



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2016

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Enquête sur la situation socio-professionnelle des patients  
présentant une atteinte osseuse dans un contexte de cancer solide  
ou d'hémopathie**

Présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 2016 à 18 heures  
au Pôle Formation  
**Par Anaïs Ferret**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Paul FRIMAT**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur Sophie FANTONI-QUINTON**

**Monsieur le Professeur Franck MORSCHHAUSER**

**Madame le Docteur Ariane LEROYER**

**Madame le Docteur Marie-Hélène VIEILLARD**

**Directeurs de Thèse :**

**Madame le Professeur Sophie FANTONI-QUINTON**

**Madame le Docteur Marie-Hélène VIEILLARD**

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

AAH	Allocation Adulte Handicapé
CLD	Congés Longue Durée
CLM	Congés Longue Maladie
CSP	Catégorie Socio-Professionnelle
IJ	Indemnités Journalières
LOS	Lésions OSseuses
MO	Métastases Osseuses
NPdC	Nord Pas de Calais
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSDAE	Restriction Substantielle et Durable d'Accès à l'Emploi
RSI	Régime Social des Indépendants
SAMETH	Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés
SRE	Skeletal Related Events (traduit « Événements Osseux »)

## Table des Illustrations – TABLEAUX

Tableau 1 : Incidence et mortalité projetées des 6 principaux sites de tumeurs solides, en France, par localisation, en 2015, chez l’homme. ....	3
Tableau 2 : Incidence et mortalité projetées des 6 principaux sites de tumeurs solides, en France, par localisation, en 2015, chez la femme.....	3
Tableau 3 : Survie nette à 5 ans pour le lymphome diffus à grandes cellules B, selon l’âge au diagnostic et le sexe, en France, sur la période 2005-2010. ....	7
Tableau 4 : Prévalence partielle à 5 ans des 7 localisations malignes (cancer solide et hémopathie) les plus pourvoyeuses de lésions osseuses, chez l'homme, en France, en 2008. ....	10
Tableau 5 : Prévalence partielle à 5 ans des 7 localisations malignes (cancer solide et hémopathie) les plus pourvoyeuses de lésions osseuses, chez la femme, en France, en 2008. ....	11
Tableau 6 : Prévalence partielle à 5 ans du myélome, chez la femme et chez l'homme, en France, en 2008. ....	11
Tableau 7 : Incidence et médiane de survie des formes métastatiques osseuses de cancers solides aux stades avancés, assortis de la prévalence partielle mondiale à 5 ans, tous sexes confondus. ....	13
Tableau 8 : Caractéristiques sociodémographiques des patients inclus. ....	30
Tableau 9 : Caractéristiques de la maladie primitive.....	34
Tableau 10 : Caractéristiques liées aux localisations osseuses.....	35
Tableau 11 : Répartition des différents traitements reçus.....	36
Tableau 12 : Principales séquelles le jour de la consultation. ....	37
Tableau 13 : Caractéristiques cliniques des 2 diagnostics les plus représentés parmi l’ensemble de la population (n=40), soit le myélome (n=21) et le cancer du sein (n=8) ....	38
Tableau 14 : Situation vis-à-vis de l’emploi au diagnostic de la maladie primitive.....	39
Tableau 15 : Statut professionnel et principales caractéristiques de l’emploi occupé au diagnostic.....	40
Tableau 16 : Soutien de l’environnement professionnel au cours du parcours de soin.....	41
Tableau 17 : Évocation de la question du travail durant tout le parcours de soin ....	41
Tableau 18 : Perception de l’efficacité au travail depuis la reprise. ....	46
Tableau 19 : Sentiment d’avoir été pénalisé au travail du fait de leur maladie. ....	46
Tableau 20 : Raisons invoquées par les patients, expliquant l’impossibilité de reprise.....	52
Tableau 21 : Maintien dans l’emploi / Reprise / Tentative de reprise du travail par localisation néoplasique initiale.....	55
Tableau 22 : Démarches médico-socio-professionnelles effectuées par les patients, et personne ayant conseillé ou ayant été à l’initiative de la démarche pour chacune d’entre elle.....	58
Tableau 23 : Répercussions socioprofessionnelles en lien avec la survenue de lésion osseuse... ..	61
Tableau 24 : Perception par le patient de sa capacité à poursuivre son activité.....	62
Tableau 25 : Raisons invoquées par les patients devant la dégradation de leur situation financière depuis le diagnostic de la maladie .....	62

Tableau 26 : Mise en place d'un accompagnement systématique vis-à-vis des démarches médico socio professionnelles dans le but de contribuer au maintien ou au retour à l'emploi.....	65
Tableau 27 : Conseils et orientations quant aux démarches médico-socio-professionnelles .....	66

## Table des Illustrations – FIGURES

Figure 1: Survie nette à 5 ans selon l'âge au diagnostic, le sexe, et le stade. Données issues des registres SEER 2006-2012. ....	6
Figure 2: Survie nette à 5 ans pour le myélome multiple, selon l'âge au diagnostic et le sexe, en France, sur la période 2005-2010 .....	8
Figure 3 : Vue d'ensemble des techniques et traitements disponibles dans la prise en charge des métastases osseuses et des localisations osseuses des hémopathies.....	17
Figure 4 : Flow chart .....	29
Figure 5 : Schématisation des différents moments au cours desquels l'onco-rhumatologue peut intervenir, en fonction du type de situation clinique .....	31
Figure 6 : Délais entre la date de la consultation faisant l'objet de l'enquête et la date du diagnostic positif de cancer ainsi qu'avec la date d'apparition des lésions osseuses.....	33
Figure 7 : Aperçu des différentes trajectoires professionnelles des 40 patients inclus dans l'étude, depuis leur diagnostic jusqu'au jour de l'enquête. ....	43
Figure 8 : Durées d'arrêt maladie des patients en emploi le jour de l'enquête (n=21) .....	45
Figure 9 : Délais jusqu'à la première tentative de reprise parmi les patients en emploi le jour de l'enquête et ayant repris ou tenté de reprendre au moins une fois (n=13) .....	46
Figure 10 : Trajectoire professionnelle entre le diagnostic et le moment de sortie de l'emploi (pour ceux qui ont perdu ou quitté leur emploi le jour de l'enquête) (n=13).....	47
Figure 11 : Durées d'arrêt maladie durant la période où ils appartenaient encore à la population « en emploi » pour les patients désormais sortis de l'emploi le jour de l'enquête (n=13).....	49
Figure 12 : Délais jusqu'à la première tentative de reprise parmi les patients sortis de l'emploi le jour de l'enquête (n=6) .....	49
Figure 13 : Synthèse de la situation professionnelle et des trajectoires professionnelles de la population des actifs occupés au diagnostic, quel que soit le moment (vis-à-vis du statut de l'emploi) où l'on se situe au jour de la consultation.....	50
Figure 14 : Détail de la situation professionnelle et des trajectoires professionnelles de la population des actifs au diagnostic, quel que soit le moment (vis-à-vis du statut de l'emploi) où l'on se situe au jour de la consultation. ....	51
Figure 15 : Durée d'arrêt maladie médiane depuis le diagnostic, sur l'ensemble des actifs au diagnostic (n=36), exprimée sous la forme de quartiles.....	53

## Table des matières

<b>Résumé.....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
<b>I. Épidémiologie du cancer en France .....</b>	<b>2</b>
A. Incidence et mortalité .....	2
1. Tumeurs solides .....	2
2. Hémopathies malignes.....	4
B. Survie .....	5
1. Tumeurs solides.....	5
2. Hémopathies malignes.....	7
C. Prévalence partielle à 5 ans.....	9
<b>II. Lésions osseuses en onco-rhumatologie .....</b>	<b>12</b>
A. Épidémiologie des métastases osseuses .....	12
B. Notions générales sur les lésions osseuses survenant au cours des tumeurs solides ou des hémopathies malignes.....	15
C. Prise en charge spécifique des lésions osseuses.....	16
<b>III. Contextualisation « Travail &amp; Cancer » .....</b>	<b>19</b>
A. La représentation du travail pour les patients atteints de cancer .....	19
B. Pourquoi s'intéresser au travail chez des patients présentant un cancer au stade métastatique ? .....	20
<b>Matériels et méthodes .....</b>	<b>22</b>
<b>I. Principe de l'étude .....</b>	<b>22</b>
A. Population.....	22
B. Considérations éthiques .....	23
<b>II. Déroulement de l'étude.....</b>	<b>23</b>
A. Modalités de recueil des données.....	23
B. Données recueillies .....	24
C. Analyse statistique .....	28
<b>Résultats.....</b>	<b>29</b>
<b>I. Caractéristiques sociodémographiques, médicales et professionnelles .....</b>	<b>30</b>
A. Description de la population (service d'onco-rhumatologie).....	30
1. Caractéristiques sociodémographiques des patients .....	30
2. Caractéristiques liées aux modalités de recueil des données .....	31
3. Caractéristiques de la maladie .....	34
a) La maladie primitive .....	34
b) Les localisations osseuses.....	35
c) Traitement.....	36
d) Séquelles dues à la maladie et/ou aux traitements .....	37
e) Caractéristiques cliniques des 2 principaux diagnostics retrouvés au sein de l'enquête ..	37

---

B. Analyse descriptive de la situation socio-professionnelle des patients présentant une atteinte osseuse dans un contexte de cancer solide ou d'hémopathie .....	39
1. Caractéristiques socio-professionnelles lors du diagnostic de la maladie primitive ..	39
2. Parcours socio-professionnel depuis le diagnostic de la maladie primitive et situation socio-professionnelle actuelle (le jour de l'enquête).....	41
a) Maintien d'un lien avec le monde professionnel au cours du parcours de soin ..	41
b) Situation et parcours socioprofessionnels depuis le diagnostic .....	42
c) Démarches médico-socio-professionnelles effectuées.....	56
3. Répercussions socio-professionnelles spécifiquement en lien avec la survenue de lésion(s) osseuse(s).....	61
4. Perception par le patient de sa capacité à poursuivre son activité .....	62
5. Conséquences financières .....	62
<b>II. Description des facteurs reconnus comme influençant la reprise .....</b>	<b>63</b>
<b>III. Besoins exprimés par les patients en faveur du maintien-retour à l'emploi ....</b>	<b>65</b>
<b>IV. Conseils et orientations quant aux démarches médico-socio-professionnelles. ....</b>	<b>66</b>
<b>Discussion .....</b>	<b>67</b>
A. Construction de l'étude et du questionnaire .....	67
B. Caractéristiques de la population étudiée.....	69
1. Caractéristiques sociodémographiques .....	69
2. Caractéristiques médicales .....	70
C. Durée d'arrêt maladie .....	72
D. Reprise du travail.....	74
E. Des répercussions socioprofessionnelles importantes et spécifiques du fait des LOS....	83
F. Des besoins exprimés en faveur d'un accompagnement spécifique et adapté à leur situation clinique et professionnelle .....	84
<b>Conclusion.....</b>	<b>89</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>92</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>98</b>
Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête.....	98
Annexe 2 : Courrier d'information patient – mode de recueil téléphonique.....	110

## RÉSUMÉ

**Contexte** : La survie des patients présentant une lésion osseuse (LOS) dans un contexte de cancer solide ou d'hémopathie s'est beaucoup améliorée ces dernières années. Si beaucoup d'études s'intéressent au champ «Cancer et Travail», à notre connaissance aucune ne s'est intéressée à cette population spécifique alors même qu'un grand nombre sont encore en âge de travailler. L'objectif était d'évaluer la situation socioprofessionnelle et les répercussions vis-à-vis de l'emploi.

**Méthode** : Cette étude non-interventionnelle portait sur des patients vus en consultation d'onco-rhumatologie du CHRU de Lille, entre juin 2015 et août 2016, âgés de 18 à 67 ans, présentant une LOS, qu'ils soient ou non en emploi.

**Résultats** : 40 patients ont été inclus, 25 femmes (63%) et 15 hommes (38%), avec un âge médian au diagnostic de 50,5 ans [15-65 ans]. 58% (23) présentaient une hémopathie et 20% (8) un cancer du sein ; 98% avaient une atteinte rachidienne. La prise en charge osseuse pouvait comporter une vertébroplastie (48%), de la radiothérapie (43%), un corset (43%), une chirurgie (15%). Les principales séquelles étaient la fatigue (90%) et la douleur (70%). Au diagnostic, 90% des patients (36) étaient actifs : soit «en emploi» (n=34 soit 94%), soit «au chômage» (n=2 soit 6%). La proportion de patients avec 1 tentative de reprise ou sans interruption de leur activité depuis le diagnostic est de 56% (19). Parmi les actifs au diagnostic, la survenue de LOS a eu des répercussions socioprofessionnelles propres dans 92% des cas (33) : pour 80%, c'est un prolongement de l'arrêt maladie, pour 27% une perte ou sortie de l'emploi, pour 24% une invalidité, pour 42% la nécessité d'aménagement ergonomique ou horaire du poste. Parmi les raisons expliquant ces modifications, sont évoquées pour 88% des raisons médicales (douleur, fatigue, traitements) et pour 58% des contraintes physiques au poste (port de charges, contraintes posturales) devenues non supportables depuis l'apparition de LOS. 98% des patients expriment le besoin d'un accompagnement systématique pluridisciplinaire (oncohématologue, rhumatologue, médecin du travail, assistante sociale, psychologue) adapté à leur situation et pouvant les aider au maintien en emploi, et ce dès l'annonce pour 40%.

**Conclusion** : Cette étude confirme que les patients porteurs de LOS sont des actifs. Leur trajectoire professionnelle en est modifiée. Une intervention spécifique multidisciplinaire serait souhaitable.



## INTRODUCTION

### I. Épidémiologie du cancer en France

#### A. Incidence et mortalité

##### 1. Tumeurs solides

Les estimations nationales d'incidence et de mortalité par cancer publiées à partir des registres français de cancers montrent un virage important opéré au cours des trois dernières décennies. Alors même que la tendance 1980-2012 révèle une incidence sans cesse croissante (le nombre de nouveaux cas de cancers a augmenté de 109 % entre 1980 et 2012 (1)), la situation s'est modifiée en 2005, avec une diminution de l'incidence par cancer chez l'homme (- 1,3 % par an en moyenne) et un ralentissement de l'augmentation chez la femme (+ 0,2 % par an en moyenne entre 2005 et 2012 contre + 1,4 % entre 1980 et 2005). Ces tendances « tous cancers confondus », sont dues aux récentes modifications de l'incidence des cancers de la prostate (baisse de l'incidence) et du sein (stabilisation de celle-ci).

Parallèlement, le taux de mortalité montre une tendance décroissante notamment chez l'homme avec une diminution moyenne de 2,9 % par an, contre seulement -1,4 % par an chez la femme.

Ces inflexions sont en partie expliquées par une diminution de l'incidence des cancers les plus rapidement évolutifs, mais aussi par l'amélioration des pratiques médicales permettant notamment un diagnostic plus précoce qui contribue à l'augmentation de l'incidence des cancers avec un meilleur pronostic (2).

Selon le rapport annuel publié par l'INCa : le nombre attendu de nouveaux cas de cancers en 2015, en France, est estimé à 384 442 (55 % d'hommes, soit 210 082 ; 45 % de femmes, soit 173 560). Le nombre de décès par cancer en 2015 est estimé à 149 456 décès dont 84 041 chez l'homme et 65 415 chez la femme.

Chez l'homme, même si une projection du nombre de cas de cancer de la prostate n'a pas pu être effectuée (2), celui-ci reste de loin le cancer le plus fréquent (25,6 % des cancers - estimations 2011), mais son taux de mortalité ne se situe qu'au 3<sup>ième</sup> rang (10,4%), contrairement au cancer du poumon qui se situe loin devant en terme de mortalité, puisque responsable du quart des décès bien que se situant au 2<sup>ième</sup> rang en terme d'incidence (14,1%). Le cancer colorectal reste également très représenté avec une incidence à 11,2%, et une mortalité parallèle à 11,1%. **[Tableau 1 en page suivante]**

**Tableau 1 : Incidence et mortalité projetées des 6 principaux sites de tumeurs solides, en France, par localisation, en 2015, chez l'homme.**

Cancers masculins	Incidence <sup>1</sup>			Mortalité <sup>2</sup>		
	Effectif	Part (%)	Rang	Effectif	Part (%)	Rang
Prostate <sup>3</sup>	53 913	25,6	1	8 713	10,4	3
Poumon	30 401	14,4	2	20 990	25,0	1
Côlon-rectum	23 535	11,2	3	9 337	11,1	2
Vessie	9 758	4,6	4	3 728	4,4	4
Rein	8 885	4,2	5	3 045	3,6	5
Lèvre, cavité orale, pharynx	8 010	3,8	6	2 271	2,7	8
<b>Total des 6 principaux sites</b>	<b>134 502</b>	<b>63,8</b>		<b>48 084</b>	<b>57,2</b>	

D'après *Les cancers en France - Edition 2015* (INCa) (2)

Chez la femme, la 1<sup>ère</sup> localisation reste le **cancer du sein** qui représente presque 1/3 des nouveaux cas de cancers féminins, suivis par le cancer colorectal puis par le cancer du poumon. La mortalité est relativement bien corrélée, mais l'analyse des tendances récentes sur la période 2005-2012 et cette projection 2015 montrent que le cancer du poumon continue d'augmenter en incidence et en mortalité et occupe à présent le 3<sup>ème</sup> rang pour l'incidence et le 2<sup>ème</sup> rang pour la mortalité (+5 % par an en moyenne depuis 1980), évolution préoccupante compte tenu du pronostic qui lui est attaché (1,2). [Tableau 2 ci-dessous]

**Tableau 2 : Incidence et mortalité projetées des 6 principaux sites de tumeurs solides, en France, par localisation, en 2015, chez la femme.**

Cancers féminins	Incidence <sup>4</sup>			Mortalité <sup>2</sup>		
	Effectif	Part (%)	Rang	Effectif	Part (%)	Rang
Sein	54 062	31,2	1	11 913	18,2	1
Côlon-rectum	19 533	11,3	2	8 496	13,0	3
Poumon	14 821	8,5	3	9 565	14,6	2
Corps de l'utérus	8 121	4,7	4	2 179	3,3	5
Thyroïde	7 317	4,2	5	215	0,3	14
Mélanome de la peau	7 242	4,2	6	740	1,1	13
<b>Total des 6 principaux sites</b>	<b>111 096</b>	<b>64,0</b>		<b>33 108</b>	<b>50,6</b>	

D'après *Les cancers en France - Edition 2015* (INCa) (2)

<sup>1</sup> Pour l'incidence chez l'homme, l'hypothèse retenue pour la projection est le scénario A (la tendance récente 2008-2011 se prolonge).

<sup>2</sup> Pour la mortalité, le scénario A a été retenu pour toutes les localisations, et dans les 2 sexes.

<sup>3</sup> En raison de la grande incertitude sur l'évolution à très court terme de l'incidence, les projections 2015 pour l'incidence du cancer de la prostate ne sont pas disponibles. Il s'agit de l'incidence estimée en 2011.

<sup>4</sup> Pour l'incidence chez la femme, l'hypothèse retenue pour la projection est le scénario A à l'exception du cancer du sein pour lesquels le scénario B (le risque 2015 est identique à celui de 2011) a été retenu.

## 2. Hémopathies malignes

Compte tenu de la révision de la classification des hémopathies malignes en 2001, la production des projections de 2015 n'a pas pu être effectuée selon la même méthode que pour les tumeurs solides et les données d'incidence estimée sont donc celles de 2012. De même, les données sur la mortalité sont indisponibles compte tenu de ce nouveau découpage (2).

Les hémopathies malignes rassemblent un grand nombre de maladies différentes du point de vue biologique, clinique et pronostique, mais aussi quant à l'âge médian au diagnostic : de façon générale, plus de deux tiers des cas sont des hémopathies lymphoïdes, elles sont plus fréquentes chez l'homme et plus d'un cas sur deux survient après 60 ans.

En 2012, le nombre de nouveaux cas d'hémopathies malignes en France métropolitaine est estimé à 35 000 (19 400 chez l'homme et 15 600 chez la femme), soit environ 10 % des nouveaux cas de cancer (3) ; si l'on se place sur l'ensemble des pathologies malignes, les hémopathies occuperaient la 4<sup>ième</sup> place chez l'homme, et la 3<sup>ième</sup> place chez la femme.

Du point de vue des « localisations osseuses », parmi les 4 hémopathies les plus fréquentes, on retrouve :

- au 1<sup>er</sup> rang, le **myélome multiple / plasmocytome**, hémopathie maligne la plus fréquente en 2012 avec 4 888 nouveaux cas, dont 52% chez l'homme, et pour lequel l'atteinte osseuse est très fréquente ;
- au 3<sup>ième</sup> rang, avec 4 096 nouveaux cas en 2012, le **lymphome diffus à grandes cellules B**, pour lequel une atteinte extra-ganglionnaire est fréquente. L'infiltration lymphomateuse peut concerner tous les organes ou tissus, parmi lesquels l'os (mais aussi le *tube digestif*, le *poumon*, le *cerveau*, le *rein*, ...).

L'analyse des tendances entre 1980 et 2012 montre que le nombre de nouveaux cas a augmenté pour 9 des 15 sous-types d'hémopathies malignes étudiées dans des proportions très variables selon la fréquence du sous-type considéré et la période d'étude. Le myélome multiple/plasmocytome est le sous-type qui présente la plus forte augmentation entre 1980 et 2012 (3000 cas supplémentaires). Par ailleurs, on observe sur cette même période que son taux d'incidence « standardisé » a augmenté, dans les deux sexes, de 1 à 2 % par an (2).

## B. Survie

### 1. Tumeurs solides

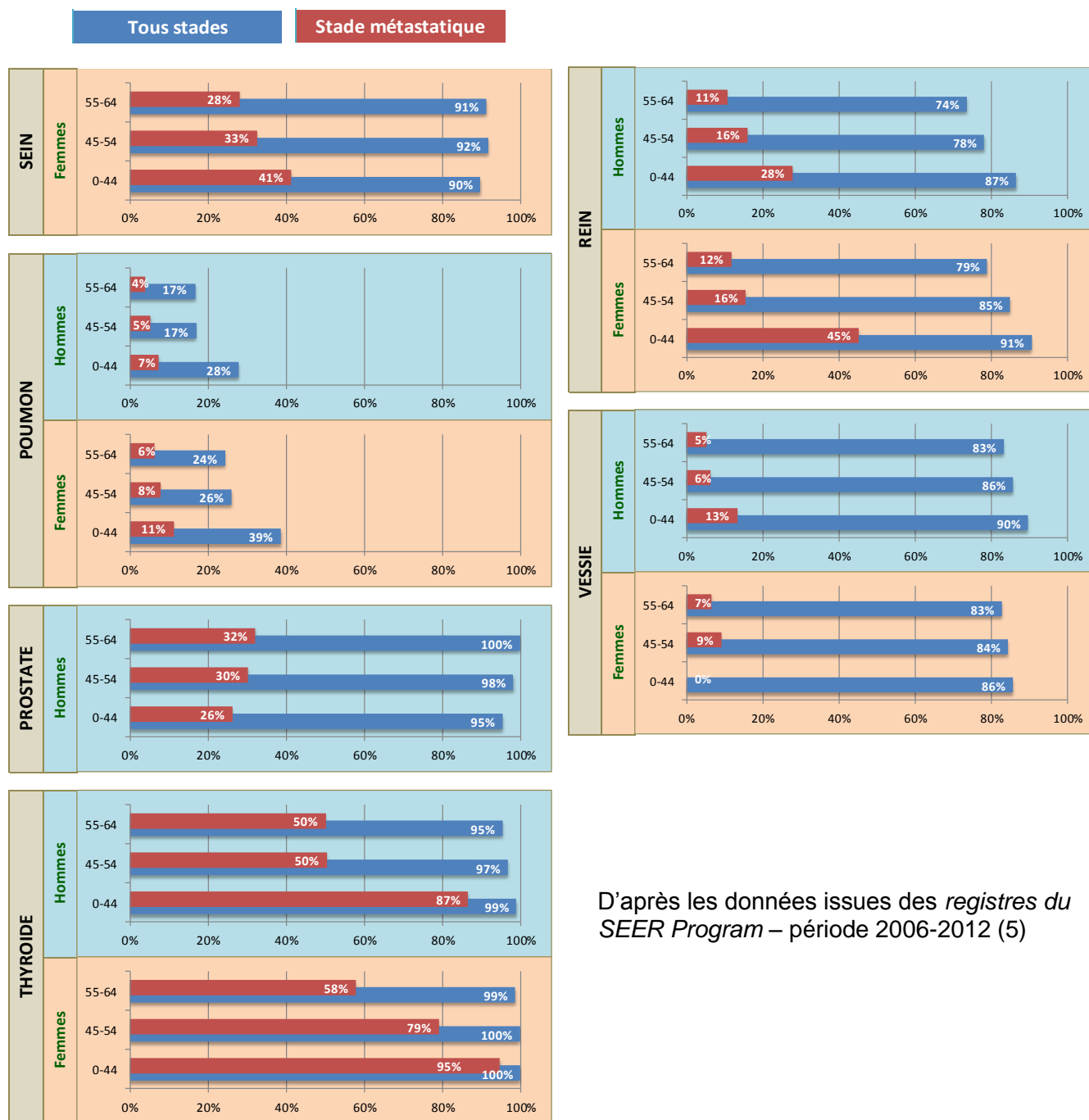
D'un point de vue de leur poids en termes de nombre de cas : les cancers de mauvais pronostic (survie nette<sup>5</sup> à 5 ans inférieure à 33 %) représentent **un quart** des cancers diagnostiqués, et sont plus fréquents chez les hommes (31 %) que chez les femmes (17 %). À contrario, les cancers de bon pronostic (survie nette à 5 ans  $\geq$  à 66 %) représentent un peu **plus de la moitié** (52 %) des cancers diagnostiqués et sont plus fréquents chez les femmes (57 %) que chez les hommes (44 %).

De manière générale, on observe une amélioration de la survie nette standardisée à 5 ans des sujets, sur la période 1989-2010, pour la plupart des cancers. Comme vu plus haut, ceci est lié, d'une part, à des diagnostics plus précoces (en rapport avec un dépistage organisé ou individuel, mais également avec l'amélioration des pratiques et techniques diagnostiques), et d'autre part, aux progrès thérapeutiques de ces dernières années : l'intrication de ces deux facteurs explique ainsi l'amélioration de la survie pour les cancers de la prostate, du sein, du rein, et du cancer colorectal. Cependant, l'impact de ces deux facteurs reste difficile à mesurer en l'absence de prise en compte du stade de la maladie dans l'analyse des survies réalisée en France.

Or, non seulement la survie varie considérablement en fonction de la **localisation du cancer** avec des extrêmes allant de 4 % en cas de mésothéliome pleural à 96 % en cas de cancer du testicule (survies nettes à 5 ans chez l'homme), mais l'autre facteur clef est bien évidemment le **stade** de la maladie. À titre de comparaison, lorsqu'on s'intéresse aux données issues des registres du SEER Program (Surveillance, Epidemiology, and End Results) aux États-Unis où l'analyse des survies nettes à 5 ans a été effectuée à la fois par tranche d'âge et par stade de la maladie, on apprécie à quel point le stade de la maladie est primordial en terme de survie (4,5). On peut examiner ci-dessous la survie nette à 5 ans issus des registres du SEER pendant la période 2006-2012 pour les tumeurs considérées comme étant les plus ostéophiles, et parmi les populations en âge de travailler. **[Figure 1 ci-après]**

---

<sup>5</sup> Survie nette : survie que l'on observerait dans la situation théorique où la seule cause de décès possible serait le cancer étudié



D'après les données issues des registres du SEER Program – période 2006-2012 (5)

**Figure 1:** Survie nette à 5 ans selon l'âge au diagnostic, le sexe, et le stade. Données issues des registres SEER 2006-2012.

De façon globale, on constate une meilleure survie chez la femme que chez l'homme et celle-ci diminue avec l'âge, particulièrement après 75 ans. Si l'on s'intéresse au passage de la survie « tous stades confondus » (c'est d'ailleurs sous cette forme qu'elle est présentée en France (6)) vers le stade « métastatique » :

- la survie nette à 5 ans est diminuée d'un facteur **1,1** (pour le cancer de la thyroïde dans les 2 sexes chez les plus jeunes) à un facteur **16** (pour le cancer de la vessie chez les 55-64 ans),

- alors que pour le cancer du poumon qui possède déjà un pronostic très sombre, la survie n'est diminuée que d'un facteur **3 à 4** ; tout comme le cancer de la prostate. Pour le cancer du sein, ce même facteur va de **2 à 3** (population « 0-44 » et population « 45-64 » respectivement).

## 2. Hémopathies malignes

Pour les hémopathies malignes, les données de survie issues des registres français sont disponibles, et nous nous intéresserons ici aux deux hémopathies malignes pour lesquelles la localisation osseuse est fréquente voire très fréquente (pour le myélome multiple) (7). [Tableau 3 et Figure 2 ci-dessous]

**Tableau 3 : Survie nette à 5 ans pour le lymphome diffus à grandes cellules B, selon l'âge au diagnostic et le sexe, en France, sur la période 2005-2010.**

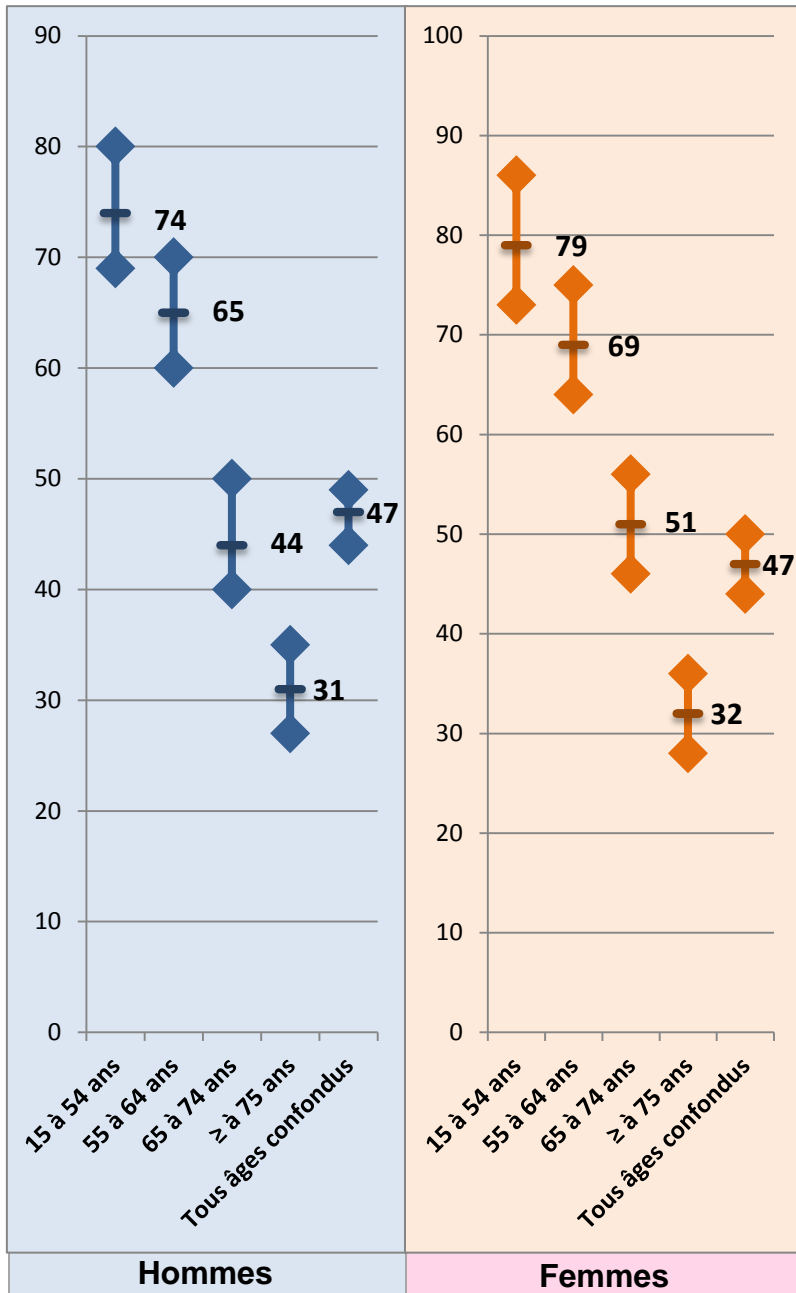
		Survie nette (%) à 5 ans [IC à 95 %]	
		Hommes	Femmes
Selon l'âge (ans)	15 à 44 ans	83 [79-88]	90 [85-95]
	45 à 54 ans	74 [69-81]	79 [73-85]
	55 à 64 ans	69 [64-75]	74 [69-80]
	65 à 74 ans	53 [49-59]	56 [51-61]
	≥ à 75 ans	41 [37-47]	40 [36-45]
Tous âges confondus		58 [55-60]	55 [53-58]

D'après *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 - Partie 2 - Hémopathies malignes* (InVS- 2016) (7)

De façon générale et comme observé pour les tumeurs solides, la survie des hémopathies malignes diminue avec l'âge. La différence de survie entre les sujets les plus jeunes et les plus âgés est nettement plus élevée pour les hémopathies malignes agressives, ce qui témoigne d'un effet lié à un excès de mortalité des patients les plus âgés durant la première année après le diagnostic. Ainsi, on observe une différence de 45 à 56 points de pourcentage entre la survie à 5 ans des plus jeunes (15-45 ans) et celles des sujets plus âgés (75 ans et plus) parmi les deux hémopathies les plus ostéophiles.

Pour le lymphome diffus à grandes cellules B, la survie nette après le diagnostic passe de **86 %** chez les sujets les plus jeunes à **41 %** pour les plus âgés.

[Tableau 3 ci-dessus]



D'après *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 - Partie 2 Hémopathies malignes* (InVS- 2016) (7)

**Figure 2:** Survie nette à 5 ans pour le myélome multiple, selon l'âge au diagnostic et le sexe, en France, sur la période 2005-2010

Pour le myélome, la survie nette après le diagnostic passe ainsi de **76 %** à 5 ans chez les sujets les plus jeunes à **31 %** pour les plus âgés (≥75 ans).

[Figure 2 ci-dessus]

### C. Prévalence partielle à 5 ans

En 2014, *Colonna et al.* publie une étude réalisée en 2008 à partir des registres des cancers du réseau « *FRANCIM* ». Cette étude estime la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus (8). La **prévalence totale**<sup>6</sup> nous donne ainsi une idée du poids de la maladie néoplasique puisque on estime à 3 millions le nombre de personnes de 15 ans et plus en vie en 2008 et ayant eu un cancer au cours de leur vie (1 570 000 hommes et 1 412 000 femmes). Parmi ces patients, un tiers a eu un diagnostic dans les 5 dernières années et près de 60 % ont eu un diagnostic de cancer dans les 10 dernières années.

