et Nombre de salariés

Etiez-vous à : ☐ Temps plein ☐ Temps partiel volontaireJ/sem OU%

Mode de transport principal pour vous rendre au travail

☐ Voiture ☐ train ☐ vélo ☐ Transports en commun

☐ Autre (précisez).....

Qu'elle était la distance domicile-lieu de travail ?

(Distance)..... Km OU (durée).....

Combien de trajets domicile-lieu de travail effectuiez-vous par jour ?

Quel était votre lieu de travail *(zone géographique) :

* Si déplacement plus ou moins fréquemment pour leur travail « chauffeur-routier", "chauffeur de taxi", "VRP", "commerçant ambulant" ou "marin pêcheur"

Commune de résidence :

Quel était votre type de contrat ?

- ☐ Apprentis sous contrat ;
- ☐ Personnes placées par une agence d'intérim ;
- ☐ Emplois aidés (contrat emploi solidarité, emploi jeune, contrat initiative emploi, contrat de qualification, ...) ;
- ☐ Stagiaires rémunérés (stage d'insertion et de formation à l'emploi, ...) ;
- ☐ Contrats à durée déterminée (y compris contrat court, saisonnier, ...) ;
- ☐ Titulaires de la fonction publique (État, collectivités locales, fonction publique hospitalière)
- ☐ Contrats (ou emplois) à durée indéterminée.

Aviez-vous rencontré des difficultés sur le poste que vous occupiez avant 2010?

- ☐ OUI (précisez)
- ☐ NON

Aviez-vous bénéficié d'aménagement(s) du poste antérieur à 2010 ?

- ☐ OUI (précisez)
- ☐ NON

Votre travail habituel, antérieur à 2010, comportait il des risques ? (Plusieurs choix possibles)

☐ Contraintes horaires (**précisez**) : ☐ 3*8 ☐ travail de nuit ☐ autres.....

☐ Contraintes psychiques ? (les conditions de réalisation de votre travail avaient elles des répercussions psychologiques ?)

☐ Charge mentale importante ? (efforts de concentration, de compréhension, d'adaptation, d'attention et de minutie ; exigences de rapidité, de délai, de qualité d'exécution)

☐ Contraintes environnementales :

☐ Contraintes physiques

☐ Manutention manuelle de charge (tirer, pousser...)

☐ Contraintes posturales (assis ou debout prolongé)

☐ Gestes répétitifs

☐ Milieu hyperbare

☐ Bruit ou nuisance sonore

☐ Ambiance Thermique

☐ Ambiance lumineuse

☐ Ambiance vibratoire

☐ Risque rayonnements ionisants

☐ Risque chimique

☐ Risque biologique

☐ Risque routier (nombreux déplacements pendant votre travail)

☐ Contact direct avec le public

☐ Autres (**Précisez**)

IV. Concernant votre état de santé en 2010 (hors cancer du sein)

- Aviez-vous des problèmes de santé qui nécessitaient un traitement régulier ou qui impactait sur votre travail ?
 - ☐ NON
 - ☐ OUI (**précisez**) :
 - Nature de la ou des pathologie(s).....
 -
 -
 -
 - Nature du ou des traitements.....
 -
 -
- Pratiquiez-vous un sport régulièrement ?
 - ☐ OUI (nature et fréquence).....
 - ☐ NON

V. Avez-vous été atteinte d'un cancer du sein avant 2010 ?

- ☐ NON (**passer directement à la question VI**)
- ☐ OUI (**Précisez**) :
 - Date (mois/année) /
 - Sur quel sein ? ☐ Autre sein que celui opéré en 2010
 - ☐ Même sein que celui opéré en 2010
 - Occupiez-vous le même poste qu'en 2010 ?
 - ☐ OUI
 - ☐ NON (Précisez quel poste et quelle type d'entreprise) :
.....
 - Aviez-vous repris le travail ?
 - ☐ NON (**préciser votre situation**) :
 - ☐ Chômage ☐ Femme au foyer ☐ RSA ☐ Invalidité catégorie 2
 - ☐ Invalidité catégorie 3 ☐ Autre (Préciser).....

