

Mémoire de Maîtrise en médecine No 341

« Est-ce que je pourrai retravailler un jour, docteur ? »

Les patients atteints de cancer et le travail: quel rôle pour le médecin ?

Étudiante

Milena Wegener

Tutrice

Prof. Brigitta Danuser

Institut universitaire romand de Santé au Travail

Experte

Prof. Brenda Spencer

Institut universitaire de médecine sociale et préventive,
DUMSC-CHUV

Lausanne, le 15 décembre 2011

Remerciements :

*Aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude.
Aux personnes de la LVC qui m'ont accordé des entretiens,
Anita Droz, Nicole Berger et Sylvie Hass.
À ma tutrice, Brigitta Danuser.*

TABLE DES MATIÈRES

1. RÉSUMÉ.....	4
<i>Mots-clés : cancer, retour au travail, médecins</i>	<i>4</i>
2. INTRODUCTION.....	5
3. CONTEXTE DE L'ÉTUDE	6
3.1 RÉSUMÉ DU SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE ONCOLOGIQUE EN SUISSE ROMANDE	6
3.2 RECHERCHE DE LITTÉRATURE : MÉTHODE.....	7
3.3 ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ACTUELLES	8
<i>Impact du cancer sur le travail.....</i>	<i>8</i>
<i>Facteurs influençant le pronostic de retour au travail.....</i>	<i>9</i>
<i>Inventaire et évaluation des interventions existantes</i>	<i>10</i>
<i>Rôle des médecins.....</i>	<i>11</i>
4. ENTRETIENS	12
4.1 MÉTHODE.....	12
<i>Participants</i>	<i>12</i>
<i>Technique d'entretien</i>	<i>13</i>
<i>Grille d'entretien</i>	<i>13</i>
<i>Analyse des entretiens</i>	<i>14</i>
4.2 RESTITUTION DES ENTRETIENS	14
<i>Importance du problème dans la perspective des médecins</i>	<i>14</i>
<i>Rôle du médecin selon les participants.....</i>	<i>15</i>
<i>Temps et manière d'aborder le sujet</i>	<i>15</i>
<i>En quoi consistent les interventions concrètes du médecin autour du retour au travail</i>	<i>15</i>
<i>Type de problèmes rencontrés, et patients les plus à risque de difficultés</i>	<i>16</i>
<i>Thème supplémentaire, questions asséurologiques</i>	<i>17</i>
<i>Informations sur la maladie et les traitements, et leur impact sur le travail.....</i>	<i>18</i>
<i>Mesures supplémentaires potentielles à mettre en place.....</i>	<i>18</i>
5. DISCUSSION	19
5.1 DISCUSSION DES RÉSULTATS DES ENTRETIENS EN RAPPORT AVEC LA LITTÉRATURE	19
5.2 QUALITÉ ET LIMITES DE L'ÉTUDE	21
6. CONCLUSION.....	21
7. BIBLIOGRAPHIE	22
8. ANNEXES.....	26
ENTRETIENS	26
<i>Plan de dix conseils pour le retour au travail (traduit de Nieuwenhuijsen et al., Enhanced provider communication and patient education regarding return to work in cancer survivors following curative treatment: A pilot study.).....</i>	<i>37</i>

1. RÉSUMÉ

Contexte : Le retour au travail des personnes atteintes d'un cancer devient, depuis quelques années, un sujet de préoccupation au niveau de la santé publique. En effet, grâce aux nouvelles techniques de dépistage et de traitement, les taux de guérisons sont de plus en plus élevés, et avec eux la possibilité d'un retour dans la vie professionnelle. Il a cependant été constaté qu'un certain nombre de patients rencontraient des problèmes dans la réinsertion. Les facteurs rentrant en compte dans la problématique du retour au travail sont très variés, allant du type de cancer aux caractéristiques du patient et de son environnement de travail, en passant par la qualité de la prise en charge. Plusieurs études ont été faites en vue d'améliorer cette dernière. Certaines se sont penchées sur le rôle du médecin, en général du médecin du travail. La situation en Suisse est particulière car il y a peu de médecins du travail, la responsabilité d'aborder la question du retour au travail des patients repose donc sur les médecins oncologues ou généralistes.