Si la prévalence totale est intéressante, la limite de ce paramètre est liée au fait qu'il s'intéresse à une population de patients survivants, quelle que soit l'antériorité du diagnostic, ce qui induit un groupe très hétérogène. En effet, selon qu'on se situe plus ou moins loin du diagnostic, on appréhende le nombre de personnes encore en soins (traitement initial, rechute), ou dans une situation de surveillance et de traitement de séquelles (physiques et/ou psychologiques). Ceci constitue tout un panel varié de personnes pouvant rencontrer des difficultés d'ordre social tel que la réinsertion professionnelle.

C'est pourquoi la **prévalence partielle**<sup>7</sup> est intéressante puisqu'elle s'intéresse aux personnes dont le diagnostic a été réalisé au cours d'une période de temps limitée (par exemple, au cours des 5 ou 10 dernières années). Ces données épidémiologiques dépendent bien évidemment de la localisation du cancer, mais on peut estimer de manière générale que :

- **la prévalence partielle à 5 ans**<sup>7</sup> permet d'approcher le nombre de personnes atteintes de cancers et vraisemblablement en rémission complète, voire guéries, ou en cours de surveillance. Celle-ci est estimée à près de 1,1 million (583 580 hommes et 490 325 femmes).
- **la prévalence partielle à 10 ans**<sup>7</sup> permet d'appréhender en grande majorité, mais pas uniquement, le nombre de personnes atteintes de cancers et considérées comme guéries, ou en rémission complète. Celle-ci est estimée à près de 1,7 million (885 715 hommes et 813 420 femmes).

---

<sup>6</sup> Prévalence totale : nombre de personnes atteintes ou ayant été atteintes d'un cancer et vivantes à une date donnée, quelle que soit l'antériorité du diagnostic.

<sup>7</sup> Prévalence partielle à  $x$  ans : nombre de personnes de 15 ans et plus ayant eu un diagnostic de cancer au cours des  $x$  dernières années et toujours en vie en 2008.



Chez l'homme, si l'on s'intéresse à la prévalence partielle des cancers les plus ostéophiles, qui incluent en outre les 4 cancers solides masculins les plus fréquents (prostate, colorectal, poumon, vessie), on constate que les âges les plus représentés sont les tranches  $\geq 65$  ans. Pour autant, on observe que **32 %** des patients atteints de ces pathologies malignes seront **encore en âge de travailler** alors qu'ils sont « survivants du cancer ». De plus, pour les 4 premiers cancers du tableau, il s'agit à la fois des plus fréquents en terme d'incidence, mais également en termes de propension à métastaser à l'os. [Tableau 4 ci-dessous]

**Tableau 4 : Prévalence partielle à 5 ans des 7 localisations malignes (cancer solide et hémopathie) les plus pourvoyeuses de lésions osseuses, chez l'homme, en France, en 2008.**

Type de cancer	15-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	$\geq 75$ ans	Total
Prostate	104	6 119	63 906	105 131	90 099	265 359
Colon-rectum	1 417	4 758	14 325	19 220	24 578	64 298
Poumon	858	5 063	11 785	10 835	7 149	35 690
Vessie	229	1 572	5 899	7 842	10 802	26 344
Rein	1 021	2 827	5 747	6 021	5 756	21 372
Mélanome	3 125	2 765	4 032	3 750	4 220	17 892
Thyroïde	2 050	1 614	2 061	1 098	555	7 378
Myélome	175	683	1 881	2 438	2 997	8 174
<b>TOTAL</b>	<b>8 979</b>	<b>25 401</b>	<b>109 636</b>	<b>156 335</b>	<b>146 156</b>	<b>446 507</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>2%</b>	<b>6%</b>	<b>25%</b>	35%	33%	100%

**32%**

D'après *Estimation de la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus en 2008* (INCa - 2014) (8)

Chez la femme, **52 %** des patientes seraient susceptibles d'être concernées par le retour ou le maintien en emploi pendant cette phase de rémission ou de surveillance. Là encore, les 4 cancers les plus fréquents sont aussi parmi les plus ostéophiles. [cf **Tableau 5** ci-dessous]

**Tableau 5 : Prévalence partielle à 5 ans des 7 localisations malignes (cancer solide et hémopathie) les plus pourvoyeuses de lésions osseuses, chez la femme, en France, en 2008.**

Type de cancer	15-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	≥ 75 ans	Total
Sein	19 808	46 379	56 394	49 397	47 778	219 756
Colon-rectum	1 614	4 616	10 375	13 060	26 902	56 567
Thyroïde	7 155	5 678	6 296	3 077	1 589	23 795
Mélanome	5 254	3 872	4 544	3 675	4 874	22 219
Poumon	776	2 653	4 004	2 970	2 744	13 147
Rein	636	1 304	2 387	2 718	3 912	10 957
Vessie	76	279	675	1 166	3 009	5 205
Myélome	132	527	1 351	1 930	3 211	7 151
<b>TOTAL</b>	<b>35 451</b>	<b>65 308</b>	<b>86 026</b>	<b>77 993</b>	<b>94 019</b>	<b>358 797</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>10%</b>	<b>18%</b>	<b>24%</b>	22%	26%	100%

52%

D'après *Estimation de la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus en 2008* (INCa - 2014) (8)

Si l'on s'intéresse au myélome de façon isolée, bien qu'il soit considéré communément comme une pathologie du sujet âgé, on constate, grâce à l'indicateur « prévalence partielle à 5 ans » que près d'un patient sur 3 (**31 %**) serait susceptible de poursuivre son activité professionnelle avant d'atteindre l'âge légal de la retraite. Cette hémopathie maligne est certes bien plus rare en termes d'incidence, mais son évolution s'accompagne de façon quasi systématique de lésions osseuses.

[Tableau 6 ci-dessous]

**Tableau 6 : Prévalence partielle à 5 ans du myélome, chez la femme et chez l'homme, en France, en 2008.**

Type d'hémopathie	15-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	≥ 75 ans	Total
Myélome - femme	132	527	1 351	1 930	3 211	7 151
Myélome - homme	175	683	1 881	2 438	2 997	8 174
<b>TOTAL</b>	<b>307</b>	<b>1 210</b>	<b>3 232</b>	<b>4 368</b>	<b>6 208</b>	<b>15 325</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>2%</b>	<b>8%</b>	<b>21%</b>	28.5%	40.5%	100%

31%

D'après *Estimation de la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus en 2008* (INCa - 2014) (8)

## II. Lésions osseuses en onco-rhumatologie

### A. Épidémiologie des métastases osseuses

Le squelette est le 3<sup>ième</sup> site métastatique après le poumon et le foie, et revêt un intérêt clinique tout particulier dans le cancer du sein et de la prostate en raison de la très forte incidence de ces deux cancers. En outre, plus de 60 % des patients atteints de cancer (quel que soit le type de cancer) présentent ou présenteront des lésions osseuses (LOS) secondaires au cours de l'évolution de la maladie (9).

En effet, les trois cancers les plus pourvoyeurs de LOS sont le cancer du sein, de la prostate, et du poumon qui sont donc non seulement les cancers les plus fréquents en terme d'incidence, mais également les plus ostéophiles. On estime à 80% les LOS dues aux cancers du sein et de la prostate, néoplasies qui sont par ailleurs celles pour lesquelles la durée de vie est parmi les plus prolongées. C'est pourquoi, en l'absence de métastases viscérales, les LOS du cancer du sein ou de la prostate peuvent s'apparenter à une maladie chronique évoluant sur plusieurs années (10–12).

Pour le **cancer du poumon**, l'incidence des LOS est de 30 à 40%, aggravant un pronostic déjà sombre, avec une survie nette à 5 ans en France inférieure à 17 % (2), bien que la médiane de survie ait progressé grâce à l'avènement des thérapies ciblées passant de 7 à 9 mois à plus d'un an, tous types de cancer broncho-pulmonaire confondus, et tous stades confondus. La présence de LOS dans le cancer du poumon est un facteur de mauvais pronostic avec une survie globale de 6 mois en moyenne (13) ; une étude canadienne publiée en 2015 vient conforter ce facteur avec une médiane de survie réduite par les métastases osseuses à 5,8 vs 10,2 mois lorsque les sites métastatiques sont extra-osseux (14).

Ce qui contraste avec le **cancer du sein** métastatique, où la présence de métastases uniquement osseuses est associé à un meilleur pronostic comparativement à celui associé à la présence de métastases viscérales. *Coleman et al.* estime que la durée médiane de survie après une première rechute osseuse est de 20 mois *contre* 3 mois après une première rechute hépatique.(15).

De même, *Kuru et al.* montre dans une étude portant sur 470 femmes atteintes d'un cancer du sein que la survie à 5 ans est significativement meilleure pour les patientes avec une métastase osseuse unique (73 % de survie à 5 ans), ou même multiples (46%), comparée aux patientes métastatiques en viscéral (22%) (11).

Une autre étude portant sur 104 femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique uniquement à l'os, fait état d'une survie médiane de 72 mois, soit 6 ans (avec une durée médiane de maladie confinée uniquement à l'os allant de 24 à 50 mois) (16). Enfin, un article publié en 2011 mentionne que la survie d'un cancer du sein métastatique peut être supérieure à 30 mois en cas de métastases uniquement osseuses ; avec quelques survivants dits « longs » au-delà de 5 ans, voire même 1 à 3 % de « guérison », ce qui contraste avec les survies observées en cas de métastases viscérales (17).

D'autres cancers tels que le cancer de la **thyroïde** et le cancer du **rein** sont très ostéophiles, cependant leur faible prévalence rend le nombre absolu de patients potentiellement atteints de LOS moins importants (12,18).

Au total, il existe une réelle difficulté méthodologique à appréhender de façon exacte l'épidémiologie des LOS : en effet, les registres ne collectent pour la plupart que le nombre de cancers primitifs, il ne reste alors que les données issues de grands essais prospectifs multicentriques, en majorité à but thérapeutique, et portant sur un type de cancer métastatique. Cependant, le *Bulletin du Cancer* qui, en 2013, consacrait un numéro spécial aux métastases osseuses, résume ainsi l'incidence des LOS selon le type de cancer (18). [Tableau 7 ci-dessous]

**Tableau 7 : Incidence et médiane de survie des formes métastatiques osseuses de cancers solides aux stades avancés, assortis de la prévalence partielle mondiale à 5 ans, tous sexes confondus.**

Cancers ostéophiles	Prévalence mondiale à 5 ans (en millions)	Incidences des métastases osseuses aux stades avancés (%)	Médiane de survie des formes métastatiques osseuses (mois)
Sein	6.23	65-75	24-36
Prostate	3.86	65-75	12-53
Poumon	1.90	30-40	6-7
Vessie	1.32	40	15
Thyroïde	1.21	60	48
Rein	0.91	20-25	12
Mélanome	0.87	14-45	6

D'après Cvitkovic F - Bull. Cancer, 2013 (18), Coleman RE - The Oncologist, 2004 (19) et les données issues de GLOBOCAN 2012 pour la prévalence mondiale à 5 ans (20)

Les progrès thérapeutiques, et notamment l'avènement des thérapies ciblées apparues depuis plus d'une dizaine d'années, ont bouleversé l'histoire naturelle de l'évolution des cancers, en améliorant la survie des patients. En effet, on assiste à l'heure actuelle, à des évolutions métastatiques osseuses, dans des cancers non classiquement ostéophiles (cancers ostéo-émergents).

Ce phénomène est particulièrement illustré dans le cas des cancers **colorectaux** dont la médiane de survie a été multipliée par 4 en 20 ans : une étude rétrospective multicentrique publiée en 2011 portant sur 2500 patients fait état d'une incidence de 10% de LOS, soit une incidence qui a quasiment doublé en une dizaine d'années (21). Ce phénomène est aussi constaté dans le **mélanome** en raison de l'amélioration de la survie, du fait en partie des campagnes de détection précoce et de l'avènement des immunothérapies.

## **B. Notions générales sur les lésions osseuses survenant au cours des tumeurs solides ou des hémopathies malignes.**

Les LOS sont préférentiellement localisées au niveau des sites de l'hématopoïèse, par ordre décroissant : rachis, côtes, bassin, crâne, extrémités proximales des fémurs et des humérus (22). Les LOS affectent ainsi le plus souvent le **squelette axial**.

Les lésions **ostéolytiques** sont les plus fréquentes (en lien avec une destruction osseuse importante), en particulier dans le myélome dans lequel la reminéralisation osseuse est exceptionnelle. On trouve également des lésions mixtes (ostéolytiques et condensantes) comme dans le cancer du sein par exemple. Les lésions ostéocondensantes sont plus rares exceptées dans le cancer prostatique, et 15 à 20% des cancers du sein (23).

Dans les études évaluant l'efficacité des molécules inhibant la résorption osseuse, le critère de jugement est un indice composite, artificiel, appelé **SRE** pour *Skeletal Related Events*, incluant : la nécessité d'avoir recours à une radiothérapie ou à une chirurgie osseuse, la survenue d'une fracture pathologique, la compression médullaire, et selon les études, l'hypercalcémie.

L'allongement de la survie des patients atteints de LOS les expose par ailleurs à l'augmentation du risque de présenter un SRE. Ces complications sont elles-mêmes à l'origine d'une morbidité importante, d'une altération de la qualité de vie, d'une diminution des capacités fonctionnelles, avec un impact social et médico-économique lourd ; d'où l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire afin de prévenir la survenue de telles complications (18).

Ainsi, l'évaluation et la prévention des risques fracturaire et fonctionnel occupent une place importante, aussi bien pour les activités de la vie quotidienne, que pour la remise à l'activité physique, ou lorsque se pose la question du retour en emploi. L'évaluation et la prévention du risque fonctionnel sont, au mieux, discutées en Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP) dédiées à l'os tumoral (24). Les répercussions sur l'employabilité sont donc évidentes, surtout dans le cas où l'emploi précédemment occupé comporte des contraintes physiques, ou que la conduite de véhicule est entravée par une contention (corset, minerve).

### C. Prise en charge spécifique des lésions osseuses

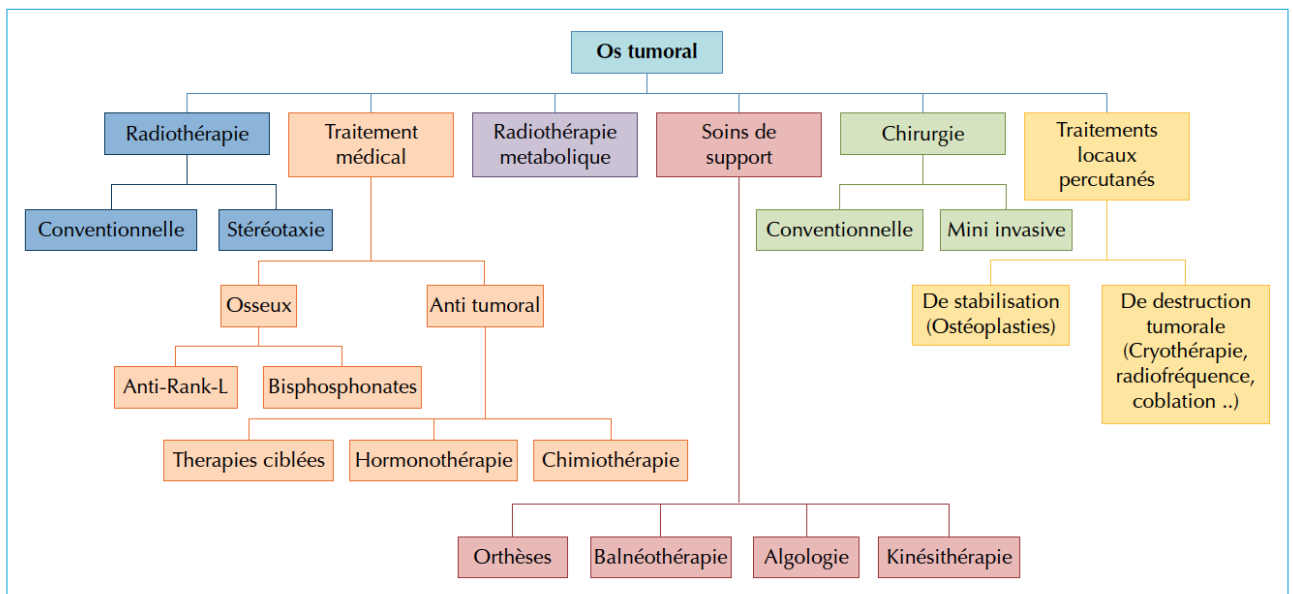
Les options thérapeutiques sont aujourd'hui nombreuses et nécessitent donc d'être discutées dans une RCP dédiée aux localisations osseuses secondaires, réunissant oncologue (onco-hématologue et/ou onco-radiothérapeute), chirurgien (neurochirurgien, chirurgien orthopédiste), radiologue diagnostique et interventionnel, médecin nucléaire diagnostique et thérapeutique, rhumatologue, et parfois médecin rééducateur, médecin de la douleur afin d'optimiser le choix de la meilleure technique thérapeutique et du moment approprié pour le mettre en œuvre. En effet, la prise en charge des lésions osseuses secondaires, est intriquée avec la prise en charge carcinologique ou hématologique et il convient de prioriser et de « synchroniser » ces deux prises en charge pour intégrer la prise en charge osseuse en connaissant le programme thérapeutique général proposé (chirurgie carcinologique, chimiothérapie, hormonothérapie et autres thérapies ciblées) (25,26). Comme nous avons déjà pu le voir, la maladie métastatique osseuse peut dans certains cas, s'apparenter à une maladie chronique, certes incurable mais dont l'ensemble de l'arsenal thérapeutique mobilisable a permis un gain de « survie de qualité » (22).

De façon schématique, et en fonction de l'évaluation du pronostic et des possibilités de contrôle de la maladie tumorale, la prise en charge d'une LOS dans ce contexte oncologique ou hématologique, est le plus souvent multimodale, composée de 2 types de traitements [**Figure 3** ci-après] :

- traitements généraux : inhibiteurs de résorption osseuse (bisphosphonates, *Dénosumab*), chimiothérapie, radiothérapie métabolique, hormonothérapie, thérapie ciblée, soins de supports tel que algologie, kinésithérapie ;
- traitements locaux, associant eux-mêmes :
  - o des traitements de stabilisation osseuse : immobilisation par corset, chirurgie, ostéoplasties ;
  - o des techniques de destruction tumorale : radiothérapie conventionnelle ou en conditions stéréotaxiques, radiofréquence, cryothérapie, coblation.

L'ensemble des différentes thérapeutiques disponibles a un triple but :

- contrôle antalgique,
- prévention des complications fonctionnelles et maintien de l'autonomie,
- contrôle de l'évolutivité tumorale locale.



[MH Vieillard – Bulletin du Cancer – 2011]

**Figure 3 : Vue d'ensemble des techniques et traitements disponibles dans la prise en charge des métastases osseuses et des localisations osseuses des hémopathies.**

Selon le type de cancer primitif et l'état général du patient, le contrôle de l'évolutivité tumorale peut, à titre d'exemple et de façon non exhaustive, inclure :

- hormonothérapie (pour les tumeurs hormonosensibles comme celle du sein)
- traitement à l'Iode131 (pour les cancers thyroïdiens)
- thérapies ciblées, c'est à dire ciblant spécifiquement des anomalies moléculaires propres aux cellules tumorales. On retrouve dans cette catégorie :
  - celles agissant sur l'angiogenèse : Anti-VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) tel que le Bévacicumab AVASTIN®
  - celles agissant sur la signalisation membranaire responsable de la croissance tumorale (Anti-HER2 tel que le Trastuzumab HERCEPTIN®, inhibiteur de la Tyrosine Kinase tel que le Sunitinib SUTENT® ou l'Erlotinib TARCEVA®)
  - celles agissant sur la signalisation intracellulaire responsable de la prolifération et de la division cellulaire (inhibiteur de mTOR tel que l'Everolimus AFINITOR®)



Pour le myélome multiple, les traitements immunomodulateurs de 1<sup>ère</sup> génération (Thalidomide et Lénalidomide) et l'inhibiteur du protéasome de première génération (Bortézomib) sont un progrès avec une amélioration de près de 50 % de la survie médiane.

De manière très simplifiée, la prise en charge des patients jeunes  $\leq 65$  ans, en bon état général, éligibles à l'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques comporte un traitement d'induction par chimiothérapie intensive, suivi de l'autogreffe puis un traitement de consolidation.

Les patients âgés de plus de 65 ans, non éligibles à l'autogreffe de cellules souches, peuvent bénéficier d'un traitement associant Melphalan-Prednisone à une des nouvelles molécules (Thalidomide, Lénalidomide ou Bortézomib), en fonction de l'âge, des comorbidités, de l'état général, et de la présence ou non de symptômes, de complications.

### III. Contextualisation « Travail & Cancer »

#### A. La représentation du travail pour les patients atteints de cancer

Les “survivants du cancer” expriment différents facteurs influençant leur décision à reprendre ou non leur travail. Il peut s’agir de raisons purement financières, d’une motivation personnelle à « faire leur travail », d’une incapacité physique à occuper leur poste antérieur (surtout s’il était manuel), d’un sentiment de discrimination ou de marginalisation sur leur lieu de travail. Dans d’autres cas, ils ont subi un licenciement.

Pour autant, de nombreux auteurs ont montré combien le travail jouait un rôle dans le fondement de l’identité de chacun, participant à la construction et au maintien de l’estime de soi, permettant de se réaliser, de s’identifier comme faisant partie d’un groupe, d’entretenir des relations avec ses collègues, conférant ainsi une identité sociale au travailleur (27,28).

Par ailleurs, le travail contribue à maintenir un « sens de la normalité », une intégrité et un certain contrôle dans la mesure où celui-ci va rythmer et ordonner la vie quotidienne. La rupture brutale imposée par le cancer dans la vie quotidienne tant personnelle que professionnelle (*avec la mise en arrêt maladie*) peut placer les patients dans une certaine « anormalité » (27,28).

Plusieurs auteurs ont souligné la nécessité d’intégrer et de prendre en compte la situation socio-professionnelle des patients lors de l’interrogatoire réalisé en médecine de soins, afin de pouvoir identifier une « détresse en lien avec leur situation socio-professionnelle » dans le but de pouvoir la prendre en charge de manière spécifique (27,29).

Déjà, selon Erik Erikson, Freud considérait « la santé comme la capacité à aimer et à travailler », intégrant ainsi le concept « du travail » dans la norme sociale (30).

## **B. Pourquoi s'intéresser au travail chez des patients présentant un cancer au stade métastatique ?**

Le fait que la maladie soit à un stade métastatique ne change en rien les fondamentaux liés à cette représentation du travail dans les pays occidentaux, comme l'a illustré le psychiatre *John Peteeet* dans sa revue de la littérature, prenant des cas cliniques concrets, dont la plupart sont des patients dont le cancer est à un stade métastatique (27).

Depuis 2003, sont mis en place des « Plans Cancers » nationaux. L'objectif 9 du 3<sup>ème</sup> Plan Cancer 2014-2019 a pour intention de « diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle », « accorder une priorité au maintien et au retour dans l'emploi », et « atténuer les conséquences économiques du cancer » (31). Dans le chapitre consacré spécifiquement au maintien et retour en emploi (32), il est stipulé que « *La sécurisation des parcours professionnels tout au long de la vie professionnelle est un objectif essentiel. Chaque situation est personnelle et spécifique ; elle est aussi évolutive. Toute personne doit être acteur de son parcours professionnel, mais doit aussi pouvoir être aidée, accompagnée et appuyée dans l'entreprise et en dehors de celle-ci durant la période de fragilité qu'elle traverse.* » Ainsi, il est mis l'accent sur l'accompagnement spécifique dont doivent bénéficier les personnes atteintes du cancer, en favorisant notamment : l'aménagement du temps de travail, l'aménagement du poste de travail et l'accompagnement social, l'accès à une information adaptée et individualisée en matière de maintien à l'emploi, ce dernier point nécessite, non seulement d'établir un état des lieux de l'existant à l'échelon local ou régional, mais aussi de développer une approche pluridisciplinaire du maintien dans l'emploi. Notre travail s'inscrit donc au sein des objectifs fixés par ce 3<sup>ème</sup> Plan Cancer.

En effet, si beaucoup d'études se sont intéressées au champ « cancer et travail », la grande majorité des études se concentre sur 1 à 3 types de cancer (et en premier lieu au cancer du sein du fait de sa fréquence et de l'âge relativement jeune au diagnostic), excluant le plus souvent les patients métastatiques. Parmi les études incluant toutes localisations et tous stades confondus, les objectifs ne ciblent pas spécifiquement les patients métastatiques et encore moins les patients porteurs de lésions osseuses (LOS) (33–43).

Des études non encore publiées, mais dont les résumés sont parus durant l'été 2016, montrent un intérêt récent et croissant porté sur le champ « hémopathies et travail » : une étude pilote s'intéresse à l' « *analyse des déterminants médico-sociaux du maintien en emploi des patients atteints d'une hémopathie maligne* » sans précisions dans le résumé sur la présence ou non de LOS (44), une autre s'intéresse au « *retour au travail dans l'après cancer d'un lymphome diffus à grandes cellules B* » (45).

L'originalité de notre étude est de s'intéresser spécifiquement aux patients porteurs de LOS, qu'elles apparaissent dans un contexte d'hémopathie ou de tumeur solide, qu'elles soient présentes au diagnostic ou survenant au cours de la maladie. On peut concevoir aisément que la présence de LOS influence directement l'employabilité. Les lésions osseuses touchent préférentiellement le squelette axial, et du fait de leurs répercussions fonctionnelles, leur impact sur la mobilité et sur les restrictions d'aptitude potentielles (voire l'inaptitude selon le poste antérieurement occupé), elles nécessitent une attention toute particulière en santé travail.

L'objectif principal de cette enquête est donc d'évaluer **la modification des trajectoires socio-professionnelles** engendrée par la survenue de lésion(s) osseuse(s) dans un contexte néoplasique, qu'il s'agisse d'hémopathie maligne ou de tumeur solide.

Les objectifs secondaires s'attachent à :

- décrire, dans cette population, les facteurs habituellement reconnus comme influençant la reprise du travail après un cancer ;
- formuler les besoins exprimés par les patients en faveur du maintien / retour dans l'emploi ;
- orienter les patients quant aux démarches médico-socio-professionnelles, selon les recommandations usuelles.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

### I. Principe de l'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique, prospective, non-interventionnelle, et descriptive :

- description de la population spécifique des patients reçus en consultation d'onco-rhumatologie au sein du service de rhumatologie du CHRU de Lille ;
- description de leurs caractéristiques socio-professionnelles ;
- description des facteurs reconnus comme influençant la reprise du travail.

#### A. Population

Les patients sont inclus, de façon prospective, au cours de leurs consultations programmées d'onco-rhumatologie, selon les critères d'inclusion et d'exclusion énoncés ci-dessous :

- **Critères d'inclusion**

- Patients vus en consultation d'onco-rhumatologie au CHRU de Lille, présentant une atteinte osseuse dans un contexte de cancer solide ou d'hémopathie, quel que soit le pronostic de la maladie néoplasique et le motif de leur adressage en consultation d'onco-rhumatologie ;
- Âgés de 18 ans à 67 ans inclus ;
- Acceptant de participer à l'enquête ;
- Qu'ils soient en situation d'emploi ou de non emploi.

- **Critères d'exclusion**

- Mauvaise compréhension de la langue ;
- Refus de participer à l'enquête ;
- Pathologies rhumatologiques en lien avec les traitements anti-cancéreux mais sans atteinte osseuse d'origine néoplasique.

## B. Considérations éthiques

Le questionnaire et le protocole d'enquête ont fait l'objet d'une déclaration auprès du Correspondant Informatique et Liberté (CIL) du CHRU de Lille qui a autorisé la collecte des données et le traitement informatique de ces dernières, dans le cadre d'une recherche non-interventionnelle, sous la référence : DEC2015-151.

Dans la mesure où l'étude se déroulait au sein de la Clinique de Rhumatologie du CHRU de Lille, l'accord du chef de service a été demandé et obtenu.

## II. Déroulement de l'étude

### A. Modalités de recueil des données

Le choix s'est tourné vers une inclusion prospective consécutive des patients se présentant à la consultation programmée d'onco-rhumatologie, remplissant les critères d'inclusion/exclusion. Après consentement éclairé, les patients répondent à un questionnaire hétéro administré (reproduit en **Annexe 1**), en face à face, au décours immédiat de leur consultation programmée d'onco-rhumatologie.

***En pratique, 2 modes de recueil de données sont utilisés en fonction de la disponibilité du patient :***

1) Consultation en binôme – onco-rhumatologue et interne en médecine du travail – lors de chaque vacation programmée du vendredi matin, au cours de laquelle il est proposé au(x) patient(s) répondant aux critères d'inclusion/exclusion de participer à l'enquête après information sur son but et son déroulement pratique (notamment le mode de recueil par questionnaire, sa durée approximative, soit une vingtaine de minutes) et après recueil de leur consentement.

Les patients qui acceptent d'y participer sont alors invités à répondre à un questionnaire hétéro administré, en face à face (patient – interne de médecine du travail), dans une salle de consultation voisine. Le mode hétéro-administré a été privilégié afin de pouvoir s'adapter à chaque patient, et d'être en mesure de reformuler les questions si besoin.

2) Un recueil téléphonique est proposé pour les patients reçus en consultation en dehors de la demi-journée de présence de l'interne de médecine du travail, répondant aux critères d'inclusion et acceptant de participer à l'enquête. Une lettre d'information (reproduite en **Annexe 2**) et un consentement sont remis aux patients

par l'onco-rhumatologue. Les patients acceptant de participer à l'enquête proposent des plages de disponibilité téléphonique. Ils répondent au même questionnaire, hétéro-administré, par la même personne (interne en médecine du travail) au cours d'un entretien téléphonique.

Quel que soit le mode de recueil (en face à face ou par téléphone), s'il est détecté ou relaté par le patient une problématique professionnelle en rapport avec sa maladie, des conseils et/ou réponses lui sont apportés, selon les recommandations publiées en matière de maintien dans l'emploi et selon les pratiques usuelles (46–51). Le patient peut aussi être orienté s'il le souhaite ou si cela paraît justifié vers les consultations du service de Pathologies Professionnelles et de Maintien dans l'Emploi.

Certains items sont complétés par l'interne en médecine du travail :

- à partir du dossier médical pour les informations liées à la pathologie et à sa prise en charge ;
- à l'aide de l'application **CAPS**<sup>8</sup>, d'après la description par le patient de l'emploi occupé au diagnostic, dans le but d'obtenir des données harmonisées concernant la profession et le secteur d'activité des emplois.

## B. Données recueillies

La diversité de l'évolution des situations socio-professionnelles entre le diagnostic et le moment de l'enquête est abordée de façon dynamique, sous la forme de « trajectoires professionnelles ». Afin de pouvoir effectuer l'analyse descriptive de la trajectoire socio-professionnelle des patients présentant des lésions osseuses (LOS) dans un contexte de tumeur solide ou d'hémopathie, un questionnaire (reproduit en **Annexe 1**) est élaboré, en collaboration avec le Dr A. Leroyer, (médecin épidémiologiste) du Département Universitaire de Médecine du Travail de l'Université Lille 2, et le Pr S. Fantoni (médecin du travail) du service de Pathologies Professionnelles et de Maintien dans l'emploi du CHRU de Lille (36).

---

<sup>8</sup> CAPS : Codage Assisté des Professions et Secteurs d'activité. Disponible sur : <https://ssl3.isped.u-bordeaux2.fr/CAPS-FR/Langue.aspx>

**Données recueillies à travers le questionnaire :****A- PATIENTS**

- Caractéristiques sociodémographiques des patients : âge, sexe, situation familiale, existence d'enfant à charge.
- Caractéristiques de la maladie (*partie du questionnaire remplie par l'interne à partir des dossiers médicaux des patients*) :
  - Âge au diagnostic ;
  - Type de cancer primitif ; autre cancer (survenu avant ou après la LOS d'intérêt et sans lien avec cette dernière) ;
  - Lésion(s) osseuse(s) (LOS) :
    - Révélatrices ou non de la pathologie maligne sous-jacente,
    - Type de lésion(s) osseuse(s) :
      - Hémopathie,
      - Tumeur solide d'emblée métastatique à l'os (LOS synchrone), ou de survenue différée (LOS métachrone),
      - Tumeur osseuse primitive,
    - Nombre et type de segment(s) osseux<sup>9</sup> touché(s) : si > 3 segments osseux touchés, les localisations sont considérées « multiples » ;
    - Existence de complications inaugurales ou révélatrices ;
  - Présence d'autre(s) site(s) métastatique(s) extra-osseux ;
  - État général évalué par l'échelle OMS (incluse dans **l'annexe 1**) ;
  - Type de traitement oncologique spécifique passé et en cours ;
  - Type de traitement spécifique des lésions osseuses (local et systémique) ;
  - Séquelles de la maladie ou des traitements.

---

<sup>9</sup> Un segment osseux désigne par exemple le rachis dorsal. Si plusieurs vertèbres du rachis dorsal présentent des LOS, ceci ne sera renseigné que comme « un segment osseux ».



## **B- « TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES »**

---

### **1. Situation socio-professionnelle lors du diagnostic de la maladie primitive**

a) Inactif (retraité, femme ou homme au foyer, invalidité, ...)

b) Actif (en emploi ou chômeur) :

➤ Pour les **actifs occupés** (en emploi et en poste), caractéristiques de l'emploi :

- **Statut** : statut salarié (privé ou public), indépendant, chef d'entreprise salarié ou gérant minoritaire
- **Profession** : libellé de chaque profession en utilisant le Codage Assisté des Professions et des Secteurs d'activité (CAPS)
- **Classification professionnelle** selon code PCS 2003
- **Ancienneté** dans l'exercice
- **Contraintes** liées à l'emploi :
  - contraintes physiques (*port de charges, contraintes posturales, mouvements répétitifs, ...*) ;
  - contraintes psychiques (*charge psychologique de travail, stress, contact avec le public, ...*) ;
  - contraintes organisationnelles (*travail posté, travail de nuit, horaires variables ou morcelés, ...*).

➤ Pour la **population salariée** :

- type de contrat de travail : « stable » (CDI, agent titulaire de la fonction publique), ou « précaires » (CDD, intérimaire, agent non titulaire de la fonction publique, indépendant)
- temps de travail : temps complet vs temps partiel

### **2. Parcours socio-professionnel depuis le diagnostic de la maladie primitive jusqu'à la situation socio-professionnelle **actuelle** :**

- Situation de maintien en emploi, reprise du travail ou tentative de reprise et les raisons invoquées si échec de reprise ;
- Situation de perte/sortie de l'emploi depuis le diagnostic et raisons invoquées ;
- Maintien d'un lien avec le monde professionnel au cours du parcours de soin ;
- Accompagnement et démarches médico-socio-professionnelles effectuées depuis le diagnostic ;
- Conséquences financières et raisons invoquées ;

### **3. Répercussions socio-professionnelles spécifiquement en lien avec la **survenue de lésion(s) osseuse(s)**.**

### **C. FACTEURS HABITUELLEMENT RECONNUS COMME INFLUENÇANT LA REPRISE**

---

- Facteurs **sociodémographiques** : âge au diagnostic, sexe, situation familiale ;
- Facteurs **cliniques** :
  - cancer primitif : type de cancer, autre cancer survenu avant ou après la LOS, localisation métastatique extra-osseuse, état général ;
  - localisations osseuses : lésion osseuse révélatrice, nombre et type de localisation, complication aiguë lors de leur survenue ;
  - traitements reçus ;
  - séquelles de la maladie et/ou des traitements ;
- Facteurs **socio-professionnels** :
  - niveau de qualification ;
  - statut professionnel (salarié du privé, du public ou indépendant) ;
  - catégorie socio-professionnelle ;
  - pénibilité du poste, ancienneté, contrat et temps de travail ;
- Facteurs liés aux **conditions de reprise** et aux **démarches** médico-socio-professionnelles :
  - maintien d'un lien avec le monde professionnel pendant l'arrêt de travail ;
  - existence d'une Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), d'une invalidité ;
  - visite de pré-reprise, reprise à temps partiel thérapeutique, aménagement horaire ou ergonomique.

### **D. BESOINS EXPRIMÉS PAR LES PATIENTS EN FAVEUR DU MAINTIEN / RETOUR À L'EMPLOI**

---

- **Accompagnement** et/ou **mesures** qui auraient pu les aider dans le domaine du maintien ou du retour à l'emploi,
- **Professionnels** qu'ils auraient souhaité rencontrer dans ce but,
- **Moment** où cet accompagnement aurait dû prendre place durant leur parcours de soin.

## C. Analyse statistique

La saisie des données s'est faite via le logiciel EPI DATA. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS (version 9.4).

Les variables qualitatives sont exprimées en fréquence et pourcentage. Les variables quantitatives sont exprimées en quartiles, médiane, valeur minimale et maximale.

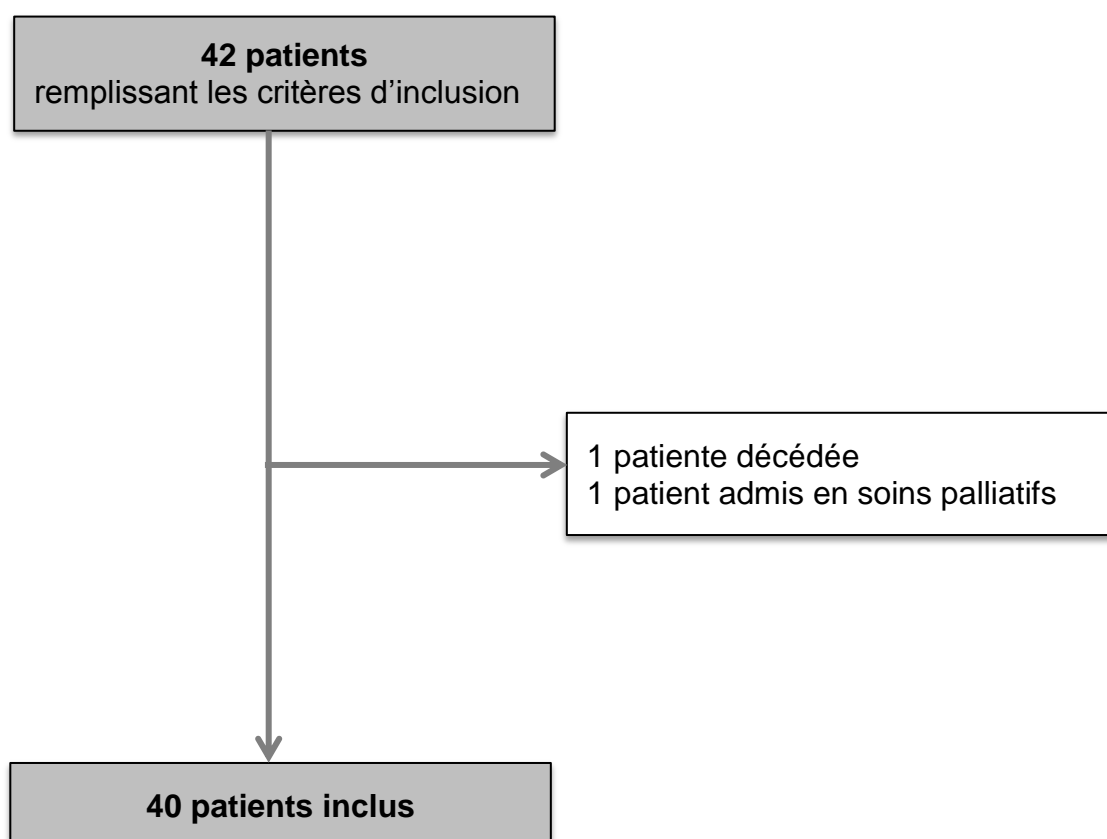
Pour les comparaisons de variables qualitatives, le test du Chi2 ou le test exact de Fisher, lorsqu'une valeur était inférieure à 5, ont été réalisés.

Une valeur de  $p < 0,05$  était considérée comme **significative**.

Lorsque la valeur de  $p$  était comprise entre 0,05 et 0,10, nous avons considéré qu'il existait une **tendance**.

## RÉSULTATS

La période d'inclusion a duré de juin 2015 à août 2016. Le nombre moyen de consultations d'onco-rhumatologie est d'environ 510 consultations/an, certains patients étant vus à plusieurs reprises. Durant la période d'inclusion, 42 patients complétaient les critères d'inclusion. Parmi eux, 2 patients sont malheureusement, décédée pour l'une, et admis en soins palliatifs pour l'autre, avant le rendez-vous téléphonique. Au total, sur les 42 patients auxquels nous avons proposé de participer, **40 ont pu être inclus** : le taux de participation est donc de **95%**.



**Figure 4 : Flow chart**

# I. Caractéristiques sociodémographiques, médicales et professionnelles

## A. Description de la population (service d'onco-rhumatologie)

### 1. Caractéristiques sociodémographiques des patients

Les femmes représentent presque les deux tiers de la population.

L'âge médian au diagnostic est de 50,5 ans [15-65 ans], avec un 1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> quartiles<sup>10</sup> respectivement à 40,5 ans et 57 ans.

Concernant la situation familiale, 7 patients sur 10 vivent en couple, ils sont plus d'un tiers à avoir au moins un enfant à charge (dont majoritairement 2 enfants à charge).

La répartition du niveau d'étude de part et d'autre du niveau « Baccalauréat » est presque équilibrée avec plus de 40% des patients de niveau inférieur au baccalauréat, et 45% de niveau  $\geq$  Bac +2. [Tableau 8 ci-dessous]

**Tableau 8 : Caractéristiques sociodémographiques des patients inclus.**

		Nombre (n = 40)	Pourcentage (%)
Âge au diagnostic	< 30 ans	3	8
	30-49 ans	15	38
	50-67 ans	22	55
Sexe	féminin	25	62,50%
	masculin	15	37,50%
Situation familiale	Vivant seul	12	30%
	Vivant en couple	28	70%
$\geq 1$ enfant à charge		15	38%
Niveau d'étude	Sans diplôme ou < au Bac	17	42,50%
	Bac	5	12,50%
	$\geq$ Bac +2	18	45%

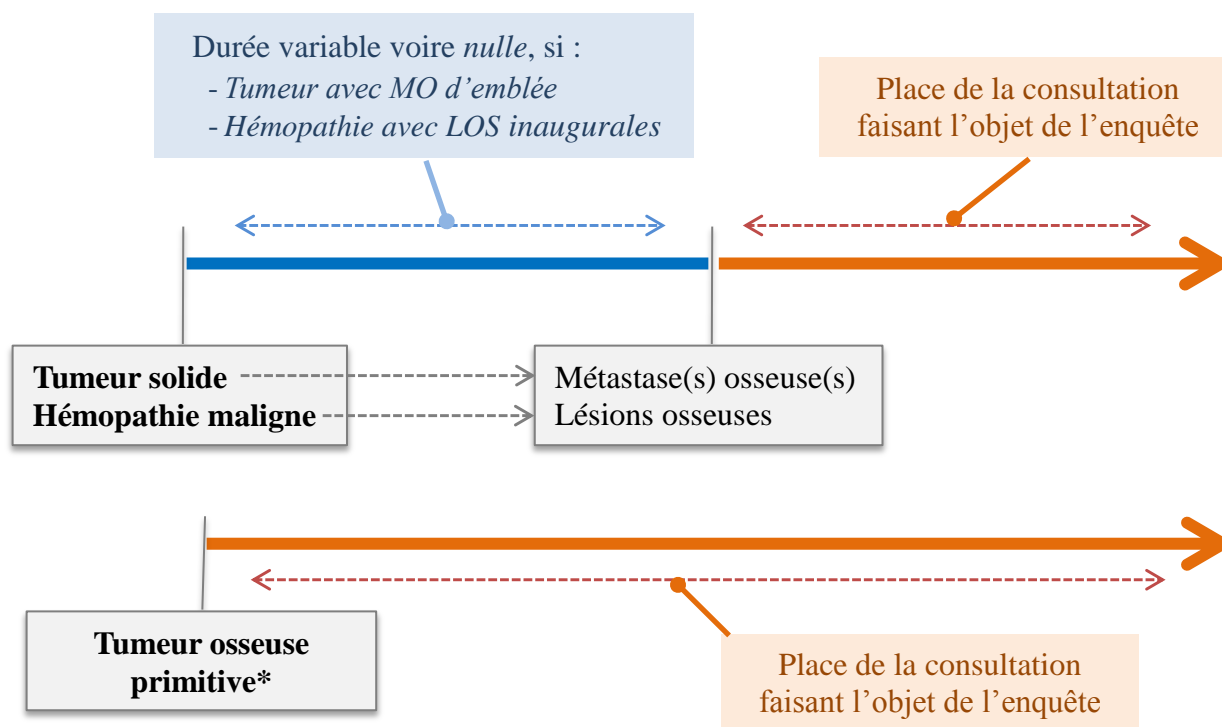
<sup>10</sup> Les 1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> quartiles (abrévés Q1 et Q3) aident à comprendre la dispersion des données. **Q1** est la valeur telle qu'au moins 25% des valeurs de la série sont  $\leq$  à Q1. **Q3** est la valeur telle qu'au moins 75% des valeurs de la série sont  $\leq$  à Q3. La médiane coïncide avec le deuxième quartile car il s'agit de la valeur qui partage cette distribution en deux parties égales.

## 2. Caractéristiques liées aux modalités de recueil des données

Le mode de recueil a été majoritairement réalisé en face à face, soit pour 24 patients (60 %), faisant directement suite aux consultations programmées d'onco-rhumatologie, alors que 16 questionnaires (40 %) ont été soumis par téléphone.

L'intervention de l'onco-rhumatologue au cours du parcours de soins du patient est extrêmement variable d'un patient à l'autre, en fonction du cancer primitif, du motif de consultation et du médecin adresseur.

De ce fait, lorsqu'il s'agit d'une **tumeur solide**, le délai entre le diagnostic de cette tumeur solide et la consultation d'onco-rhumatologie peut être différent du délai entre le diagnostic de métastases osseuses (MO) et la consultation lorsque les MO sont survenues de façon *différée* au cours de l'évolution du cancer. Si les MO ont été *synchrones*, alors le délai entre le diagnostic de la tumeur primitive et la consultation est identique à celui entre le diagnostic de MO et la consultation. Le même raisonnement vaut pour les **hémopathies** selon qu'elles présentent ou non des lésions osseuses (LOS) au diagnostic. Dans le cas des **tumeurs osseuses primitives** incluses, aucune n'était métastatique \*. [Figure 5 ci-dessous]



**Figure 5 : Schématisation des différents moments au cours desquels l'onco-rhumatologue peut intervenir, en fonction du type de situation clinique**

\* Aucune tumeur osseuse primitive n'était métastatique dans notre étude, La LOS d'intérêt était donc la LOS primitive, présente dès le diagnostic.

Le délai moyen dans lequel on a recours à l'onco-rhumatologue est donc très hétérogène, et impossible à déterminer tant les paramètres d'adressage sont variables. Il est à préciser que les patients présentant des lésions osseuses révélatrices d'un cancer ne sont pas pris en charge en consultation mais dans le service d'hospitalisation et n'ont donc pas été inclus dans cette étude. En consultation et de manière très schématique, les suivis les plus longs correspondent au cancer de bon pronostic et relativement stables.

Les principaux motifs de consultation spécialisée d'onco-rhumatologie pour les patients présentant des LOS sont les suivants :

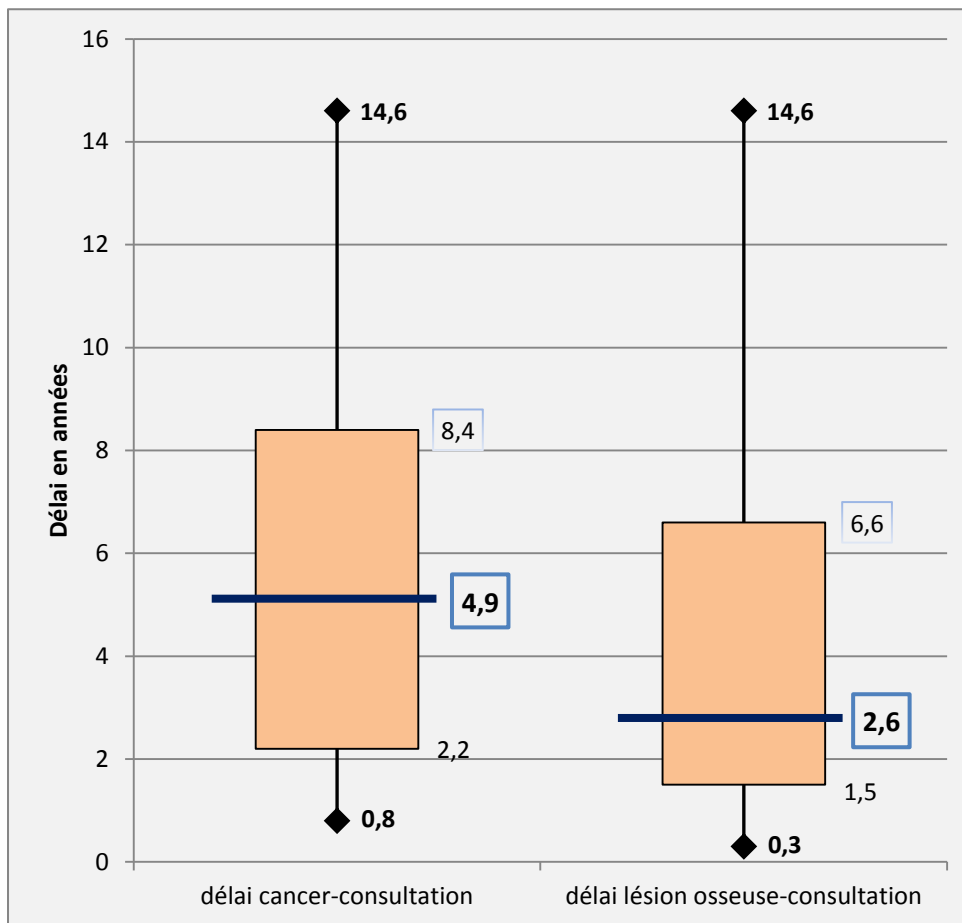
- Indication d'un geste de radiologie interventionnel et suivi (1 mois, 6 mois, 1 an) ;
- Indication à l'instauration ou à l'arrêt d'un traitement inhibiteur de la résorption osseuse ;
- Suivi et réévaluation cliniques après la sortie d'hospitalisation pour les patients avec lésions osseuses révélatrices ;
- Symptomatologie osseuse nécessitant un bilan étiologique clinique et d'imagerie ;
- Réévaluation avant décision de sevrage d'une contention ;
- Bilan et traitement de perte osseuse induite par les traitements du myélome ;
- Etc...

La rythmicité dépend bien évidemment de l'état clinique du patient, de l'éventuelle survenue de complication dans l'intervalle inter-consultation de suivi. Toutes ces raisons expliquent la variabilité du délai « enquête-diagnostic ».

Par ailleurs, le médecin adresseur des patients en onco-rhumatologie est tout aussi variable en fonction des pathologies et des établissements de soins : oncologues généraux ou spécialistes pour les tumeurs solides ; hématologues pour les hémopathies ; orthopédistes, neurochirurgiens pour les tumeurs osseuses primitives ; chirurgiens ou radiothérapeutes pour les lésions secondaires osseuses avec complication fonctionnelle, rééducateurs pour le sevrage de la contention, ....

Dans la **Figure 6** ci-dessous sont représentés les délais entre la date de la consultation faisant l'objet de l'enquête et :

- la date du diagnostic positif de cancer : qu'il s'agisse de tumeurs solides (y compris les tumeurs primitives de l'os), mais aussi d'hémopathies malignes ;
- la date d'apparition de lésions osseuses secondaires : celles-ci pouvant survenir dès le diagnostic initial (tumeur solide d'emblée métastatique, hémopathie maligne avec LOS synchrones) ou pouvant survenir dans un second temps.



**Figure 6** : Délais entre la date de la consultation faisant l'objet de l'enquête et la date du diagnostic positif de cancer ainsi qu'avec la date d'apparition des lésions osseuses



### 3. Caractéristiques de la maladie

#### a) La maladie primitive

Il s'agit d'**hémopathies malignes** dans plus de la moitié des cas, (n=23 soit **58%**), et de cancer du **sein** dans moins d'un quart des cas (n=8 soit **20%**).

25% des patients présentent d'autre(s) localisation(s) métastatique(s) extra-osseuse(s), et parmi eux, ce sont les localisations hépatiques (60% d'entre eux) puis pulmonaires (40%) qui dominent. D'autres restent plus marginales, présentes dans seulement 10% des cas (métastases cérébrales, rénales, ovariennes, surrenaliennes).

L'état général est globalement conservé mais 40% des patients présentent une autonomie réduite voire une dépendance, comme le montre les résultats ci-après dans la partie « Performance Status de l'O.M.S » (inclus dans l'**Annexe 1**).

**Tableau 9 : Caractéristiques de la maladie primitive.**

		Nombre (n=40)	Pourcentage (%)
Type de cancer	Sein	8	20
	Myélome / Plasmocytome	21	53
	Lymphome diffus a grandes cellules B	2	5
	Thyroïde	2	5
	Poumon	1	3
	Digestif	3	8
	Tumeur neuro-endocrine	1	3
	Os et cartilage	2	5
<b>Autre cancer*</b>		9	23
<b>Autres localisations métastatiques</b>		<b>10</b>	<b>25</b>
Échelle d'autonomie	OMS Status – 0	10	25
	OMS Status – 1	14	35
	OMS Status – 2	14	35
	OMS Status – 3	2	5
	OMS Status – 4	0	0

\* **Autre cancer** survenu avant ou après celui responsable de la LOS d'intérêt, et sans rapport avec celle-ci.

Parmi les 9 patients ayant présenté un autre cancer, avant ou après celui responsable de la LOS d'intérêt, et sans rapport avec elle :

- 2 ont présenté un nouveau cancer depuis le diagnostic de la LOS :
  - survenue d'un thymome 8,2 ans après le diagnostic de myélome,
  - survenue d'un cancer du sein 2,5 mois après le diagnostic de myélome ;

- 7 présentent un antécédent de cancer survenu dans un délai médian de 3,6 ans [-11,5 à -1,5 ans] avant la survenue de la pathologie maligne responsable de la LOS d'intérêt :
  - parmi 3 patientes atteintes de cancer du sein : 2 ont un antécédent de cancer du sein (récidive controlatérale), 1 a un antécédent de cancer de l'utérus,
  - parmi 2 patients atteints de myélome : l'un avait présenté un plasmocytome solitaire, l'autre un antécédent de cancer colique,
  - 1 patiente atteinte d'une tumeur à cellules géantes (tumeur primitive osseuse) avait déjà présenté plusieurs récurrences (sur des vertèbres différentes) de cette même tumeur.

### b) Les localisations osseuses

Lorsque la lésion osseuse n'est pas présente au diagnostic (n=15), le délai médian entre le cancer primitif et l'apparition de lésion(s) osseuse(s) secondaire(s) est de **2,2 ans** ; avec un 1<sup>er</sup> quartile à 0,8 ans et un 3<sup>ème</sup> quartile à 4 ans.

La lésion osseuse est révélatrice de la pathologie maligne sous-jacente pour 28% des patients inclus.

La survenue de lésion osseuse est associée à la présence de complication(s) aiguë(s) dans plus d'un cas sur deux, dont la plus fréquente reste **l'événement fracturaire** (91% des patients avec complication(s)). La compression médullaire et l'hypercalcémie sont plus marginales (17% et 13% d'entre eux respectivement), en sachant qu'un même patient peut présenter plusieurs complications.

La **quasi-totalité** des patients présente au moins une atteinte du **rachis**, et plus de la moitié présente plus de 3 segments<sup>11</sup> osseux touchés.

L'épidurite est présente chez 5 patients, soit 12,5%. [Tableau 10 ci-dessous]

**Tableau 10 : Caractéristiques liées aux localisations osseuses.**

		Nombre (n=40)	Pourcentage (%)
<b>Lésion osseuse révélatrice</b>		11	28
<b>Localisation(s) osseuse(s)</b>	<b>Rachis</b>	<b>39</b>	<b>98</b>
	Bassin	23	58
	Os longs	14	35
	multiples > 3 *	21	53
<b>Complication aiguë lors de la survenue de lésion(s) osseuse(s)</b>		23	58

\* si > 3 segments osseux touchés, les LOS sont considérées « multiples ».

<sup>11</sup> Un segment osseux désigne par exemple le rachis dorsal. Si plusieurs vertèbres du rachis dorsal présentent des LOS, ceci ne sera renseigné que comme « un segment osseux ».

### c) Traitement

**78% des patients** ont bénéficié d'une chimiothérapie. Celle-ci est encore en cours au moment de la consultation pour 40% de l'effectif.

Concernant la prise en charge des lésions osseuses, dans **presque la moitié des cas**, celle-ci a consisté en une vertébroplastie/cyphoplastie (48%) ou a comporté de la radiothérapie (43%), une contention (43%) de type corset ou minerve.

Le détail de la prise en charge des patients est présenté dans le **Tableau 11**, en sachant qu'un même patient peut recevoir plusieurs types de traitements.

**Tableau 11 : Répartition des différents traitements reçus.**

		Nombre (n=40)	Pourcentage (%)
<b>Prise en charge initiale</b>	Chirurgie	16	40
	<b>Chimiothérapie</b>	<b>31</b>	<b>78</b>
	Radiothérapie	12	30
	Hormonothérapie	7	18
	Greffe de cellules souches	15	38
	Thérapie ciblée	6	15
	Iode 131	2	5
<b>Traitements actuels</b>	<b>Chimiothérapie</b>	<b>16</b>	<b>40</b>
	Radiothérapie	2	5
	Hormonothérapie	5	13
	Thérapie ciblée	6	15
	AUCUN	5	13
<b>Prise en charge des lésions osseuses</b>	Chirurgie	6	15
	<b>Radiothérapie</b>	<b>17</b>	<b>43</b>
	Technique percutanée	3	8
	<b>Vertébroplastie / Cyphoplastie</b>	<b>19</b>	<b>48</b>
	<b>Contention</b>	<b>17</b>	<b>43</b>
	Mise en décharge	6	15
	<b>Inhibiteur de la Résorption osseuse</b>	<b>33</b>	<b>83</b>
	AUCUN	2	5

#### d) Séquelles dues à la maladie et/ou aux traitements

Pour **95% des patients** (soit 38 patients), il existe, le jour de la consultation, au moins une séquelle du fait de la maladie et/ou des traitements reçus.

Parmi eux, la séquelle la plus fréquemment retrouvée reste la **fatigue** (95% d'entre eux), suivie de la **douleur** (74%), et la moitié d'entre eux déclare présenter des difficultés à la marche ou une diminution de la force musculaire. Un même patient peut présenter plusieurs types de séquelles. [Tableau 12 ci-dessous]

**Tableau 12 : Principales séquelles le jour de la consultation.**

	Présence de Séquelles (n=38)	
	Nombre	Pourcentage (%)
<b>Douleur</b>	<b>28</b>	<b>74</b>
<b>Fatigue</b>	<b>36</b>	<b>95</b>
Syndrome Anxio-Dépressif	6	16
Paresthésies des extrémités	15	39
Difficultés à la marche	19	50
Diminution de la force musculaire	19	50
Ostéonécrose de la mâchoire	2	5

#### e) Caractéristiques cliniques des 2 principaux diagnostics retrouvés au sein de l'enquête

Le myélome et le cancer du sein représentent, **72,5 % des diagnostics rencontrés** (n=21, soit 52,5% de l'effectif pour le myélome ; n=8, soit 20% pour le cancer du sein), il nous a paru intéressant de dresser un portrait clinique synthétique de cette population. [Tableau 13 ci-après]

L'âge au diagnostic est plus élevé pour le myélome, plus de la moitié des patients ayant plus de 50 ans, alors que c'est l'inverse pour le cancer du sein. Toutefois, parmi les patients atteints de myélome, seuls 2 sont âgés de plus de 65 ans (soit 9,5%), alors que la majorité a moins de 65 ans (n=19, soit 90,5%).

Autre différence notable, la proportion de segments osseux atteints multiples (>3) est 2 fois plus importante chez les patientes présentant un cancer du sein (atteignant 100%) que chez ceux atteints d'un myélome.

Au niveau des séquelles, les difficultés à la marche ainsi que la diminution de la force musculaire sont plus souvent présentes chez les patients atteints de myélome.

**Tableau 13** : Caractéristiques cliniques des 2 diagnostics les plus représentés parmi l'ensemble de la population (n=40), soit le myélome (n=21) et le cancer du sein (n=8)

		Cancer du Sein	Myélome
		(n = 8)	(n = 21)
<b>Âge au diagnostic</b>	< 30 ans	13 % (1)	0
	30-49 ans	<b>50 % (4)</b>	38 % (8)
	50-67 ans	38 % (3)	<b>62 % (13)</b>
	<b>médiane (min ; max)</b>	44,5 ans (28 ; 59)	52 ans (32 ; 65)
<b>Sexe</b>	féminin	100 % (8)	52 % (11)
	masculin	<del>0 % (0)</del>	48 % (10)
<b>Délai avant apparition de la lésion osseuse</b>	<b>médiane</b>	2,7 ans	lésion osseuse dès le diagnostic
	<b>(min;max)</b>	(1,1 ; 8,3)	
<b>Localisation osseuse révélatrice</b>		0	38 % (8)
<b>Localisation(s) osseuse(s)</b>	<b>Rachis</b>	<b>100 % (8)</b>	<b>100 % (21)</b>
	Bassin	<b>100 % (8)</b>	57 % (12)
	Os longs	<b>63 % (5)</b>	33 % (7)
	Multiples > 3	<b>100 % (8)</b>	48 % (10)
<b>Traitements initiaux reçus</b>	Chirurgie	100 % (8)	<del>0 % (0)</del>
	<b>Chimiothérapie</b>	<b>88 % (7)</b>	<b>86 % (18)</b>
	Radiothérapie	<b>88 % (7)</b>	19 % (4)
	Hormonothérapie	88 % (7)	<del>0 % (0)</del>
	Thérapie ciblée	38 % (3)	0
	Greffe de cellules souches	<del>0 % (0)</del>	71 % (15)
<b>Prise en charge des lésions osseuses</b>	Chirurgie	25 % (2)	10 % (2)
	Radiothérapie	<b>75 % (6)</b>	24 % (5)
	Technique percutanée	0	0
	Vertébroplastie	50 % (4)	33 % (7)
	Contention	13 % (1)	<b>67 % (14)</b>
	Mise en décharge	13 % (1)	14 % (3)
	Inhibiteur de la Résorption osseuse	88 % (7)	76 % (16)
	AUCUN	13 % (1)	5 % (1)
<b>Séquelles</b>	<b>Présence de Séquelles</b>	<b>100 % (8)</b>	<b>95 % (20)</b>
	Douleur	75 % (6)	67 % (14)
	Fatigue	88 % (7)	95 % (20)
	Syndrome anxio-dépressif	25 % (2)	10 % (2)
	Paresthésies des extrémités	38 % (3)	43 % (9)
	Difficultés à la marche	25 % (2)	<b>52 % (11)</b>
	Diminution de la force musculaire	38 % (3)	<b>48 % (10)</b>
	Ostéonécrose de la mâchoire	25 % (2)	0

**Grille de lecture** : Parmi les patients atteints de myélome (n=21), 38% (soit 8 patients parmi 21) ont entre 30 et 49 ans au moment du diagnostic alors que 62% (soit 13 patients sur 21) ont entre 50 et 67 ans.

## B. Analyse descriptive de la situation socio-professionnelle des patients présentant une atteinte osseuse dans un contexte de cancer solide ou d'hémopathie

### 1. Caractéristiques socio-professionnelles lors du diagnostic de la maladie primitive

Au moment du diagnostic de la maladie primitive, la majorité des patients (**90%**) appartient à la **population active**, cette catégorie regroupant les « actifs occupés » : c'est-à-dire ceux « en emploi » (94% de cette population), et ceux qui sont « demandeurs d'emploi » (seulement 2 patients parmi eux, soit 6%).

Seuls **10%** de l'effectif total appartiennent à la **population inactive** au diagnostic : 3 patients sont déjà retraités, et une patiente est mère au foyer. [Tableau 14]

**Tableau 14** : Situation vis-à-vis de l'emploi au diagnostic de la maladie primitive

Situation au diagnostic	effectif n	(% sur le total de la population)	
<b>En emploi (y compris en arrêt maladie)</b>	<b>34</b>	<b>82,50%</b>	<b>Population active</b> 36/40 soit <b>90 %</b>
Chômeur	2	5,00%	
Étudiant*	0	0%	<b>Population inactive</b> 4/40 soit <b>10 %</b>
Retraité	3	7,50%	
Femme ou Homme au foyer	1	2,50%	
Invalidité	0	0%	
AAH	0	0%	

\* N.B. : Une patiente a été considérée comme en emploi au diagnostic alors qu'elle est encore étudiante au diagnostic car d'une part, elle a rapidement trouvé un emploi, et d'autre part, la tumeur neuro-endocrine qu'elle présente évolue depuis plus de 12 ans, et sur cette longue période, elle est demeurée majoritairement en emploi et très peu de temps étudiante.

Dans le **Tableau 15** en page suivante, on remarque que, parmi les patients en emploi au diagnostic, il s'agit principalement d'un emploi **salarié** (28 patients, soit 82 % d'entre eux), d'un contrat considéré comme « **stable** » (pour presque trois quart d'entre eux, contre un quart présentant des contrats dits « précaires »), et ils exercent à **temps plein** pour 79 % d'entre eux. La classification professionnelle selon le code « Professions et Catégories Socioprofessionnelles » (PCS) de 2003, fait apparaître que plus de la moitié (59%) exercent **un métier comportant une fonction d'encadrement**, contre 41% avec une fonction d'exécution.

La majorité des patients est employé par (ou dirige) un établissement d'un secteur d'activité tertiaire, en effet 53% ont un emploi dont le secteur d'activité appartient à l'administration publique, l'enseignement, la santé ou l'action sociale.

Seuls 2 patients ont une ancienneté inférieure à 1 an, alors que **plus de 50%** ont une ancienneté dans l'emploi **supérieure à 20 ans**.

Enfin, concernant les contraintes liées à l'emploi, seul un patient déclare n'être soumis à aucun type de contrainte. Sachant qu'un même patient peut être soumis à plusieurs types de contraintes, **plus de la moitié** des patients expriment être soumis à **au moins un type de contrainte**.

**Tableau 15 : Statut professionnel et principales caractéristiques de l'emploi occupé au diagnostic.**

			Nombre (n=34)	Pourcentage (%)*
STATUT	Salarié	Salarié privé	18	53
		Salarié public	10	29
	Non salarié	Indépendant ou à son compte	6	18
CONTRAT	Stable	CDI	16	57
		Agent titulaire	9	32
	Précaire	Indépendant	6	18
		CDD	2	7
		Agent non titulaire	1	4
	Intérimaire	0	0	
CLASSIFICATION PROFESSIONNELLE	Fonction d'exécution	Employés	10	29
		Ouvriers	4	12
	Fonction d'encadrement	Agriculteurs exploitants	1	3
		Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	3	9
		Cadres et professions intellectuelles supérieures	6	18
	Professions intermédiaires	10	29	
SECTEUR D'ACTIVITÉ	Agriculture		1	3
	Industrie		3	9
	Construction		3	9
	Commerce, transports, services divers		9	26
	<b>Administration publique, enseignement, santé, action sociale</b>		<b>18</b>	<b>53</b>

\* (% sur l'effectif en emploi), soit n=34

## 2. Parcours socio-professionnel depuis le diagnostic de la maladie primitive et situation socio-professionnelle actuelle (le jour de l'enquête)

### a) Maintien d'un lien avec le monde professionnel au cours du parcours de soin

Parmi ceux qui sont « en emploi » au cours de leur parcours de soin : 48% ont bénéficié du soutien *de leur(s) collègue(s) et de leur employeur*, 22% ont reçu le soutien *de l'un ou l'autre*. [Tableau 16]

**Tableau 16 : Soutien de l'environnement professionnel au cours du parcours de soin**

		Nombre	Pourcentage (%)
Soutien	Des collègues	22 (sur 32) <sup>12</sup>	69
	De l'employeur	15 (sur 28) <sup>12</sup>	54

N.B. : Un même patient peut recevoir le soutien de ses collègues et de son employeur.

Chez **70%** des patients encore en activité pendant les soins (soit 25 patients), la **question du travail a été évoquée** à un moment ou à un autre au cours du parcours de soin, majoritairement par le médecin traitant (72%) qui est le prescripteur des arrêts de travail et qui voit le plus fréquemment le patient. Elle n'a pu être évoquée par le médecin du travail que dans moins d'un tiers des cas, bien souvent car le patient ne rentre pas en contact avec son médecin du travail avant la reprise. [Tableau 17]

**Tableau 17 : Évocation de la question du travail durant tout le parcours de soin**

		Nombre (n=25)	Pourcentage (%)
Avec quel(s) professionnel(s)	Médecin traitant	18	72
	Médecin du travail	7	28
	Médecin spécialiste	5	20
	Médecin conseil	6	24
	Assistante sociale	6	24
À quel moment ceci a été évoqué pour la première fois	Dès que le diagnostic fût posé	8	32
	Au cours des traitements	6	24
	Après un certain temps de latence après la fin des traitements	7	28
	Avant de reprendre le travail	4	16

N.B. : Un même patient peut avoir évoqué la question du travail avec plusieurs professionnels.

<sup>12</sup> L'effectif concerné correspond aux patients qui peuvent potentiellement bénéficier du soutien :

- de leur(s) collègue(s) (*patients salariés, mais aussi les indépendants travaillant dans un même lieu comme par exemple au sein d'un cabinet médical*) → correspond à 32 patients
- de leur employeur (*patients salariés*) → correspond à 28 patients

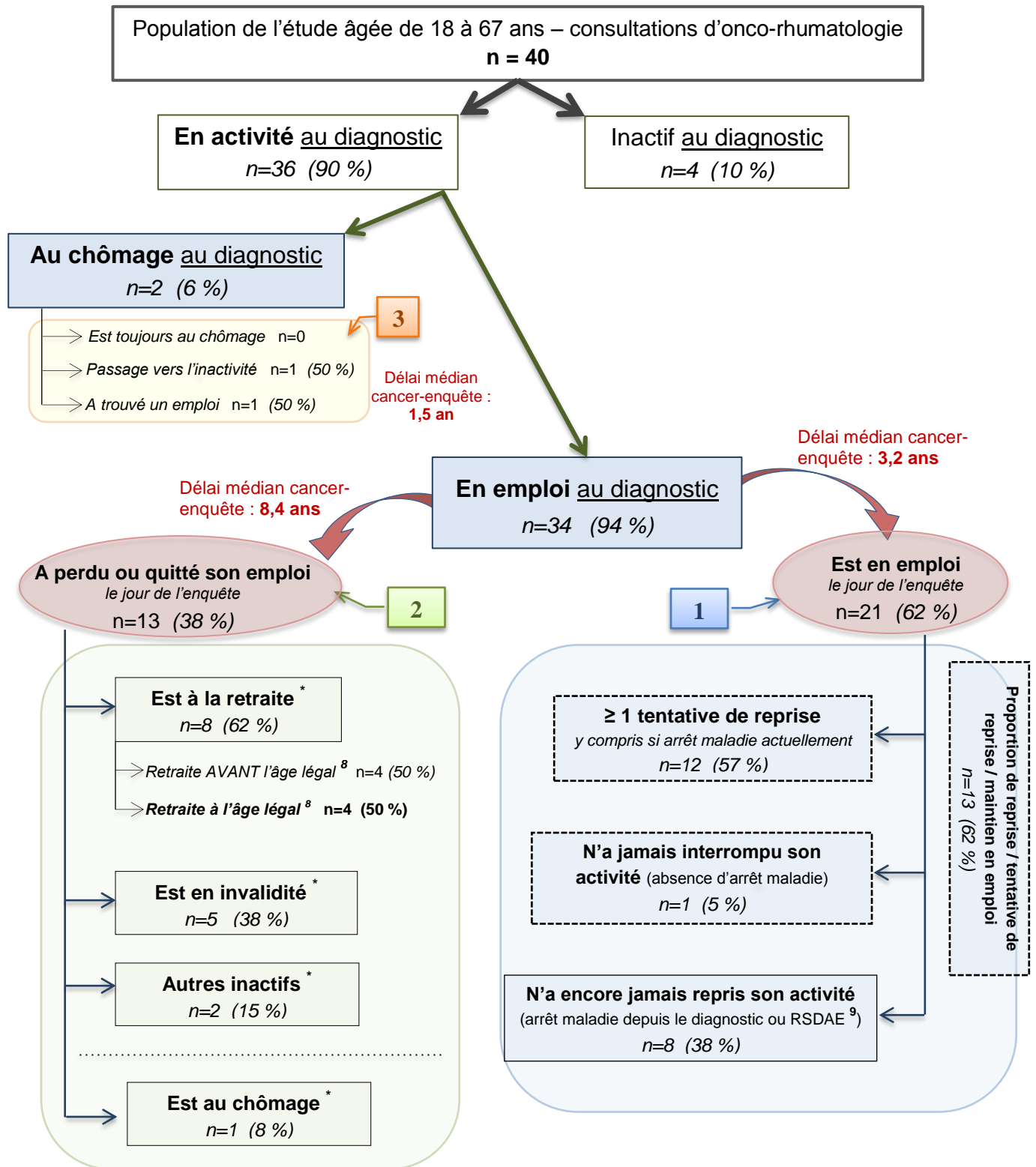


## b) Situation et parcours socioprofessionnels depuis le diagnostic

Afin d'appréhender au mieux la situation socio-professionnelle, leur trajectoire socio-professionnelle a été explorée depuis le diagnostic jusqu'au jour de la consultation, celle-ci se trouve résumée dans la **Figure 7** ci-après.

Nous nous sommes intéressés à décrire successivement la situation socio-professionnelle depuis le diagnostic des 3 groupes de patients qui appartenaient à la population des **actifs** au diagnostic, à savoir :

1. Les patients « en emploi » au diagnostic et qui le sont toujours au jour de l'enquête.
2. Les patients « en emploi » au diagnostic mais qui ont perdu ou quitté leur emploi le jour de l'enquête.
3. Les patients au chômage au diagnostic.



**Figure 7 : Aperçu des différentes trajectoires professionnelles des 40 patients inclus dans l'étude, depuis leur diagnostic jusqu'au jour de l'enquête.**

Grille de lecture : parmi les 36 patients en activité au diagnostic, 2 étaient au chômage (2/36, soit 6%) et 34 étaient en emploi (34/36, soit 94%). Parmi les 34 patients en emploi au diagnostic, 21 patients sont toujours « en emploi » le jour de l'enquête (21/34, soit 62%) alors que 13 ont perdu ou quitté leur emploi (13/34, soit 38%).

<sup>13</sup> Retraite avant l'âge légal : Retraite non à taux plein, et départ avant l'âge légal, dans lequel la maladie a « joué un rôle », selon les patients.

\* Cumul d'une pension de retraite et de l'AAH pour une patiente ; Cumul de l'invalidité 2ième catégorie avec l'AAH pour une autre patiente ; cumul de l'invalidité 1ère catégorie avec le chômage pour un autre patient.

<sup>14</sup> RSDAE : Restriction Substantielle et Durable d'Accès à l'Emploi.

1

- **Patients qui sont toujours en emploi au moment de l'enquête** (partie inférieure droite de la **Figure 7** ci-dessus) :

**62%** des patients qui avaient un emploi au moment du diagnostic ont conservé leur statut d'emploi au jour de l'enquête.

Cependant, **38%** d'entre eux (soit 8 patients) n'ont jamais pu reprendre leur activité, mais sont encore susceptibles de la reprendre au jour de la consultation :

- 7 d'entre eux, sont demeurés en arrêt maladie, sans aucune tentative de reprise depuis le diagnostic,
- l'un d'entre eux, n'ayant pour l'instant pu reprendre son activité en tant qu'indépendant dans le BTP, est considéré comme présentant une Restriction Substantielle et Durable d'Accès à l'Emploi ou « RSDAE », et perçoit à ce titre l'AAH.

A l'inverse, **1 patient** n'a jamais interrompu son activité et n'a donc bénéficié d'aucun arrêt maladie.

La proportion de « maintien en emploi / reprise ou tentative de reprise »<sup>15</sup> parmi les patients qui sont toujours en emploi au moment de l'enquête, est de **62%**.

Seule une patiente a bénéficié d'un reclassement à un poste moins contraignant (reclassement d'un poste d'auxiliaire de puériculture vers un poste d'accompagnement médico-social de l'enfance), les 12 autres patients demeurent **au poste précédemment occupé** (même si des aménagements horaires ou ergonomiques ont pu être effectués lors de la reprise).

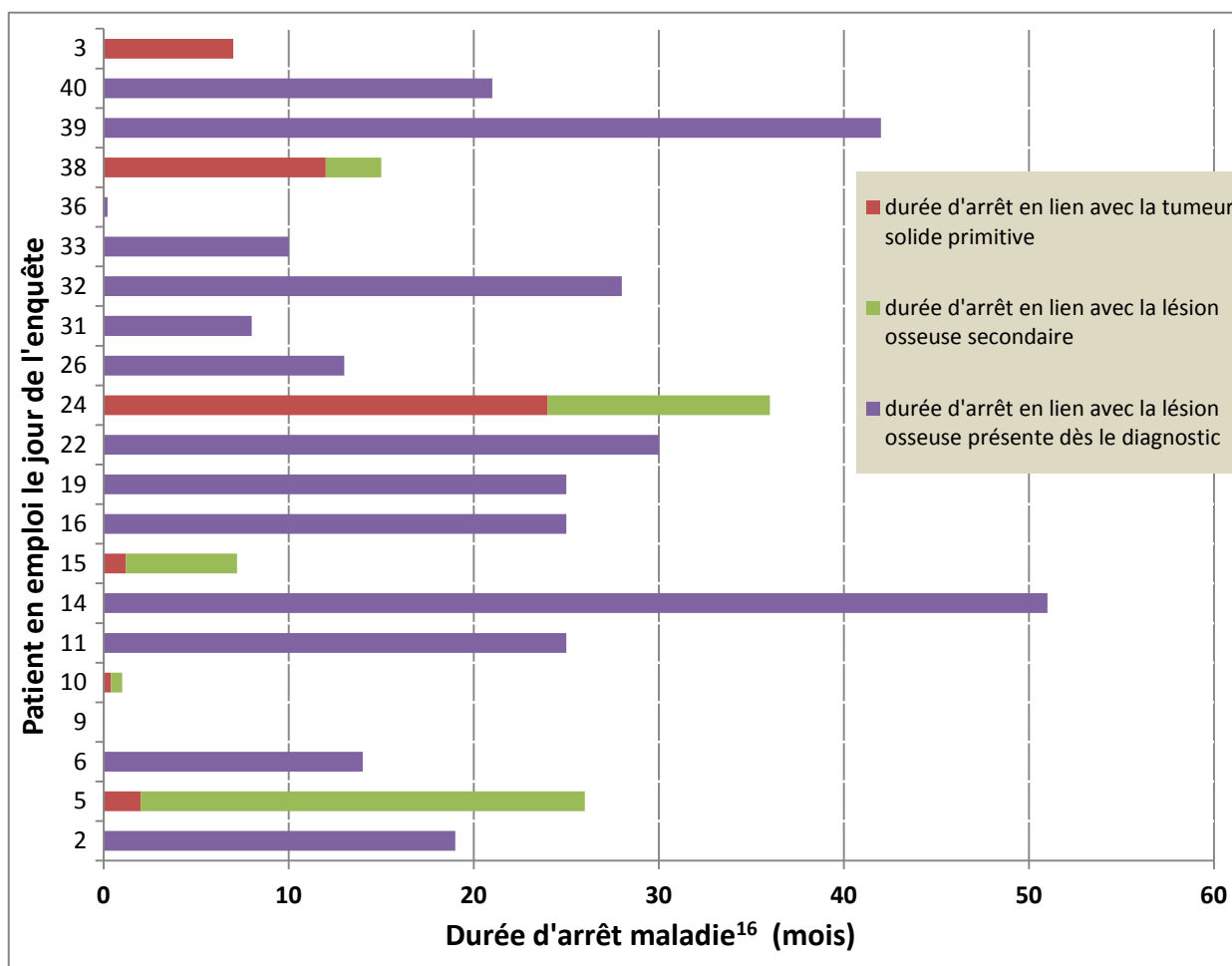
La durée d'arrêt maladie médiane de cette population est de **14 mois** [0-51 mois] ; les 1<sup>er</sup> et 3<sup>ième</sup> quartiles sont respectivement à 7 mois et 26 mois.

La durée d'arrêt maladie médiane spécifiquement en lien avec :

- la tumeur solide primitive est de 2 mois ;
- la lésion osseuse secondaire métachrone est de 3 mois ;
- la lésion osseuse présente dès le diagnostic initial (hémopathie, cancer d'emblée métastatique, tumeur primitive osseuse) est de 16,5 mois.

<sup>15</sup> La proportion de « maintien en emploi / reprise ou tentative de reprise » : correspond à la somme des patients ayant eu **au moins 1 reprise effective** et des patients **n'ayant jamais interrompu leur activité**.

Dans la **Figure 8** ci-dessous sont représentées sous forme d'un diagramme en barre les durées d'arrêt maladie<sup>16</sup> de chacun des 21 patients encore en emploi le jour de l'enquête : chaque barre représente la durée d'arrêt maladie d'un patient. Les durées d'arrêt maladie les plus longues (patients n°14 et n°39 sont des patients dont le statut professionnel est celui de fonctionnaire, alors que le patient n°9, qui n'a jamais bénéficié d'arrêt maladie est indépendant).

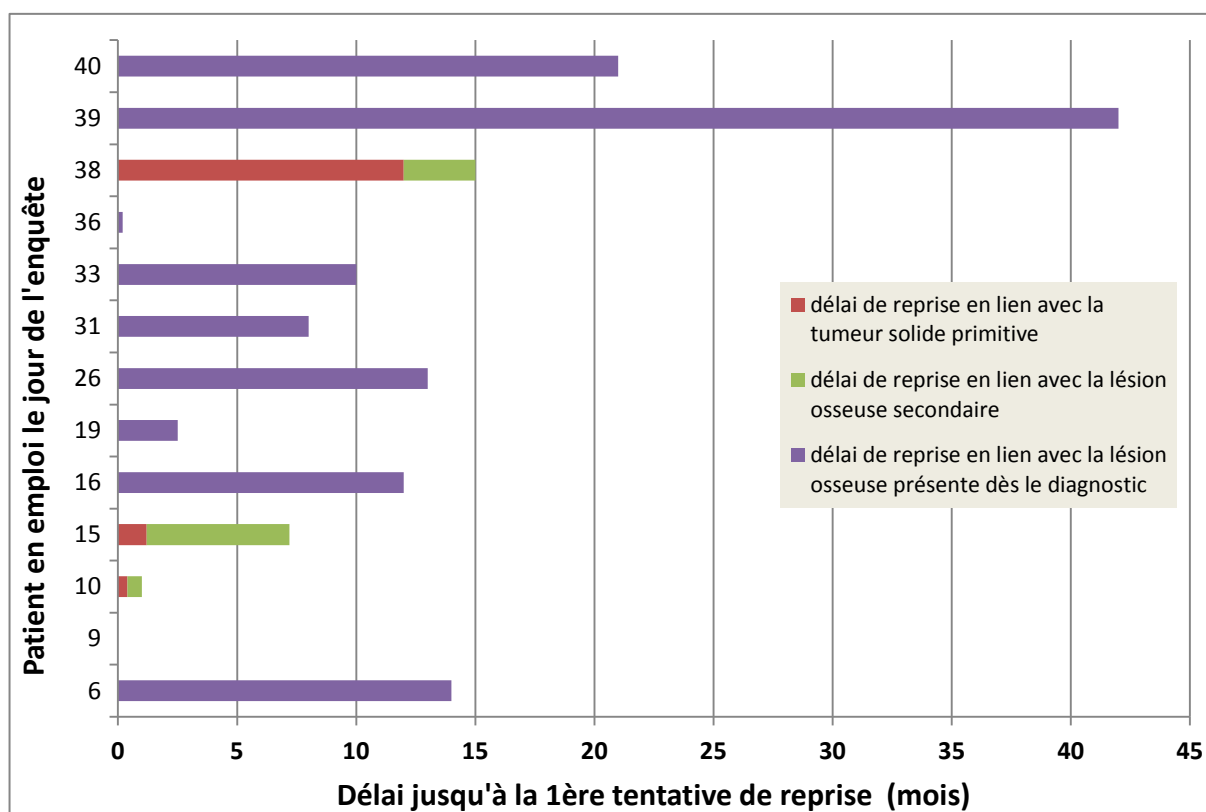


**Figure 8 : Durées d'arrêt maladie des patients en emploi le jour de l'enquête (n=21)**

De la même manière, sous forme d'un diagramme en barre, sont représentés dans la **Figure 9** en page suivante, les délais jusqu'à la première tentative de reprise, de chaque patient ayant déjà repris, ou tenté de reprendre au moins une fois, ou qui n'ont jamais interrompu leur activité (n=13). La patiente n°16 a, par exemple, une durée d'arrêt maladie totale en lien avec son myélome de 25 mois, mais elle a tenté de reprendre pour la 1<sup>ère</sup> fois au bout de 12 mois d'arrêt maladie.

Le nombre d'arrêt maladie est unique pour 75% d'entre eux, avec un minimum de 0 arrêt (1 patient), et un maximum de 3 arrêts (pour une patiente).

<sup>16</sup> Durée d'arrêt maladie (salariés) ou durée d'interruption d'activité partielle ou totale (certains indépendants).



**Figure 9 : Délais jusqu'à la première tentative de reprise parmi les patients en emploi le jour de l'enquête et ayant repris ou tenté de reprendre au moins une fois (n=13)**

Pour les patients actuellement en emploi et en poste (n=13), c'est-à-dire ceux qui ont repris ou n'ont jamais interrompu leur activité, la perception de l'efficacité au travail est altérée pour **plus de 90%** d'entre eux, et 100% d'entre eux dans le cas des hémopathies malignes. [Tableau 18 ci-dessous]

Par ailleurs, **30%** expriment le sentiment d'avoir été pénalisé dans leur parcours professionnel du fait de la maladie, dont 75% à titre de rétrogradation et/ou de perte de responsabilité, la moitié à titre de perte d'avantages et/ou de réattribution de tâches non désirée. [Tableau 19 ci-dessous]

**Tableau 18 : Perception de l'efficacité au travail depuis la reprise.**

Perception de l'efficacité au travail depuis la reprise	Effectif n=13	Pourcentage (%)
Moins bien qu'avant	<b>12</b>	<b>92</b>
Pareil qu'avant	1	8

**Tableau 19 : Sentiment d'avoir été pénalisé au travail du fait de leur maladie.**

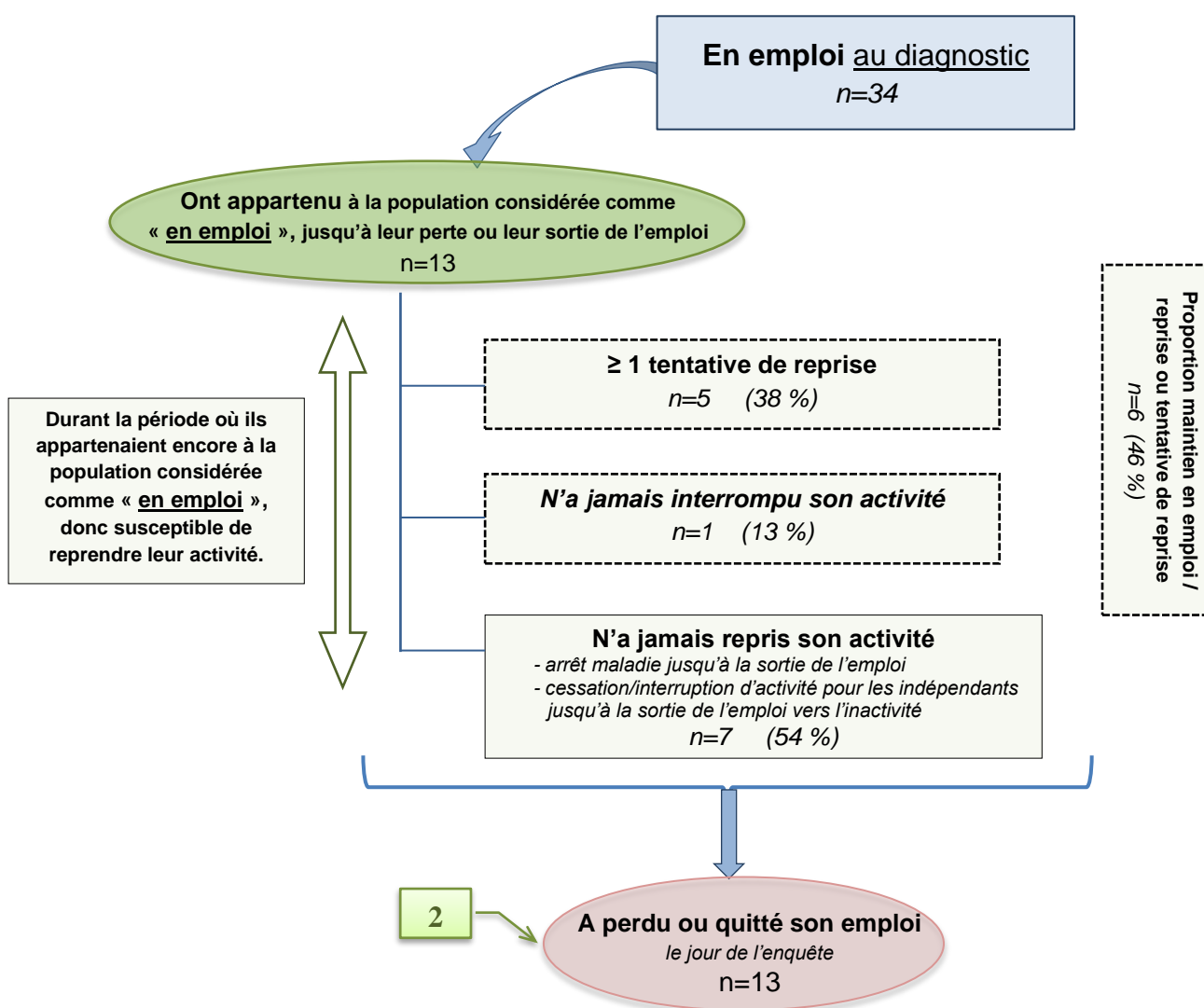
Sentiment d'avoir été pénalisé dans leur emploi à cause de la maladie	Effectif n=13	Pourcentage (%)
Oui, un peu	<b>2</b>	<b>15</b>
Oui, beaucoup	<b>2</b>	<b>15</b>
Non	9	69

2

• **Patients qui ont perdu ou quitté leur emploi le jour de l'enquête :**

Nous nous sommes intéressés à retracer de manière rétrospective la trajectoire professionnelle des patients **ayant perdu ou quitté leur emploi le jour de l'enquête** (partie inférieure gauche sur la **Figure 7** en p 43), afin de :

- savoir si au moins une tentative de reprise a eu lieu à un moment ou à un autre (c'est-à-dire le temps où ils appartenaient encore à la population des actifs occupés) entre leur diagnostic et leur sortie de l'emploi.
- pouvoir estimer la proportion de « maintien en emploi / reprise ou tentative de reprise »<sup>17</sup>.



**Figure 10 : Trajectoire professionnelle entre le diagnostic et le moment de sortie de l'emploi** (pour ceux qui ont perdu ou quitté leur emploi le jour de l'enquête) (n=13)

<sup>17</sup> La proportion de « maintien en emploi / reprise ou tentative de reprise » : correspond à la somme des patients ayant eu au moins 1 reprise effective et des patients n'ayant jamais interrompu leur activité.

Avant que ces 13 patients ne sortent de l'emploi : 5 d'entre eux ont tenté de reprendre au moins une fois (soit **38%** d'entre eux), et une patiente n'a jamais interrompu son activité jusqu'à sa retraite. Ces tentatives de reprise se sont effectuées **au poste précédemment occupé** (même si des aménagements horaires ou ergonomiques ont pu être proposés lors de la reprise).

Cependant, **54%** d'entre eux n'ont jamais pu tenter de reprendre leur activité, et se sont dirigés vers l'inactivité sans pouvoir repasser par l'emploi.

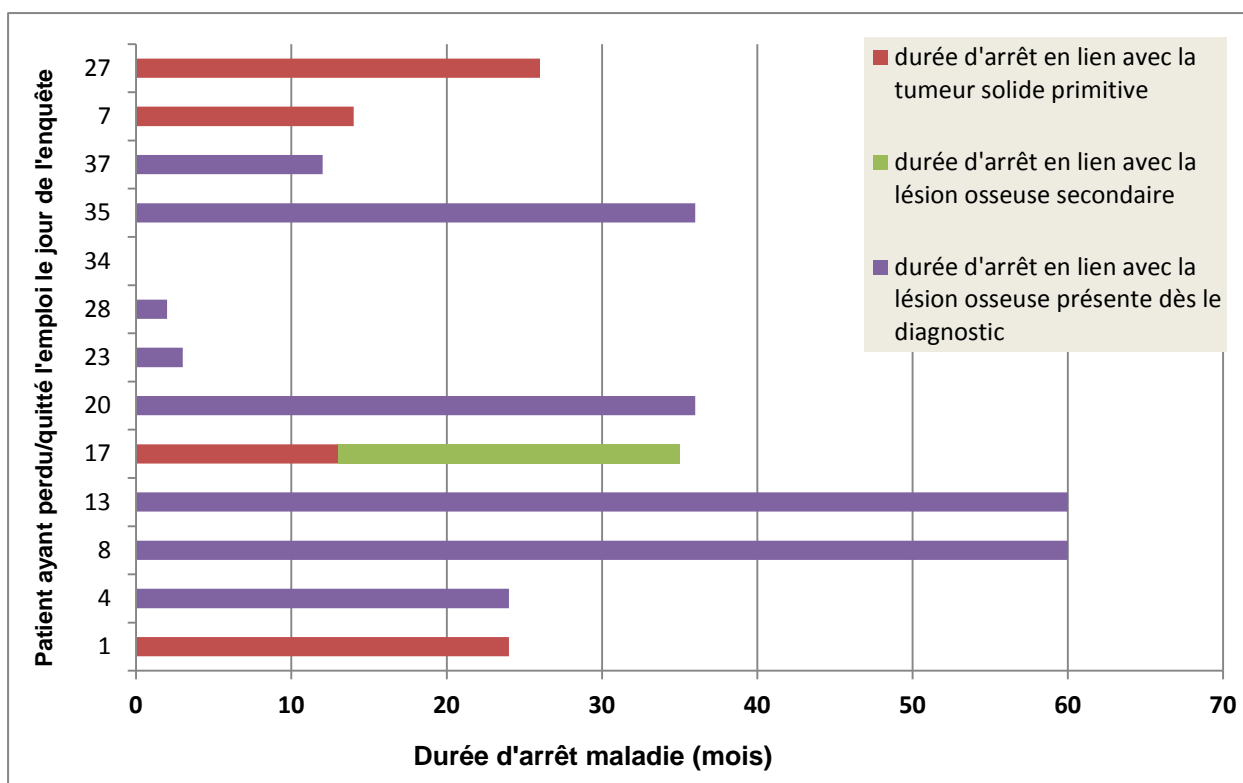
L'itinéraire emprunté par la plupart d'entre eux (pour les salariés du privé, soit 71% d'entre eux) a d'abord été marqué par un arrêt maladie, puis par le passage vers l'inactivité – principalement vers l'invalidité +/- complété par l'AAH – généralement après avoir épuisé leurs droits en matière d'arrêt maladie indemnisé. Enfin, ils ont par la suite subi un licenciement pour inaptitude médicale et impossibilité de reclassement, et demeurent ainsi en invalidité jusqu'à atteindre l'âge de la retraite.

La proportion de « maintien en emploi / reprise ou tentative de reprise » dans cette population de 13 patients, durant le temps où ils étaient encore « en emploi », est inférieure au groupe précédent, n'atteignant que **46%**.

La durée d'arrêt maladie médiane de ces 13 patients est plus importante, atteignant **24 mois** [0 à 60 mois] ; les 1<sup>er</sup> et 3<sup>ième</sup> quartiles sont à 12 mois et 36 mois respectivement.

Dans la **Figure 11** en page suivante sont représentées sous forme d'un diagramme en barre, les durées d'arrêt maladie<sup>18</sup> de chacun des 13 patients au moment où ils étaient encore considérés comme « en emploi » : chaque barre représente la durée d'arrêt d'un patient. Ici, les durées d'arrêt les plus longues (60 mois) se retrouvent d'une part chez une patiente fonctionnaire, dans le cadre d'un Congés Longue Durée (CLD) (patiente n°8) ; d'autre part, chez une patiente indépendante (patiente n°13), tenancière d'un bar, qui a interrompu tantôt partiellement, tantôt totalement son activité pendant 5 ans (son commerce étant géré par son conjoint), cependant elle n'a malheureusement jamais pu reprendre son activité, et a fini par déposer le bilan. À l'inverse, la patiente n°34, appartenant également aux « Indépendants », n'a jamais bénéficié d'arrêt maladie, (tout comme le patient n°9 du 1<sup>er</sup> groupe examiné en page 42), mais a malgré tout fini par prendre sa retraite avant l'âge légal et donc non à taux plein du fait d'une grande fatigabilité.

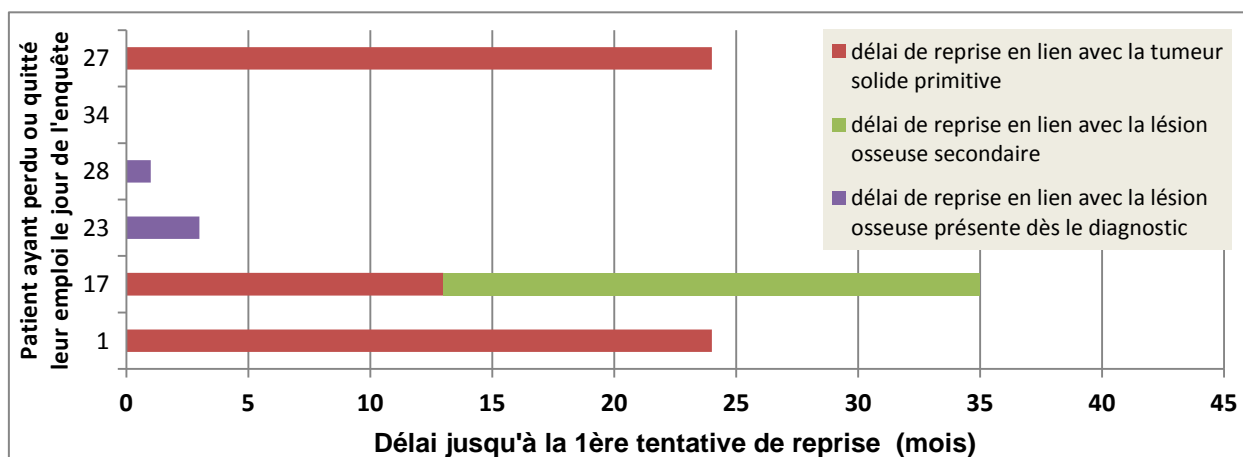
<sup>18</sup> Durée d'arrêt maladie (salariés) ou durée d'interruption d'activité partielle ou totale (certains indépendants).



**Figure 11 : Durées d'arrêt maladie** durant la période où ils appartenait encore à la population « en emploi » **pour les patients désormais sortis de l'emploi le jour de l'enquête (n=13)**

De la même manière, sont représentés dans la **Figure 12** ci-dessous, sous forme d'un diagramme en barre, les délais jusqu'à la première tentative de reprise de chaque patient ayant tenté de reprendre au moins une fois, ou n'ayant jamais interrompu leur activité, et ce, jusqu'à leur sortie de l'emploi (n=6).

Le nombre d'arrêt maladie est unique pour 75% d'entre eux, avec un minimum à 0 (pour 1 patiente), et un maximum de 2 (pour 2 patients), qui ont donc un délai de reprise inférieur à leur durée d'arrêt maladie totale.



**Figure 12 : Délais jusqu'à la première tentative de reprise** parmi les patients sortis de l'emploi le jour de l'enquête (n=6)

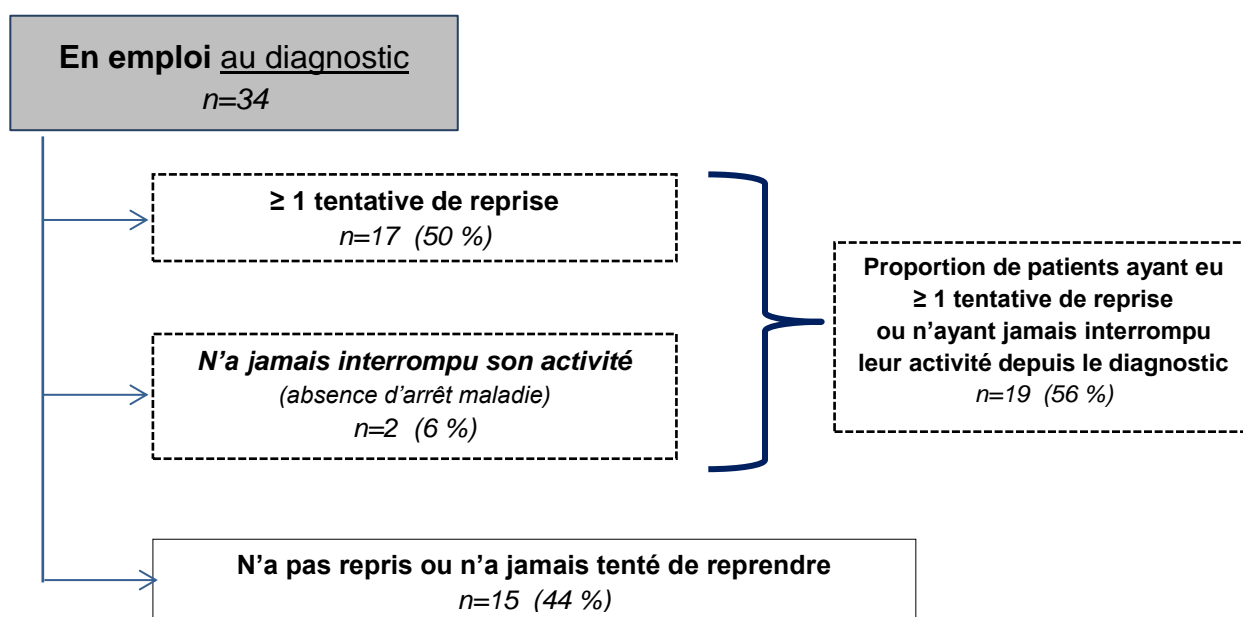


Au total, si l'on observe l'ensemble de la population des actifs occupés<sup>19</sup> au diagnostic (n=34, soit 85% de l'effectif inclus), la proportion de « maintien en emploi / reprise ou tentative de reprise »<sup>20</sup> est légèrement **différente [Figure 14]** :

- pour le groupe encore en situation d'emploi, la proportion de maintien/retour en emploi est à **62 %** (13 patients parmi 21) ;
- alors que pour le groupe dans lequel la sortie de l'emploi a déjà eu lieu, cette proportion n'est que de **46 %** (6 patients parmi 13).

La proportion de patients qui n'ont jamais pu tenter de reprendre est plus importante dans le groupe qui est déjà sorti de l'emploi que dans celui qui est actuellement en emploi. [Figure 13 et Figure 14 ci-après]

Les patients ayant des capacités fonctionnelles nettement réduites, ou une prise en charge plus lourde ont plus tendance à se diriger vers l'inactivité (invalidité et AAH) sans pouvoir effectuer une tentative de reprise.

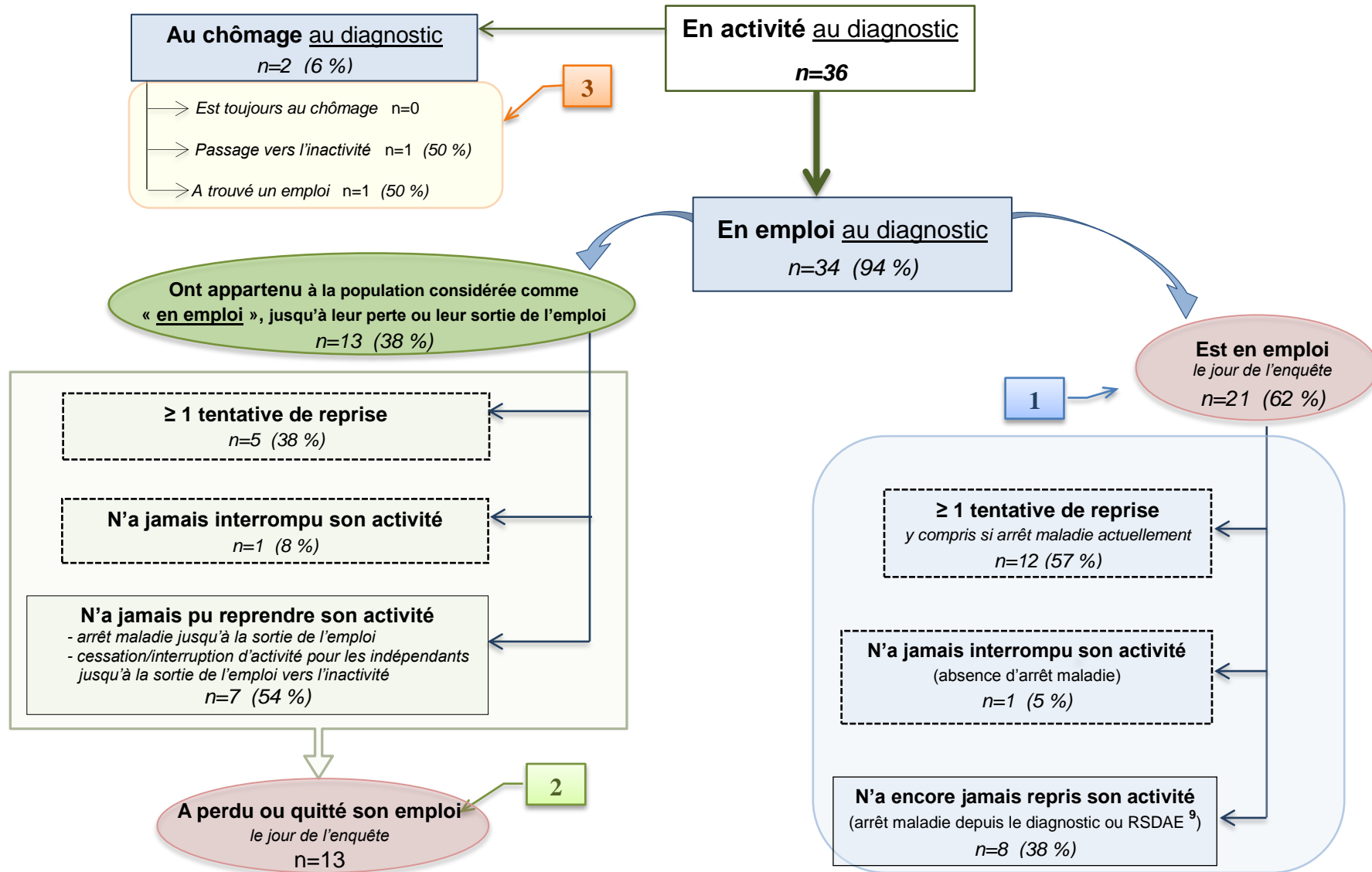


**Figure 13 : Synthèse de la situation professionnelle et des trajectoires professionnelles de la population des actifs occupés au diagnostic, quel que soit le moment (vis-à-vis du statut de l'emploi) où l'on se situe au jour de la consultation**

<sup>19</sup> Les actifs occupés au diagnostic regroupent :

- les patients « en emploi » au diagnostic et qui le sont toujours au jour de l'enquête,
- les patients « en emploi » au diagnostic mais qui ont perdu ou quitté leur emploi au jour de l'enquête.

<sup>20</sup> La proportion de « maintien en emploi / reprise ou tentative de reprise » : correspond à la somme des patients ayant eu **au moins 1 reprise effective** et des patients **n'ayant jamais interrompu leur activité**.



**Figure 14 : Détail de la situation professionnelle et des trajectoires professionnelles de la population des actifs au diagnostic, quel que soit le moment (vis-à-vis du statut de l'emploi) où l'on se situe au jour de la consultation.**

Parmi les patients qui connaissent ou ont connu une période d'arrêt maladie ou d'activité (qu'ils aient ou non déjà tenté de reprendre), les raisons invoquées le plus fréquemment par ces derniers et pouvant expliquer l'impossibilité de reprise, sont avant tout des problématiques d'ordre médical, et en premier lieu une **fatigabilité** et la présence de **douleurs**. [Tableau 20 ci-dessous]

**Tableau 20** : Raisons invoquées par les patients, expliquant l'impossibilité de reprise.

Raison(s) invoquée(s) expliquant l'impossibilité de reprise	Effectif n=21	Pourcentage (%)
Application impossible des restrictions	5	24
Difficultés à concilier soins/suivi et travail	2	10
<b>Problématique d'ordre médical</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Problèmes médicaux	Effectif n=21	Pourcentage (%)
<b>Fatigabilité</b>	<b>20</b>	<b>95</b>
<b>Douleurs</b>	<b>18</b>	<b>86</b>
Traitements toujours en cours	15	71
Dépression anxiété	3	14
Troubles de la concentration	1	5

N.B. : Un même patient peut évoquer plusieurs raisons, et plusieurs problèmes médicaux.

3

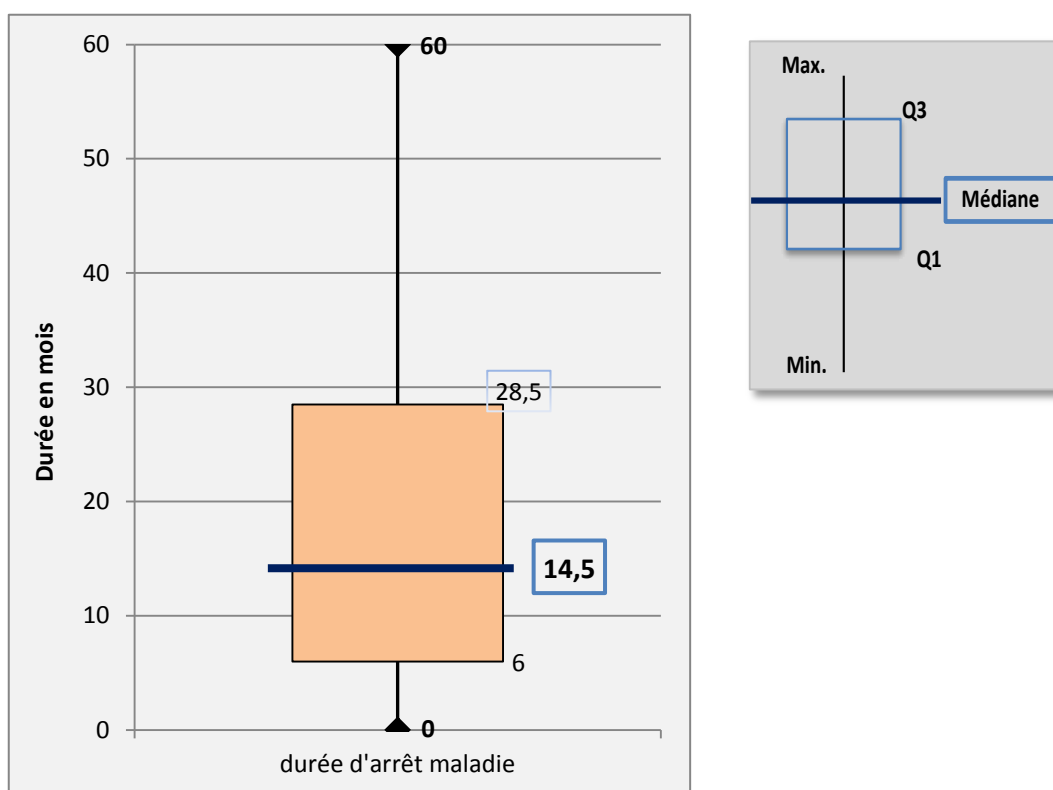
- **Trajectoire des 2 patients au chômage au diagnostic.** (partie en haut à gauche de la **Figure 7** en page 43) :

Parmi les 2 patients au chômage au diagnostic :

- Un patient (âgé de plus de 55 ans) a trouvé un emploi CDD, au bout de presque 36 mois de chômage indemnisé. Il explique « *avoir choisi de ne pas dévoiler sa maladie pour pouvoir trouver un emploi* », et précise « *qu'il lui fallait vraiment cet emploi puisqu'il ne lui manque que quelques trimestres de retraite* », il n'est pas passé par la structure CAP Emploi. Il occupe depuis 7 mois (au jour de la consultation) un poste où il a en charge plusieurs enfants présentant un handicap mental et/ou un retard psycho-moteur. Si son poste ne bénéficie ni d'aménagement horaire, ou ergonomique par la voie classique du médecin du travail (car il explique préférer « *ne pas dévoiler sa maladie de peur de perdre cet emploi* »), il s'arrange avec sa supérieure hiérarchique directe pour ne pas avoir à travailler durant ses jours de chimiothérapie. Il n'a bénéficié d'aucun arrêt maladie depuis le début de son contrat CDD.

- Une seconde patiente (âgée d'une cinquantaine d'années) n'a pas réussi à retrouver un emploi (perte de son emploi précédent suite à la fin de mission de son CDD) après 24 mois de chômage indemnisé et un arrêt maladie de 12 mois, elle est finalement en invalidité de 2<sup>ème</sup> catégorie et bénéficie de l'AAH ainsi que d'une RQTH. Elle exprime le regret de n'avoir pas été assez accompagnée tout au long de son parcours de soins au niveau des démarches médico-socio-professionnelles, faisant part de la difficulté à accéder à l'information sur ses droits et à trouver le bon interlocuteur.

Au total, sur l'ensemble des 3 groupes considérés, c'est-à-dire sur l'ensemble des actifs au diagnostic<sup>21</sup>, la **durée d'arrêt maladie** médiane est de **14,5 mois**.



**Figure 15 : Durée d'arrêt maladie médiane depuis le diagnostic, sur l'ensemble des actifs au diagnostic (n=36), exprimée sous la forme de quartiles.**

<sup>21</sup> L'ensemble des actifs au diagnostic regroupe :

- patients « en emploi » au diagnostic et qui le sont toujours le jour de l'enquête,
- patients « en emploi » au diagnostic mais qui ont perdu ou quitté leur emploi le jour de l'enquête,
- patients au chômage au diagnostic

Cette durée d'arrêt maladie varie substantiellement en fonction du statut :

- parmi les **indépendants** qui ont pu reprendre ou tenté de reprendre, cette durée d'arrêt maladie médiane est de seulement **8,6 mois [0-60 mois]**. L'interruption d'activité passe le plus souvent par la souscription d'une assurance privée pour compenser la perte financière et couvrir les charges et cotisations fixes. **Deux tiers** des patients ont poursuivi leur activité pendant tout ou partie des traitements ;
- pour les **salariés du public**, cette durée d'arrêt médiane atteint **25 mois [0-60 mois]**, et prend la forme d'un Congés Longue Maladie ou Longue Durée pour 8 patients sur 11<sup>22</sup> (en sachant que 2 patients n'avaient pas de droit en la matière puisque leur durée d'arrêt maladie était de 0 mois et 1 mois respectivement) ;
- pour les **salariés du privé**, la durée d'arrêt maladie médiane est de **17,5 mois [0-36 mois]**.

Cette durée d'arrêt maladie varie, dans une moindre mesure, selon le diagnostic :

- dans le cas du **cancer du sein** (n=8), la durée d'arrêt maladie médiane est de **19,5 mois** avec un 1<sup>er</sup> et 3<sup>ième</sup> quartile à 13,5 mois et 27 mois respectivement ;
- dans le cas des **hémopathies malignes** (n=22), la durée d'arrêt maladie médiane est de **17,5 mois** avec un 1<sup>er</sup> et 3<sup>ième</sup> quartile beaucoup plus étendus, à 2,6 mois et 36 mois respectivement.

La **proportion de maintien en emploi / reprise / tentative de reprise** sur l'ensemble des actifs au diagnostic (n=36) est de **55,5%** (soit 20 patients, *en incluant le patient chômeur ayant retrouvé en emploi, et sans arrêt maladie depuis lors*). Elle varie sensiblement selon la CSP, et dans une moindre mesure selon le statut :

- Pour les CSP dite **d'exécution** (n=15<sup>23</sup>) : cette proportion est de **33%** (n=5), dont 1 patient qui a repris (employé administratif), 3 qui ont tenté de reprendre et sont désormais en invalidité, 1 qui n'a pas interrompu son activité (assistante maternelle). Pour les CSP dite **d'encadrement** (21 patients<sup>24</sup>) : cette proportion est de **66%** (n=14), dont 9 patients ayant repris, 2 n'ayant jamais bénéficié d'arrêt, et 3 ayant tenté de reprendre.

<sup>22</sup> **11 patients** fonctionnaires contre 10 au moment du diagnostic car 1 patient chômeur a trouvé un emploi CDD dans la fonction publique.

<sup>23</sup> **15 patients** dont une patiente chômeuse au diagnostic qui n'a jamais pu retrouver un emploi : c'est le dernier emploi occupé (ouvrière désarrêteuse) qui a été pris en compte.

<sup>24</sup> **21 patients** dont un patient chômeur au diagnostic qui a trouvé un emploi CDD (auxiliaire de vie scolaire)

- Pour le statut **d'indépendant** (n=6), cette proportion est de **66%** alors qu'elle est de **52%** pour les patients **salariés** (du public ou du privé).

Cette proportion de reprise ou tentative de reprise varie également en fonction du **diagnostic** de la maladie : concernant les 2 principales localisations rencontrées au sein de l'effectif (hémopathies malignes et cancer du sein), **plus d'un patient sur deux a repris ou tenté de reprendre**. [Tableau 21 ci-dessous]

Pour les autres localisations, l'effectif est de très petite taille mais on notera que :

- les 2 patients présentant un cancer de la thyroïde ont repris ;
- seul 1 patient sur les 2 présentant une tumeur primitive osseuse a repris (en sachant qu'il s'agit d'un poste administratif, alors que pour celui n'ayant pu reprendre, artisan du BTP, les contraintes physiques sont importantes) ;
- parmi les 3 patients présentant une tumeur digestive, aucun n'était actif au diagnostic ; de plus, 1 patiente est décédée au cours de l'enquête (patiente présentant une tumeur stromale gastro-intestinale (GIST)).
- l'unique patient présentant un cancer du poumon (avec métastases osseuses et hépatiques), est décédé au cours de l'enquête, alors qu'il était en arrêt maladie depuis le diagnostic de son cancer pulmonaire, soit 9 mois plus tard.
- la patiente présentant une tumeur neuro-endocrine (avec métastases osseuses et hépatiques) n'a pas pu reprendre son poste d'auxiliaire de vie à domicile, et demeure encore en arrêt maladie au jour de l'enquête.

**Tableau 21 : Maintien dans l'emploi / Reprise / Tentative de reprise du travail par localisation néoplasique initiale.**

	Reprise par type de localisation cancéreuse (n=22) <sup>a</sup>		
	Nombre de reprise	Effectif de la localisation	Pourcentage (%) <sup>b</sup>
<b>Hémopathies malignes</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>52%</b>
<b>Cancer du sein</b>	<b>5</b>	<b>8<sup>c</sup></b>	<b>63%</b>
Cancer digestif	0	3 <sup>c</sup>	0%
Cancer de la thyroïde	2	2	100%
Tumeurs primitives osseuses	1	2	50%
Cancer du poumon	0	1 <sup>c</sup>	0%
Tumeurs Neuro-endocrines	0	1	0%

<sup>a</sup> (n=22) dont 1 patient chômeur au diagnostic ayant retrouvé un emploi et sans aucun arrêt maladie depuis.

<sup>b</sup> (%) ayant repris ou tenté de reprendre parmi l'ensemble des patients présentant ce type de localisation.

<sup>c</sup> dont 1 patient(e) **décédé(e)** au cours de l'enquête.

### c) Démarches médico-socio-professionnelles effectuées

Afin d'évaluer l'accompagnement dont ont pu bénéficier les patients tout au long de leur parcours de soins, nous nous sommes intéressées non seulement à savoir quel type de démarches médico-socio-professionnelles avaient pu être effectuées, mais aussi qui en était à l'initiative ou qui avait conseillé une telle démarche au patient. [Tableau 22 en page 58]

Pour mieux approcher les proportions de patients ayant bénéficié de telle ou telle démarche, nous avons considéré pour chaque type de démarche effectuée, le nombre et le % de patients ayant bénéficié de la dite démarche **sur l'effectif ayant des droits en la matière**, à savoir :

- Congés Longue Durée (**CLD**) / Congés Longue Maladie (**CLM**) : uniquement pour les *salariés de la fonction publique* ;
- **Invalidité** : uniquement pour les *salariés du régime général*, les *salariés et exploitants agricoles du régime agricole*, ainsi que pour les *indépendants* (dépendants du RSI) ;
- **Retraite avant** l'âge légal de départ : retraite pour invalidité (uniquement pour les *salariés de la fonction publique*), contrairement aux départs avant l'âge légal pour le reste des régimes (*salariés du régime général, régime agricole et indépendants*) qui entraîne une retraite non à taux plein ;
- Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (**RQTH**), Allocation Adulte Handicapé (**AAH**), ainsi que les autres aides en rapport avec le **handicap** (carte de stationnement et/ou carte prioritaire, carte d'invalidité, Prestation de Compensation du Handicap (PCH), reconnaissance de la lourdeur du handicap, complément de ressource, aide-ménagère, Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), ...) : *tout statut (régimes salariés et indépendants)*, +/- conditions d'âge et de ressources ;
- **Visite de pré-reprise** : uniquement *salariés du privé ou du public* ;
- **Reprise avec aménagement horaire** :
  - Temps Partiel Thérapeutique : *salariés du régime général ou agricole, de la fonction publique, certaines professions libérales* (selon professions et caisses) ;
  - Aménagement horaire en lien avec une invalidité : *salariés ou non du régime agricole, salariés du régime général, indépendants affiliés au RSI* ;

- Diminution du temps de travail : allègement de service pour raison médicale<sup>25</sup> (*Fonction Publique d'État - enseignement*), diminution du temps de travail et perte de salaire proportionnelle (*tout statut*) ;
- Autre (télétravail, horaires de journée, solde de congés annuels, ...) : *tout statut*
- **Reprise avec aménagement ergonomique** : *tout statut* ;
- **Inaptitude médicale** : uniquement les *salariés du régime général et agricole* ;
- **Reconversion ou reclassement professionnel** : *tout statut*.

**Plus de la moitié** des patients ayant des droits en la matière bénéficient d'une invalidité (qu'elle soit de 1<sup>ère</sup> ou de 2<sup>ème</sup> catégorie), **42%** bénéficient de la RQTH et 16% bénéficient de l'AAH.

Les autres aides en rapport avec le handicap concernent presque **1/3** des patients concernés : pour 66% d'entre eux, il s'agit d'une carte de stationnement et/ou d'une carte station debout pénible, pour 33% d'une aide-ménagère ou de l'APA, et pour un quart, d'une carte d'invalidité<sup>26</sup>.

Concernant les conditions de reprise : **50% ont bénéficié d'au moins un aménagement lors de la reprise**. 47% bénéficient d'un aménagement horaire et celui-ci consiste en un Temps Partiel Thérapeutique dans 56% des cas, seul un tiers des patients bénéficie d'un aménagement de poste.

**La visite de pré-reprise est réalisée dans 60% des cas.**

Si l'on retrouve le médecin traitant dans presque toutes les démarches effectuées, pour lesquelles il est conseiller ou à l'initiative de celles-ci dans ¼ à la **moitié** des cas ; il n'en demeure pas moins que le médecin du travail reste celui qui conseille ou qui est à l'initiative de la **moitié** voire des ¾ des démarches participant au maintien ou au retour en emploi (RQTH, aménagement ergonomique ou horaire). Le patient (ou un patient côtoyé à l'hôpital) est à l'initiative de telles démarches dans **8% à un tiers** des cas, bien souvent au prix de recherches longues et coûteuses en énergie, faute d'accès facile à l'information.

---

<sup>25</sup> **Allègement de service pour raison médicale** : dispositif d'accompagnement des personnels d'enseignement, d'éducation et d'orientation confrontés à des difficultés de santé - Circulaire n° 2007-106 du 9-5-2007

<sup>26</sup> **Carte d'invalidité** : attribuée pour un taux d'incapacité (taux de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)) supérieur à 80%.



Démarche(s) conseillée(s)	Nombre n = ... / population concernée	% (sur total de la population concernée)	Démarche à l'initiative ou sur les conseils de : « conseillée par telle personne dans n cas / nombre total de démarche effectuée » (%)									
			MG*	Spé*	MT*	MC*	AS*	Proche	Patient	CM*	ORE*	
Congés Longue Durée / Congés Longue Maladie	8 / 11 <sup>27</sup>	72 %	50%		12,5%						37,5%	
<b>Invalidité</b>	12 / 21	<b>57 %</b>	25%			<b>75%</b>						
Retraite avant l'âge légal de départ	4 / 18	22 %								100%		
Reconnaissance Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)	15 / 36	<b>42 %</b>	20%		<b>47%</b>		20%			13%		
Allocation adulte handicapé (AAH)	6 / 37	16 %	17%				<b>50%</b>			33%		
Autres aides (PCH*, carte stationnement, APA*, RLH*...)	12 / 40	30 %	33%			8%	42%			17%		
Visite de pré-reprise (médecin du travail)	9 / 15	<b>60 %</b>	<b>44%</b>		22%			11%		22%		
<b>Reprise avec horaires aménagés</b>	<b>16 / 34</b>	<b>47 %</b>	25%		<b>44%</b>	6%				12,5%	6%	6%
Reprise avec aménagement ergonomique du poste	12 / 34	35 %	8%		<b>75%</b>	8%				8%		
Inaptitude médicale	5 / 16	31 %										
Reconversion ou reclassement professionnel	5 / 36	14 %			40%		40%			20%		

Reprise avec horaires aménagés	Effectif n=16	Pourcentage (%)
<b>Temps Partiel Thérapeutique</b>	<b>9</b>	<b>56 %</b>
Aménagement horaire en lien avec invalidité	<b>2</b>	<b>13 %</b>
<b>Diminution du temps de travail</b>	<b>8</b>	<b>56 %</b>
Autre (télétravail, horaires de journée, solde congés...)	<b>5</b>	<b>31 %</b>

*Abréviations du tableau			
<b>MG</b>	Médecin Généraliste	<b>CM</b>	Médecin du Comité Médical
<b>Spé</b>	Médecin spécialiste	<b>ORE</b>	Organisme d'aide à la Recherche d'Emploi
<b>MT</b>	Médecin du travail ou de prévention	<b>PCH</b>	Prestation de Compensation du Handicap
<b>MC</b>	Médecin conseil	<b>APA</b>	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
<b>AS</b>	Assistante Sociale	<b>RLH</b>	Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap

**Tableau 22 : Démarches médico-socio-professionnelles effectuées par les patients, et personne ayant conseillé ou ayant été à l'initiative de la démarche pour chacune d'entre elle.**

Grille de lecture : On considère pour chaque type de démarche effectuée :

- le nombre et le % des patients ayant bénéficié de la démarche **sur l'effectif ayant des droits en la matière**. Par exemple, pour la RQTH : 15 patients en ont bénéficié sur un total de 36 patients y ayant droit (tout type de statut), soit 42% parmi les patients y ayant droit.
- parmi les 15 patients ayant effectué une démarche de RQTH : pour 20% d'entre eux ; la démarche a été conseillée par le médecin traitant, pour 47% par leur médecin du travail ou de prévention, pour 20% par l'assistante sociale, pour 13% par le patient lui-même.

<sup>27</sup> 11 patients fonctionnaires contre 10 au moment du diagnostic car 1 patient chômeur a trouvé un emploi CDD dans la fonction publique.

Parmi les patients présentant les 2 diagnostics les plus représentés au sein de l'effectif total, ceux ayant repris ou tenté de reprendre, ont bénéficié pour la plupart, **d'aménagement(s)** de leur situation de travail :

- **53%** des patients présentant une **hémopathie maligne** ont repris ou tenté de reprendre (soit 12 patients parmi 23) :
  - **40%** des patients ayant des droits en la matière, ont bénéficié d'une visite de pré-reprise (n=4 parmi 10 patients y ayant droit)
  - **75%** (n=9) ont bénéficié d'aménagement ergonomique et/ou horaire, dont :
    - 5 reprises à **temps partiel thérapeutique** (soit 42% des reprises)
    - 2 **allègements de service**<sup>28</sup> ;
    - 2 **diminutions du temps** de travail en lien avec une **invalidité** 1<sup>ère</sup> catégorie ;
    - 2 sont passés strictement en **horaires de jour** ;
    - 3 aménagements **ergonomiques** dont 2 avec intervention du Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH) ;
    - 6 aménagements horaire et/ou de la charge de travail et/ou ergonomique sont en lien avec une **organisation personnelle** :
      - 1 patiente diminue son temps de travail en prenant un jour de congés par semaine, expliquant : « *sinon cela n'aurait pas semblé retourner à une vie normale* »,
      - les 2 indépendants ont recours à l'entraide avec leurs associés pour les jours de chimiothérapie (professionnels du domaine médical et paramédical),
      - 2 patients ont caché leur maladie à leur employeur mais s'arrangent avec leur hiérarchie directe pour adapter leurs horaires à leur jour de chimiothérapie ou radiothérapie,
      - 2 patients ont un poste à responsabilité et une certaine flexibilité horaire, et déclarent effectuer du télétravail en cas de fatigabilité ;
    - 1 patient exploitant agricole a bénéficié d'une **reconnaissance de la lourdeur du handicap** (avec un début d'intervention des acteurs de santé travail lors de sa rechute, soit 4 ans après le diagnostic de son myélome), et d'une intervention du SAMETH, ayant permis de participer à financer l'achat d'un tracteur avec cabine sur coussin d'air, fauteuil à suspension pneumatique et boîte automatique, ainsi que l'équivalent d' ½ temps plein lors de sa reprise après autogreffe de cellules souches hématopoïétiques.

<sup>28</sup> **Allègement de service** : aménagement spécifique aux enseignants de la fonction publique d'état.

- **62,5%** des patients présentant un **cancer du sein** métastatique à l'os ont repris ou tenté de reprendre (soit 5 patientes parmi 8).

Parmi elles, et à condition d'avoir des droits en la matière :

- **75%** ont bénéficié d'une visite de pré-reprise (n=3 parmi 4 patientes y ayant droit)
- **100%** (n=5) ont bénéficié d'aménagement ergonomique et/ou horaire, dont :
  - 3 reprises à **temps partiel thérapeutique** (soit 60% des reprises)
  - **2 aménagements horaires** : 1 patiente auxiliaire de vie à domicile et 1 autre médecin sont passés en horaire de jour et ont la possibilité de ne pas être dans les roulements les jours de chimiothérapie ou radiothérapie ;
  - **2 aménagements des tâches et de la charge de travail** :
    - 1 patiente auxiliaire de vie à domicile est en binôme systématique,
    - 1 patiente médecin effectue les missions de coordinations en télétravail ;
  - 1 organisation par **l'entraide entre associés et l'existence d'une flexibilité** afin d'adapter la charge et les horaires de travail aux jours de chimiothérapie ou radiothérapie, pour la patiente médecin libéral.

### 3. Répercussions socio-professionnelles spécifiquement en lien avec la survenue de lésion(s) osseuse(s)

**92%** des patients appartenant à la population des actifs au diagnostic exprime que la survenue de LOS a eu une ou des répercussion(s) socio-professionnelle(s) spécifique(s). En premier lieu, il s'agit d'un prolongement de l'arrêt maladie (**79%**). **Plus d'un quart** des patients estime avoir perdu ou quitté leur emploi en raison de la survenue LOS. Il peut s'agir :

- d'un licenciement suite à inaptitude médicale et impossibilité de reclassement ;
- d'une cessation d'activité pour les travailleurs indépendants ;
- d'un départ à la retraite avant l'âge légal et donc non à taux plein.

Les raisons principalement invoquées par les patients, comme pouvant expliquer, en partie, la modification de leur situation socio-professionnelle, sont :

- presque **90%** d'entre eux invoque des raisons médicales,
- plus de **la moitié** évoque des contraintes physiques (port de charges et/ou contraintes posturales) qui seraient devenues moins ou non supportables depuis l'apparition de lésion osseuse.

**Tableau 23** : Répercussions socioprofessionnelles en lien avec la survenue de lésion osseuse.

		Nombre n=33	Pourcentage (%)
<b>Types de conséquences socio-professionnelles</b>	<b>Prolongement de l'arrêt maladie</b>	<b>26</b>	<b>79</b>
	<b>Aménagement ergonomique ou horaire</b>	<b>14</b>	<b>42</b>
	Sortie de l'emploi (a perdu ou quitté son emploi)	9	27
	Reconversion professionnelle	3	9
	Mise en invalidité	8	24
	Impossibilité de trouver un emploi adapté ou de poursuivre la recherche d'emploi	8	24
	Demande d'AAH	3	9
<b>Raisons invoquées par les patients expliquant cette modification</b>	Contraintes physiques du poste à type de <b>port de charge ou contraintes posturales</b> devenues non supportables du fait de la survenue de LOS	<b>19</b>	<b>58</b>
	Contraintes physiques du poste à type de <b>travail en hauteur</b> devenues non supportables du fait de la survenue de LOS	2	6
	Contraintes physiques du poste à type de <b>conduite de véhicule</b> devenues non supportables du fait de la survenue de LOS	6	18
	<b>Douleur, fatigue, traitements</b> incompatible(s) avec le poste	<b>29</b>	<b>88</b>

*N.B. : Un même patient peut évoquer plusieurs types de conséquences et plusieurs raisons.*

#### 4. Perception par le patient de sa capacité à poursuivre son activité

Parmi ceux qui travaillent, la moitié se sent encore capable de poursuivre leur activité, alors que l'autre moitié pense arrêter ou diminuer leur activité en raison de la maladie. À l'inverse, parmi ceux ne travaillant plus (mais qui étaient en activité au diagnostic), la plupart exprime ne plus s'en sentir la force. [Tableau 24 ci-dessous]

**Tableau 24 : Perception par le patient de sa capacité à poursuivre son activité**

	Effectif n=36	Pourcentage (%)
Travaille encore et pense poursuivre son activité	7	19%
Travaille encore mais pense arrêter/diminuer bientôt son activité en raison de la maladie	7	19%
Ne travaille plus mais se sent encore capable de travailler	8	22%
Ne travaille plus et n'en a plus la force	14	39%

#### 5. Conséquences financières

**60%** des patients (soit 24 patients sur l'effectif total) estiment que **leur situation financière s'est dégradée** depuis le diagnostic de la maladie.

Selon les patients, ceci est lié pour plus de **80%** d'entre eux à leur maladie et aux conséquences du traitement (*diminution des capacités physiques et/ou psychiques de travail*). Cependant, pour **plus de deux tiers d'entre eux**, les raisons sont liées :

- à leur emploi : *reclassement impossible, employeur peu « conciliant », poste inadapté, contraintes devenues moins supportables du fait de leur maladie...*
- et/ou à un manque d'information et d'orientation dans les différentes démarches socio-médico-professionnelles et les possibilités d'aide à la réinsertion dans le monde du travail : *formations diverses, demande de statut de travailleur handicapé, invalidité et poursuite de l'activité, ...*

[Tableau 25 ci-dessous]

**Tableau 25 : Raisons invoquées par les patients devant la dégradation de leur situation financière depuis le diagnostic de la maladie**

	Effectif n=24	Pourcentage (%)
Lié à la maladie et/ou aux traitements	20	83
Lié à l' <b>emploi</b>	16	67
Lié à un <b>manque</b> d'information et d'orientation dans les démarches socio-médico-professionnelles	16	67

N.B. : Un même patient peut évoquer plusieurs raisons.

## II. Description des facteurs reconnus comme influençant la reprise

Parmi les objectifs secondaires, nous avons recherché si les facteurs reconnus classiquement dans la littérature comme influençant (de manière positive ou négative) la reprise du travail, se retrouvent dans cette population spécifique.

- Parmi les **facteurs sociodémographiques** testés (âge au diagnostic, sexe, situation familiale), aucun n'est associé de manière significative à la reprise du travail, sous réserve d'un effectif réduit.

- De même, parmi les facteurs liés aux **conditions de reprise et aux démarches médico-socio-professionnelles** testés (maintien d'un lien avec le monde professionnel pendant la suspension d'activité, visite de pré-reprise, reprise à temps partiel thérapeutique, existence d'une RQTH, aménagement horaire ou ergonomique, inaptitude médicale, existence d'une invalidité), aucun n'est associé de manière significative à la reprise du travail, sous réserve d'un effectif réduit.

- Parmi les **facteurs cliniques**, 2 facteurs liés aux séquelles de la maladie et/ou aux traitements étaient prédictifs d'une moindre reprise du travail :

- 23,5% des patients présentant une **diminution de la force musculaire** ont pu reprendre versus 82% exempts de cette séquelle ( $p=0,001$ ) ;
- 38% des patients présentant **des difficultés à la marche** ont pu reprendre versus 67% si cette séquelle est absente ( $p=0,09$ ).

Parmi **les autres facteurs cliniques** testés, qu'ils concernent la pathologie maligne initiale (type de cancer primitif, autres cancers sans lien avec les lésions osseuses d'intérêt, localisation métastatique extra-osseuse, état général), ou spécifiquement les localisations osseuses (lésion osseuse révélatrice, nombre et type de localisation, complication aiguë lors de leur survenue), les traitements reçus, ou bien les autres types de séquelles : aucun n'est associé de manière significative à la reprise du travail, sous réserve d'un effectif réduit.

- Parmi les **facteurs socio-professionnels**, 2 facteurs sont associés de façon significative à la reprise du travail :

- 36% des patients appartenant à la **catégorie professionnelle** dite « **d'exécution** » (ouvriers et employés) ont pu reprendre versus 70% des patients appartenant à la catégorie professionnelle dite « d'encadrement » (p=0,048)
- 14% des patients ayant une **ancienneté inférieure à 5 ans** ont pu reprendre versus 67% pour ceux dont l'ancienneté est supérieure ou égale à 5 ans (p=0,03)

Parmi les **autres facteurs socio-professionnels** testés, à savoir : niveau de qualification, statut professionnel (salarié du privé, du public ou indépendant), pénibilité du poste, type de contrat, temps de travail : aucun n'est associé de manière significative à la reprise du travail, sous réserve d'un effectif réduit.

Parmi les facteurs possiblement associés à l'impossibilité d'occuper un emploi, la moitié des patients avait tenté de reprendre ou repris. Ainsi, à titre d'exemple et de façon non exhaustive :

- 62,5% des patients ont pu reprendre alors qu'il existait **un ou plusieurs autres sites métastatiques extra-osseux**, contre 54% parmi ceux présentant des localisations métastatiques strictement osseuses ;
- 55% des patients ont pu reprendre alors qu'ils présentaient **plus de 3 segments osseux touchés (LOS dites « multiples »)**, contre 56% parmi ceux présentant une atteinte de 3 segments osseux ou moins ;
- 46% des patients dont **la chimiothérapie était encore en cours** ont pu reprendre contre 61% parmi ceux qui n'en bénéficiaient pas ;
- 60% des patients dont la prise en charge a comporté **une vertébroplastie ou une cyphoplastie** ont pu reprendre, contre 52% parmi ceux qui n'ont pas dû bénéficier de ce type de traitement.

### III. Besoins exprimés par les patients en faveur du maintien-retour à l'emploi

98% des patients expriment la nécessité d'un accompagnement systématique vis-à-vis des démarches médico-socio-professionnelles adaptées à leur situation et qui aurait pu contribuer à leur maintien ou retour en emploi. Les professionnels qu'ils auraient souhaité pouvoir rencontrer regroupent les sphères sociale (l'assistante sociale), médico-professionnelle (médecin du travail ou de prévention), et enfin de l'ordre de l'accompagnement psychologique.

Presque la moitié des patients estime que cet accompagnement lui aurait été bénéfique, dès l'annonce du diagnostic. Plus d'un tiers aurait souhaité en bénéficier tout au long de la prise en charge. [Tableau 26 ci-dessous]

**Tableau 26 : Mise en place d'un accompagnement systématique vis-à-vis des démarches médico socio professionnelles dans le but de contribuer au maintien ou au retour à l'emploi.**

		Nombre (n=39)	Pourcentage (%)
Type d'accompagnement*	Rencontre avec l'employeur	1	3
	<b>Consultation avec le médecin du travail</b>	<b>24</b>	<b>62</b>
	Rencontre avec le médecin conseil	4	10
	<b>Rencontre avec une assistante sociale</b>	<b>32</b>	<b>80</b>
	<b>Consultation avec un psychologue</b>	<b>25</b>	<b>63</b>
	Consultation spécialisée de Maintien dans l'emploi du CHRU	18	45
Moment opportun	<b>Dès l'annonce du diagnostic</b>	<b>16</b>	<b>40</b>
	En cours de traitement	4	10
	À la fin des traitements	4	10
	À distance de la fin des traitements	2	5
	<b>Tout au long de la prise en charge</b>	<b>14</b>	<b>35</b>

\* : Un même patient peut évoquer la nécessité de rencontrer plusieurs types de professionnels.



Afin d'améliorer l'accès à l'information vis-à-vis des démarches socio professionnelles propres à chaque type de statut professionnel, et pouvant contribuer au maintien ou au retour à l'emploi, nous avons évalué **la connaissance de la plateforme Santé Emploi Info Services du CHRU de Lille.**

**Seuls 3 patients sur 40**, soit 7,5% avaient connaissance de cette dernière, mais aucun ne l'avait déjà contacté.

#### **IV. Conseils et orientations quant aux démarches médico-socio-professionnelles.**

Les patients rencontrés au cours de cette enquête sont bien souvent éloignés du monde professionnel depuis plusieurs mois, ou bien présentent des difficultés socio-professionnelles depuis la reprise. Les conseils qui ont pu leur être apportés se limitent à de simples orientations vers les professionnels ou les structures adaptées, ou encore à une information sur les aides disponibles, sur l'existence de la plateforme téléphonique Santé Emploi Info Services du CHRU de Lille, ou enfin sur l'orientation vers les consultations du service de Pathologies Professionnelles et de Maintien dans l'emploi du CHRU de Lille (3 patients ont ainsi été orientés vers ce service).

**Tableau 27 : Conseils et orientations quant aux démarches médico-socio-professionnelles**

		Nombre	Pourcentage (%)
<b>Orientation vers :</b>	Psychologue ou psycho-oncologue	7	18%
	Médecin du travail ou de prévention	8	20%
	Assistante sociale	6	15%
<b>Accompagnement dans la constitution d'un dossier MDPH (RQTH, AAH, pré-orientation professionnelle)</b>		9	23%
<b>Information sur la plateforme SEIS et remise de ses coordonnées</b>		26	65%

## DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'évaluer la situation socio-professionnelle des patients présentant une lésion osseuse (LOS) dans un contexte de tumeur solide ou d'hémopathie. Compte tenu de l'effectif modeste de l'étude, ces résultats ne peuvent s'appliquer qu'aux patients porteurs de LOS au sein de la consultation d'oncORumatologie du CHRU de Lille, offrant un regard transversal sur leur situation socio-professionnelle. Ils constituent donc davantage un aperçu de la diversité des situations (cliniques et socio-professionnelles) plutôt qu'une généralité sur une population représentative.

Par ailleurs, cette petite taille d'effectif rend la comparaison difficile à des études comportant un échantillon de population beaucoup plus grand, comme c'est le cas pour les 2 grandes enquêtes françaises « *La vie deux ans après un diagnostic de cancer* » réalisées en 2004 (étude « **ALD1** »), puis en 2012 (étude « **VICAN2** ») (52,53). À notre connaissance, il n'existe pas d'étude publiée, portant spécifiquement sur la situation socio-professionnelle des patients porteurs de LOS dans un contexte de tumeur solide ou d'hémopathie, ni des impacts vis-à-vis de l'emploi qu'elles peuvent engendrer.

Toutefois, nous tenterons de replacer ces résultats et cette population spécifique au sein de la littérature portant sur les champs plus généraux « cancer & travail » et « hémopathie maligne & travail ».

### A. Construction de l'étude et du questionnaire

Afin d'évaluer les impacts potentiels sur la situation socio-professionnelle créé par la survenue de LOS dans ce contexte, un questionnaire a été élaboré en collaboration avec un médecin du travail et un épidémiologiste ayant toutes deux participé à la construction du questionnaire de l'étude réalisée par *Peugniez et al.* en 2011 (54). Ce questionnaire s'intéresse aux spécificités cliniques d'une population de patients présentant des lésions osseuses dans un contexte de tumeur solide ou d'hémopathie ainsi qu'aux répercussions socio-professionnelles du fait des LOS.

Il prend également en compte les différents travaux universitaires publiés sur la thématique plus générale « cancer et travail », qui s'avèrent le plus souvent tournés vers le cancer du sein (35,40,42,54). Enfin, la diversité de l'évolution des situations socio-professionnelles entre le diagnostic et le moment de notre enquête est abordée de façon dynamique, sous la forme de « trajectoires professionnelles », comme cela est effectué dans les 2 grandes études françaises « **ALD1** » (2004) et « **VICAN2** » (2012) (52,53).

Le choix d'un mode de recueil hétéro-administré a permis de s'adapter à la compréhension de chaque patient (reformulation possible), mais aussi de créer un espace de communication. Il a permis d'éviter les écueils de l'auto-questionnaire (plus faible taux de participation, données manquantes, données erronées par mauvaise compréhension de la question). Cependant, ce mode de recueil présente l'inconvénient d'être beaucoup plus long (contrairement à un envoi postal de plusieurs dizaines d'auto-questionnaires dans un même temps). Enfin, le recueil au décours immédiat de la consultation permet de connaître l'état clinique du patient, dans la mesure où l'interne en charge de l'enquête assiste à la consultation d'onco-rhumatologie, puis soumet le questionnaire dans une salle de consultation voisine pour les patients remplissant les critères d'inclusion.

Ce mode de recueil a également permis un fort taux de participation (95%).

## B. Caractéristiques de la population étudiée

### 1. Caractéristiques sociodémographiques

La population incluse est plus âgée et donc plus active que la population générale. En effet, parmi les personnes incluses, la distribution vers des âges élevés est plus concentrée que la population générale puisque 60% de la population de l'enquête est comprise dans la tranche des 25-54 ans (contre 39,1% sur cette même tranche d'âge, selon les chiffres publiés par l'INSEE concernant l'année 2013, au sein de l'ex région Nord Pas de Calais (NPdC)).

Or, le taux d'emploi et le taux d'activité des 25-54 ans sont, en France, plus élevés que dans les catégories d'âges plus jeunes : respectivement à 87,4 % et à 74,6% pour les 25-54 ans contre 41,4% et 25,8% pour les moins de 24 ans (chiffres INSEE NPdC – 2013).

On constate donc sans surprise un **taux d'activité** plus élevé que dans la population générale pour les personnes incluses présentant des LOS, et âgées de 19 à 65 ans au diagnostic de la maladie primitive. Le taux d'activité est de 90% au diagnostic dans la population de l'enquête, contre 69,3 % pour la population générale de cette même région (chiffres INSEE). Le **taux d'emploi** est lui aussi plus élevé comparativement à la population générale : 82,5% de notre population est en emploi au moment du diagnostic, et 5% au chômage comparativement à 57,3% et 11,9% respectivement selon les chiffres INSEE de 2013 en NPdC.

Bien qu'il ait été décidé d'inclure jusqu'à 67 ans (âge le jour de notre enquête) afin de tenir compte du probable futur âge légal de départ des retraites, ces données concordent avec la littérature (qui n'ont inclus pour cette partie de l'analyse que les patients âgés de 18 à 57 ans au moment du diagnostic) (52,53).

Concernant les **catégories socio-professionnelles** (CSP), la distribution de l'échantillon inclus est globalement similaire à celui de la population générale des 2 départements NPdC, mais il existe une sous-représentation des ouvriers (12% contre 24%), ce qui est superposable à la littérature française (52,53). Par contre, la surreprésentation des employés et professions intermédiaires classiquement retrouvée dans ces 2 mêmes grandes études françaises n'est pas présente et seule une discrète surreprésentation des cadres et professions intellectuelles supérieures (18% contre 14%) existe.

Ceci peut s'expliquer dans notre enquête par une surreprésentation du secteur d'activité regroupant [administration publique, enseignement, santé, action sociale] retrouvé à 53% contre 35,1% selon les chiffres de l'INSEE 2013 en NPdC.

## 2. Caractéristiques médicales

Plus de la moitié de notre population présente un **myélome** (52,5%), ce qui correspond à la répartition des pathologies vues à la consultation d'onco-rhumatologie du Dr Vieillard (50% myélome, 50 % tumeurs solides). La médiane d'âge au diagnostic est relativement basse (52 ans), et 2 patients avaient moins de 35 ans au diagnostic, et auront donc encore de nombreuses années à travailler avant d'atteindre l'âge de la retraite.

Concernant les tumeurs solides, le **cancer du sein** classiquement ostéophile est le plus représenté (20% des cas).

Par contre, on ne retrouve aucun cancer de la **prostate**. Ceci s'explique par un âge médian au diagnostic de cancer de la prostate relativement élevé, se situant juste avant 70 ans (2), n'ayant pas permis de rencontrer ce type de patients compte tenu des critères d'inclusion. Par ailleurs, les LOS secondaires de ce cancer sont majoritairement condensantes, entraînant peu d'évènement osseux, ils sont donc moins souvent adressés. Enfin, les patients atteints d'un cancer de la prostate métastatique sont pris en charge au Centre de Lutte Contre le Cancer Oscar Lambret (COL), et sont donc suivis au sein des consultations d'onco-rhumatologue du Dr Vieillard au COL.

Ensuite, sont retrouvés par ordre de fréquence dans cette étude : les LOS de cancer digestifs (8%), puis thyroïdien (5%) et enfin, un seul patient présentant un cancer pulmonaire (3%). Les données récentes de la littérature font en effet état d'un doublement de l'incidence des métastases osseuses dans les cancers colorectaux, atteignant 10%, alors qu'ils n'étaient habituellement pas considérés comme ostéophiles (18). Avec les progrès thérapeutiques l'amélioration de la survie fait apparaître des évolutions métastatiques osseuses jusqu'alors non observées.

Dans notre population, la localisation principale des lésions osseuses est **rachidienne** (98%), comme retrouvé dans une étude japonaise, portant sur 145 sujets, dont 99% avec atteinte rachidienne (55). Par ailleurs, 53% des patients présentent plus de 3 segments osseux atteints, ce qui peut entraîner des conséquences fonctionnelles importantes. De même, les localisations au bassin (58%) peuvent gêner l'autonomie si elles se compliquent de fracture et/ou de douleurs.

Concernant la prise en charge des patients et les séquelles : une **chimiothérapie** a fait partie du traitement initial pour la majorité des patients (78%), ce qui peut expliquer que la **fatigabilité** soit la principale séquelle encore présente le jour de notre enquête (90% des patients), ce d'autant que 40% des patients bénéficient encore d'une chimiothérapie. La deuxième séquelle rencontrée est la **douleur** (70%), celle-ci est le plus souvent en rapport avec la localisation osseuse, mais il existe aussi des douleurs neuropathiques (38%), majoritairement chimio-induites, des douleurs mécaniques liées à un déconditionnement musculaire (en lien avec la durée et/ou la lourdeur des traitements). En effet, la moitié des patients présente des difficultés à la marche et/ou une diminution de la force musculaire.

La présence de séquelles est plus élevée que dans la littérature.

L'étude « **VICAN2** » (52) estime que 60% des patients présentent des séquelles deux ans après (vs 95% dans notre enquête). Cependant, les auteurs précisent que cette proportion varie selon la localisation tumorale et le stade de la maladie. Par ailleurs, dans « **VICAN2** », seules 37,9 % des personnes interrogées avaient reçu une chimiothérapie et 4,9 % en bénéficiaient encore au moment de l'enquête.

Une étude réalisée en 2008, par *Asselain et al.*, au sein d'un service de santé au travail, s'intéresse aux difficultés rencontrées à la reprise du travail, deux ans après le diagnostic de cancer (n=319) (56). La fatigabilité atteint 61%, et 18% sont toujours en cours de traitement au moment de l'enquête. Une seconde étude inclut 153 des salariés ayant participé à la première étude de 2008, et s'intéresse, 6 ans après leur reprise, au devenir de leur situation socio-professionnelle et à celui de leurs difficultés (57). 6 ans après leur reprise : 71% déclarent présenter des séquelles de la maladie et/ou des traitements, 57% se disent plus fatigables qu'avant la maladie. Plusieurs années après (8 ans après le diagnostic), les séquelles liées au traitement sont toujours présentes pour la majorité des patients, ce qui incite l'auteur à conclure sur la nécessité d'un suivi rapproché et attentif par le médecin du travail qui doit s'inscrire dans le long terme, c'est-à-dire bien au-delà de la reprise.

### C. Durée d'arrêt maladie

Les durées d'arrêt maladie retrouvées dans notre enquête restent relativement raisonnables au vue du profil clinique des patients inclus. En effet, la durée d'arrêt maladie médiane est de **14,5 mois** sur l'ensemble des patients actifs au diagnostic. Cependant, parmi ceux qui ont repris ou tenté de reprendre, le délai moyen écoulé avant la 1<sup>ère</sup> reprise est de :

- 10,7 mois (délai de reprise en rapport avec la tumeur solide primitive et ses traitements)
- 4,5 mois (délai de reprise en rapport avec la lésion métastatique osseuse et ses traitements)
- 10,6 mois (délai de reprise en rapport avec la ou les LOS présente(s) dès le diagnostic (*hémopathie, cancer d'emblée métastatique, tumeur primitive osseuse*) et ses traitements)

Ces durées d'arrêt ne sont pas très éloignées de celles retrouvées dans la littérature.

Au niveau international, la méta-analyse de *Mehnert* en 2011 fait état de : 40% de reprise à 6 mois, 62% à 12 mois, 73% à 18 mois et 89% à 2 ans après le diagnostic (58). Dans une étude prospective réalisée aux Pays-Bas, *Spelten et al.* retrouve un taux de retour au travail passant de 24% à 6 mois à 64% à 18 mois (*toutes localisations confondues*) (59). Dans cette étude, les facteurs associés à une durée d'arrêt maladie plus longue sont : le type de cancer (*hémopathies malignes, cancer du sein*), un traitement incluant une chimiothérapie, un âge élevé, présenter des séquelles physiques, avoir un métier manuel. Le niveau de fatigabilité à 6 mois est un facteur prédictif fort de délai de reprise.

Au niveau national, l'étude de *Boucher et al.* évaluant « la consultation d'aide au retour au travail après un cancer » retrouve un délai moyen de reprise plus long (20 mois) (60). L'auteur explique que la population incluse présente probablement plus de difficultés à la reprise du travail que l'ensemble de la population « des survivants du cancer », étant donné la nécessité d'avoir recours à une consultation spécialisée de maintien dans l'emploi. L'étude « **VICAN2** » montre que les plus défavorisés quant à un éventuel retour en emploi et au délai de reprise associé sont : les plus âgées, avec un faible niveau d'étude, réalisant des métiers d'exécution, avec un pronostic de survie défavorable, des traitements lourds s'accompagnant de séquelles importantes, n'ayant pas bénéficié d'aménagement de poste de travail, connaissant des discriminations sur le lieu de travail (52). Cette même étude montre que le statut particulier des indépendants est associé à un moindre recours à l'arrêt maladie : les patients indépendants sont 2,5 fois plus nombreux à n'avoir bénéficié d'aucun arrêt maladie par rapport au reste de la population « en emploi ».

Dans notre enquête, les indépendants ont en effet une durée d'arrêt d'activité médiane 3 fois plus courte que les salariés du public, alors même qu'il y a dans chacun des 2 groupes plus de la moitié de patients présentant un myélome et 16 à 18% de patientes présentant un cancer du sein. À la différence d'un salarié, la pérennité de leur entreprise peut être mise en péril lorsque le travailleur indépendant suspend son activité (perte des clients, voire disparition de l'activité), ce qui concourt à l'« obligation de reprendre ».

Les indépendants représentent une population hétérogène en termes de métiers, mais aussi en termes de protection sociale, ce qui peut aider à comprendre cette moindre durée d'arrêt maladie. Seuls les artisans, commerçants et non-salariés agricoles peuvent bénéficier d'indemnités journalières (**IJ**), mais celles-ci restent très largement insuffisantes pour compenser la perte de revenus et assurer la continuité économique de l'entreprise (5 à 53 € par jour). La plupart doit donc souscrire à une assurance volontaire en sus. Concernant les professions libérales (notamment médicales et paramédicales), le bénéfice d'un revenu de substitution repose entièrement sur la souscription d'assurance volontaire.

De plus, le rapport « *IndepCan* » révèle une « méconnaissance à tous les niveaux de l'échelle sociale » de leurs droits et de l'existence de dispositifs assurantiels volontaires complémentaires ainsi qu'« une myriade d'interlocuteurs mal identifiés », source de confusion pour les indépendants (61).

Au total, les patients inclus dans notre étude réunissent de nombreux facteurs décrits dans la littérature comme associés à une durée d'absence plus longue :

- le type de cancer (hémopathies malignes, cancer du poumon, cancer du sein) ;
- un pronostic de survie défavorable ;
- avoir bénéficié d'une chimiothérapie ou de traitements lourds se traduisant par des séquelles importantes, la fatigabilité comme principale séquelle ;
- un âge élevé.

Pour autant, la durée médiane d'arrêt maladie sur l'ensemble de la population « active » au diagnostic est de **14,5 mois**, ce qui reste raisonnable.

Par ailleurs, les indépendants présentent un moindre recours (en durée et en fréquence) à l'arrêt maladie, compte tenu du risque que représente une suspension d'activité pour la pérennité de leur entreprise.



## D. Reprise du travail

Dans notre étude, peu de facteurs se sont révélés prédictifs de la reprise du travail de façon significative. Cependant, certaines caractéristiques médicales et socio-professionnelles semblent se dégager quant à leur influence sur la reprise du travail. La littérature nationale comme internationale est très riche sur le sujet de la probabilité de reprise du travail après un cancer et de ses déterminants (35,36,52,53,56–58,60–69).

Nos résultats partagent des similitudes avec cette littérature, puisque les caractéristiques suivantes semblent influencer le maintien en emploi et la reprise du travail des patients inclus, à savoir :

1. Caractéristiques médicales :
  - Stade de la maladie
  - Localisation / Type de cancer
  - Séquelles
2. Caractéristiques socio-professionnelles
  - CSP
  - Statut professionnel
3. Conditions de reprise

Compte tenu du pronostic et/ou des potentielles répercussions fonctionnelles liées à la nature même des lésions osseuses et de leurs complications éventuelles, nous nous attendions à une plus faible proportion de « **maintien en emploi / reprise ou tentative de reprise** »<sup>29</sup>. Celle-ci est pourtant de **56%** (19 patients parmi 34), si l'on prend en compte le moment où chaque patient appartient ou appartenait encore à la population « en emploi ». Ceci est concordant avec la littérature internationale : les 2 revues systématiques de la littérature de *Mehnert et al.* réalisées en 2011 et 2013 font état d'un taux moyen de retour au travail de 63,5%, avec des extrêmes allant de 24% à 94% (58,65). L'étude de *Boucher et al.* évaluant « la consultation d'aide au retour au travail après un cancer » retrouve un taux de retour à l'emploi de 66% (inclusion de 121 patients, toutes localisations confondues, et tous stades, dont 15 patients au stade évolutif) (60).

---

<sup>29</sup> La proportion de « maintien en emploi / reprise ou tentative de reprise » : correspond à la somme des patients ayant eu **au moins 1 reprise effective** et des patients **n'ayant jamais interrompu leur activité**

## 1. CARACTÉRISTIQUES MÉDICALES INFLUENÇANT LA REPRISE.

Plusieurs revues systématiques de la littérature montrent que le **stade** de la maladie, la **localisation** tumorale, l'importance des **séquelles** sont parmi les facteurs influençant de manière significative la reprise du travail et l'employabilité (58,65,69)

### ➤ Importance du stade et de la localisation tumorale.

Une étude prospective longitudinale évaluant les facteurs prédictifs du délai et de la probabilité du retour en emploi (en Allemagne) montre qu'une proportion significativement plus faible de patients a pu reprendre ou retrouver un emploi lorsque le cancer est à un **stade** métastatique *versus* en rémission (38,9% *versus* 78,6%,  $p < 0.001$ ) (70).

De même, une étude norvégienne publiée en 2010, s'intéresse au devenir professionnel, 5 ans après le diagnostic, de 46 720 patients âgés de 21 à 59 ans (au diagnostic), et inclut toutes les localisations, ainsi que tous les stades (dont 16% de stades métastatique) (71). Les patients avec un stade localisé ont plus de chance d'être encore en emploi 5 ans après puisque 52% le sont encore, contre 34% pour le stade régional, et 7% pour le stade métastatique. Une autre étude norvégienne, publiée en 2008, étudie l'impact du cancer sur la probabilité d'emploi et la baisse des revenus, incluant une large cohorte de patients (plus de 32 000), tous cancers confondus et tous stades confondus (72). Plus de 1000 patients présentant un cancer à un stade métastatique sont inclus. Un effet préjudiciable sur l'emploi est significativement associé au stade du cancer : diminution de la probabilité d'emploi de 20% pour un stade localisé contre 55% pour un stade métastatique. Dans l'étude de *Boucher et al.* évaluant la consultation d'aide au retour au travail après un cancer, le taux de retour à l'emploi est de seulement 33% parmi les patients métastatiques ( $n=5$  parmi 15 patients inclus à un stade évolutif) (60).

Par ailleurs, une étude néerlandaise publiée en 2011 par *Roelen et al.* indique que la durée d'arrêt maladie et le taux de retour en emploi (antérieur), *deux ans après le diagnostic*, dépend du **type de cancer** (73). Les taux de reprise les plus élevés sont de 88% et 87% (cancers des organes génitaux (masculin et féminin) et cancer cutané respectivement) contre 45% pour le cancer du poumon, taux le plus faible. Pour les hémopathies malignes, ce taux n'est que de **62%**, avec une durée d'arrêt médiane de 15 mois. Pour le cancer du sein, la proportion de reprise est de **76%**, avec une durée d'arrêt maladie médiane de **11,5** mois.

Ces proportions ne sont pas très éloignées de celles retrouvées dans notre enquête qui sont respectivement de **63%** de reprise (ou de tentative) pour le cancer du sein et de **52%** pour les hémopathies malignes. Cependant, les patients inclus présentent des spécificités cliniques (LOS secondaires d'une tumeur solide ou en lien avec une hémopathie maligne) rendant le pronostic globalement moins bon.

En France, les 2 grandes études « **ALD1** » (2004) et « **VICAN2** » (2012) (52,53) incluent toutes les localisations confondues, et surtout, n'excluent pas les stades métastatiques, contrairement à la grande majorité des études publiées (33,34,36,38). Les proportions retrouvées dans notre enquête sont proches des données retrouvées dans « **ALD1** » et « **VICAN2** » :

- **69%** des femmes atteintes de cancer du sein et en emploi au diagnostic, le sont toujours 2 ans après (**ALD1-2004**). Dans **VICAN2** (2012), ce taux est de **74,7%**.
- **61%** des patients atteints d'hémopathie malignes et en emploi au diagnostic, le sont toujours 2 ans après (**ALD1-2004**), et **19,5%** sont demeurés en arrêt maladie durant 2 ans.

L'étude « **VICAN2** » révèle par ailleurs que « *la gravité du cancer accentue les disparités inter et intra-professionnelles* » comme cela a pu être montré dans notre enquête. En effet, nous avons retrouvé que non seulement les **séquelles**, mais aussi la **CSP** du dernier emploi occupé sont parmi les facteurs associés significativement à la reprise ou tentative de reprise.

Ainsi, dans « **VICAN2** », le maintien en emploi deux ans après le diagnostic, varie significativement en fonction du **pronostic** de survie à 5 ans<sup>30</sup>, mais ceci s'accroît lorsque l'on y ajoute la notion de CSP (dernier emploi) :

- pour les **pronostics < 20%** (équivalent du stade « distant » pour les cancers colorectaux et pulmonaires) : seuls **28%** sont toujours en emploi 2 ans après dans les CSP d'exécution contre **48,3%** dans les CSP d'encadrement ;
- pour les **pronostics compris entre 20 et 50%** (équivalent du stade « distant » pour le cancer du sein) : ces taux sont de **66,7%** dans les CSP d'exécution contre **72,4%** dans les CSP d'encadrement ;
- pour les **pronostics compris entre 50 et 80%** (les hémopathies malignes et le stade « distant » pour le cancer de la thyroïde) : ces taux sont de **65%** dans les CSP d'exécution contre **78,6%** dans les CSP d'encadrement.

---

<sup>30</sup> Les estimations de survie sont faites dans l'étude « **VICAN2** » à partir des données du SEER (National Cancer Institute – cohorte 1999-2005).

➤ Spécificité des hémopathies malignes.

Les hémopathies malignes, et en particulier le myélome, comportent des spécificités cliniques (les lésions osseuses étant très fréquentes), thérapeutiques avec le plus souvent une chimiothérapie intensive pouvant induire plus de séquelles chimio-induites (dont les neuropathies périphériques), et pronostiques puisque les rechutes sont quasi inéluctables (74).

Peu d'études se sont intéressées spécifiquement au maintien/retour en emploi et à ses déterminants dans le cas des myélomes et lymphomes malins non hodgkiniens (LMNH), la plupart des études publiées incluant un groupe hétérogène d'« hémopathies » alors qu'elles rassemblent un grand nombre de pathologies différentes, d'un point de vue biologique, clinique et pronostique (75,76).

Une étude allemande évalue, par le biais d'un auto-questionnaire, la proportion de patients réintégrés dans la vie professionnelle après une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques (ASCT) (77). Le délai médian entre l'ASCT et l'enquête est de 3 ans +/- 26,4 mois. De même que dans notre étude, le myélome est le diagnostic le plus représenté dans l'effectif (112 patients parmi 304, soit 57%), suivi du LMNH (n=86, soit 28%). Parmi ceux qui étaient en emploi au diagnostic, 55% ont repris leur travail (68% totalement, 32% partiellement) à leur ancien poste. Ces chiffres concordent avec ceux retrouvés dans notre enquête, puisque la proportion de reprise parmi les patients présentant une hémopathie maligne est de 52%.

En France, le numéro de juin 2016 des *Archives des Maladies Professionnelles et de l'environnement* mentionne à travers 2 « résumés », des études en cours ou à venir concernant les hémopathies malignes :

- Une étude rétrospective toulousaine, portant sur 79 patients atteints de lymphomes diffus à grandes cellules B, fait état d'un retour au travail de 72% deux ans après le diagnostic (45). Cependant, le délai entre l'enquête et le diagnostic est plus court (2 ans vs un délai médian de 2,6 ans dans notre enquête), et la moyenne d'âge plus faible (47 ans) que dans notre enquête (51,5 ans pour les hémopathies).
- Une autre étude rétrospective et observationnelle s'intéresse quant à elle aux « déterminants médico-sociaux du maintien en emploi des patients atteints d'hémopathie maligne » par le biais d'un auto-questionnaire (44).

Le résumé ne dévoile pas le diagnostic des 72 sujets inclus, il s'agit probablement de pathologie de meilleur pronostic puisque seuls 60% ont bénéficié d'un arrêt maladie (vs 95% dans notre enquête), et que seuls 29,5% déclarent travailler moins bien qu'avant la maladie (vs 100% des patients ayant repris ou tenté de reprendre et présentant une hémopathie maligne dans notre enquête).

➤ Les séquelles sont associées négativement à la reprise.

La diminution de la force musculaire ainsi que les difficultés à la marche sont les séquelles associées à une moindre reprise du travail dans notre enquête (significativement ou comme tendance).

De manière générale, la littérature nationale comme internationale a montré l'impact négatif sur l'employabilité et la reprise du travail en rapport avec la lourdeur des traitements (surtout la chimiothérapie), l'importance des séquelles, et notamment la fatigabilité (36,52,59,65,67). *Spelten et al.* montrent que la fatigabilité est un facteur prédictif fort du retour au travail, et surtout indépendant du type de cancer et du type de traitement (59). L'étude « *VICAN2* » précise par ailleurs que les patients déclarant des séquelles ont 2,7 fois plus de chance de quitter l'emploi que les patients avec des séquelles modérées ou sans séquelles (52).

## 2. INFLUENCE DU STATUT ET DE LA CSP SUR LA PROBABILITÉ DE REPRISE

Cependant, la proportion de reprise ou de tentative de reprise, de même que la durée médiane d'arrêt est assez contrastée en fonction de la **CSP** (de manière significative), et du **statut professionnel** (salarié *versus* non-salarié).

1- La proportion de reprise ou tentative de reprise sur l'ensemble des actifs au diagnostic, varie dans notre étude de manière significative selon la CSP : **36%** pour les CSP **d'exécution** *contre* **70%** pour les CSP **d'encadrement** ( $p=0,048$ ).

Ceci est en accord avec les enquêtes « *VICAN2* » et « *ALD1* » (52,53).

2- Le statut salarié versus non-salarié vient également impacter la probabilité de reprise, même si le faible effectif ne permet pas de conclure quant au caractère prédictif de reprise du travail pour ce paramètre.

En effet, étant donné la petite taille ( $n=6$ ) de l'échantillon correspondant aux **indépendants** dans notre étude, qui ne peut donc être représentatif ni des types de cancer, ni de la structure socioprofessionnelle déjà très hétérogène de ce statut, ces résultats serviront davantage à entrapercevoir la diversité des situations plutôt qu'à établir une généralité sur une population représentative.

Les indépendants présentent tout d'abord une proportion de reprise du travail plus importante que celle des salariés (**66%** versus **52%**).

Ceci peut s'expliquer d'une part par le fait qu'ils appartiennent tous à une CSP d'encadrement, et la proportion de retour à l'emploi y est 2 fois plus fréquente (en intégrant la trajectoire des 2 patients au chômage au diagnostic), **66%** versus **33%**.

D'autre part, interrompre leur activité peut entraîner le risque de perdre une partie de leur clientèle (à la différence d'un salarié), ou dans le cas des entrepreneurs individuels, il est parfois tout simplement impossible de se faire remplacer.

Par ailleurs, les conditions de poursuite de l'activité (au décours ou au cours des traitements) sont fortement conditionnées par la possibilité de mobilisation de ressources internes à l'entreprise.

- pour ceux qui exercent leur activité à plusieurs, il est parfois possible de mobiliser des ressources internes (conjoint, associés, salariés), contrairement à ceux exerçant seuls (soit 50% des indépendants de l'étude).
- pour ceux qui exercent une activité technique et difficile à déléguer (artisans notamment), il est complexe de pouvoir organiser son emploi du temps en fonction de la fatigabilité et des traitements (2 patients).

**2/3** des indépendants de notre enquête **ont poursuivi leur activité pendant au moins une partie des traitements.**

Les commerçants peuvent réussir le plus souvent à déléguer car ils exercent majoritairement à plusieurs (entreprise conjugale), et travaillent pour la plupart en magasin, (activité moins technique). C'est le cas d'une patiente de l'étude dont le mari a géré le débit de boisson pendant son arrêt d'activité.