☐ OUI (**précisez dans l'encadré suivant**) :

Date (mois/année) /

Aviez-vous bénéficié d'un arrêt de travail ?

☐ OUI, précisez la durée Jours OU Mois

☐ NON

L'assurance maladie a-t-elle cessé de vous verser des indemnités journalières ?

☐ OUI (**Précisez à quelle date**)

☐ NON

Aviez-vous été reconnue :

☐ RQTH (travailleur handicapé) (**Précisez à quelle date**) :

☐ Invalidité catégorie 1 (**Précisez à quelle date**) :

☐ Invalidité catégorie 2 (**Précisez à quelle date**) :

Type de reprise :

☐ Reprise au même poste (dans la même entreprise)

☐ A temps plein ☐ Temps partiel thérapeutique ou TPT (précisez) %

☐ Temps partiel volontaire (précisez) %

Si TPT, aviez-vous repris le travail à temps complet ? ☐ OUI (date en mois/année) /

☐ NON

Aviez-vous fait l'objet d'une visite par le médecin du travail de : (plusieurs choix possible)

☐ Pré-reprise

☐ Reprise TPT

☐ Reprise Temps Plein

Aviez-vous bénéficié d'aménagements de poste ou d'horaires sur prescription du médecin du travail ?

☐ OUI (précisez).....

☐ NON

Aviez-vous bénéficié de l'intervention du SAMETH 21 ☐ OUI ☐ NON

☐ Reprise dans un autre emploi/ poste suite à un reclassement pour inaptitude médicale au poste (dans la même entreprise)

☐ Reprise à un autre emploi (reconversion) dans une AUTRE entreprise (**Précisez l'emploi**)

☐ Suite à un licenciement pour inaptitude médicale

☐ Suite à un licenciement économique

☐ Suite à une rupture conventionnelle

☐ Suite à une démission volontaire

VI. Concernant votre cancer du sein opéré en 2010

- Aviez-vous poursuivi une activité physique ?
 - ☐ OUI (nature et fréquence).....
 - ☐ NON

- Votre maladie a-t-elle modifié vos activités physiques ?
 - ☐ OUI (nature des activités cessées).....
 - ☐ NON

- Aviez-vous souhaité une reprise du travail ? ☐ OUI ☐ NON
 - ☐ À votre poste ☐ à un autre emploi

- Avez-vous bénéficié d'une prise en charge psychologique ? ☐ OUI ☐ NON
A quelle Fréquence ?/semaine OU /Mois
Par (plusieurs choix possibles) : ☐ psychologue ☐ psychiatre ☐ centre médico-psychologique
☐ Autres

- Avez-vous suivi des thérapies complémentaires (hypnose, homéopathie, phytothérapie, acupuncture...)
 - ☐ OUI (Précisez).....
 - ☐ NON

- Votre maladie a-t-elle un impact financier ? ☐ OUI ☐ NON

- Votre maladie vous a-t-elle empêchée de contracter un emprunt ? ☐ OUI ☐ NON

- Selon vous, votre employeur a-t-il pris les mesures nécessaires pour faciliter au mieux votre retour dans l'entreprise ? ☐ OUI ☐ NON
(Précisez)
.....

- Avez-vous bien été accueilli par vos collègues de travail à votre retour ? ☐ OUI ☐ NON
(Précisez)
.....

- Aviez-vous repris le travail ?
 - ☐ NON (**préciser votre situation**) :
 - ☐ Chômage ☐ Femme au foyer ☐ RSA ☐ Invalidité catégorie 2
 - ☐ Invalidité catégorie 3 ☐ Autre (Préciser).....