But de l'étude : Explorer le rôle des médecins dans la prise en charge de la problématique du travail chez les patients atteints de cancer ; en mettant en évidence de quelle manière ceci est abordé dans la littérature, puis en abordant avec des médecins leur attitude en pratique, l'importance qu'ils accordent à ce problème, de quelle manière ils essaient de le détecter et de le prendre en charge, et les difficultés qu'ils pourraient rencontrer dans cette démarche.

Méthode : Revue de la littérature. Entretiens qualitatifs, semi-structurés, basés sur une grille d'entretien thématique, avec huit médecins de Suisse romande, oncologues et généralistes. Analyse qualitative des résultats selon la grille et mise en perspective des résultats par la littérature existante.

Résultats : La majorité des médecins interrogés considère que c'est dans leur rôle d'aborder la problématique du travail, mais ils accordent aussi une grande importance à l'assistant social, qu'ils impliquent plus ou moins dans la prise en charge. Les participants confirment tous l'importance de la problématique, bien que la plupart pensent que le retour au travail se déroule bien pour la majorité des patients. Ils l'abordent pour la plupart avec leurs patients, cependant ceci se fait de manière peu systématique et est compliqué par le manque de connaissances sur l'impact du cancer sur le travail. Pour remédier à cela et repérer les situations à risque, ils se basent surtout sur leur expérience personnelle et sur l'évaluation avec le patient. Ils mettent en évidence la spécificité de chaque situation et la nécessité de personnaliser la discussion de ce problème, ceci fait qu'ils ont de la peine à imaginer l'utilité de guidelines ou de brochures d'information. Toutefois, les avis sont partagés, certains pointent des manques et seraient intéressés par des ressources supplémentaires.

Conclusion : L'importance du rôle des médecins dans la problématique du travail chez les patients atteints de cancer a été prouvée dans plusieurs études. Cependant, peu d'études ont encore exploré le point de vue des médecins, ce qui rend cette étude intéressante. Celle-ci explore l'attitude des médecins en Suisse Romande, et révèle que le problème y est pris en charge de manière personnalisée, mais pas de manière systématique et que ceci pourrait potentiellement être amélioré. Dans ce but, il reste encore à définir des mesures concrètes.

Mots-clés : *cancer, retour au travail, médecins*

2. INTRODUCTION

Tout médecin a déjà dû répondre sous une forme ou une autre à cette question : « Pourrai-je retravailler un jour ? ». Or, il est de plus en plus probable que l'interlocuteur soit un patient atteint de cancer. En effet, les progrès dans la prise en charge des pathologies cancéreuses permettent une détection toujours plus précoce et un traitement toujours plus efficace du cancer. Il y a donc de plus en plus de survivants en âge de travailler pour qui se pose la question du retour au travail, et c'est ainsi devenu un sujet de préoccupation au niveau de la santé publique. En conséquence, la recherche s'est beaucoup développée ces dernières années (1), augmentant la somme de connaissances sur cette problématique. Il a été démontré que c'est un processus complexe, qui pour certains se passe sans accroc, mais pour d'autres est semé d'embûches (2), et qu'une certaine proportion de patients, relativement faible mais non négligeable, ne parvient jamais à retrouver une situation professionnelle satisfaisante (3). La réussite de ce processus dépend de nombreux facteurs, allant de la sévérité du cancer et des effets secondaires des traitements aux caractéristiques personnelles du patient, en passant par l'environnement de travail, mais aussi par la qualité des soins médicaux (4,5). En effet, quelques études ont évalué l'efficacité et l'utilité de la prise en charge de cette problématique par les médecins et ont confirmé que celle-ci avait un impact sur le retour au travail (6).

Il est de plus en plus reconnu que la participation sociale par le travail est essentielle pour la santé et la qualité de vie, et que c'est donc une problématique qui concerne le médecin. Ceci est aussi très clair du point de vue des patients. En effet, ceux-ci rapportent, dans de nombreux entretiens qualitatifs, n'avoir pas reçu autant de soutien et d'informations qu'ils l'auraient souhaités de leur médecin (7). En plus de l'importance de répondre aux besoins des patients, le corps médical doit toujours garder en tête le principe d'équité et de répartition des richesses, et ne peut occulter l'impact sociétal du problème et les pressions asséculogiques.

Il reste cependant à découvrir les mesures concrètes par lesquelles le médecin pourra aider le patient dans cette problématique complexe, ce que de nombreuses études tentent de déterminer, en appliquant par exemple, les principes qui ont été développés dans les troubles musculo-squelettiques et y ont fait leur preuves (8,9), ou en étudiant diverses interventions (10,11). Au-delà de cela, il reste à constater de quelle manière la pratique médicale quotidienne suit cette évolution.

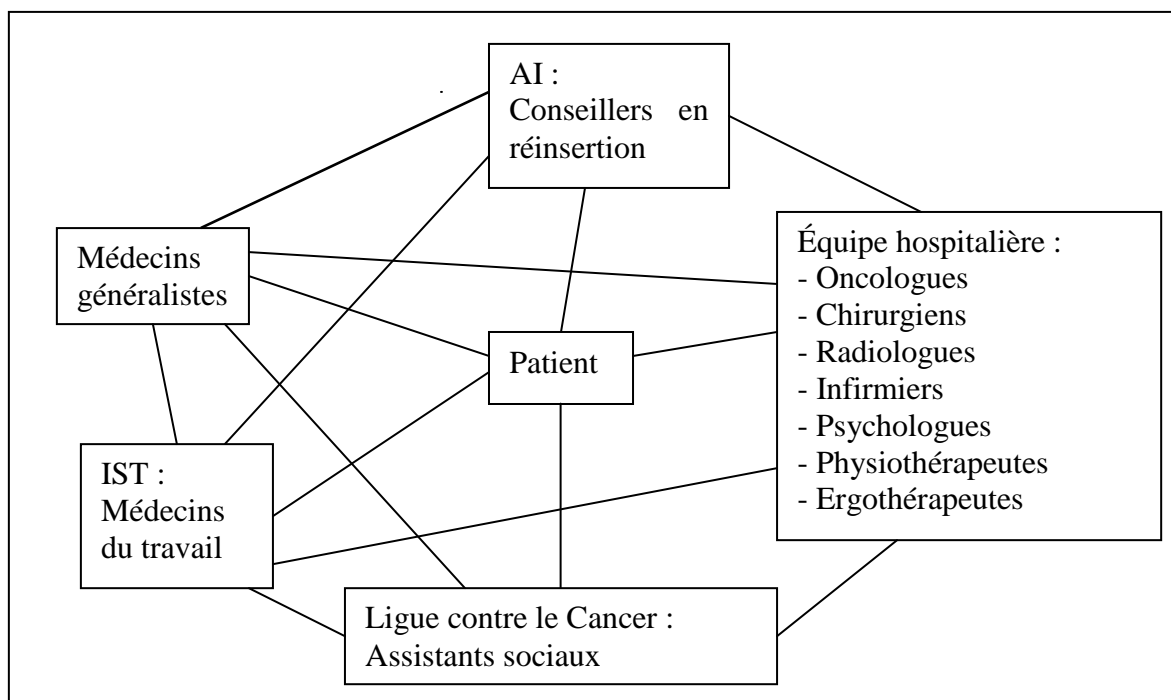
Le but de cette étude est donc, dans un premier temps, d'étudier la littérature afin d'acquérir une bonne maîtrise des connaissances actuelles sur la problématique, et dans un second temps, d'explorer par des entretiens qualitatifs la perspective actuelle des médecins sur la prise en charge de la problématique du travail chez les patients atteints de cancer ; l'importance qu'ils accordent à ce problème, de quelle manière ils essaient de le détecter et de le prendre en charge, ainsi que les difficultés qu'ils pourraient rencontrer dans cette démarche.

3. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

3.1 Résumé du système de prise en charge oncologique en Suisse romande

Cette étude est ancrée en Suisse romande, les participants aux entretiens exerçant tous dans les cantons de Vaud, Genève ou Neuchâtel. En Suisse romande, la prise en charge après un diagnostic de cancer est hospitalière et multidisciplinaire, impliquant de nombreux médecins, tels que les chirurgiens, les radiologues, etc., mais aussi toute l'équipe infirmière, les physiothérapeutes et ergothérapeutes, les psychologues, etc. Le contact avec le généraliste est plus ou moins gardé durant ce temps-là, dépendant du patient, du praticien et de leur relation. Les services d'oncologie sont organisés différemment selon les hôpitaux, en centre multidisciplinaire par exemple. Le traitement implique une longue succession de thérapeutes, ce qui vise à être diminué par une continuité des soins dans certains centres. En effet, une réflexion autour de l'organisation des soins est en cours dans certains lieux de traitement (12). Un partenaire des plus importants à citer est la Ligue contre le Cancer (13) et ses antennes cantonales. En effet, les assistants sociaux de la ligue sont représentés dans presque tous les hôpitaux de la région, en tant que partenaires privilégiés, ou en tant qu'intervenants présents sur le site.

Les médecins du travail pourraient avoir un rôle important à jouer dans cette problématique, mais il y en a malheureusement peu en Suisse (selon les chiffres de la Société Suisse de Médecine du Travail, un pour 30'000 employés contre 3'000 en France ou 6'000 en Allemagne). Ce rôle pourrait néanmoins être occupé par l'Institut romand de Santé au Travail (14), organisme spécialisé dans l'étude et la prise en charge des diverses questions autour de la santé et l'emploi.



3.2 Recherche de littérature : méthode

Afin de comprendre la thématique de manière globale, on peut commencer par consulter des supports écrits survolant le sujet, tels qu'une « in-depth review » (3,15–18) dans le 59ème volume du journal d'Occupational Medicine, un livre « Work and cancer survivors » (19), et un livre français « Faire avec le cancer dans le monde du travail » (20), qui sont d'excellentes bases pour découvrir la problématique.

Pour ce travail, une recherche de littérature a été effectuée, du 1er décembre 2009 au 18 octobre 2011, sur différentes bases de données bibliographiques: PubMed, la Cochrane Library, et FRANCIS et BDSP pour l'ajout de sources francophones.

Sur PubMed, les termes utilisés ont été pour le cancer, le terme MeSH « neoplasms », complété en texte libre par « cancer » et « oncology », et pour le travail, les termes MeSH « employment » et « work », ainsi qu'en texte libre « employment », « job » et la combinaison de « return » et « work ». Dans les autres bases de données, les mots équivalents adaptés à la base ont été utilisés. Le tri des articles s'est fait par un survol des titres et résumés d'articles selon des critères de choix qui incluaient tous les articles évoquant les patients atteints de cancer et le monde du travail dans les buts de l'étude. Les études interrogeant d'autres intervenants, tels que les médecins et les employeurs, ont aussi été prises en compte. L'élimination s'est principalement faite sur des articles à propos de cancers professionnels et de cancers pédiatriques. Quelques articles originaux apportant des éléments supplémentaires intéressants d'avant 2010 ont pu être trouvés en survolant les bibliographies, et seront aussi mentionnés dans le résumé des connaissances actuelles.

La recherche sur Pubmed a obtenu 573 articles, dont 65 ont été retenus. Des études ainsi obtenues, cinq sont des revues de littérature (7,10,11,21,22), deux des protocoles d'études randomisées (23,24), huit des articles qualitatifs (7,25–31), et le reste des études transversales, de cas-témoin ou de cohorte.

Une grande partie des études aborde l'impact du cancer sur le travail, en matière de taux d'emploi ou de taux de retour au travail, de longueur des arrêts de travail, de diminution de la capacité de travail, ou de modifications de l'emploi sur le plan des horaires ou du salaire. Une autre grande partie étudie les facteurs favorisant ou péjorant les éléments précédents. La dernière part des études vise plutôt les moyens d'améliorer ceux-ci.

L'état des connaissances sur l'impact du cancer et de ses traitements sur le travail, ainsi que sur les facteurs favorisant et péjorant le retour au travail est bien résumé dans une seule revue (21), publiée par Mehnert en 2010. Vu la qualité de cette étude, c'est sur celle-ci que seront basés les chapitres suivants ; impact du cancer sur le travail, et facteurs influençant le retour au travail. Mehnert retient soixante-quatre articles originaux se focalisant principalement sur les questions liées à l'emploi chez les patients atteints de cancer. La majorité des études concerne des femmes atteintes de cancer du sein, ou des populations mixtes. Dix-sept études concernaient des patients avec un cancer de la prostate, hématologique, de l'estomac, colorectal, de la tête et cou, et seulement une pour les adénomes pituitaires, tandis que trois ne spécifiaient pas les diagnostics. Quarante-sept études étaient transversales, dix-sept longitudinales, et vingt-trois avec un groupe de comparaison. L'échantillon moyen de patients était de 496 (45-2259), les neuf études visant de plus grandes populations se basaient sur des registres nationaux de santé ou des données sur le cancer. L'âge moyen des patients était de 50 ans (14-88 ans).

3.3 État des lieux des connaissances actuelles

Impact du cancer sur le travail

De nombreuses études essayent de quantifier l'impact du cancer sur le travail, par exemple en termes de taux de retour au travail chez les patients ayant dû l'interrompre à cause de leur maladie. Mehnert (21) obtient, en réunissant les chiffres de vingt-quatre études, une moyenne de 63.5% de personnes retournant au travail après une durée de temps variable, cependant les chiffres des différentes études varient beaucoup, de 24 à 94%. Certaines de ces études évaluent le retour au travail, et obtiennent un taux moyen de 40% à six mois (de 24 à 72%) ; à douze mois, une moyenne de 62% (50-81%) ; à dix-huit mois, 73% (64-82%) ; à vingt-quatre mois, 89% (50-81%). Une partie des études ne spécifiait pas le moment de la mesure. Tout en tenant compte de la variabilité de ces chiffres, on peut observer que le taux de retour au travail augmente chaque mois. A noter que ceci ne fait pas qu'évoluer dans ce sens, comme le met en évidence Sanchez (32), qui obtient un taux de 81% de personnes encore employées après cinq ans, chez les patients étant initialement retournés au travail.

D'autres études ont comparé le taux d'emploi des patients atteints de cancer par rapport à la population générale, et mettent en effet en évidence une certaine différence. Taskila (33) par exemple, étudie une population de patients atteints de cancer ayant le même taux d'emploi que la population générale avant le diagnostic (78%), qui deux ans et demi plus tard, n'a plus un taux d'emploi que de 64%, alors que la population générale a un taux de 73%. Seule une étude (34), concernant des hommes soignés pour un cancer de la prostate, ne montre pas de différence après douze mois.

Une autre variable étudiée est la durée de l'arrêt de travail dû à la maladie. En effet, Short (2) rapporte que 41% des hommes et 39% des femmes atteints de différents cancers ont arrêté de travailler durant la durée des traitements. La durée, mesurée par différentes études réunies par Mehnert, est très variable, allant de 27 jours pour des patients atteints de cancer de la prostate, à 11 mois pour des patientes atteintes de cancer du sein. La moyenne de ces cinq études est néanmoins de 151 jours. Cependant deux études parues par la suite obtiennent des chiffres différents, Roelen (35) avec 349 jours pour un cancer du sein, et Ohguri (36) avec une moyenne de 86 jours (11-929 jours selon le patient et pour des diagnostics de cancer mixtes). Un aspect important à évaluer est l'impact du cancer sur le travail lorsque celui-ci est repris ou non interrompu, en termes de changements dans la quantité d'heures de travail, de salaire, etc. La majorité des études dans Mehnert rapporte une réduction dans le pourcentage de travail, à un moment ou l'autre du cours de la maladie et de ses suites, de manière passagère (37) ou à plus long terme (38).

L'impact sur le revenu est aussi très controversé, avec des études rapportant un impact nul (39), une diminution de 12% (40) ou 16% (41), et même une augmentation de revenu (42).

A noter qu'une certaine proportion de patients change carrément de travail, 8% selon Amir (43), 17% selon Gudbergsson (44).

A un niveau plus subtil, il faut aussi s'intéresser aux changements dans les perspectives au niveau de la carrière, ainsi qu'à la satisfaction au travail. Stewart (45), dans une cohorte de femmes interrogées neuf ans après leur diagnostic de cancer du sein, met en évidence qu'un quart d'entre elles a observé un changement au niveau de la carrière. 12.5% ont été retraitées plus rapidement, 41% ont vu leurs priorités et ambitions altérées par le cancer, et 12% ont été empêchées de s'accomplir pleinement dans leur carrière potentielle. D'un autre côté, 26% des femmes se sont vues devenir plus focalisées sur un but et 6.5% ont expérimenté des changements positifs. Dans Ahn (46), 2% des survivantes d'un cancer du sein ont eu de moins bonnes opportunités de promotion, et dans Amir (43), un cinquième des survivants se plaint d'une détérioration de leur satisfaction au travail.

Nous pouvons donc voir que l'impact sur le travail est complexe, a de multiples ramifications, et est difficile à restituer en statistiques du fait de la variété des situations. Il est alors intéressant de se faire une idée plus concrète de l'impact sur le travail par la lecture des témoignages de patients (47,48). On y découvre la variété des histoires de vie que cachent les statistiques, et la complexité des éléments personnels et sociaux qui rentrent en jeu. Mais pour tous, le processus du retour au travail se révèle essentiel dans le vécu de la maladie (20,49).

Facteurs influençant le pronostic de retour au travail

Vu la variabilité du retour au travail après un cancer, il faut penser que de nombreux facteurs influencent le processus. Plusieurs études répertoriées par Mehnert (5) ont essayé de mettre ceux-ci en évidence. La plupart des études se recourent entre elles, bien que certaines soient parfois contradictoires.

Au niveau des facteurs personnels, un impact a été prouvé au niveau de l'âge, l'âge avancé étant un facteur de mauvais pronostic ; au niveau du genre, les hommes ayant moins de difficultés que les femmes ; au niveau de l'ethnicité ; au niveau du statut marital, le fait d'être célibataire favorisant le retour ; au niveau de l'éducation, un haut niveau étant plutôt favorable ; et au niveau socio-économique, un bas revenu de base étant un facteur de risque. De plus, les personnes ayant un état de santé de base plus précaire avec des co-morbidités physiques ou psychiques sont aussi pénalisées.

La dénomination de cancer regroupe un groupe très hétérogène de maladies, et le type de cancer, la localisation, ou la gravité peuvent changer de beaucoup la situation et l'impact sur le travail. Les cancers ayant un meilleur taux de retour sont les cancers génito-urinaires, les mélanomes, et le lymphome de Hodgkin, tandis que les types de cancer avec moins bon pronostic au niveau du travail sont les cancers des poumons, du foie, du cerveau et du système nerveux, les cancers hématologiques, pancréatiques et gastro-intestinaux, ainsi que les cancers du cou et de la tête. De plus, un stade de tumeur avancé est un facteur pronostic négatif.

Le type de traitement a aussi un impact. Les chimiothérapies, la thérapie endocrine et la radiothérapie ont un effet négatif. L'absence de chirurgie est un facteur positif, tandis que les chirurgies plus étendues, par exemple une dissection axillaire ou une gastrectomie sont plus pénalisantes.