Les libéraux ont également souvent pu organiser leur poursuite d'activité, puisque les 2 patients ont mobilisé leurs associés lors du bilan d'extension et de la prise en charge initiale (de type chirurgie ou autogreffe), puis, lorsque des séances de chimiothérapie sont nécessaires par la suite. L'un d'entre eux pense cependant rechercher prochainement un emploi salarié, ressentant devoir diminuer son activité de kinésithérapeute libéral du fait de la maladie (en diminuant l'intensité de l'activité et le volume horaire), et précise vouloir avant tout « mettre sa famille à l'abri du besoin ».

Pour les artisans, qui cumulent à la fois une activité souvent plus physique, plus technique, et exercée plus souvent « en solo », la délégation et la mobilisation de ressources s'avèrent difficiles. Parmi les 2 patients artisans (dans le BTP), l'un n'avait jamais interrompu son activité, par peur que son activité ne disparaisse, et que ses clients cessent de faire appel à lui par la suite. L'autre, avait interrompu son activité, et n'avait jusqu'alors pas pu reprendre, faute d'adaptation de poste possible. Les deux rencontraient des difficultés financières.

Ces résultats sont assez proches de ceux présentés dans la publication du volet qualitatif du rapport « *IndepCan* » (61) qui dévoile que deux ans après le diagnostic, 73,8% des indépendants rencontrés ont repris leur activité, 3% sont sortis de l'emploi (invalidité), et 4,6% sont en arrêt maladie. La totalité (n=65) a travaillé, au moins en partie durant la période des traitements par chimiothérapie ou radiothérapie.

### 3. IMPORTANCE DES CONDITIONS DE REPRISE

---

Même si notre enquête n'a pu montrer la significativité de ce paramètre, plusieurs études ont montré l'importance des aménagements sur la reprise du travail (52,56,78). Notre enquête retrouve des aménagements (horaires et/ou du poste de travail) chez 75 à 100% des patients ayant repris ou tenté de reprendre (*la proportion est réalisée sur l'effectif ayant des droits en la matière*) parmi ceux présentant une hémopathie maligne ou un cancer du sein.

Le travail réalisé par *Duguet et al.*, à partir de l'étude *ALD1* de 2004, s'intéresse spécifiquement à l'impact de l'aménagement des conditions de travail sur la reprise du travail, deux ans après le diagnostic du cancer (78). Le taux de reprise augmente ainsi de 30% pour les deux sexes parmi les patients ayant bénéficié d'au moins un aménagement *versus* ceux n'ayant obtenu aucun aménagement. Et ceci est vrai quel que soit le type d'aménagement, à savoir : aménagement du poste (*reclassement, aménagement ergonomique*), aménagements horaires (*TPT, diminution du temps de travail*). Parmi l'échantillon des 1424 patients qui étaient en emploi au moment du diagnostic et qui sont toujours en vie deux ans après : 41% des femmes et 27% des hommes obtiennent un aménagement, l'aménagement le plus fréquent est horaire (23% pour les femmes et 15% pour les hommes). Ces proportions sont inférieures à celles retrouvés dans notre enquête, mais cette même étude montre que la probabilité de bénéficier d'un aménagement est significativement influencée par :

- le pronostic de survie à 5 ans : plus le degré de gravité du cancer augmente, plus la probabilité d'aménagement est croissante ;
- le type de cancer : chez l'homme, hémopathie maligne et cancer colorectal favorisent l'obtention d'aménagement ; chez la femme, seul le cancer colorectal est retrouvé ;
- le contrat CDI, travailler à temps plein, le fait de garder un contact avec l'entreprise pendant les soins augmentent aussi cette probabilité.

En effet, ceux qui présentent une moindre survie sont aussi ceux qui présentent le plus de séquelles, du fait de la maladie mais aussi des traitements, et ils ont donc plus de difficultés à « s'ajuster » aux conséquences de leur maladie sans passer par un aménagement de leurs conditions de travail.



L'Institut Curie et la Société de Médecine du Travail Ouest Ile de France (SMTOIF) réalisent par ailleurs une étude en 2008 (soit 2 ans après le diagnostic de cancer) et une autre en 2014 (soit 6 ans après la reprise), afin d'étudier les difficultés rencontrées lors de la reprise et 6 ans après cette dernière (56,57).

Dans l'étude de 2008, 79 % des salariés retravaillent 2 ans après le diagnostic (la plupart au même poste). En 2014, seuls 54% sont encore dans l'entreprise. Parmi les tranches d'âge inférieures à 55 ans, le taux de départ de l'entreprise est de **20%** en 6 ans, soit 4% par an (c'est-à-dire 2 fois plus que le niveau national), avec : 11% de démission, 9% de décès, 6% de départ avant l'âge légal de la retraite, 4% d'inaptitude médicale et/ou de licenciement. Cette proportion de sortie de l'emploi est de **38%** dans notre enquête, en sachant que le délai médian entre le diagnostic de la maladie primitive et l'enquête est de 8,4 ans pour ce groupe (ce même délai est de 8 ans pour l'étude SMTOIF de 2014).

Par ailleurs, dans l'étude du SMTOIF de 2008, les salariés ayant repris ou tenté de reprendre (n=319) présentent les conditions de reprise suivantes :

- **24%** ont bénéficié d'une visite de pré-reprise ;
- 61% ont bénéficié d'aménagement(s) lors de la reprise :
  - TPT : 50% (parmi 319) et aménagement horaire autre : 33%,
  - Aménagement du poste de travail : 20%.

Si les proportions d'aménagements effectuées à la reprise du travail sont proches de notre enquête, le recours à la visite de pré-reprise est 2,5 fois plus important (**60%**) dans notre enquête que dans celle du SMTOIF. La plus grande fréquence de visite de pré-reprise dans notre enquête peut être liée à :

- des arrêts maladie de plus longue durée : 50% des patients retravaillaient 6 mois après le diagnostic dans l'étude du SMTOIF, contre une durée d'arrêt médiane de 14,5 mois dans notre enquête ;
- des séquelles plus importantes et plus fréquentes :
  - Étude du SMTOIF : fatigabilité (61%) et douleurs (14%), à 2 ans du diagnostic ;
  - Dans notre enquête : fatigabilité (90%) et douleurs (70%) dans un délai médian de 2,6 ans après le diagnostic de LOS ;
- une ancienneté supérieure à 5 ans pour plus de 75% des patients de notre enquête, dans la mesure où ils connaissaient pour la plupart leur médecin du travail et avaient déjà pu établir une relation de confiance avec ce dernier.

L'étude « VICAN2 » vient appuyer l'importance des conditions de reprise : la probabilité de quitter l'emploi par la voie de l'inactivité est réduite de **78 %** pour les personnes ayant eu au moins un aménagement de leur poste de travail (52).

### **E. Des répercussions socioprofessionnelles importantes et spécifiques du fait des LOS**

La survenue de LOS apparaît comme un déterminant majeur dans la rupture ou l'inflexion de l'itinéraire professionnel des patients, puisque **92%** expriment que la survenue de LOS **a eu une ou des répercussion(s) socio-professionnelle(s) spécifique(s)** (parmi les patients actifs au diagnostic).

Pour la plupart (**79%**), le prolongement de l'arrêt maladie est directement lié à la survenue de LOS (indépendamment de la prise en charge oncologique ou hématologique de la maladie initiale). De plus **27%** estiment avoir perdu ou quitté leur emploi du fait de la survenue de LOS, et **42%** estiment avoir bénéficié d'aménagement de leur poste de travail du fait des LOS.

Quand les patients sont interrogés sur les raisons qui ont pu concourir, selon eux, aux modifications de leur situation socioprofessionnelle :

- **88%** invoquent des raisons médicales (*et particulièrement les séquelles les plus représentées, à savoir la fatigue et la douleur*) ;
- **58%** évoquent des contraintes physiques (*port de charges, contraintes posturales*) devenues moins ou non supportables depuis l'apparition des LOS,
- **18%** évoquent l'impossibilité (*port d'une contention de type corset ou minerve*) ou la difficulté (*douleurs rachidiennes*) à poursuivre la conduite de véhicule pourtant nécessaire à leur exercice professionnel.

Au total, ces principales raisons créent une inadéquation entre leur état de santé et le poste précédemment occupé, et dans le cas où un reclassement n'est pas possible, peuvent survenir une perte/sortie de l'emploi et/ou un basculement vers l'invalidité. Une fois le patient sorti de l'emploi, la recherche d'un nouvel emploi adapté à sa condition s'avère difficile, et d'autant plus pour les métiers manuels ou d'exécution. Dans ce type d'emploi, les patients sont non seulement soumis à des contraintes physiques plus importantes, mais ils exercent leur métier depuis de nombreuses années, et de manière étroitement dépendante de leur formation initiale, rendant un reclassement ou une reconversion d'autant plus difficile.

Les CSP d'exécution cumulent des caractéristiques déjà défavorables sur le marché du travail avec l'impact du diagnostic de cancer. L'étude « VICAN2 » parle en ce sens une « double peine » et montre qu'il existe nettement plus de facteurs associés à la perte d'emploi pour les CSP d'exécution que dans celles d'encadrement (52).

## **F. Des besoins exprimés en faveur d'un accompagnement spécifique et adapté à leur situation clinique et professionnelle**

**98%** des patients expriment le **besoin d'un accompagnement systématique** vis-à-vis des démarches médico socio professionnelles adaptées à leur situation clinique et pronostique, qui aurait pu contribuer à leur maintien / retour dans l'emploi, et favorisant l'accès à l'information. **75%** des patients interrogés souhaiteraient un accompagnement à la fois social (assistante sociale), médico-professionnel (médecin du travail), et psychologique (psycho-oncologue).

En effet, tous n'ont pas bénéficié du passage systématique d'un(e) psychologue dans le service d'oncologie ou d'hématologie dans lequel ils ont été pris en charge, or on sait que cancer est une épreuve pour l'identité, et ceci nécessite d'être accompagné. Ce format tripartite réunissant les sphères sociale, médico-professionnelle, et de l'accompagnement psychologique correspond tout à fait à celui qui est proposé à la « consultation d'aide au retour au travail » du CHU de Rouen (60). Enfin, **75%** des patients de notre enquête auraient souhaité bénéficier d'un tel accompagnement **dès le diagnostic** et/ou **tout au long de leur prise en charge**.

Ceci est concordant avec la littérature qui incite à intégrer la question du travail au sein du parcours de soin (64,79,80). En effet, malgré une forte motivation à reprendre le travail, les survivants du cancer voient leur risque de perdre leur emploi 37% plus important que la population non atteinte de cancer (76). Ceci peut être dû en partie à des défis à la fois physiques, cognitifs et psycho-sociaux, qui peuvent affecter leur capacité à travailler ou leur aptitude au poste de travail (poste précédemment occupé). Cependant, le fait que la question du travail ne soit pas systématiquement intégrée au cours du parcours de soin, et qu'un accompagnement spécifique ne soit pas inclus dans le plan personnalisé de soin peut aussi en partie expliquer ce risque accru de perte/sortie de l'emploi.

Une étude canadienne (79) publiée en 2016 constate également que :

- les oncologues et médecins de soin ne prennent pas en compte de façon systématique les paramètres socio-professionnels, et ne délivrent pas les conseils adéquats en la matière, laissant les survivants du cancer « livrés à eux-mêmes » pour préparer et « négocier » leur retour au travail ;
- les survivants du cancer déplorent souvent de n'avoir pas (ou trop peu) bénéficié d'un accompagnement vis-à-vis du maintien/retour en emploi au cours de leurs parcours de soin ;
- les médecins du travail font part de connaissances limitées sur la façon dont le cancer va impacter l'aptitude au poste de travail, et sur comment accompagner au mieux le retour au travail.

Cette étude tente donc de comprendre comment accompagner au mieux le système de santé (médecins de soin, médecins du travail) et les patients « survivants du cancer » dans la détermination de leur aptitude à reprendre le travail, autrement dit « suis-je prêt à retravailler ? » (79). Une étude belge publiée en 2016 propose quant à elle de bâtir un modèle de risque permettant d'aider les professionnels de santé à repérer les patients les plus à risque d'obstacle à la reprise du travail (64).

Une étude néerlandaise publiée en 2012 s'inscrit tout à fait dans cette optique, construisant une intervention pluridisciplinaire et spécifique en faveur du retour en emploi (80). Cette étude se construit autour des obstacles au maintien dans l'emploi les plus fréquemment retrouvés : charge physique de travail devenue trop importante, incapacité fonctionnelle, fatigabilité, soutien de l'environnement professionnel insuffisant. Fort de ce constat, elle associe un médecin du travail compétent en oncologie et une prise en charge rééducative, permettant ainsi d'intégrer très précocement la question du travail au sein du parcours de soin, et de limiter la perte de capacités fonctionnelles grâce à la rééducation.

On comprend bien la nécessité d'être « pro-actif », en construisant une intervention spécifique et intégrée précocement au parcours de soin, car les patients sont déjà mis à l'épreuve physiquement et psychologiquement par la survenue de la maladie. Ils font presque tous part de la difficulté à savoir ce qu'ils « ont droit de faire ou de ne pas faire » compte tenu du risque fracturaire, mais aussi de leurs difficultés à accéder à l'information sur leurs droits, à trouver le bon interlocuteur. Ceci concerne

principalement les sphères du handicap et de l'accompagnement médico-socio-professionnel qui pourraient favoriser leur réintégration professionnelle en tenant compte de leurs particularités cliniques propres.

Pour la plupart de ceux qui ont repris, ils évoquent de nombreux et nouveaux obstacles lors de leur tentative de reprise du travail, faisant suite au combat contre la maladie et à la phase active des traitements. Un de nos résultats vient d'ailleurs appuyer cette nécessité d'intervention intégrée et systématique : alors que des affiches d'information existent sur la plateforme Santé Emploi Info Service dans la plupart des services et salles d'attentes du CHRU, seuls 3 patients sur 40, soit 7,5% avaient connaissance de cette dernière. Cependant, aucun ne l'avait déjà contacté bien que 98% de l'effectif total expriment le besoin d'être accompagné et informé vis-à-vis des démarches socio-professionnelles auxquelles ils auraient potentiellement le droit.

Enfin, un dernier item des résultats vient appuyer la nécessité d'un accompagnement spécifique : les conséquences financières ainsi que les raisons avancées par les patients. Dans notre enquête, **60%** des patients estiment que leur situation financière s'est dégradée depuis le diagnostic de la maladie. Si **80%** d'entre eux estiment que ceci est en lien avec la maladie et/ou les traitements, plus des deux tiers (**67%**) estiment que cette baisse des revenus est lié à un **manque d'information et d'orientation** vis-à-vis des différentes démarches socio-médico-professionnelles et des possibilités d'aide à la réinsertion dans le monde du travail (*formations diverses, demande de statut de travailleur handicapé, invalidité et poursuite de l'activité, ...*).

Une étude norvégienne publiée en 2008 vient par ailleurs souligner l'impact négatif du stade et de la localisation tumorale sur cette baisse de revenus (72). En effet, si le diagnostic de cancer est associé à une baisse des revenus de 12% par rapport à des sujets de même âge et même niveau d'éducation mais non atteints de cancer, les plus forts déclinés sont observés pour les stades métastatiques (- 32%), les cancers du poumon (- 41%), et les tumeurs des os et du cartilage (- 37%).

Si les **forces** de cette étude résident dans son caractère plus qualitatif que quantitatif, elle présente néanmoins des **limites**.

Il existe tout d'abord un biais de sélection : les patients sélectionnés le sont à partir d'une consultation très spécialisée du seul onco-rhumatologue du CHRU de Lille, cette filière de soins créée en 2007 autorise donc ce recours local, contrairement à d'autres régions/établissements dépourvus de ce type de filière. Par ailleurs, les patients adressés présentent un pronostic (fonctionnel ou de survie) compatible avec une prise en charge osseuses spécifique, mais une symptomatologie parfois invalidante. Par exemple, les patients présentant un myélome sont adressés en consultation le plus souvent après le traitement actif initial de la maladie. Il s'agit notamment des patients qui seront présentés en RCP, et pour lesquels une évaluation clinique et un bilan d'imagerie adapté à la symptomatologie doivent être réalisés. Il peut également s'agir des patients nécessitant un suivi après prise en charge d'un événement osseux (fracture, compression médullaire).

Ensuite, l'effectif inclus est de petite taille, ce qui explique qu'on ne puisse pas conclure sur la plupart des facteurs non significativement associés à la reprise du travail, faute de puissance suffisante.

En outre, il existe une hétérogénéité de l'effectif, tant en terme de diagnostic, qu'en terme de délai écoulé entre le diagnostic initial et la consultation faisant l'objet de l'enquête. Pour autant, le choix d'une inclusion consécutive des patients vus en consultation d'onco-rhumatologie, permet de dresser un panorama des inflexions et ruptures des trajectoires professionnelles provoquées par la survenue d'une LOS.

La population des patients porteurs de LOS est, en elle-même, hétérogène, tant en termes de profil clinique et pronostique, que d'âge de survenue, ou de type de prise en charge.

Enfin, il peut exister un biais de mémorisation dans la mesure où les patients sont interrogés sur leur situation professionnelle au diagnostic puis sur son évolution jusqu'au jour de l'enquête, donc de manière rétrospective. Cependant, si le patient ne se souvient plus ou doute quant à une durée, une date d'arrêt maladie, une démarche dont il aurait pu bénéficier, l'interne en charge de l'enquête le recontacte afin de compléter les éléments manquants.

Les **forces** de cette étude ont permis de confirmer des besoins spécifiques en matière d'accompagnement au retour au travail.

Tout d'abord, son fort taux de participation peut être mis en rapport avec l'intérêt que portent les patients envers cette problématique. On peut également supposer que ce fort taux de participation est lié au mode de recueil des données.

D'une part, le questionnaire est hétéro-administré, ce qui permet de reformuler les questions si besoin, de s'adapter à la situation et à l'état physique et psychologique de chaque patient. Le retour sur les événements en lien avec l'emploi fût parfois douloureux pour certains patients, et il convenait de ne pas les laisser « seuls » devant un auto-questionnaire. D'autre part, le moment où est soumis ce questionnaire a pu participer à ce fort taux de participation car celui-ci prend place :

- Soit immédiatement au décours de leur consultation programmée d'onco-rhumatologie (n'occasionnant pas de déplacement supplémentaire),
- Soit lors des plages horaires que les patients ont eux-mêmes précisées sur le courrier d'information qui leur a été remis, toujours au cours d'une consultation programmée d'onco-rhumatologie.

L'autre force réside dans l'absence de données manquantes et l'exhaustivité des paramètres socio-professionnels recueillis.

En effet, l'interne en charge de l'enquête complète l'ensemble des questionnaires administrés aux patients (un seul investigateur), et peut être amené à rappeler le patient s'il doute d'un terme/d'une date. Par ailleurs, le mode hétéro administré permet de collecter les données socio-professionnelles de manière plus fiables dans la mesure où le descriptif détaillé des tâches et poste de travail est pris en note par l'interne, qui retranscrit de façon harmonisée et validée la profession et le secteur d'activité des emplois grâce au moteur de recherche nommé **CAPS**<sup>31</sup>.

Enfin, l'originalité de cette étude est de s'intéresser à un champ encore inexploré à notre connaissance, en étudiant spécifiquement la situation socio-professionnelle des patients porteurs de LOS dans un contexte de tumeur solide ou d'hémopathie, ainsi que les impacts vis-à-vis de l'emploi qu'elles peuvent engendrer.

---

<sup>31</sup> CAPS : Codage Assisté des Professions et Secteurs d'activité. Disponible sur : <https://ssl3.isped.u-bordeaux2.fr/CAPS-FR/Langue.aspx>

## CONCLUSION

Cette étude offre un regard transversal sur la diversité des situations cliniques et de l'impact socio-professionnel engendré par la maladie chez 40 patients atteints de LOS, dans un contexte de tumeur solide ou d'hémopathie, vus au sein de la consultation d'onco-rhumatologie du CHRU de Lille.

L'âge médian au diagnostic est de 50,5 ans [15-65 ans]. Les deux principales pathologies retrouvées sont le myélome (n=21, soit 53%), et le cancer du sein (n=8, soit 20%). L'atteinte rachidienne est très fréquente (98%). 78% des patients ont bénéficié d'une chimiothérapie lors de la prise en charge de la maladie primitive. La prise en charge osseuse, le plus souvent multimodale, a pu comporter une vertébroplastie (48%), de la radiothérapie (43%), un corset (43%), une chirurgie (15%). Les séquelles sont importantes et fréquentes, 90% des patients déclarent présenter une fatigabilité, 70% des douleurs, et 50% une diminution de la force musculaire et/ou des difficultés à la marche.

90% des patients appartiennent à la population active au diagnostic. La problématique de la reprise du travail ou du retour / maintien en emploi est donc réelle pour la plupart d'entre eux.

Par rapport à la littérature publiée sur le champ général « cancer et travail », deux points principaux se dégagent à travers notre étude :

- 1- Cette population présente des **spécificités** cliniques, pronostiques, et fonctionnelles liées à la maladie initiale et à son évolutivité osseuse :
  - un âge élevé au diagnostic (âge médian de 50,5 ans),
  - un pronostic parfois défavorable, ou du moins une survie à 5 ans < à 80%,
  - des traitements lourds, incluant pour la grande majorité une chimiothérapie,
  - des séquelles et un impact fonctionnel importants (fatigabilité, douleurs, diminution de la force musculaire, difficultés à la marche).



Ces caractéristiques médicales en font donc une **population à plus haut risque** de présenter des difficultés au retour au travail (par rapport à l'ensemble de la population des « survivants du cancer »), car tous ces paramètres sont ceux reconnus dans la littérature comme constituant, de manière significative, des obstacles au retour en emploi.

**2-** En outre, cette population **partage les facteurs socio-professionnels** également retrouvés dans la littérature comme **influençant négativement l'emploi et la reprise du travail** :

- CSP d'exécution,
- précarité du contrat de travail (ancienneté < 5 ans, CDD),
- fragilité de la protection sociale de certains statuts (indépendants).

Or, les spécificités médicales des patients inclus viennent encore accroître l'impact socio-professionnel et les difficultés d'ores et déjà importantes pour ces « survivants du cancer », et particulièrement lors du processus de retour au travail.

Malgré un plus haut risque d'obstacle à la reprise du travail, et bien que présentant pour la majorité (**92%**) des répercussions socio-professionnelles spécifiques et importantes du fait de la survenue de LOS, la proportion de maintien en emploi / reprise / tentative de reprise, de même que la durée d'arrêt maladie restent raisonnables et peu éloignées de celles retrouvées dans la littérature. En effet, pour les hémopathies malignes, cette proportion est de **52%**, avec une durée médiane d'arrêt de **17,5 mois** ; pour le cancer du sein, celle-ci est de **63%**, avec une durée médiane d'arrêt de **19,5 mois**. Ceci est probablement à mettre en rapport avec la forte motivation des patients à reprendre une « vie active ».

Si toutes les difficultés au « retour au travail » chez les patients atteints de cancer sont connues et reconnues dans la littérature nationale comme internationale, l'intégration de cette problématique au cours du parcours de soin, de manière précoce et individualisée, fait défaut. Comme de nombreuses études ont déjà pu le souligner, et comme ceci est confirmé à travers les besoins exprimés par les patients inclus, il est nécessaire de développer la pluridisciplinarité médicale et paramédicale, directement intégrée au parcours de soin et de façon précoce.

Dans le cas des patients atteints de LOS dans un contexte de tumeur solide ou d'hémopathie maligne, cette pluridisciplinarité pourrait au mieux intégrer :

- une approche médicale évaluant les paramètres cliniques, pronostiques, thérapeutiques, le risque fracturaire, le déconditionnement musculaire et à l'effort, et intégrant bien sûr les paramètres socio-professionnels. Des spécialistes tels que : onco-hématologue, médecin du travail, et dans notre cas, onco-rhumatologue et médecin rééducateur, pourraient contribuer à cette prise en charge globale et concertée. Le médecin traitant comme coordinateur de ce parcours de soin serait également un interlocuteur privilégié.
- une approche paramédicale : infirmière spécialisée en onco-hématologie, assistante sociale, psycho-oncologue, kinésithérapeutes et ergothérapeutes, professionnels de l'activité physique adaptée.

Notre intention est de poursuivre cette étude, en incluant un plus grand nombre de patients, de façon prospective et dès la survenue de LOS (*qu'elles soient métachrones d'une tumeur solide, ou survenant au cours d'une hémopathie maligne*). Grâce à cette méthodologie, nous pourrions identifier plus précisément les répercussions socio-professionnelles spécifiques, et ainsi bâtir une intervention spécialisée et précoce permettant d'accompagner le retour en emploi du patient, tout en tenant compte des spécificités cliniques et du risque fonctionnel propre.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Binder-Foucard, Belot, Delafosse, Remontet, Woronoff, Bossard. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim - Partie 1 : tumeurs solides. Institut de veille sanitaire, Institut National du Cancer, Réseau des registres français de cancer-FRANCIM, Hospices civils de Lyon, éditeurs. Saint-Maurice, France: Institut de veille sanitaire; 2013. 122 p. (Maladies chroniques et traumatismes; vol. 1).
2. Institut National du Cancer, éditeur. Les cancers en France - Edition 2015. Boulogne-Billancourt: Institut National du Cancer; 2016. 236 p. (Bousquet P-J. Les Données / Epidémiologie).
3. Monnereau, Remontet, Maynadié, Binder-Foucard, Belot, Troussard, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim - Partie 2 : hémopathies malignes. Institut de veille sanitaire, Institut National du Cancer, Réseau des registres français de cancer-FRANCIM, Hospices civils de Lyon, éditeurs. Saint-Maurice, France: Institut de veille sanitaire; 2013. 88 p. (Maladies chroniques et traumatismes; vol. 2).
4. Cancer Survival Statistics - Surveillance Research Program -SEER [Internet]. Surveillance Research Program. [cité 14 mai 2016]. Disponible sur: <https://surveillance.cancer.gov/statistics/types/survival.html>
5. Mariotto AB, Noone A-M, Howlader N, Cho H, Keel GE, Garshell J, et al. Cancer Survival: An Overview of Measures, Uses, and Interpretation. JNCI Monogr. 11 janv 2014;2014(49):145-86.
6. Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Guizard A-V, Voirin N, Monnereau A, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 - Partie 1 : tumeurs solides. Saint-Maurice, France: Institut de veille sanitaire; 2016. 274 p. (Etat des lieux et des connaissances / Epidémiologie; vol. 1).
7. Monnereau A, Uhry Z, Bossard N, Cowppli-Bony A, Voirin N, Delafosse P, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 - Partie 2 - Hémopathies malignes. Saint-Maurice, France: Institut de veille sanitaire; 2016. 144 p. (Etat des lieux et des connaissances / Epidémiologie; vol. 2).
8. Colonna M, Mitton N, Grosclaude P. Estimation de la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus en 2008 - Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Institut National du Cancer, Institut National de Veille Sanitaire, éditeurs. Boulogne-Billancourt: Institut National Du Cancer; 2014. 44 p. (Études et enquêtes).
9. Leysalle A, Fric D, Lagrange J-L, Thariat J. Prise en charge par radiothérapie des métastases osseuses et de leurs complications : les standards. Bull Cancer (Paris). nov 2013;100(11):1175-85.
10. Kinnane N. Burden of bone disease. Eur J Oncol Nurs. 2007;11, Supplement 2:S28-31.

11. Kuru B, Camlibel M, Dinc S, Gulcelik MA, Gonullu D, Alagol H. Prognostic factors for survival in breast cancer patients who developed distant metastasis subsequent to definitive surgery. *Singapore Med J.* nov 2008;49(11):904-11.
12. Coleman RE. Clinical Features of Metastatic Bone Disease and Risk of Skeletal Morbidity. *Am Assoc Cancer Res.* 15 oct 2006;12(20):6243s-6249s.
13. Jacoulet P. Métastases osseuses des cancers bronchopulmonaires. *Rev Mal Respir Actual.* nov 2015;7(4):445-54.
14. Kuchuk M, Kuchuk I, Sabri E, Hutton B, Clemons M, Wheatley-Price P. The incidence and clinical impact of bone metastases in non-small cell lung cancer. *Lung Cancer.* août 2015;89(2):197-202.
15. Coleman RE, Rubens RD. The clinical course of bone metastases from breast cancer. *Br J Cancer.* janv 1987;55(1):61-6.
16. Briasoulis E, Karavasilis V, Kostadima L, Ignatiadis M, Fountzilas G, Pavlidis N. Metastatic breast carcinoma confined to bone : portrait of a clinical entity. *Cancer.* 1 oct 2004;101(7):1524-8.
17. Thariat J, Fric D, Kerr C, Leysalle A, Angellier G, Dejean C, et al. Métastases osseuses : les nouvelles techniques d'irradiation et traitements combinés ablatifs décalent-ils les standards ? *Bull Cancer (Paris).* nov 2013;100(11):1187-97.
18. Cvitkovic F, Mouret-Fourme E. Épidémiologie et aspects cliniques des métastases osseuses. *Bull Cancer (Paris).* nov 2013;100(11):1073-81.
19. Coleman RE. Bisphosphonates : Clinical Experience. *The Oncologist.* 9 janv 2004;9(Supplement 4):14-27.
20. GLOBOCAN 2012 : Estimated incidence, mortality and 5-year prevalence [Internet]. [cité 21 mai 2016]. Disponible sur: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_population.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx)
21. Santini D, Tampellini M, Vincenzi B, Ibrahim T, Ortega C, Virzi V, et al. Natural history of bone metastasis in colorectal cancer : final results of a large Italian bone metastases study. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO.* août 2012;23(8):2072-7.
22. Durand J-P. Métastases osseuses : prise en charge multidisciplinaire, approche diagnostique et thérapeutique. *EMC - Appar Locomoteur.* oct 2012;7(4).
23. Lipton A, Uzzo R, Amato RJ, Ellis GK, Hakimian B, Roodman GD, et al. The science and practice of bone health in oncology : managing bone loss and metastasis in patients with solid tumors. *J Natl Compr Cancer Netw JNCCN.* 2009;7 Suppl 7:S1-29; quiz S30.
24. Zairi F, D'Houtaud S, Assaker R. Traitement chirurgical des métastases vertébrales. *Bull Cancer (Paris).* nov 2013;100(11):1141-51.
25. Vieillard M-H, Thureau S. Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) dédiées aux métastases osseuses : historique et justification. *Bull Cancer (Paris).* nov 2013;100(11):1135-9.

26. Vignot S, Thariat J. Spécificité des métastases osseuses : un enjeu pan-oncologique. *Bull Cancer (Paris)*. nov 2013;100(11):1067.
27. Peteet JR. Cancer and the meaning of work. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000;22(3):200-5.
28. Rasmussen DM, Elverdam B. The meaning of work and working life after cancer : an interview study. *Psychooncology*. 1 déc 2008;17(12):1232-8.
29. Blasi GD, Bouteyre E, Rollin L. Consultation pluridisciplinaire d'aide à la reprise du travail après un cancer : psychopathologie de la rémission et le retour à l'emploi. *Psycho-Oncol*. 28 févr 2011;5(1):40-4.
30. Erikson EH. *Enfance et société*. 7 éd. Neuchâtel ; Paris: Delachaux et Niestlé; 1982. 285 p. (Actualités pédagogiques et psychologiques).
31. Buzyn A. Les apports des Plans cancer à la cancérologie. *Oncologie*. 2014;16(1):4-6.
32. Institut National du Cancer, éditeur. *Plan Cancer 2014-2019* [Internet]. Institut National du Cancer; 2015 [cité 21 mai 2016]. (Documents institutionnels / Plan cancer). Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
33. Vidor C, Leroyer A, Christophe V, Seillier M, Foncel J, Maële JV de, et al. Decrease social inequalities return-to-work : development and design of a randomised controlled trial among women with breast cancer. *BMC Cancer*. 17 avr 2014;14(1):267.
34. Lindbohm M-L, Kuosma E, Taskila T, Hietanen P, Carlsen K, Gudbergsson S, et al. Early retirement and non-employment after breast cancer. *Psychooncology*. 2014;23(6):634-41.
35. Guittard M. *Facteurs influençant le retour au travail et le maintien en emploi après un cancer du sein* [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2014.
36. 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*. 10 nov 2009;20(1):49-58.
37. 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. *Ann Oncol*. 10 janv 2010;21(10):2124-5.
38. 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*. 16 févr 2013;21(7):1901-9.
39. Tamminga SJ, de Boer AG, Verbeek JH, Frings-Dresen MH. Breast cancer survivors' views of factors that influence the return-to-work process – a qualitative study. *Scand J Work Environ Health*. mars 2012;38(2):144-54.
40. Asselain D. *Analyse des difficultés rencontrées lors de la reprise du travail après un cancer : spécificités du cancer du sein* [Thèse d'exercice]. Université Paris Descartes; 2011.

41. Radier M, Fassier J-B. Revue des indicateurs influençant le maintien ou le retour dans l'emploi des femmes atteintes d'un cancer du sein [Thèse d'exercice]. Université Lyon 1; 2015.
42. Fassier J-B, Charbotel B, Bergeret A. Cancer du sein et retour au travail : une synthèse de la littérature. Arch Mal Prof Environ. juin 2014;75(3):319.
43. Gallardo L, Rey D, Peretti-Watel P. Impact du cancer du sein sur la vie professionnelle. Enquête parmi les femmes de la cohorte ELIPPSE. Bull Cancer (Paris). juill 2012;99(7-8):779-86.
44. Clin B, Heutte N, Troussard X, Boulanger M, Damaj G-L, Cornet E, et al. Analyse des déterminants médico-sociaux du maintien en emploi des patients atteints d'une hémopathie maligne (protocole ADAMENTINE). Résultats de l'étude pilote. Arch Mal Prof Environ. juin 2016;77(3):383.
45. Herin F, Despas F, Basso M, Compaci G, Nogaro J-C, Rueter M, et al. Retour au travail dans l'après cancer d'un lymphome B diffus à grandes cellules B. Arch Mal Prof Environ. juin 2016;77(3):384.
46. Agefiph, éditeur. METODIA Mode d'Emploi Technique de l'Offre D'Intervention Agefiph : Manuel à l'usage des partenaires et des prescripteurs. Agefiph; 2016. 65 p. (Guide et outil).
47. Maladies Chroniques et Travail | Travail & Maladies Chroniques Évolutives [Internet]. [cité 12 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.maladie-chronique-travail.eu/maladies-chroniques-et-travail>
48. ISTNF. Maintien Emploi Information [Internet]. ISTNF. [cité 12 juin 2016]. Disponible sur: <http://istnf.fr/dossier-4-0-0-0-2.html#menu>
49. Le maintien dans l'emploi [Internet]. PRITH Pays de la Loire. 2016 [cité 15 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.prith-paysdelaloire.org/nos-actions/le-maintien-lemploi/>
50. PRITH Pays de la Loire, éditeur. Guide du maintien dans l'emploi de Loire-Atlantique. éd. 2016. PRITH Pays de la Loire; 2016. 75 p. (Outils et dispositifs).
51. PRITH Centre, éditeur. Guide du maintien dans l'emploi dans le secteur privé-Outils, dispositifs et acteurs en région Centre [Internet]. éd. fév. 2014. PRITH Centre; 2014 [cité 15 juin 2016]. 68 p. (Outils et dispositifs). Disponible sur: <http://centre-val-de-loire.direccte.gouv.fr/Travailleurs-handicapes>
52. Ben Diane M. La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer. INCa; 2014. 452 p. (Études et enquêtes).
53. Le Corroller-Soriano A-G, Malavolti L, Mermilliod C. La vie deux ans après le diagnostic de cancer: une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades. Paris: La Documentation Française; 2008. 408 p. (Etudes et Statistiques).
54. Peugniez C. Reprise du travail après un cancer du sein : étude d'une cohorte monocentrique [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université Lille 2; 2011.
55. Shimada H, Setoguchi T, Yokouchi M, Sasaki H, Ishidou Y, Kawamura I, et al.