☐ OUI (**précisez dans l'encadré suivant**) :

Date (mois/année) /

Aviez-vous bénéficié d'un arrêt de travail ?

☐ OUI, précisez la durée Jours OU Mois

☐ NON

L'assurance maladie a-t-elle cessé de vous verser des indemnités journalières ?

☐ OUI (**Précisez à quelle date**)

☐ NON

Aviez-vous été reconnue :

☐ RQTH (travailleur handicapé) (**Précisez à quelle date**) :

☐ Invalidité catégorie 1 (**Précisez à quelle date**) :

☐ Invalidité catégorie 2 (**Précisez à quelle date**) :

Type de reprise :

☐ Reprise au même poste (dans la même entreprise)

☐ Temps plein ☐ Temps partiel thérapeutique ou TPT (précisez) %

☐ Temps partiel volontaire (précisez) %

Si TPT, aviez-vous repris le travail à temps complet ? ☐ OUI (date en mois/année) /

☐ NON

Aviez-vous fait l'objet d'une visite par le médecin du travail de : (plusieurs choix possible)

☐ Pré-reprise

☐ Reprise TPT

☐ Reprise Temps Plein

Aviez-vous bénéficié d'aménagements de poste ou d'horaires sur prescription du médecin du travail ?

☐ OUI (précisez).....

☐ NON

Aviez-vous bénéficié de l'intervention du SAMETH 21 ☐ OUI ☐ NON

☐ Reprise dans un autre emploi/ poste suite à un reclassement pour inaptitude médicale au poste (Dans la même entreprise)

☐ Reprise à un autre emploi (reconversion) dans une AUTRE entreprise (**Précisez l'emploi**)

☐ Suite à un licenciement pour inaptitude médicale

☐ Suite à un licenciement économique

☐ Suite à une rupture conventionnelle

☐ Suite à une démission volontaire

**LA REPRISE DU TRAVAIL DES FEMMES SALARIEES DU REGIME GENERAL EN COTE D'OR
APRES TRAITEMENT CHIRURGICAL D'UN CANCER DU SEIN NON METASTATIQUE.
INTERET D'UNE CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE**

Mathilde VANDEL

CONTEXTE : Le retour à l'emploi étant une étape cruciale pour les femmes opérées d'un cancer du sein, il est important de leur proposer une prise en charge précoce et adaptée afin de permettre leur réinsertion socio-professionnelle à la fin des traitements. Ce travail, qui s'inscrit dans l'un des principaux objectifs définis dans l'étude VICAN2 « *augmenter, d'ici 5 ans, de 50 % les chances de retour à l'emploi 2 ans après le diagnostic des personnes atteintes d'un cancer* », a été réalisé à partir des données collectées dans le dossier médical informatisé du CGFL et d'une enquête par auto-questionnaire auprès de 73 salariées du régime général en Côte d'Or traitées chirurgicalement pour cancer du sein non métastatique.

RESULTATS : La reprise du travail apparaît être liée d'une part aux caractéristiques des tumeurs et de leur prise en charge thérapeutique avec leurs séquelles (douleurs ostéo-articulaires après chimiothérapie, troubles cognitifs après hormonothérapie), ainsi qu'aux antécédents pathologiques, et d'autre part à la situation socio-familiale, à l'accueil des collègues et aux mesures prises par l'employeur.

CONCLUSION : Très peu de ces femmes ont bénéficié, par méconnaissance, de la réalisation d'une visite de pré-reprise auprès de leur médecin du travail. Il apparaît nécessaire d'informer les patientes sur le bénéfice de ces visites de pré-reprise et de leur proposer au cours de leur traitement une consultation pluridisciplinaire, associant thérapeutes et spécialiste en santé travail, de façon à permettre le repérage des facteurs susceptibles de favoriser ou de faire obstacle à la reprise du travail.

MOTS-CLES : RETOUR AU TRAVAIL, CANCER DU SEIN, APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE