

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

Année 2020

2020TOU31700

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE DU TRAVAIL

Présentée et soutenue publiquement

Par

Samuel LADIAS

Le 4 décembre 2020

**Après-cancer et maintien dans l'emploi : Plateforme d'aide au maintien
dans l'emploi à Toulouse**

Directeur de thèse : Dr Fabrice HERIN

JURY

Monsieur le Professeur Jean Marc Soulat

Président

Monsieur le Docteur Fabrice Herin

Assesseur

Madame le Docteur Yolande Esquirol

Suppléant

Monsieur le Docteur François Xavier Lesage

Invité



FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol André	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emille	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOUCAA Bruno
Mme PUECH Marielle

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean Marc SOULAT

Cher Maître, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour le temps passé pour notre formation.

A Monsieur le Docteur HERIN, mon directeur de thèse

Vous m'avez proposé ce sujet intéressant, et guidé tout au long de ce travail.

A madame le Dr Yolande ESQUIROL

Merci de participer à ce jury de thèse et de vous investir dans la formation des internes.

A monsieur le Dr François Xavier Lesage

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail.

A mes parents qui me soutiennent depuis le début de ces études, à ma sœur et à mes frères.

A Laure, merci pour ta présence de tout instant

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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.

Table des Matières

I.	Introduction	3
II.	Conséquences du cancer sur l'emploi	3
A.	Modalités de reprises	4
B.	Facteurs modifiant le retour à l'emploi après un cancer.....	4
C.	Le plan cancer	7
III.	Les différentes institutions agissant dans le maintien dans l'emploi en France.....	7
A.	Sphère institutionnelle	7
B.	Sphère de la santé	9
C.	Sphère professionnelle.....	9
D.	Les aides proposées	10
IV.	Au niveau international	13
V.	ACAMEOT (Après cancer et maintien dans l'emploi à l'Oncopole Toulouse)	14
A.	Intérêt de cette plateforme	14
B.	Les partenaires	15
C.	Méthodologie.....	15
1.	Schéma de la recherche	15
2.	Objectifs	16
3.	Critères de jugement.....	16
4.	Procédure de l'étude.....	17
5.	Les analyses statistiques.....	19
D.	Résultats.....	20
E.	Limites du projet ACAMEOT.....	27
VI.	Discussion.....	28
A.	Bilan des dispositifs	30
B.	Plateforme commune	31
VII.	Conclusion.....	31
VIII.	Bibliographie	33

I. Introduction

Dans le monde, le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués s'élève à 18 millions par an. En 2018, les cancers les plus diagnostiqués mondialement étaient le cancer du poumons (11.7%), suivi de près par le cancer du sein (11.6%)¹. En France, cette même année, le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués était estimé à 382 000 (204 600 chez l'homme 177 400 chez la femme). Le cancer du sein reste de loin le plus fréquemment diagnostiqué en France, avec 58 459 nouveaux cas en 2018².

Entre 2010 et 2018, le taux de mortalité par cancer baisse de 0,7 % par an pour les femmes et de 2% par an pour les hommes, avec des fortes disparités selon la localisation du cancer². De plus, en 2017 la prévalence totale des cancers augmente avec 3 millions de Français ayant eu un diagnostic de cancer au cours de leur vie (1 570 000 hommes et 1 412 000 femmes)³. Ainsi, chaque jour, 1000 personnes apprennent leur diagnostic de cancer, dont 400 exerçant une activité professionnelle.

Cette augmentation de la prévalence totale des cancers s'explique par l'augmentation du nombre de cas incidents, le vieillissement de la population, l'augmentation de la population et l'amélioration de l'espérance de vie⁴. En effet le dépistage s'améliore avec l'instauration de programmes de santé publique et des innovations techniques, les nouvelles thérapies sont de plus en plus efficaces. Par exemple, après un diagnostic de cancer du sein, 87% des patientes sont encore vivantes 5 ans après leur diagnostic⁵.

II. Conséquences du cancer sur l'emploi

Devant l'augmentation de la survie des patients après un diagnostic de cancer, la question de la poursuite du travail se pose de plus en plus. En 2009, une méta-analyse regroupant 36 articles montrait que les patients ayant souffert d'un cancer étaient plus à risque de perdre leur emploi que des patients sains (33.8% vs 15.2% ; RR : 1.37; [1.21 ; 1.55]). Le retour à l'emploi en France, deux ans après un diagnostic de cancer, est de 74.7% selon l'enquête nationale VICAN 2⁶. Selon l'étude de Mehnert, en 2011 ce taux diminuait pour atteindre une moyenne de retour à l'emploi de 40 % six mois après le diagnostic de cancer, 62 % après douze mois, 73 % après dix-huit mois et 89 % après 24 mois⁷. Enfin, les patients ayant souffert d'un cancer sont plus à risque d'être mis en invalidité ou en une retraite anticipée, toujours d'après la méta-analyse de 2009.⁸

Cependant, rester en activité professionnelle suite à un diagnostic et un traitement de cancer a prouvé un réel intérêt pour les patients. C'est une étape importante dans leur processus de guérison. Différents auteurs se sont accordés à ce sujet. Par exemple, ce retour

au travail offre une possibilité de retour à la normalité, de reprise de contrôle de sa vie⁹. De plus, il a été prouvé que la satisfaction au travail était corrélée à la qualité de vie¹⁰.

A. Modalités de reprises

Après un cancer, reprendre le travail est donc une étape difficile et ceci pour différentes raisons. Tout d'abord, les patients sortent d'une période complexe aussi bien physique que psychologique. Ils conservent des séquelles secondaires à la maladie et à son traitement. Ils sont marqués par une fatigue importante, parfois une dépression, de l'anxiété, des douleurs suggérant une activité professionnelle altérée¹¹. Par exemple, un an après le diagnostic de cancer du sein, 85% des patientes étaient absentes de leur travail 4 semaines ou plus, contre 18% pour les individus sans pathologies¹².

De plus, 5 ans après le diagnostic de cancer, tous types de cancer confondus, 20% des travailleurs présentent encore un des symptômes, altérant leur état de santé et rendant un retour au travail plus difficile¹³.

Enfin, 76,8 % des patients cancéreux ayant un emploi au moment du diagnostic l'ont conservé deux ans après, contre 93,8 % pour les personnes du groupe témoin sans cancer⁶.

Dans ces conditions, un retour au travail ou une réinsertion professionnelle n'est pas évidente. Avec les difficultés évoquées ci-dessus, les patients ont besoin d'aide afin de ne pas se trouver dans des situations d'échec professionnel. En effet, le travail demandé peut ne plus être adapté à leurs capacités psychologiques ou physiques post-cancer. Sans aide adaptée, la perte d'emploi est une issue inexorable, et ce dans des délais à relativement court terme.

Cependant, la majorité des survivants de cancer ont les capacités de travailler¹⁴. Une réadaptation au travail est à envisager, avec une diminution du temps ou de la charge du travail, voir même un reclassement professionnel¹⁵.

B. Facteurs modifiant le retour à l'emploi après un cancer

Après un diagnostic de cancer, le taux de retour moyen au travail est d'environ 60 % et varie selon les études comme nous l'avons déjà mis en avant¹⁶¹⁷¹⁸. Différents facteurs l'influencent. Ces derniers peuvent être classés en 3 catégories différentes :

1- Les facteurs en lien avec le travail

Un travail dont les horaires seraient plus souples, avec des collègues de travail ayant une attitude positive, un retour au travail se faisant progressivement sont des facteurs identifiés comme facilitant le retour au travail¹⁶. Un employeur ou des proches soutenant

sont également des facteurs facilitant le retour au travail. Ces constats ont principalement été faits dans le cadre du cancer du sein.

Inversement, les travaux demandant des efforts physiques ou étant manuels ne sont pas facilitant pour le retour au travail.

2- Les facteurs en lien avec des caractéristiques individuelles

Les patients de niveaux d'études plus élevés ont d'avantage de facilités pour retrouver un emploi⁷. De plus, les hommes jeunes, ayant fait des études supérieures et ayant des postes à responsabilités ont plus de facilités à revenir au travail et à adapter leur poste à leurs nouvelles contraintes¹⁹. Enfin, un investissement fort dans son métier facilite le retour au travail¹⁴.

Une association inverse entre l'emploi et les faibles niveaux d'instruction, le faible revenu du ménage, les multiples comorbidités, a été constatée. En outre, les femmes vivant avec un conjoint seraient plus susceptibles de cesser de travailler après un traitement par rapport aux femmes sans conjoint²⁰. Un âge supérieur à 55 ans ou un chômage de longue durée avant le diagnostic sont d'autres facteurs rendant le retour au travail plus difficile.

3- Les facteurs en lien avec le type de cancer, le type de traitement

Les cancers ORL, céphaliques, du poumon et de l'estomac ont des taux de retour au travail inférieur aux autres¹⁶. De même, les patients diagnostiqués d'un cancer du sein, du tube digestif ou des organes génitaux féminins sont plus à risques d'être sans-emploi⁸.

Par ailleurs, plus la date du dernier traitement est éloignée, plus les chances de retour au travail sont élevées¹⁶.

Dans ce contexte, la Haute autorité de santé (HAS) a créé des recommandations en février 2019²¹. Elle insiste sur l'importance d'une prise en charge transversale du retour au travail, indépendante du type de maladie. De plus, les démarches visant à améliorer le maintien de l'emploi après un cancer devraient comporter deux « modules ». Le premier serait commun à toutes démarches de maintien dans l'emploi, tandis que le second serait spécifique aux patients atteints de cancers.

Les objectifs du module commun	Les objectifs du module spécifique
<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la capacité de travail. - Améliorer les conditions de travail. - Assurer une prise en charge des conséquences psychologiques de la maladie : dépression, anxiété, amélioration de la perception des capacités fonctionnelles du patient. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation de la charge physique du travail à l'état de santé. - Favoriser une relation de soutien entre le manager et le travailleur. - Prendre en compte le type de cancer et le type de traitement. - Prendre en compte le genre, la temporalité de la reprise, ainsi que les problématiques différentes chez les hommes et les femmes atteints de cancer. - Prendre en compte le type de catégorie socioprofessionnelle. <p><i>Pour les catégories socioprofessionnelles d'exécution :</i></p> <p>L'accent devrait être mis sur l'accompagnement des séquelles, la surveillance de problèmes psychologiques qui motivent la prise de médicaments et peuvent gêner ces personnes dans leur activité professionnelle.</p> <p><i>Pour les catégories socioprofessionnelles d'encadrement :</i></p> <p>La vulnérabilité après le diagnostic semblant principalement liée à la gravité de la maladie, les efforts devraient être faits vis-à-vis du maintien dans l'emploi dans le cas de cancers avec un pronostic de survie à 5 ans inférieur à 80 %.</p>

C. Le plan cancer

En France, l'action 9.4 du plan cancer 2015-2019 demande de « Parfaire l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle des personnes atteintes de cancer. » Le plan cancer s'était fixé comme objectif d'augmenter de 50 % les chances de retour à l'emploi deux ans après le diagnostic de cancer, par rapport à celles non atteintes.

Dans ce contexte de maintien dans l'emploi après un cancer des plateformes d'aide au maintien dans l'emploi ont été instauré dont ACAMEOT (Après Cancer et Maintien dans l'Emploi à l'Oncopole de Toulouse)

III. Les différentes institutions agissant dans le maintien dans l'emploi en France

En France actuellement, le cancer est perçu comme une maladie chronique évolutive comme le diabète, l'asthme ou les hépatites. L'Organisation mondiale de la santé définit la maladie chronique évolutive comme étant « un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur plusieurs années ». A ce titre, le cancer bénéficie de prise en charge commune à cet ensemble de pathologies.

A. Sphère institutionnelle

La caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) a pour objectif de prévenir la désinsertion professionnelle et favoriser le maintien dans l'emploi. Elle propose une offre attentionnée de services visant à mieux prendre en charge et accompagner les assurés présentant un risque de non-retour à l'emploi du fait de leur état de santé. Cette démarche est portée par l'ensemble des services des branches maladie et accident du travail/maladie professionnelle (AT/MP) avec :

- Un service administratif,
- Un service social,
- Un service médical.
- Pour les situations les plus complexes, ces différents services coordonnent leurs actions au sein des cellules dites de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP)
- Les établissements des Unions pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie (UGECAM) peuvent être également mobilisés sur le maintien dans l'emploi et la réinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap par l'intermédiaire de :

- 12 Centres de Réadaptation Professionnelle proposant une trentaine de formations qualifiantes ou diplômantes reconnues par l'État, dans 11 secteurs d'activité (commerce, bâtiment, informatique, électronique, vente, distribution, chimie, santé, etc.) ;
- 14 Unités d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale (UEROS) s'adressant aux personnes cérébrolésées ;
- 16 Centres de pré-orientation dont la mission est d'accompagner les personnes dans la définition d'un nouveau projet professionnel.

Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) dont les missions visent l'accueil, l'information, l'orientation et l'accompagnement des personnes handicapées. Elles permettent, entre autres, d'obtenir la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

L'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (Agefiph) gère les fonds nécessaires à l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Elle favorise ainsi l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées. Les actions initiées et mises en œuvre par l'AGEFIPH visent toutes à faciliter l'insertion professionnelle, en milieu ordinaire de travail, ainsi que le maintien dans l'emploi des personnes handicapées dans les entreprises privées.

Le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) dont la principale mission consiste à favoriser l'insertion et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés dans les trois versants de la fonction publique (territoriale, hospitalière, État). Les employeurs publics d'au moins vingt agents et ne respectant pas le taux d'emploi de 6% de travailleurs handicapés sont dans l'obligation de verser une contribution annuelle au FIPHFP. Cette dernière est calculée proportionnellement aux effectifs de travailleurs handicapés manquants.

Les services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (Sameth) sont financés par le FIPHFP pour la fonction publique et par l'Agefiph pour le secteur privé. Ils permettent d'obtenir des aides de l'Agefiph pour le maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés du secteur privé afin d'éviter le licenciement d'un salarié devenu inapte à son poste :

- **CAP EMPLOI** qui est une structure contribuant à maintenir dans son emploi ou dans l'entreprise un travailleur confronté à une inadéquation entre son état de santé et son poste de travail, en collaboration avec les autres partenaires du maintien. Elle est financée par l'AGEFIPH et le FIPHFP

- **Réseau COMETE France** les équipes COMÈTE France sont chargées d'assurer une prise en charge précoce de l'avenir professionnel des personnes hospitalisées en Services de Soins, Suite et Réadaptation (SSR).

Outre ces aides institutionnelles, on retrouve également des aides venant de la sphère dite de la santé. On y retrouve plusieurs acteurs.

B. Sphère de la santé

Le médecin traitant en partenariat avec le médecin de travail. Ils constituent le premier maillon d'un réseau de professionnels aidant les patients à conserver leur emploi. Le médecin traitant peut inciter son patient à effectuer une visite de pré-reprise. Après celle-ci et en cas de besoin, le médecin conseil de l'assurance maladie est parfois mobilisé, les assistantes sociales de la CARSAT, de l'entreprise ou d'un établissement de santé également, tout comme le service de maintien dans l'emploi de CAP EMPLOI. Les outils principaux du médecin traitant restent :

- La demande RQTH à déposer à la MDPH
- La demande de temps partiel thérapeutique, à valider avec l'employeur et à préparer en amont avec le médecin du travail ;
- La mise en invalidité en cas de prolongation d'un arrêt de travail. Notons cependant qu'une reprise d'activité professionnelle est tout de même possible lors d'une mise en invalidité.
- **Des ergothérapeutes**, dont le rôle est d'adapter le poste de travail,
- **Des rééducateurs fonctionnels**,
- **Des médecins spécialistes comme les oncologues.**

Enfin on retrouve la sphère professionnelle, au sein de l'entreprise. On y retrouve différents acteurs pour agir dans le maintien dans l'emploi :

C. Sphère professionnelle

- L'employeur
- La direction des ressources humaines
- L'assistante sociale de l'entreprise
- Le service de médecin du travail
- L'encadrement et les collègues
- Les partenaires sociaux

D. Les aides proposées

Le temps partiel thérapeutique, l'adaptation de la situation de travail avec des financements matériels de la part de l'AGEFIPH, l'incitation à l'aménagement du temps de travail par l'employeur,

Des études des situations de travail (Agefiph) d'un point de vue ergonomique,

Des Prestations Spécifiques Handicaps : Il s'agit de l'appui d'un expert permettant d'identifier précisément les conséquences du handicap, au regard du projet professionnel de la personne, ainsi que les moyens de les compenser.

Les aides au maintien : elles ont pour objectif de favoriser le maintien dans l'emploi d'une personne handicapée menacée de perte en raison de l'inadéquation entre son handicap ou son état de santé et sa situation de travail. Il s'agit d'une aide participant aux frais occasionnés par la recherche d'une solution de maintien dans l'emploi d'une personne handicapée (temps de concertation, réunion, etc.).

Aides diverses comprenant **l'aide à la mobilité** pour compenser le surcoût du permis de conduire, l'aménagement de véhicule avec acquisition, et l'aide ponctuelle aux trajets.

Reconnaissance de la lourdeur du handicap (RLH) dont l'objectif est de soulager financièrement les conséquences du handicap sur l'activité professionnelle. Cela comprend notamment les charges liées à la moindre productivité du travailleur, à une organisation particulière du travail, à un accompagnement social ou professionnel, à l'aide ou l'accompagnement apportée par un tiers ou un tuteur.

Enfin, des dispositifs et aides pour la formation professionnelle sont mobilisables dans le cadre de la formation tout au long de la vie.

Devant l'importance des pathologies cancéreuses au sein des maladies chroniques évolutives, des plateformes d'aides spécifiques au patient ont vues le jour. On les retrouve sous différentes formes.

Depuis 2016 un partenariat entre le réseau de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et des Associations régionales pour l'améliorations des conditions de travail (Anact-Aract) avec l'institut national du cancer (Inca) a été créé. Il mobilise les entreprises et acteurs institutionnels et sociaux sur ces questions. Il a été instauré un « club cancer et emploi » permettant de partager les expériences en matière de maintien en emploi de personnes atteintes d'un cancer ou d'autres maladies chroniques évolutives. Une charte de 11 engagements a été mise en place par ce groupe et est proposée à un ensemble

d'entreprises. L'objectif est d'améliorer l'accompagnement des salariés touchés par le cancer et promouvoir la santé. De plus au niveau régional, un espace de concertation a été instauré afin d'impliquer un grand nombre d'acteurs travaillant encore de façon cloisonnée. L'objectif est de favoriser le travail en coopération entre les acteurs des différentes sphères.

L'association Entreprise en Cancer, créée en 2011, l'association Entreprise et Cancer réunit des professionnels issus d'horizons variés : consultants et responsables de ressources humaines, médecins du travail, oncologues, psychologues, managers. Elle aide les entreprises à mieux accompagner leurs salariés touchés par la maladie.

Le groupe Cancer@work, créé en 2012, est le 1^{er} club d'entreprises dédié au sujet du cancer de la maladie au travail. A la fois plateforme d'échanges et de partage sur l'intégration de la maladie en entreprise, ce groupe est également un incubateur de projets d'innovation économique et sociale.

L'institut Paoli Calmettes et la fondation GIMS ont mis en place la première structure pluridisciplinaire dont la finalité est d'accompagner des patients fragilisés par la maladie dans leur parcours et leur réinsertion professionnelle. Le dispositif prévoit un médecin du travail, un oncologue, une assistante sociale et un psychologue. A ce jour, 150 patients ont bénéficié de ce dispositif et ce projet-action se développe avec d'autres équipes françaises. Cette action a été réalisée en partenariat avec l'Institut Paoli Calmettes, centre régional de lutte contre le cancer et la Ligue.

Les centres hospitaliers universitaires (CHU) comme ceux de Rouen²² et de Lille²³ ont également installé des plateformes de mise en relation des différents professionnels de santé et des individus.

Tout d'abord, le CHU de Rouen, a mis en place en 2006 une consultation spécialisée d'aide à la reprise du travail après un cancer. Il s'agissait d'une plateforme multidisciplinaire médico-psycho-sociale. Cette plateforme se trouvait dans le centre de consultation du service de pathologie professionnelle du centre hospitalier universitaire de Haute Normandie. Elle comprenait 4 intervenants (une secrétaire, une assistante sociale, une psychologue et un médecin du travail) travaillant chacun un jour par semaine au sein de cette plateforme. Les patients sélectionnés sont d'abord vu par le médecin et l'assistante sociale. Un bilan des capacités fonctionnelles du patient, des contraintes du dernier poste et de ses souhaits par rapport à la reprise du travail sont recueillis. Des informations lui sont apportées concernant ses droits, les interlocuteurs à solliciter, des conseils pratiques par rapport à la reprise du travail. Ensuite, les patients reçoivent un plan de prise en charge au sein de la plateforme (suivi médical, accompagnement psychologique...). Un compte rendu est fourni au médecin

traitant et à l'oncologue s'occupant du patient. Les différents intervenants de la plateforme se réunissent régulièrement afin de mettre en commun les informations recueillies et d'adapter le plan de soins. Une communication autour de ce programme a été effectuée vers les médecins par l'intermédiaire d'une plaquette (médecins généralistes, médecins conseils, médecin du travail) et vers les patients avec la participation à des conférences régionales et des parutions dans les médias régionaux. Cette plateforme aide à faire une transition entre le milieu de soins et le milieu de travail. Elle permet, entre autres, d'orienter les patients vers les interlocuteurs adéquates, donne des conseils adaptés aux situations individuelles. 93% des patients estimaient que la plateforme leur avait été utile. En effet elle oriente le patient vers l'interlocuteur compétent au vu de la situation et apporte des conseils spécifiques adaptés à la pathologie ainsi qu'un avis spécialisé à des patients n'en bénéficiant pas habituellement. De plus, en poursuivant un suivi dans le début de la reprise d'un emploi, cette plateforme a aussi permis au médecin du travail du patient d'être en contact avec un spécialiste de la reprise du travail après un cancer, lui fournissant un appui dans l'aptitude à avoir concernant, par exemple, l'aménagement du poste.

A Lille, une plateforme téléphonique a également été mise en place avec comme objectif d'aider toutes personnes ayant des difficultés pour le maintien ou le retour dans l'emploi du fait de problèmes de santé en rapport avec des maladies chroniques. Elle a été développée en particulier par le centre hospitalier régional et universitaire de Lille en association avec l'institut de santé au travail du nord de la France en 2006. Il s'agit d'un accompagnement individualisé, téléphonique, et un suivi pour les patients atteints du cancer ou d'une maladie chronique. Cette plateforme était localisée dans l'unité fonctionnelle médecine du travail – pathologie professionnelle et environnement. Elle rassemble deux infirmières et un praticien hospitalier. Chacun a été formé de manière théorique à l'écoute active, à la gestion des appels et de manière pratique sur des demi-journées dans des centres d'appels comme celui du SAMU. L'infirmière recevant les appels écoute les besoins, répond à la demande de manière immédiate ou oriente le patient vers la structure compétente. S'il y a eu orientation, un suivi téléphonique à un mois est effectué afin de s'assurer la prise en charge de la demande. Cette plateforme a beaucoup orienté les patients vers les bons interlocuteurs et facilité le travail en réseau entre ces derniers. Elle a reçu plus de 1300 appels faisant l'objet de 2500 demandes. 47 % de ces demandes étaient en rapport avec le retour à l'emploi. Le suivi des appels a permis de savoir que dans 55% des cas, les demandes ont abouti. Une des limites de ce projet a été le manque de communication afin d'informer les patients sur son existence et des horaires d'ouvertures courtes, expliquant un nombre d'appels peu important.

Un manque d'informations reçues de la part des patients sur les possibilités offertes par les entreprises afin d'adapter les conditions de travail serait un obstacle à un bon retour au travail²⁴.

Sur le plan international on retrouve également des études sur le maintien dans l'emploi après un cancer. Des plateformes ont également été créées, avec différentes méthodes afin d'améliorer le maintien et le retour à l'emploi après un cancer.

IV. Au niveau international

Une méta-analyse de 2019, regroupant 10 articles internationaux, a étudié les différentes méthodes utilisées au Pays Bas, en Suède, en Norvège et en Grande Bretagne pour améliorer le maintien et le retour au travail après un cancer²⁵.

On retrouve principalement des études hospitalo-centrées :

- En 2013²⁵, Hubbard et al publient une étude au Royaume-Uni sur le cancer du sein. Dans cette dernière, ils effectuaient une consultation téléphonique avec un médecin du travail afin d'identifier les besoins de la patiente. Un modèle avec une prise en charge transversale bio-psycho-sociale est ainsi employé lors de l'entretien téléphonique²⁶.
- En 2017 en Hollande, Leensen et al²⁶, effectuaient leur étude sur plusieurs types de cancer. Ils ont développé une prise en charge par de l'activité physique régulière durant 12 semaines, associée à des conseils sur le retour au travail. Ils ont constaté que cette prise en charge transversale aboutissait à une diminution de la fatigue et un taux élevé de retour au travail en fin d'étude.
- En Norvège, Oldervoll et al²⁷ ont mis en place une plateforme destinée à des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein ou un cancer gynécologique. Cette plateforme consistait à accompagner les patientes lors de séances d'activité physique, d'éducation thérapeutique basée sur le traitement du cancer et ses effets secondaires, de nutrition, d'explication des droits des patientes en matière d'accès aux soins, d'aménagements du poste de travail, d'adaptation des horaires de travail ainsi que de groupes de discussion.

Dans ces études centrées sur l'hôpital, certaines procédures incitent le patient à joindre son employeur. Dans certaines plateformes des consultations sont effectuées pour identifier les besoins précis du patient en matière de soins, orientant vers un spécialiste (psychologue, médecin du travail etc.).

Des plateformes en dehors de l'hôpital ont également été testées. Celles-ci fournissent, par exemple, des brochures d'information²⁸, mettent à disposition des coaches spécialisés²⁹ pour se maintenir dans l'emploi ou encore des cahiers d'exercices physiques³⁰.

Certaines études ont particulièrement insisté sur les bienfaits de l'activité physique comme par exemple en 2013 Rusbridge²⁸ qui a proposé un programme de réadaptation professionnelle pour les survivants d'une tumeur cérébrale avec de l'activité physique.

V. ACAMEOT (Après cancer et maintien dans l'emploi à l'Oncopole Toulouse)

A. Intérêt de cette plateforme

Les patients souffrant d'un cancer ou d'une maladie chronique ont un déficit d'information concernant les différents dispositifs d'aide existant pour le retour à l'emploi. Ainsi, plusieurs auteurs estiment que des structures d'information et de conseils doivent être mises en place. L'apport des informations utiles au patients atteints d'une pathologie les écartant du travail est primordial pour eux. L'objectif est de les aider à réintégrer ou à se maintenir dans leur vie professionnelle³¹.

De plus dans 90 % des cas, aucun contact entre le médecin du travail et les soignants du cancer n'a lieu. Cette plateforme permet de mettre en lien tous ces professionnels. Une bonne stratégie d'accompagnement médico-psycho-sociale contribuerait à la réussite du retour au travail²².

Notre objectif est donc de faciliter le retour à l'emploi, ou de maintenir dans l'emploi des patients ayant été diagnostiqués et traités d'un cancer. ACAMEOT est une plateforme mettant en relation différents professionnels (Assistante sociale, psychologue, médecin du travail, ressources humaines) afin de simplifier le retour à l'emploi⁹, aider les patients à travailler de nouveau et donc participer à leur guérison. Les patients ayant subi une perte d'emploi suite à leur diagnostic ont encore plus de difficultés à retrouver un emploi. Pour ces derniers en particulier, une aide individualisée est importante.

Illustrons ce dernier point par quelques exemples concrets. Une assistante maternelle de 42 ans, souhaitant changer de métier et devenir secrétaire de direction, voudrait participer à ACAMEOT pour être aidée dans ses démarches. Un jeune enseignant de 39 ans, ayant subi une perte de confiance en soi et en ses capacités après le traitement de son cancer, se demandait s'il était encore fait pour son travail. Un menuisier de 54 ans, ne se sentant plus la force de reprendre son métier initial, s'interrogeait sur les formations qu'il pourrait

effectuer. Le programme ACAMEOT propose un parcours sur mesure ; quel que soit l'âge, la profession et le statut de la personne. Il serait donc parfaitement adapté aux trois cas évoqués.

B. Les partenaires

Pour la mise en place de ce projet, différents partenaires participent à ce projet :

L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DU CANCER DE TOULOUSE – ONCOPOLE regroupe, sur un même site, l'Institut Claudius Regaud, centre de lutte contre le cancer, et le service d'hématologie du CHU de Toulouse.

Le service des maladies professionnelles et environnementales (SMPE) est un Service hospitalier universitaire à vocation régionale de second recours, spécialisé dans les problématiques de santé secondaires au travail ou intercurrentes avec le travail. En son sein se trouvent un médecin du travail ainsi qu'une psychologue.

Le groupe AG2R, 1^{er} groupe de protection sociale et patrimoniale en France, développe, en parallèle de ses activités assurantielles, un engagement social (dans le respect des priorités des fédérations Agric et Arrco). Ce dernier permet d'accompagner et de soutenir les personnes fragilisées face aux aléas de la vie. Pour cela, il s'appuie sur un réseau d'experts constitué de partenaires nationaux et régionaux.

Le groupe de ressources humaines Marijul RH : cette structure, spécialiste de la Formation et du Conseil en Entreprises, possède une expérience dans le domaine. Elle propose un dispositif d'accompagnement au retour à l'emploi, mené en partenariat avec la Ligue contre le cancer : bilan de compétences, d'orientation et technique de recherche d'emplois (TRE).

C. Méthodologie

1. Schéma de la recherche

Le présent travail est une étude de faisabilité monocentrique, non interventionnelle et prospective. Elle a été menée de 2016 à 2019 auprès de patients issus de l'Oncopole de Toulouse. L'objectif était de recruter 45 patients (15 par an) afin d'obtenir un suivi individuel d'environ 1 an.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : Patient ayant 18 ans révolus, être traité en hématologie ou sénologie de l'IUCT, être en capacité de comprendre l'objectif et les contraintes liés à la recherche, avoir pris connaissance de la notice d'information, bénéficier d'un régime de sécurité sociale ou équivalent, ressentir une incapacité physique ou morale

pour reprendre la même activité professionnelle qu'avant la maladie, vouloir changer d'activité professionnelle.

Les critères de non inclusion correspondaient à : ne pas respecter un des critères d'inclusion, être sous le régime de protection juridique des majeurs.

2. Objectifs

A. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la faisabilité d'un parcours « test » d'accompagnement du patient pour l'insertion/réinsertion/reconversion professionnelle dans l'après cancer, 12 mois après l'inclusion.

B. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient variés. Ils visaient à estimer les effets de facteurs liés à la personne, à la maladie, aux traitements du (ou des) cancer(s), par rapport à cette démarche de retour à l'emploi. Il s'agissait aussi d'évaluer la satisfaction des sujets par rapport à ce programme. Enfin, « l'efficacité du programme » dans différentes dimensions (le repérage des patients, la détermination des capacités restantes, la détermination des « formations » adéquates, l'orientation sur le marché du travail, la communication entre les différents acteurs) était mesurée.

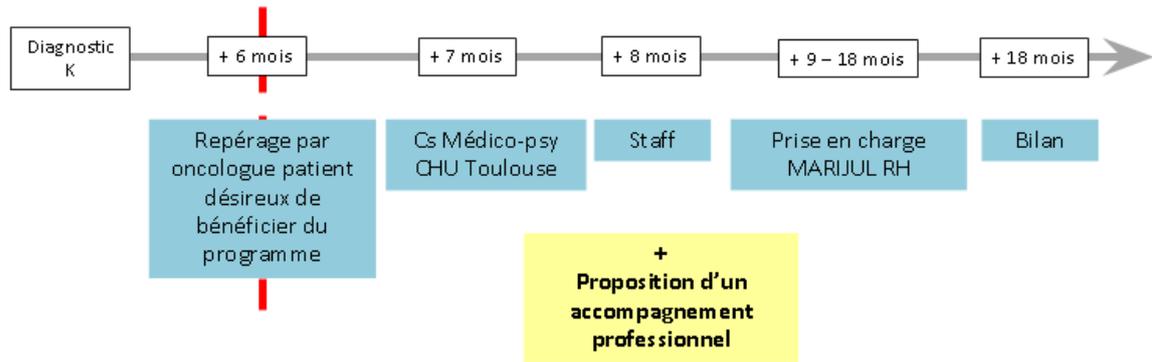
3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal portait sur l'évaluation du taux de retour au travail un an après la fin du traitement, chez le patient traité à l'Oncopole de Toulouse.

Les critères de jugements secondaires, toujours par rapport à leur association avec cette démarche de retour à l'emploi, regroupaient :

- Les facteurs liés à la personne ;
- Les facteurs liés à la maladie ;
- Les facteurs liés aux traitements du (ou des) cancer(s) ;
- La satisfaction des sujets et des intervenants par rapport au programme selon une échelle de satisfaction conçue pour l'étude ;
- L'efficacité du programme dans l'ensemble de ces dimensions.

4. Procédure de l'étude



La plateforme d'accompagnement au maintien ou au retour à l'emploi de patients dans l'après-cancer évolue selon six phases :

Phase 1 : Lors de cette phase les oncologues traitants repèrent des patients en difficultés professionnelles. Ce repérage se fait lors d'une consultation avec l'oncologue en fin de traitement. Les questions suivantes sont posées aux patients :

- Suite à votre cancer, estimez-vous avoir besoin de l'aide de professionnels pour continuer ou retrouver un travail ?
- Si oui, souhaiteriez-vous bénéficier d'un accompagnement dans ce domaine ?
- Si oui, remise d'un document au patient complété par l'oncologue initialement : Diagnostic, traitement reçu, suivi envisagé...

Les patients sont ensuite orientés vers le service des maladies professionnelles et environnementales pour la prise de rendez-vous.

Lors du repérage des patients, deux possibilités : soit ils étaient en activité professionnelle avant le diagnostic de cancer, soit ils ne l'étaient pas. Dans le premier cas, le résultat souhaité était une réinsertion dans le milieu du travail. Ce cas de figure est également envisagé pour tout patient demandant un changement d'activité professionnelle pour des motivations personnelles ou bien un reclassement professionnel afin d'éviter un licenciement (reconversion). Dans le cas second ou fin de contrat de travail, un licenciement pour inaptitude médicale est visé pour conduire ensuite à une réinsertion dans le milieu du travail.

Phase 2 : C'est le résultat d'une évaluation médico-psychologique de « l'aptitude » au travail. Principalement, elle évalue l'adéquation santé-employabilité via des services de maladie professionnelle et pathologie environnementale. Cette évaluation médico-psychologique se fait de manière pluridisciplinaire.

Les spécialistes participant à cette phase sont :

Un médecin spécialiste en santé au travail qui recherche des informations comme :

- L'état de santé avant la maladie,
- La situation professionnelle avant la maladie,
- L'état de santé après la maladie,
- Le traitement après la maladie,
- La situation professionnelle après la maladie,
- L'exercice physique et les loisirs.

Un psychologue spécialiste en santé au travail, qui recherche :

- Le parcours professionnel (situation actuel, objectif visé par l'accompagnement, la place du travail dans la vie du patient),
- Une échelle de l'estime de soi,
- L'échelle HAD, afin de dépister les troubles anxieux ou dépressif,
- L'échelle QLQ c30, afin de mesurer la qualité de vie.

Un staff a lieu dans les suites de ces consultations entre le médecin et le psychologue afin de déterminer des restrictions médicales et psychologiques à l'emploi antérieur ainsi que la capacité de travail. Par ce staff, une prise en charge collégiale et individualisée de chaque patient est rendue possible.

Phase 3 : Les dossiers repérés et ayant bénéficiés d'une évaluation médico-psychologique lors de la phase 2 sont évalués afin de définir conjointement avec la plateforme Marijul RH s'ils relèvent d'un accompagnement possible par ces derniers. S'il est décidé que les patients relèvent bien d'un accompagnement, ils rentrent dans la phase 4. Nous sommes à ce moment à 8 mois du repérage.

Phase 4 : Elle est constituée d'un bilan de compétences, d'orientation et de techniques de recherche d'emploi.

L'entreprise de ressources humaines Marijul RH rencontre les patients à ce niveau. Cette plateforme poursuit les objectifs suivants :

- Elle cherche à travailler l'auto-motivation des patients,
- Leur faire retrouver un « goût de vivre »,
- Donner du sens à leurs parcours de vie,
- Investir de façon constructive les temps d'attente durant les traitements,
- Retrouver une activité professionnelle.

Cela se décompose, de nouveau, en plusieurs phases. Tout d'abord, durant une phase préliminaire, un entretien individuel est effectué en présentiel. Les experts se familiarisent au contexte professionnel du candidat et le programme lui est présenté. Trois autres rendez-vous sont ensuite programmés, durant lesquels le patient passera des tests d'orientation, participera à des ateliers collectifs sur des thèmes spécifiques, recevra des éléments théoriques (construction d'un CV par exemple). Entre chaque rencontre, des plans concrets d'actions à mener sont donnés au patient. Un livret de suivi est fourni afin d'évaluer la progression du patient tout au long du processus de cette phase 4.

Phase 5 : Elle renvoie à la prise en charge des patients, orientée sur les bilans de compétence et la formation. Une rencontre entre les intervenants principaux à lieu afin d'évaluer les résultats de ce protocole. La rencontre entre le SMPE, Marijul RH et les oncologues est un élément également fondamental dans la prise en charge individualisée. Elle permet une circulation concrète des informations.

Phase 6 : La dernière phase du processus correspond à l'analyse des pratiques en présence d'un représentant du partenaire AG2R, en lien avec les entreprises susceptibles de recruter ces patients. Comme constaté dans le projet mis en place au CHU de Lille, une des limites de ce type processus a été le manque de communication et le manque d'informations reçues par les patients au sujet de l'existence de ces plateformes. Cette phase 6 permet une communication avec les entreprises pouvant avoir des salariés concernés par cette problématique.

5. Les analyses statistiques

Afin d'obtenir des données réelles, chaque intervenant remplit lors des entrevues un questionnaire. Nous évaluons ensuite, avec une analyse descriptive, les caractéristiques socio-professionnelles et médicales des patients inclus.

D. Résultats

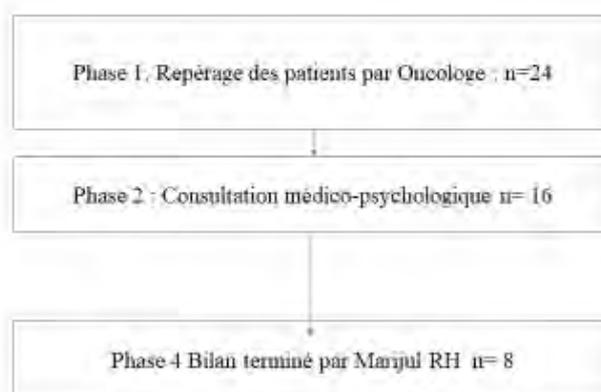


Figure 1: Diagramme de flux du recrutement de la présente étude, menant à un total de 8 sujets inclus pour les analyses

Notre programme a permis d'inclure, grâce aux repérages des oncologues, un total de 24 individus. Une fois repérés, 16 de ces patients ont réalisé la consultation médico-psychologique. Enfin, après 18 mois, 8 d'entre eux ont terminé le processus avec la plateforme Marijul RH.

VARIABLE	MODALITES	EFFECTIFS	Patient à T= 0 N=24
AGE MOYEN			
46 ans			
		N=	
SEXE			
	HOMME	2	
	FEMME	22	
HABITAT			
	RURAL	11	
	URBAIN	11	
	SEMI URBAIN	2	
STATUT CONJUGUAL			
	MARIE	11	
	VIE MARITAL	3	
	CELIBATAIRE	5	
	DIVORCE	3	
	VEUF	2	
ENFANTS A CHARGE			
	OUI	17	
	NON	7	

Tableau 1: Données sociales des patients repérés.

Notre échantillon était principalement composé de femmes (92%). Plus de la moitié de la population (60%) étaient mariés ou en vie maritale, et 71% avaient des enfants à charge.

VARIABLE	MODALITES	EFFECTIFS	N=24
NIVEAU D'EDUCATION			
	Supérieur au baccalauréat	14	
	BAC	6	
	Inférieur	4	
CATEGORIES PROFESSIONNELLES LORS DU DIAGNOSTIC DE CANCER			
	AGRICULTEURS	0	
	ARTISANS, COMMERCANTS, CHEFS D'ENTREPRISES	2	
	CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPERIEURES	3	
	PROFESSIONS INTERMEDIAIRES	1	
	EMPLOYES	11	
	OUVRIERS	0	
	RETRAITES	0	
	SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE	4	
	NSP	3	
STATUT DE L'EMPLOI A LA PHASE 2			
	SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE	24	
	EN ACTIVITE PROFESSIONNELLE	0	

Tableau 2: Données professionnelles.

Nous avons également montré que 60% des individus avait un niveau d'éducation supérieur au baccalauréat, 45% étaient des employés et seulement 16% n'avaient pas activité professionnelle lors du diagnostic de cancer. Cependant, lors de la phase 2, 100% des patients n'avaient pas d'activité professionnelle.

VARIABLE	MODALITES	EFFECTIFS	N=24
NIVEAU DE RESSOURCES EN EUROS			
	< 1150	11	
	1150- 2300	4	
	2300-3000	2	
	NSP	7	
ORIGINE DES RESSOURCES			
	PROFESSIONNELLE	3	
	INDEMNITES JOURNALIERES	11	
	AAH	5	
	PENSION INVALIDITES	2	
	VIEILLESSE	0	
	CHOMAGE	3	
	MINIMAS SOCIAUX	0	
	AUTRES PRESTATION SOCIALES	0	
	AUTRES	0	

Tableau 3: Bilan financier lors de la phase de repérage (phase 1).

En somme, la population sélectionnée était majoritairement féminine (N=22), l'âge moyen au moment du diagnostic était de 46 ans. Les individus étaient principalement mariés

ou en couple (n=14), avec un enfant à charge (n=17). Le niveau d'éducation était supérieur au baccalauréat pour 14 individus.

Une part importante (n=11) étaient des employés. Seulement 4 individus n'avaient pas d'activité professionnelle au moment du diagnostic de cancer. Lors de la phase 2, sur le plan financier, 11 individus touchaient moins de 1150 euros nets par mois, ressources provenant des indemnités journalières (N=11).

VARIABLE	MODALITES	EFFECTIFS	N=24
PENIBILITE DU TRAVAIL ESTIMEE AVANT LA MALADIE			
	OUI	12	
	NON	7	
SI OUI, FACTEURS DE RISQUES IDENTIFIES			
	PHYSIQUE	9	
	PSYCHIQUE	7	
	AUTRE	0	
IMPACT DE LA MALADIE SUR LE TRAVAIL/QUOTIDIEN			
	OUI	23	
	NON	1	
SI IMPACT			
	FATIGUE	18	
	TROUBLE CONCENTRATION	13	
	PERTE DE LA MÉMOIRE	13	
	TROUBLE DE L'HUMEUR	12	
	SEQUELLES PHYSIQUE	11	
	PROBLEMES ALIMENTAIRES	5	
	SOMMEIL PERTURBE	14	
	DOULEURS	15	

Tableau 4 : Impact de la maladie sur le travail ou le quotidien exprimé lors de la phase 1

Avant le diagnostic de la maladie, 12 individus identifiaient des facteurs de pénibilités de leur travail. Au moment de la phase 1, lors du repérage des patients, 23 individus estimaient que la maladie avait un impact sur leur quotidien ou leur travail. La fatigue est retrouvée en première position (n=18), suivie des douleurs (n=15) et des troubles de la concentration (n=13). Ces symptômes sont tous trois un obstacle au retour au travail, comme nous l'avons expliqué dans l'introduction.

VARIABLE	MODALITES	EFFECTIFS	N=24
ACCOMPAGNEMENT DANS L'EMPLOI DÉJÀ INITIÉ			
	OUI	11	
	NON	10	
SI OUI, INITIÉ PAR			
	POLE EMPLOI	6	
	CAP EMPLOI	2	
	ASSURANCE MALADIE	1	
	SANTE AU TRAVAIL	1	
	MDPH	1	
	CONSEILLER D'INSERTION PROFESSIONNEL	0	
	CAISSE DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE	0	
	AUTRE	1	
DOSSIER CONSTITUE OU EN COURS ELABORATION			
	OUI	13	
	NON	11	
SOUHAIT PAR RAPPORT A L'EMPLOI			
	AIDE AU RETOUR A L'EMPLOI	0	
	AIDE A L'ACCES DANS L'EMPLOI	3	
	SOUHAIT D'ÊTRE ACCOMPAGNE DANS LE CADRE D'UN BILAN DE COMPETENCE	17	
	SOUHAIT D'ETRE MIS EN LIEN AVEC LE DELEGUE SOCIAL AGIRC ARRCO	1	

Tableau 5: *Projet professionnel.*

Plus de la moitié des individus avaient déjà un accompagnement dans l'emploi lors de la phase 1 (n=11). Cet accompagnement était essentiellement effectué par le Pôle emploi (n=6). Le souhait des individus (n=17) était d'être accompagné dans le cadre d'un bilan de compétences. Le rôle de MARIJUL RH était donc mis en avant.

VARIABLE	MODALITES	EFFECTIFS	N=16
IMC moyen		25	
ADDICTIONS ALCOOL			
	OUI	2	
	NON	14	
ADDICTION TABAC			
	OUI	4	
	NON	12	
GRADE OMS			
	0	6	
	1	9	
	NSP	1	
ANTECEDENTS			
	CHIRURGICAUX	11	
	MEDICAUX	NSP	

Tableau 6: *Etat de santé avant la maladie.*

Avant le diagnostic de la maladie, l'ensemble des individus avaient un bon état général, avec un grade OMS estimé à 0 ou à 1. Seulement 2 d'entre eux avaient une addiction à l'alcool et 4 une consommation tabagique.

VARIABLE	MODALITES	EFFECTIFS	N= 16
IMC MOYEN		27	
DOULEUR	EVA MOYEN	4	
FATIGUE	OUI	16	
ECHELLE DE PICHOT	FATIGUE FAIBLE <17	12	
	FATIGUE MODEREE >17	4	
	FATIGUE SEVERE >24	0	
ANXIETE	OUI	12	
	NON	4	
EFFETS INDESIRABLES DU TRAITEMENT	OUI	13	
	NON	3	

Tableau 7 : Etat de santé après la maladie.

Après le diagnostic de la maladie, et après avoir reçu un traitement, l'ensemble des individus estimaient se sentir fatigués (n=16). Sur l'échelle de fatigue PICHOT, les individus cotent cette fatigue comme faible. Douze individus s'estimaient anxieux et 13 comme souffrant d'effets indésirables du traitement. Parmi tous les symptômes, nous avons relevé des troubles de la concentration (75%), des troubles de la mémoire (87%), des difficultés de l'attention (50%), des difficultés de la mobilisation des membres supérieurs (50%) ainsi que des diminutions des amplitudes articulaires (56%). De plus, au niveau fonctionnel, les individus souffraient également de difficultés à rester debout de façon prolongée (81%), des difficultés à porter du poids (81%) ou à courir (63%).

VARIABLE	MODALITES	EFFECTIFS	N=16
TYPE DE CONTRAT			
	CDD	9	
	CDI	3	
	FONCTIONNAIRE	1	
	LIBERALE	2	
	ALTERNANCE	0	
	CUMUL EMPLOI RETRAITE	0	
	APPRENTI	0	
TEMPS DE TRAVAIL PAR SEMAINE			
	TEMPS PLEIN	8	
	TEMPS PARTIEL	5	
	<35h	4	
	35h	2	
	>35h	10	
SATISFACTION AU TRAVAIL			
	TRES SATISFAIT	11	
	PEU OU PAS SATISFAIT	5	
STRESS AU TRAVAIL			
	TRES STRESSE	11	
	PEU OU PAS STRESSE	5	
DIFFICULTES AU POSTE DE TRAVAIL			
	OUI	11	
	NON	5	
SI OUI, DIFFICULTES :			
	PSYCHIQUES	6	
	PSYCHOLOGIQUES	5	
	ORGANISATIONNELLES	5	

Tableau 8: *Activité professionnelle après la maladie.*

Avant le diagnostic de maladie, 9 individus étaient en CDD et 10 individus effectuaient plus de 35 heures de travail par semaine. Sur le plan de la satisfaction au travail, 12 estimaient être très satisfaits à leur poste de travail, mais 11 se qualifiaient de très stressés.

Sur les anciens postes, des difficultés au poste de travail (n=11), d'ordres psychiques (n=6), psychologiques (n=5) ou organisationnelles (n=5) ont été ressenties.

VARIABLE	MODALITES	EFFECTIFS	N=16
SITUATION ACTUELLE			
	EN ACTIVITE	4	
	DEMANDEURS D'EMPLOI	9	
	RETRAITE	0	
	ETUDIANT	0	
	SANS STATUT PROFESSIONNEL	1	
	INVALIDITE	3	
CONCERNANT LA REPRISE DU TRAVAIL			
	A CONTINUE DE TRAVAILLER DURANT LA MALADIE	3	
	NE TRAVAILLE PLUS DEPUIS LA FIN DU TRAITEMENT	15	
	A REPRIS LE TRAVAIL DEPUIS LA FIN DU TRAITEMENT	0	

Tableau 9: Situations professionnelles lors de la rencontre avec le médecin du travail (phase 2).

A cette phase 2, 9 individus étaient demandeurs d'emploi et 15 ne travaillaient plus depuis la fin du traitement.

VARIABLE	MODALITES	EFFECTIFS	N= 15
VOUS NE TRAVAILLEZ PLUS DEPUIS LA FIN DU TRAITEMENT CAR :			
	ARRÊT MALADIE	10	
	VOUS NE VOUS SENTEZ PAS LA CAPACITE PHYSIQUE	5	
	VOUS NE VOUS SENTEZ PAS LA CAPACITE PSYCHOLOGIQUE OU MORALE	5	
	MANQUE DE MOTIVATION OU CRAINTE	2	
	AUTRE		
SI NE TRAVAIL PLUS, SOUHAIT DE REPRISE DU TRAVAIL			
	OUI	14	
	NON	0	
	NSP	1	
SOUHAIT DE REPRISE			
	AU MEME POSTE	3	
	DANS LA MEME ENTREPRISE	2	
	AVEC AMENEGAMENT	4	

Tableau 10: Individus ne travaillant plus depuis la fin du traitement à la phase 2.

Parmi l'ensemble des sujets sélectionnés, 15 individus n'ont pas repris d'activité professionnelle suite à leurs maladies. Les raisons expliquant cela étaient par exemple le ressenti d'une mauvaise capacité physique (n=5), psychologique ou morale (n= 5) ou encore un manque de motivation (n=2). Cependant, 14 individus souhaitaient reprendre une activité.

VARIABLE	MODALITES	EFFECTIFS	N=6
Tous les rendez-vous ont été effectués	Oui	3	
	Non	3	
Nombre de séances (moyenne)		7,6	
Bilan favorable	Oui	4	
	NSP	2	
Un projet a-t-il été défini	Oui	3	
	NSP	3	

Tableau 11: Bilan de *MARIJUL* (phase 4).

Sur les 6 patients ayant terminé le processus, 3 ont effectué l'ensemble des séances préconisées. En moyenne, les patients ont fait 7,6 séances, et 4 ont jugé ACAMEOT favorable.

Lors du recueil de données, plusieurs individus se sont retirés du projet. Les causes de retrait étaient au nombre de trois : une récurrence de maladie entraînant une absence de recherche d'emploi (3 cas), une arrivée en retraite durant le processus entraînant un retour à leur dernier emploi (2 cas) et un bilan de compétences dans une autre ville que celle étudiée (1 cas).

E. Limites du projet ACAMEOT

Une première limite de ce projet a été l'orientation des individus. Certains d'entre eux ont été inclus alors qu'ils étaient très proche de la retraite. L'intérêt pour ces individus était moindre et une sélection de patients plus jeune peut être plus avantageux pour une telle étude. Le critère d'inclusion d'âge devrait donc être borné des deux côtés, pas uniquement avec un minimum.

De plus, comme pour le travail effectué au CHU de Lille²³, le manque de visibilité lors de sa mise en place a complexifié le recrutement. Toutefois, étant encore en parcours test, les communications auprès des entreprises n'ont pas encore débuté.

Comme l'a montré le bilan du plan Cancer 2009-2013, un renforcement du lien avec les médecins traitants est à effectuer. Pour le travail effectué dans le CHU de Rouen, une lettre d'information était transmise aux médecins traitants, mais ils n'étaient pas acteurs de cette prise en charge. Dans le projet ACAMEOT, les médecins traitants ne sont pas non plus acteurs de la prise en charge. Ceux-ci sont souvent conscients des difficultés socio-économiques de leurs patients et peuvent être un appui important, autant pour le patient que

pour le reste des acteurs. De même les employeurs auraient pu être plus impliqués dans la démarche.

Enfin, même si ce n'était pas dans nos critères d'inclusion, notre population était essentiellement féminine et en rémission d'un cancer du sein. C'est un des cancers les plus étudiés, et dont la survie est élevée. En cas d'élargissement de cette plateforme à un plus grand nombre d'individus, il est possible que d'autres types de cancer soient pris en charge, évitant ainsi tout biais de sélection. De nouvelles problématiques de santé, spécifiques, pourraient alors survenir, avec par exemple des effets secondaires spécifiques de traitements.

VI. Discussion

Ce projet étant une étude pilote, l'objectif était de démontrer sa faisabilité à plus grande échelle. Nous souhaitions développer un parcours « test » d'accompagnement du patient pour l'insertion/réinsertion/reconversion professionnelle dans l'après cancer. Cet objectif a été rempli, nous avons réussi à regrouper, dans une même structure, un ensemble d'intervenants allant de l'oncologue jusqu'à une plateforme de ressources humaines. Les individus ont été détectés par l'oncologue traitant, comme prévu, et ont eu une orientation rapide vers le SMPE (phase 1 et 2). Durant cette période, nous avons recruté 24 patients sur deux ans. A la phase 2, nous retrouvons 16 patients. Cette diminution d'effectif s'expliquait par le fait que des individus étaient mal orientés, certains étant quasiment à la retraite, d'autres ayant commencé des bilans de compétences dans d'autres structures et enfin nous avons également eu des rechutes de leurs maladies.

La phase 3, le staff a permis de partager les informations recueillies jusque-là entre les différents professionnels de santé, ressources humaines et assistantes sociales. L'objectif était d'individualiser les prises en charges en s'adaptant au mieux à chaque patient.

Au jour du premier recueil de données, 6 patients avaient terminé leurs bilans avec Marijul RH.

Ce parcours test a donc été mis en place et réussi grâce à la participation de tous les intervenants. Durant cette période, le recueil de données a permis de mettre en avant le réel besoin de ce type de plateforme. En effet, nous retrouvons, comme indiqué dans la littérature, que les patients ont des effets secondaires des traitements et des complications de la maladie autant physique que psychiques rendant le retour ou le maintien au travail difficile s'il n'y a pas d'adaptation mise en place. Un élément important, retrouvé dans la présente étude, est que sur les individus interrogés à la phase 2, presque tous les sujets ne travaillaient pas à ce moment et avaient le désir de reprendre une activité. Rares étaient ceux souhaitant reprendre

exactement au même poste. Le travail de Marijul RH est donc important à ce niveau. Il a permis d'aider les patients dans la recherche d'une activité professionnelle adaptée à leur état de santé du moment et de les informer sur leurs droits. Lors de leurs entrevues, les individus exprimaient une reconnaissance envers Marijul RH dans l'aide fournie au niveau des démarches administratives. Ils expliquaient avoir été bien orientés, vers les bons interlocuteurs. Ceci leur a été d'une grande aide dans ce moment de difficultés.

Dans une étude de 2017, Vayr F et al.³² ont montré que, sur 185 patientes ayant un cancer du sein ; un an après leur diagnostic, 78 travaillaient (42.2%). Parmi elles, 13 seulement n'avaient pas arrêté leurs activités professionnelles, et 65 avaient repris leur activité après une période d'arrêt de travail. Après leur chimiothérapie, 64 patientes ont repris leur activité et seulement une avait repris avant la fin du traitement ; 66 ont bénéficié d'un aménagement de leur poste de travail afin de faciliter le retour ou le maintien au travail. Ces aménagements consistaient en de la réduction du temps de travail (43 patientes) et une modification du poste de travail (22 patientes). De plus, 43 patientes ont bénéficié d'un temps partiel thérapeutique lors de leur reprise, 7 patientes avaient des restrictions physiques et 4 avaient des restrictions psychologiques. Cette étude retrouvait que la mise en relation avec un médecin du travail avant la reprise était bénéfique pour améliorer le maintien dans l'emploi et le retour au travail. Cette étude a en partie conclu que la visite de pré-reprise et l'implication du médecin du travail dans la démarche de maintien dans l'emploi étaient toutes deux bénéfiques pour le patient. Cependant, on retrouve dans cette étude que cette démarche de pré-reprise n'est pas systématique.

L'étude VICAN 5 s'intéressait à la situation professionnelle cinq ans après un diagnostic du cancer. On retrouve que l'impact sur la vie professionnelle était négatif. En particulier, des groupes sur lesquels des efforts doivent être ciblés ont été identifiés, comme les salariés, les plus jeunes et les plus âgés, ou ceux dont le niveau d'études était inférieur au baccalauréat. Se trouvaient également ceux ayant un contrat précaire ou travaillant dans le secteur privé. Ces caractéristiques étant déjà défavorables dans la population générale, la maladie accélérerait les inégalités. De plus, la gravité des pathologies oncologiques, leurs évolutions et les séquelles en résultant accroissaient également la vulnérabilité professionnelle des individus atteints d'un cancer. L'étude VICAN 5 conseillait, pour ces personnes vulnérables, la généralisation des aménagements professionnels, avec un accompagnement personnalisé. Elle recommandait aussi une systématisation des visites de pré-reprise, notamment dans les petites entreprises afin de limiter l'impact de la maladie sur leur activité professionnelle et la suite de leur carrière. Cependant, de nombreux malades ignorent encore les dispositifs dont ils peuvent bénéficier. Ils ne savent pas non plus vers

quel interlocuteur se tourner pour solliciter ces aides, en particulier dans le champ de l'emploi. Une plateforme voulant aider le maintien dans l'emploi après un cancer devrait se centrer sur ce type de patient.

A. Bilan des dispositifs

En France, pour l'assurance maladie, le cancer est une « maladie longue durée ». Il ouvre des droits à des indemnités journalières potentiellement reconductibles (invalidité, retraite anticipée...). En plus de ces aides financières, il existe un ensemble de mesures d'accompagnement dans l'emploi (temps partiel, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé). Cependant, il semblerait que ces mesures puissent avoir un effet contre-productif. En effet, 64,3 % des femmes n'ayant pas repris leur activité professionnelle avaient bénéficié de la RQTH, contre 13,7 % de celles ayant repris le travail ($p < 0,001$)³³. Ces chiffres sont issus d'une thèse sur les facteurs influençant le retour au travail chez des femmes ayant eu un cancer du sein.

De plus, des protocoles ont été mis en place en France, afin de mettre en relation l'ensemble des professionnels nécessaire à un bon maintien et retour dans l'emploi. Parmi eux se trouvent l'institut Paoli Calmettes ainsi que deux protocoles débutés au CHU de Lille et de Rouen. Ces dispositifs ont montré une efficacité dans le retour et le maintien dans l'emploi en apportant un ensemble d'informations aux patients, en facilitant les échanges entre professionnels.

A l'international, la méta analyse effectuée par Lamore²⁵ regroupait un ensemble de protocoles effectués en Suède, Norvège, Grande Bretagne, Hollande. Ils utilisaient différentes méthodes, certaines informatives uniquement (plaquettes fournies aux patients les informant sur les effets secondaires, leurs droits) tandis que d'autres étaient plus interventionnistes, avec de l'activité physique, des discussions de groupes, des cours ou encore l'aide de coach afin d'aider les patients à trouver un emploi.

Les études ayant les résultats les plus significatifs sont celles basées sur des prises en charge bio psycho-sociales, pluridimensionnelles comme l'étude de Hubbard³⁴. Les prises en charge unidimensionnelles ont de moins bons résultats.

Dans un autre style, l'étude suédoise menée par Nilsson et al⁽³⁷⁾ s'est penchée sur les mesures d'aménagement du travail, le soutien social du superviseur et leurs liens avec l'absence au travail pour cause d'arrêt maladie. Cette étude portait uniquement sur des femmes, peu de temps après avoir subi une chirurgie du cancer du sein. L'auteur soulignait

que le fait d'être en congé maladie était associé de façon significative à un moindre soutien social (OR [IC 95 %] : 1,80 [1,16-2,78]) et à un faible aménagement du travail.

En conclusion, le cancer peut être considéré comme une maladie chronique évolutive, étant donné que cette pathologie nécessite une prise en charge sur plusieurs années. Cependant, le maintien dans l'emploi doit être réfléchi en prenant en compte des spécificités des cancers que sont les diversités des traitements, les caractéristiques uniques de chaque cancer ainsi que les caractéristiques individuelles des patients, autant physiques que socio-professionnelles.

B. Plateforme commune

Dans ce sens, une plateforme commune de retour et de maintien dans l'emploi pourrait ainsi avoir plusieurs caractéristiques :

1. Prise en charge bio-psycho-sociale, activités physiques, éducation thérapeutique.
2. Faciliter les échanges entre tous les professionnels agissant sur le retour à l'emploi, y compris les médecins du travail, les médecins traitants.
3. Tester en amont la plateforme avec une étude pilote, en définissant spécifiquement les objectifs (définir le retour au travail, types de populations étudiées).
4. Individualiser la prise en charge aux traitements, aux cancers, à l'environnement du patient, au contexte socio-professionnel (contrats précaires, niveau d'éducation inférieur au bac, âges extrêmes).
5. Maintenir le dialogue pendant la période de congé maladie, préparer tôt une visite de pré-reprise.
6. Avoir une communication auprès des entreprises.

VII. Conclusion

Devant l'augmentation du diagnostic des patients atteints de cancer, l'augmentation de la durée de vie et l'apparition de nouvelles thérapeutiques, se pose la question du retour et du maintien au travail. Ce dernier constitue, pour une partie des patients, un retour à la réalité, une reprise du contrôle de leur vie. Les difficultés associées à ce changement de situation sont importantes. Elles sont autant physiques que psychiques. Souvent, les patients sont seuls, peu informés des aides auxquelles ils ont droit. Comme nous l'avons déjà expliqué, des mesures peuvent être instaurées afin de faciliter ce retour en activité. Les exemples des CHU de Lille et Rouen vont dans ce sens. Ils ont permis d'orienter les patients vers les bons

interlocuteurs, d'effectuer des bilans fonctionnels, de les présenter à des assistantes sociales ainsi qu'à des psychologues. Ces prises en charges multidisciplinaires sont des outils utiles aux patients dans leurs parcours. Un élargissement des plateformes fournissant cette aide est souhaité dans un avenir proche.

Le projet ACAMEOT s'inscrit dans cette optique d'élargissement de ce type de plateforme. Par son fonctionnement, il met aussi en relation les différents professionnels de santé jouant un rôle crucial dans le retour au travail. Elle ajoute, par rapport aux exemples de Lille et Rouen, une entreprise de ressources humaines affinant les bilans de compétences, informant les patients. ACAMEOT fluidifie les contacts entre les différents professionnels et permet une prise en charge individualisée de ces patients. Ce type d'initiative, et ACAMEOT en particulier pourraient donc être élargi. Cependant certaines problématiques nouvelles apparaîtraient. En effet chaque cancer, selon son stade, le type de traitement poursuivi, sa localisation demande une prise en charge pour le retour dans l'emploi différente. De même chaque individu étant unique, une prise en charge individualisée est à installer. Ainsi, dans l'optique d'un élargissement de telles plateformes, certaines règles communes pourront être poursuivies, comme nous l'avons vu. De plus ces plateformes pourront également être extrahospitalières. En effet la plupart des projets effectués jusqu'ici sont centrés sur le CHU. Dans ce cadre, leurs évolutions pourront se faire en lien avec des services de soins accueillant des patients cancéreux, les cabinets de médecins libéraux, les entreprises.