- Metastatic bone tumors : Analysis of factors affecting prognosis and efficacy of CT and 18F-FDG PET-CT in identifying primary lesions. *Mol Clin Oncol*. 2014;
56. Institut national du cancer. Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer : rapport de synthèse des recherches de l'appel à projets lancé en 2006 par la Fondation ARC et l'INCa. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, éditeur. Boulogne-Billancourt, France: Institut national du cancer; 2012. 146 p.
  57. Sevellec M, Belin L, Bourrillon M-F, Lhuillier D, Rérolle E, Bideau SL, et al. Travailler après un cancer : bilan 6 ans après la reprise Analyse d'une cohorte de 153 salariés. *Bull Cancer (Paris)*. juin 2015;102(6):S5-13.
  58. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol*. févr 2011;77(2):109-30.
  59. Spelten ER, Verbeek JHAM, Uitterhoeve ALJ, Ansink AC, van der Lelie J, de Reijke TM, et al. Cancer, fatigue and the return of patients to work - a prospective cohort study. *Eur J Cancer*. juill 2003;39(11):1562-7.
  60. Boucher L, Rollin L. Évaluation de la consultation du chu de Rouen d'aide au retour au travail après un cancer [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2014.
  61. Amiel P, Dumas A, Rubio V, Cailbault I, Gonzales de Quijano L, Blum V. Les professions indépendantes face au cancer : impact de la maladie sur les trajectoires professionnelles, et prévention du risque socio-professionnel (IndepCan). Villejuif: Presses de Gustave Roussy; 2014.
  62. Duijts SFA, van Egmond MP, Spelten E, van Muijen P, Anema JR, van der Beek AJ. Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: a systematic review. *Psychooncology*. 1 mai 2014;23(5):481-92.
  63. Ito H, Hozawa A, Yamashita H, Kubota I, Nemoto K, Yoshioka T, et al. Employment status among non-retired cancer survivors in Japan. *Eur J Cancer Care (Engl)*. sept 2015;24(5):718-23.
  64. Kiasuwa Mbengi R, Otter R, Mortelmans K, Arbyn M, Van Oyen H, Bouland C, et al. Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors : time for action-rapid review and expert consultation. *Syst Rev*. 2016;5:35.
  65. Mehnert A, de Boer A, Feuerstein M. Employment challenges for cancer survivors. *Cancer*. 1 juin 2013;119:2151-9.
  66. Short PF, Vasey JJ, Tunceli K. Employment pathways in a large cohort of adult cancer survivors. *Cancer*. 15 mars 2005;103(6):1292-301.
  67. Spelten ER, Sprangers MAG, Verbeek JHA. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors : a literature review. *Psychooncology*. 2002;11(2):124-31.
  68. Thielen K, Kolodziejczyk C, Andersen I, Heinesen E, Diderichsen F. Cancer Stage, Comorbidity, and Socioeconomic Differences in the Effect of Cancer on Labour Market Participation: A Danish Register-Based Follow-Up Study. *PLoS ONE*. 1 juin 2015;10(6).

69. Van Muijen P, Weevers N, Snels I, Duijts S, Bruinvels D, Schellart A, et al. Predictors of return to work and employment in cancer survivors : a systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 1 mars 2013;22(2):144-60.
70. Mehnert A, Koch U. Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation – a prospective study. *Scand J Work Environ Health*. 2013;39(1):76-87.
71. Fiva JH, Haegeland T, Rønning M. Health status after cancer : does it matter which hospital you belong to ? *BMC Health Serv Res*. 2010;10:204.
72. Syse A, Tretli S, Kravdal Ø. Cancer's impact on employment and earnings - a population-based study from Norway. *J Cancer Surviv*. 13 juin 2008;2(3):149-58.
73. Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW, van der Klink JJ, Bültmann U. Sickness absence and full return to work after cancer : 2-year follow-up of register data for different cancer sites. *Psychooncology*. 2011;20(9):1001-6.
74. Azaïs I, Brault R, Debiais F. Nouvelles thérapies du myélome. *Rev Rhum*. janv 2010;77(1):21-7.
75. Bieri S, Roosnek E, Helg C, Verhopen F, Robert D, Chapuis B, et al. Quality of life and social integration after allogeneic hematopoietic SCT. *Bone Marrow Transplant*. 18 août 2008;42(12):819-27.
76. de Boer AGEM, Taskila T, Ojajärvi A, van Dijk FJH, Verbeek JHAM. Cancer Survivors and Unemployment : A Meta-analysis and Meta-regression. *JAMA*. 2009;301(7):753.
77. Hensel M, Egerer G, Schneeweiss A, Goldschmidt H, Ho AD. Quality of life and rehabilitation in social and professional life after autologous stem cell transplantation. *Ann Oncol*. 20 févr 2002;13(2):209-17.
78. Duguet E, Le Clainche C. Une évaluation de l'impact de l'aménagement des conditions de travail sur la reprise du travail après un cancer. *Rev Économique*. 2016;(1):49.
79. Stergiou-Kita M, Pritlove C, Holness DL, Kirsh B, van Eerd D, Duncan A, et al. Am I ready to return to work ? Assisting cancer survivors to determine work readiness. *J Cancer Surviv Res Pract*. 27 janv 2016;
80. Groeneveld IF, de Boer AGEM, Frings-Dresen MHW. A multidisciplinary intervention to facilitate return to work in cancer patients: intervention protocol and design of a feasibility study. *BMJ Open*. 2012;2(4).



## ANNEXES

### Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête

N° questionnaire :

Date de remplissage :     /     /

Sexe :     F     M

Âge :

#### PARTIE 1 : Votre maladie

**1.1 Date de naissance** (mois et année) : \_\_\_ / \_\_\_\_

**1.2 Situation familiale** :      Vivant seul  
     En couple

**1.3 Nombre d'enfant(s) à charge** : .....

**1.4 Date du diagnostic positif du cancer - confirmation histologique** (mois et année) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**1.5 Caractéristiques de la maladie cancéreuse**

Type de cancer primitif : .....

Autre cancer avant ou après celui responsable de la lésion osseuse d'intérêt et sans rapport :  Oui  Non

Si Oui : type de cancer ..... et date de diagnostic (mois et année) : \_\_\_ / \_\_\_\_

Lésion osseuse :

• Date de survenue de la 1<sup>ère</sup> lésion osseuse (*1<sup>ère</sup> lésion si plusieurs*) (mois et année) : \_\_\_ / \_\_\_\_

• Secondaire :  Oui  Non

• Lésion osseuse révélatrice :  Oui  Non

• Localisation : *segment osseux touché*

Vertèbre ( Cervicale –  Thoracique –  Lombaire –  Sacrée)      Coccyx

Humérus      Fémur      Tibia      Bassin

Côtes      Crâne      Sternum

Lésions multiples (>3)      Epidurite

• Complication aiguë :  Non      Hypercalcémie      Compression médullaire      Fracture

Autre(s) localisation(s) métastatique(s) :      Non

poumon      foie      cutané      cerveau      méninges      autre : .....

État Général → Échelle d'autonomie « Performance Status de l'O.M.S » :  0      1      2      3      4

(cf ANNEXE en fin de questionnaire)

Texte grisé : à remplir par le médecin

**1.6 La prise en charge initiale de la maladie :**

Chirurgie Oui Non

Chimiothérapie Oui Non

Radiothérapie Oui Non

Greffe de cellules souches Oui Non

Hormonothérapie (tamoxifène, arimidex, fémara, aromasine, ...) Oui Non

Thérapie ciblée (trastuzumab HERCEPTIN°, bevacizumab AVASTIN°, ...) Oui Non

Iode 131 Oui Non

**1.7 Traitements en cours :**

Chimiothérapie Oui Non

Radiothérapie Oui Non

Hormonothérapie (tamoxifène, arimidex, fémara, aromasine, ...) Oui Non

Thérapie ciblée (trastuzumab HERCEPTIN°, bevacizumab AVASTIN°, ...) Oui Non

**1.8 Prise en charge de la ou des lésion(s) osseuse(s) :**

Chirurgie

Radiothérapie

Technique percutanée de réduction tumorale (radiofréquence, coblation, cryothérapie)

Vertébroplastie / Cyphoplastie

Contention (corset, minerve)

Mise en décharge, alitement, béquillage

Agents anti-résorptifs osseux (biphosphonates ZOMETA° ; Ac monoclonal dénosumab XGEVA°)

Aucun

**1.9 Répercussion(s) en lien avec la maladie et/ou ses traitements :**

Aucune

Douleur

Fatigue

Syndrome anxio-dépressif

Paresthésie des extrémités

Difficultés à la marche

Diminution de la force musculaire

Ostéonécrose de la mâchoire (effet indésirable grave des biphosphonates)

## PARTIE 2 : Votre situation professionnelle au moment de la maladie primitive

### 2.1 Quel niveau de qualification avez-vous :

- Sans diplôme ou brevet des collèges
- CAP, BEP, sortie du second cycle général ou technologique avant l'année de terminale
- Bac général, technologique, ou professionnel ; BP, BT ou équivalent ; abandon des études supérieures sans diplôme
- Diplôme de niveau Bac + 2 : DUT, BTS, écoles des formations sanitaires ou sociales
- Diplôme de niveau Bac + 3 ou 4 : licence, maîtrise ou équivalent
- Diplôme de niveau égal et supérieur à bac + 4 ou 5 : master, doctorat, diplôme de grandes écoles

### 2.2 Au moment du diagnostic, quelle était votre situation ?

- Vous occupiez un emploi (*y compris un apprentissage ou un stage rémunéré ou si vous aidiez une personne dans son travail ; y compris si vous étiez en arrêt maladie ou en congés de formation*)
- Étudiant, ou en stage NON rémunéré
- Chômeur
- Retraité
- Femme ou Homme au foyer
- Autre situation (invalidité, bénéficiaire d'une Allocation Adulte Handicapé ...) : .....

### Si vous occupiez un emploi

#### 2.3 Au moment du diagnostic, étiez-vous déjà en arrêt maladie ?

- Oui, vous étiez en arrêt maladie pour une problématique de santé en lien avec votre cancer
- Oui, vous étiez en arrêt maladie, mais cela était sans lien avec votre cancer
- Non

#### 2.4 Quel était votre STATUT ?

- Salarié du privé (*d'une entreprise, d'un artisan, d'une association, d'un particulier*)
- Salarié du Public (*de l'État, d'une collectivité locale, des HLM, des hôpitaux publics*)
- Vous aidiez un membre de votre famille dans son travail sans être rémunéré
- Chef d'entreprise salarié, PDG, gérant minoritaire
- Indépendant ou à votre compte

#### 2.5 Quelle était votre PROFESSION ? .....

Soyez aussi précis que possible : « CAISSIÈRE » et non « employée », « FLEURISTE » et non « commerçant »

Pour la fonction publique, précisez le **corps** (pour la fonction publique d'État (FPE) et la fonction publique hospitalière (FPH)) ou le **cadre** d'emplois (pour la fonction publique territoriale (FPT)), et votre **grade**.  
Exemple dans la FPT : cadre d'emploi (agent de police municipale), grade (gardien, brigadier, brigadier-chef)

## 2.6 Quelle était votre FONCTION PRINCIPALE ?

- Production, chantier, exploitation
- Installation, réparation, maintenance
- Gardiennage, nettoyage, entretien ménager
- Manutention, magasinage, logistique
- Secrétariat, saisie, accueil
- Gestion, comptabilité
- Commercial, technico-commercial
- Études, recherche et développement, méthodes
- Enseignement
- Soin des personnes
- Autre fonction : .....

Précisez vos tâches ou activités principales à ce poste de travail :

.....  
 .....

## 2.7 Quelle était votre CLASSIFICATION PROFESSIONNELLE ?

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers

2.8 Précisez le secteur d'activité de l'établissement qui vous employait ou que vous dirigiez (cocher une seule case) :

- Agriculture, chasse, sylviculture
- Pêche, aquaculture, services annexes
- Industrie extractive
- Construction
- Industrie manufacturière
- Production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau
- Commerce, réparation automobile et d'articles domestiques
- Hôtels et restaurants
- Transports et communications
- Activités financières
- Immobilier, location et services aux entreprises
- Administration publique
- Education
- Arts, spectacles et activités récréatives
- Santé et action sociale
- Services collectifs, sociaux et personnels
- Activités de ménage
- Activités extra-territoriales

**2.9 Si statut salarié (privé ou public), quel TYPE DE CONTRAT DE TRAVAIL aviez-vous ?**  
(cocher une ou plusieurs case(s))

- CDI  
 CDD  
 Intérimaire  
 Fonctionnaire :  Agent titulaire  Agent non titulaire  
 Autres (*vacataire, contrat aidé et d'apprentissage*) : .....

**2.10 Si statut salarié (privé ou public), vous occupiez alors votre emploi :**

- À temps plein  À temps partiel. Précisez: ..... %

**2.11 Vous occupiez cet emploi depuis :**

- Moins d'un an  Entre 10 et 20 ans  
 Entre 1 et 5 ans  Plus de 20 ans  
 Entre 5 et 10 ans

**2.12 Les contraintes liées à votre emploi étaient-elles surtout (cocher une case par ligne) :**

- Physiques (port de charges lourdes ... )  Oui  Non  
Psychiques (charge psychologique de travail, stress ... )  Oui  Non  
Organisationnelles (changements d'horaires, de postes ... )  Oui  Non

**PARTIE 3 : Votre parcours socio-professionnel depuis le début de la maladie et votre situation socio-professionnelle actuelle**

**3.1 Au cours de votre parcours de soin, quelqu'un a-t-il évoqué la question du travail ?**

Oui    Non    NC (*chômeur, inactif*)

Si OUI: **Vous avez pu l'évoquer avec :**

- Le médecin traitant
- Le médecin spécialiste (oncologue par exemple)
- Le médecin du travail
- Le médecin conseil de la CPAM
- Un psychologue
- Une assistante sociale
- Votre employeur
- Un organisme d'aide à la recherche d'emploi (Pôle emploi, Mission locale ...)

**À quel moment de votre prise en charge :**

- Dès que le diagnostic fût posé
- En cours de traitement
- Après un certain temps de latence après la fin des traitements
- Avant de reprendre le travail

**3.2 Au cours de votre parcours de soin, avez-vous bénéficié du soutien :**

De vos collègues ?    Oui    Non

De votre employeur ?    Oui    Non

NC    (*chômeur, inactif*)

**3.3 Si l'on s'intéresse spécifiquement au moment où la lésion osseuse est survenue, pensez-vous que cela ait modifié votre situation socio-professionnelle ?**

Oui    Non     NC (*chômeur, inactif*)

Si OUI, expliquez selon vous de quelle manière cela a retenti sur votre situation socio professionnelle :

.....

.....

.....

.....

.....

**3.4 Travaillez-vous actuellement ?**

Oui => répondre aux questions 3.5 à 3.12

Non (vous êtes sans emploi, ou inactif, ou en arrêt de travail) => répondre aux questions 3.13 à 3.19

<b>Si vous ne travaillez pas actuellement</b>
---

**3.5 Actuellement, quelle est votre situation au niveau socio-professionnel ?**

- Vous n'avez pas repris le travail (*arrêt maladie, congés longue maladie...*)
- Étudiant, vous avez dû interrompre vos études du fait de la maladie :  Oui  Non
- Au chômage
- Retraité, en pré-retraite
- Femme ou homme au foyer
- En invalidité, précisez la catégorie : .....
- Autre (bénéficiaire d'une Allocation Adulte Handicapé ...) : .....

**3.6 Êtes-vous OU avez-vous été en arrêt maladie à cause de votre cancer ?**  Oui  Non  NC

Si oui : De combien d'arrêt(s) maladie avez-vous principalement bénéficié(s) ? ..... arrêt(s) maladie

Pouvez-vous estimer la durée de votre arrêt maladie en rapport avec la maladie cancéreuse initiale et ses traitements ? ..... mois

Pouvez-vous estimer la durée moyenne d'arrêt maladie en rapport avec la survenue des lésions osseuses et leur traitement ? ..... mois

Si lésion osseuse présente dès le diagnostic (hémopathie, cancer d'emblée métastatique, tumeur primitive osseuse) : Pouvez-vous estimer la durée moyenne de votre arrêt maladie ? ..... mois

**3.7 Selon vous, quelles sont les raisons pouvant expliquer que vous n'avez pas pu reprendre le travail**

(cochez une ou plusieurs case(s)) :  NC (*femme au foyer, déjà retraité avant,...*)

- Problèmes médicaux :  Fatigabilité  Dépression-anxiété  
 Douleurs  Troubles de la concentration  
 Traitement toujours en cours  Autre : .....
- Application impossible des restrictions de poste ou d'horaires demandées par le médecin du travail
- Difficultés à concilier le suivi ou les soins de la maladie avec le travail

**3.8 Avez-vous connu une ou des tentative(s) de reprise du travail depuis le début de la maladie ?**

Oui  Non  NC (*femme au foyer, déjà retraité avant,...*) Si oui, combien de tentatives : .....

**3.9 Avez-vous connu une perte d'emploi depuis le diagnostic de la maladie ?**  Oui  Non  NC**3.10 Avez-vous connu une période de chômage indemnisé au cours de votre maladie ?**

Oui  Non  NC (*femme au foyer, déjà retraité avant,...*) Si oui, pendant combien de temps : ..... mois

**3.11 Si vous avez perdu votre emploi ou été au chômage durant votre maladie, est-ce en raison de :**

(cocher une seule case)  NC (*pas de perte d'emploi ni de chômage*)

Fin de contrat

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

Problèmes de santé en lien avec : - la maladie cancéreuse initiale :  Oui  Non  
- la survenue des lésions osseuses :  Oui  Non

Non obtention des aménagements demandés

Difficultés de transport

Difficultés relationnelles sur le lieu de travail antérieur

Licenciement, précisez pour quelle raison :

Raison économique

Pour inaptitude médicale et impossibilité de reclassement en lien avec - la maladie cancéreuse initiale :  Oui  Non  
- les lésions osseuses :  Oui  Non

Vous étiez déjà sans emploi avant le début de votre maladie

Vous avez dû cesser votre activité (indépendant ET/OU retraite avant l'âge légal)

**3.12 Avez-vous déjà évoqué vos problématiques de santé avec un organisme d'aide à la recherche d'emploi (Pôle Emploi, CAP Emploi, APEC, les Missions locales....) ?**  Oui  Non  NC

**Si vous travaillez actuellement :****3.13 Pendant combien de temps avez-vous dû vous arrêter depuis le diagnostic : ..... mois**

De combien d'arrêt(s) maladie avez-vous principalement bénéficié(s) ? ..... arrêt(s) maladie

Pouvez-vous estimer la durée moyenne de votre arrêt maladie en rapport avec la maladie cancéreuse initiale et ses traitements ? ..... mois

Pouvez-vous estimer la durée moyenne d'arrêt maladie en rapport avec la survenue des lésions osseuses et leur traitement ? ..... mois

Si lésion osseuse présente dès le diagnostic (hémopathie, cancer d'emblée métastatique, tumeur primitive osseuse) : Pouvez-vous estimer la durée moyenne de votre arrêt maladie ? ..... mois**3.14 Quelle perception de votre efficacité au travail avez-vous depuis votre reprise :**

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

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

- Non  
 Oui, un peu  
 Oui, beaucoup

Si oui, dans quel domaine:

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

**3.16 Avez-vous changé d'entreprise ou trouvé un emploi (patient ancien chômeur) depuis le diagnostic ?  Oui  Non ➔ Si oui, précisez dans quel contexte :** Fin de contrat Démission, précisez pour quelle(s) raison(s) :

- Problèmes de santé en lien avec : - votre maladie cancéreuse initiale :  Oui  Non  
- les lésions osseuses :  Oui  Non  
 Non obtention des aménagements demandés  
 Difficultés de transport  
 Difficultés relationnelles sur le lieu de travail antérieur

 Licenciement, précisez pour quelle raison :

- Raison économique  
 Pour inaptitude médicale et impossibilité de reclassement en lien avec :  
- votre maladie cancéreuse initiale :  Oui  Non  
- les lésions osseuses :  Oui  Non

 Vous avez trouvé un emploi via Pôle Emploi ou Cap Emploi**3.17 Avez-vous connu un reclassement suite à une inaptitude médicale ?  Oui  Non****3.18 En cas de reclassement suite à une inaptitude médicale, était-ce en lien avec :**

- votre maladie cancéreuse initiale et/ou son traitement :  Oui  Non  
- la survenue des lésions osseuses et/ou son traitement:  Oui  Non  
- autre problème de santé (précisez : .....):  Oui  Non



**3.19 En cas de reclassement ou de changement d'emploi / d'entreprise, précisez votre situation :**

**Type de contrat de travail :**

- CDI                       Fonctionnaire :       Agent titulaire     Agent non titulaire
- CDD                       Intérimaire
- Autres (*vacataire, contrat aidé et d'apprentissage*) : .....

**Votre classification professionnelle en tant que :**

- Manœuvre, ouvrier spécialisé
- Ouvrier qualifié, ouvrier hautement qualifié, technicien d'atelier
- Agent de maîtrise
- Technicien, dessinateur, VRP
- Ingénieur ou cadre
- Professeur, praticien hospitalier, et personnel de catégorie A de la fonction publique
- Instituteur, assistance sociale, infirmières et autres catégories B de la fonction publique
- Employés de bureau, de commerce, agents de service, aides soignantes, gardiennes d'enfants, personnel des catégories C et D de la fonction publique
- Directeur général, adjoint au directeur
- Autres : .....

**Temps de travail :**  Temps plein     Temps partiel. Précisez: ..... %

**Votre profession (votre nouveau poste de travail) :** .....

**Votre FONCTION PRINCIPALE ?**

- Production, chantier, exploitation
- Installation, réparation, maintenance
- Gardiennage, nettoyage, entretien ménager
- Manutention, magasinage, logistique
- Secrétariat, saisie, accueil
- Gestion, comptabilité
- Commercial, technico-commercial
- Études, recherche et développement, méthodes
- Enseignement
- Soins des personnes
- Autre fonction : .....

**Précisez vos tâches ou activités principales à ce poste de travail :**

.....

.....

.....

.....

**Dans tous les cas, que vous travailliez ou pas :**

**3.20 D'un point de vue financier, jugez-vous votre niveau de vie actuel, en comparaison avec celui que vous aviez avant votre maladie (cocher une seule case) :**

- Identique
- Modérément dégradé mais restant acceptable
- Nettement dégradé

**3.21 Si votre situation financière s'est dégradée, les raisons en sont liées, selon vous :**

	Beaucoup	Oui, un peu	Non
À votre maladie et aux conséquences du traitement ( <i>nette diminution des capacités physiques et psychiques de travail malgré un poste adapté</i> )			
À votre emploi ( <i>reclassement impossible, employeur peu « conciliant », poste inadapté, contraintes devenues moins bien supportables en raison de votre maladie...</i> )			
À un manque d'information et d'orientation sur les différentes possibilités d'aide à la réinsertion dans le monde du travail ( <i>formations diverses, demande de statut de travailleur handicapé...</i> )			

**PARTIE 4 : Démarches socio-professionnelles effectuées**

- Médecin traitant **MG**
- Médecin spécialiste **Spé**
- Médecin du travail **MT**
- Médecin conseil **MC**
- Assistante sociale **AS**
- Un proche **P**
- Autre(s), à préciser

**4.1 Quelles démarches socio-professionnelles avez-vous effectuées, et qui vous les a conseillées ?**

Démarche(s) conseillée(s)	Non concerné	Conseillé <b>CO</b> ou <b>NON</b> conseillé <b>Øco</b>	Réalisé / en cours <b>R</b> ou <b>NON</b> réalisé <b>Ør</b>	Non accordé	Qui vous a conseillé cette démarche ?
1. Demande d’Affection Longue Durée (ALD)					
2. Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)					
3. Congés Longue Durée (CLD) Congés Longue Maladie (CLM)					
4. Invalidité : catégorie..... depuis .....					
5. Allocation adulte handicapé (AAH)					
6. Pré-retraite, retraite					
7. Autres (PCH - prestation compensation handicap...) : .....					
8. Visite de pré-reprise (médecin du travail)					
<b>9. Reprise avec horaires aménagés :</b>					
- Temps Partiel Thérapeutique					
- Aménagement horaire en lien avec invalidité					
- Diminution du temps de travail					
- Autre (télétravail, horaires de journée...) : .....					
10. Reprise avec aménagement ergonomique du poste					
11. Inaptitude médicale					
<b>12. Reconversion ou reclassement professionnel</b>					
- Pendant votre arrêt de travail					
- Suite à inaptitude médicale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
- Bilan de compétence					
- Formation continue (DIF – CPF ; CIF)					
- Contrat de Rééducation professionnelle en entreprise					
- Pré orientation / Rééducation professionnelle					

**4.2 Selon vous, faudrait-il, pour les personnes souffrant d'un problème de santé comparable au vôtre, mettre en place de façon systématique une rencontre avec un ou des professionnel(s), afin de les accompagner dans les démarches socio-professionnelles ?** Oui Non

Si OUI, sous quelle forme faudrait-il mettre en place cet accompagnement (cocher une ou plusieurs case(s)) :

- Rencontre avec votre employeur
- Consultation avec votre médecin du travail
- Rencontre avec le médecin conseil de la CPAM
- Rencontre avec une assistante sociale
- Consultation avec un(e) psychologue
- Consultation spécialisée de Maintien dans l'emploi au sein du CHRU
- Autres (*Maison Départementale des Personnes Handicapées, Inspection du travail ...*) : .....

**4.3 À quel(s) moment(s) pensez-vous que cette rencontre serait la plus bénéfique pour vous (ou l'aurait été pour vous) ?** (cocher une ou plusieurs case(s))

- Dès l'annonce du diagnostic
- En cours de traitement
- À la fin du traitement
- À distance de la fin des traitements
- Au cours d'une pause thérapeutique ou lors d'un bilan de réévaluation
- Tout au long de votre prise en charge médicale

**4.4 Quel est votre état d'esprit par rapport à votre situation professionnelle ?**

- Vous travaillez encore et vous pensez poursuivre cette activité
- Vous travaillez encore mais pensez arrêter/diminuer votre activité bientôt en raison de la maladie
- Vous ne travaillez plus mais vous vous sentez encore capable de travailler
- Vous ne travaillez plus et ne vous en sentez plus la force

**4.5 Connaissez-vous la plateforme téléphonique Santé Emploi Info Services ?**

Oui Non

Si oui : L'avez-vous déjà contactée ? Oui Non

À propos de quelle problématique ? .....

Comment avez-vous connu la plateforme ? .....

**Annexe du questionnaire : Échelle d'autonomie « Performance Status de l'O.M.S »**

---

**OMS 0** personne normale – activité physique intacte – efforts possibles sans limitation

**OMS 1** réduction des efforts – autonomie complète

**OMS 2** personne encore autonome – se fatigue facilement –  
nécessité de se reposer plus de 6 heures / jour

**OMS 3** personne dépendante – lever possible – ne fait pas sa toilette seul

**OMS 4** dépendance totale – état quasi grabataire

## Annexe 2 : Courrier d'information patient – mode de recueil téléphonique



**Pole de Neurosciences et de  
l'Appareil Locomoteur  
Clinique de Rhumatologique  
HOPITAL ROGER SALENGRO**

Lille, 3 juin 2016

### Références

MHV/FM

### Objet :

### Chef de Service

Pr R-M FLIPO

### Praticiens Hospitaliers

Pr B. CORTET  
Dr A. BERA-LOUVILLE  
Dr I. LEGROUX-GEROT  
Dr P. BELE-PHILIPPE  
Dr M-H. VIEILLARD  
Dr C. WIBAUX  
Dr J. PACCOU

### Chefs de Clinique Assistants

Dr A-S. SOUBRIER BERNARD  
Dr C. ELOY  
Dr N. SEGAUD

### Cadres de Santé

Cadre supérieure  
Mme B. EL YOUSSE  
Cadre d'Hospitalisation  
Mme M-A. FERREIRA  
Cadre de Consultation  
Mme S. VAN DAËLE

### Secrétariat Onco-Rhumatologie :

Fabienne MONTEIRO

☎ 03.20.44.40.58

☎ 03.20.44.67.51

[fabienne.monteiro@chru-lille.fr](mailto:fabienne.monteiro@chru-lille.fr)

### Secrétariat RCP OOSLOH :

Aline FREMEAUX-DUBOIS

☎ 03.20.44.59.62 poste 30186

☎ 03.20.44.67.51

Madame, Monsieur,

En partenariat entre le Service d'Onco-rhumatologie et le Centre de Consultation de Pathologies Professionnelles et de Maintien dans l'Emploi du CHRU de Lille, nous réalisons actuellement une **enquête sur la situation socio-professionnelle** des patients présentant une atteinte osseuse dans un contexte de cancer ou de maladie du sang.

Le but de cette enquête est de **dépister les difficultés socio-professionnelles** que vous rencontrez ou auriez pu rencontrer en raison de la maladie. Cet entretien permettra également de **vous accompagner** le mieux possible dans vos démarches, si vous en avez besoin.

Si vous souhaitez participer à cette enquête, Anaïs FERRET (interne en Médecine du Travail) en charge de cette étude vous contactera par téléphone, à l'heure qui vous conviendra afin de répondre à un questionnaire durant 20 minutes environ. À cette occasion, vous pourrez également poser toutes vos questions concernant le travail et votre maladie. Tout problème dépisté lors de cette enquête pourra faire l'objet, si vous le souhaitez, d'une consultation spécialisée.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette enquête, cela ne changera en rien le soin porté à votre prise en charge.

Si vous avez entre 18 ans et 67 ans :

Souhaitez-vous participer à cette étude :  Oui  Non

**Si oui**, nous vous remercions de bien vouloir renseigner les champs ci-dessous :

- NOM : ..... PRÉNOM : .....

- le numéro de téléphone auquel nous pouvons vous contacter :  
.....

- les plages horaires et jours auxquels vous seriez disponible :

.....

.....

.....

.....

En vous remerciant d'avance pour l'intérêt et le temps que vous allez consacrer à notre enquête, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations les meilleures.

**Dr Marie-Hélène VIEILLARD**  
Onco-rhumatologue

**Anaïs FERRET**  
Interne de Spécialité Santé Travail

**AUTEUR : Nom : FERRET**

**Prénom : Anaïs**

**Date de Soutenance : Lundi 10 octobre 2016**

**Titre de la Thèse : Enquête sur la situation socio-professionnelle des patients présentant une atteinte osseuse dans un contexte de cancer solide ou d'hémopathie**

**Thèse - Médecine - Lille 2016**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + spécialité : Médecine du travail**

**Mots-clés : cancer, hémopathie maligne, reprise du travail, maintien en emploi, métastases osseuses, travail.**

**Contexte :** La survie des patients présentant une lésion osseuse (LOS) dans un contexte de cancer solide ou d'hémopathie s'est beaucoup améliorée ces dernières années. Si beaucoup d'études s'intéressent au champ « Cancer et Travail », à notre connaissance aucune ne s'est intéressée à cette population spécifique alors même qu'un grand nombre sont encore en âge de travailler. L'objectif était d'évaluer la situation socioprofessionnelle et les répercussions vis-à-vis de l'emploi.

**Méthode :** Cette étude non-interventionnelle portait sur des patients vus en consultation d'onco-rhumatologie du CHRU de Lille, entre juin 2015 et août 2016, âgés de 18 à 67 ans, présentant une LOS, qu'ils soient ou non en emploi.

**Résultats :** 40 patients ont été inclus, 25 femmes (63%) et 15 hommes (38%), avec un âge médian au diagnostic de 50,5 ans [15-65 ans]. 58% (23) présentaient une hémopathie et 20% (8) un cancer du sein ; 98% avaient une atteinte rachidienne. La prise en charge osseuse pouvait comporter une vertébroplastie (48%), de la radiothérapie (43%), un corset (43%), une chirurgie (15%). Les principales séquelles étaient la fatigue (90%) et la douleur (70%). Au diagnostic, 90% des patients (36) étaient actifs : soit «en emploi» (n=34 soit 94%), soit «au chômage» (n=2 soit 6%). La proportion de patients avec 1 tentative de reprise ou sans interruption de leur activité depuis le diagnostic est de 56% (19). Parmi les actifs au diagnostic, la survenue de LOS a eu des répercussions socioprofessionnelles propres dans 92% des cas (33) : pour 80%, c'est un prolongement de l'arrêt maladie, pour 27% une perte ou sortie de l'emploi, pour 24% une invalidité, pour 42% la nécessité d'aménagement ergonomique ou horaire du poste. Parmi les raisons expliquant ces modifications, sont évoquées pour 88% des raisons médicales (douleur, fatigue, traitements) et pour 58% des contraintes physiques au poste (port de charges, contraintes posturales) devenues non supportables depuis l'apparition de LOS. 98% des patients expriment le besoin d'un accompagnement systématique pluridisciplinaire (oncohématologue, rhumatologue, médecin du travail, assistante sociale, psychologue) adapté à leur situation et pouvant les aider au maintien en emploi, et ce dès l'annonce pour 40%.

**Conclusion :** Cette étude confirme que les patients porteurs de LOS sont des actifs. Leur trajectoire professionnelle en est modifiée. Une intervention spécifique multidisciplinaire serait souhaitable.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr. P. FRIMAT**

**Assesseurs : Pr. F. MORSCHHAUSER, Dr. A. LEROYER**

**Directeurs de thèse : Pr. S. FANTONI-QUINTON, Dr. M.H. VIEILLARD**