Une des limites vient du fait que ce type de plateforme n'est pas connu par les médecins du travail, les entreprises, les médecins traitants. La prochaine étape consisterait à communiquer vers ces professionnelles par l'intermédiaire d'un collaborateur, et de diffuser des plaquettes informatives aux médecins traitants et médecins du travail

Faculté de Médecine
Toulouse-Rangueil
Le Doyen,
E. Sarrailh
R. M. 1020


Professeur Jean-Marc SOULAT
Coordonnateur Interrégional
DES de Médecine du Travail
SMPE - Pavillon Turiaf
CHU TOULOUSE - HOPITAL PURPAN
TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex

VIII. Bibliographie

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492
2. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides. :372.
3. les cancers en france en 2017.
4. Colonna M, Boussari O, Cowppli-Bony A, et al. Time trends and short term projections of cancer prevalence in France. *Cancer Epidemiol.* 2018;56:97-105. doi:10.1016/j.canep.2018.08.001
5. Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, et al. Survival of solid cancer patients in France, 1989–2013: a population-based study. doi:info:doi/10.1097/CEJ.0000000000000372
6. L'étude VICAN 2 - La vie deux ans après un diagnostic de cancer. Accessed December 2, 2019. <https://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/vie-apres-cancer/etude-VICAN-2>
7. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2011;77(2):109-130. doi:10.1016/j.critrevonc.2010.01.004
8. Boer AGEM de, Taskila T, Ojajärvi A, Dijk FJH van, Verbeek JHAM. Cancer Survivors and Unemployment: A Meta-analysis and Meta-regression. *JAMA.* 2009;301(7):753-762. doi:10.1001/jama.2009.187
9. 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).* 2007;16(1):17-25. doi:10.1111/j.1365-2354.2007.00729.x
10. Mehnert A, Koch U. Work satisfaction and quality of life in cancer survivors in the first year after oncological rehabilitation. *Work Read Mass.* 2013;46(4):407-415. doi:10.3233/WOR-131676
11. Efficace F, Cottone F, Sommer K, et al. Validation of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 Summary Score in Patients With Hematologic Malignancies. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2019;22(11):1303-1310. doi:10.1016/j.jval.2019.06.004
12. Drolet M, Maunsell E, Mondor M, et al. Work absence after breast cancer diagnosis: a population-based study. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 2005;173(7):765-771. doi:10.1503/cmaj.050178
13. Short PF, Vargo MM. Responding to Employment Concerns of Cancer Survivors. *J Clin Oncol.* 2006;24(32):5138-5141. doi:10.1200/JCO.2006.06.6316
14. Taskila T, Lindbohm ML. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. *Acta Oncol.* 2007;46(4):446-451. doi:10.1080/02841860701355048

15. Steiner JF, Cavender TA, Nowels CT, et al. The impact of physical and psychosocial factors on work characteristics after cancer. *Psychooncology*. 2008;17(2):138-147. doi:10.1002/pon.1204
16. Spelten ER, Sprangers MAG, Verbeek JHAM. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psychooncology*. 2002;11(2):124-131.
17. Mehnert A, Lehmann C, Graefen M, Huland H, Koch U. Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients: Depression and anxiety in prostate cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2010;19(6):736-745. doi:10.1111/j.1365-2354.2009.01117.x
18. Feuerstein M. *Work and Cancer Survivors*. Springer Science & Business Media; 2009.
19. Bradley CJ, Gardiner J, Given CW, Roberts C. Cancer, Medicaid enrollment, and survival disparities. *Cancer*. 2005;103(8):1712-1718. doi:10.1002/cncr.20954
20. Ahn E, Cho J, Shin DW, et al. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast Cancer Res Treat*. 2009;116(3):609-616. doi:10.1007/s10549-008-0209-9
21. Gourbail L. Haute Autorité de santé. Published online 2019:60.
22. Rollin L, De Blasi G, Boucher L, Gehanno J-F. Intérêts d'une consultation spécialisée d'aide à la reprise du travail après cancer. *Bull Cancer (Paris)*. 2015;102(2):182-189. doi:10.1016/j.bulcan.2014.06.001
23. Fantoni-Quinton S, Frimat P. Maintien au travail et maladie: un exemple d'accompagnement individualisé en région Nord. *Santé Publique*. 2011;23(3):251-259. doi:10.3917/spub.113.0251
24. Grunfeld EA, Rixon L, Eaton E, Cooper AF. The Organisational Perspective on the Return to Work of Employees Following Treatment for Cancer. *J Occup Rehabil*. 2008;18(4):381-388. doi:10.1007/s10926-008-9152-1
25. Lamore K, Dubois T, Rothe U, et al. Return to Work Interventions for Cancer Survivors: A Systematic Review and a Methodological Critique. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(8). doi:10.3390/ijerph16081343
26. Leensen MCJ, Groeneveld IF, Heide I van der, et al. Return to work of cancer patients after a multidisciplinary intervention including occupational counselling and physical exercise in cancer patients: a prospective study in the Netherlands. *BMJ Open*. 2017;7(6):e014746. doi:10.1136/bmjopen-2016-014746
27. M. Oldervoll L. Inpatient versus Outpatient Rehabilitation after Breast and Gynecological Cancers – A Comparative Study. *Int J Phys Med Rehabil*. 2013;02(02). doi:10.4172/2329-9096.1000187
28. Nieuwenhuijsen K, Bos-Ransdorp B, Uitterhoeve LLJ, Sprangers MAG, Verbeek JHAM. Enhanced Provider Communication and Patient Education Regarding Return to Work in Cancer Survivors Following Curative Treatment: A Pilot Study. *J Occup Rehabil*. 2006;16(4):647-657. doi:10.1007/s10926-006-9057-9

29. Egmond MP van, Duijts SFA, Jonker MA, Beek AJ van der, Anema JR. Effectiveness of a tailored return to work program for cancer survivors with job loss: results of a randomized controlled trial. *Acta Oncol.* 2016;55(9-10):1210-1219. doi:10.1080/0284186X.2016.1213417
30. Schumacher L, Armaou M, Rolf P, et al. Usefulness and engagement with a guided workbook intervention (WorkPlan) to support work related goals among cancer survivors. *BMC Psychol.* 2017;5(1):34. doi:10.1186/s40359-017-0203-2
31. Tamminga SJ, de Boer AG, Verbeek JH, Taskila T, Frings-Dresen MH. Enhancing return-to-work in cancer patients, development of an intervention and design of a randomised controlled trial. *BMC Cancer.* 2010;10(1):345. doi:10.1186/1471-2407-10-345
32. Vayr F, Montastruc M, Savall F, et al. Work adjustments and employment among breast cancer survivors: a French prospective study. *Support Care Cancer.* 2020;28(1):185-192. doi:10.1007/s00520-019-04799-w
33. Guittard M, Capitain O, Guittard E, Roquelaure Y, Petit A. Facteurs influençant le retour au travail et le maintien en emploi après un cancer du sein. *Arch Mal Prof Environ.* 2016;77(2):157-164. doi:10.1016/j.admp.2015.09.003
34. Hubbard G, Gray NM, Ayansina D, Evans JMM, Kyle RG. Case management vocational rehabilitation for women with breast cancer after surgery: a feasibility study incorporating a pilot randomised controlled trial. *Trials.* 2013;14(1):175. doi:10.1186/1745-6215-14-175

Après cancer et maintien dans l'emploi : Plateforme d'aide au maintien dans l'emploi à Toulouse.

RESUME EN FRANÇAIS

Objectif : L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la faisabilité d'un parcours «test» d'accompagnement du patient pour l'insertion/réinsertion/reconversion professionnelle dans l'après cancer, 12 mois après l'inclusion. **Méthode :** Le présent travail est une étude de faisabilité monocentrique, non interventionnelle et prospective. Elle a été menée de 2016 à 2019 auprès de patients issus de l'Oncopole de Toulouse. **Résultats :** L'objectif a été rempli, nous avons réussi à regrouper, dans une même structure, un ensemble d'intervenants allant de l'oncologue jusqu'à une plateforme de ressources humaines. Les individus ont été détectés par l'oncologue traitant, comme prévu, et ont eu une orientation rapide vers le SMPE (phase 1 et 2). Après les consultations avec le médecin du travail et le psychologue, les individus bénéficiaient d'une prise en charge par une entreprise de ressource humaine. **Conclusion :** Ce type de plateforme permettant de mettre en relation l'ensemble des professionnels participant à la prise en charge des patients post cancer pourrait se généraliser afin d'améliorer le maintien dans l'emploi.

TITRE EN ANGLAIS: After cancer and return to work: Platform to help people stay or return in work in Toulouse.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine du travail.

MOTS CLES : CANCER, MAINTIEN DANS L'EMPLOI, RETOUR AU TRAVAIL

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan
37 allée Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de Thèse : Fabrice HERIN.