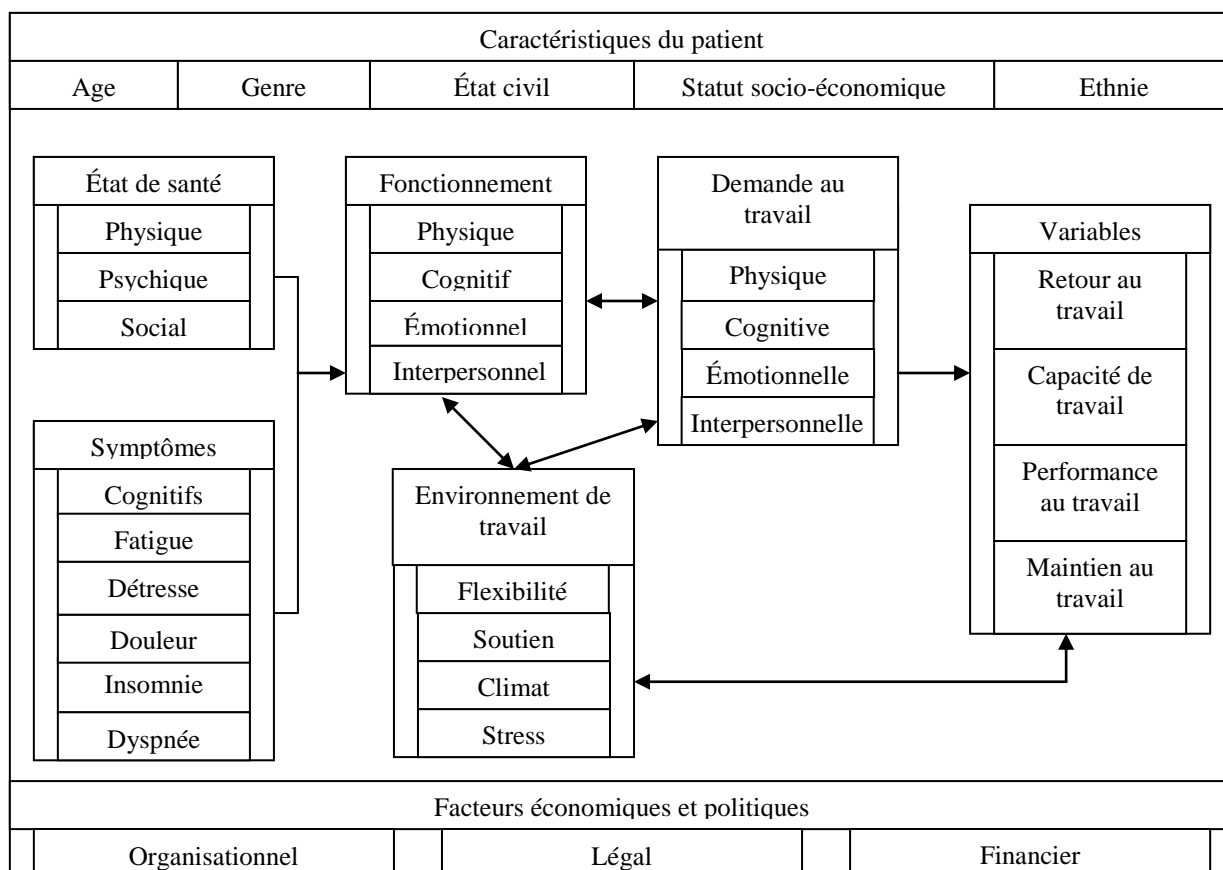
Les conséquences de la maladie et des traitements sont très variables selon les patients. Plus il y a de symptômes, tels que fatigue, douleur, nausées, limitations physiques et problèmes de concentration, plus le retour au travail est compliqué.

L'autre grande catégorie de facteurs regroupe ceux qui sont liés au travail. La pénibilité du travail est importante, les travaux manuels ou non sédentaires étant de mauvais pronostic. La possibilité d'un travail flexible et d'adaptations sur le lieu de travail est très importante. L'ambiance sur le lieu de travail, le bon rapport avec les collègues et leur soutien sont essentiels, ainsi que la satisfaction au travail ou l'attachement à l'entreprise. Le rapport avec les supérieurs est déterminant, selon leur attitude soutenante ou discriminante. Il est important de révéler le diagnostic afin d'entamer une discussion constructive avec l'employeur.

La longueur de l'arrêt de travail est souvent citée comme facteur défavorable, mais il faut considérer que celle-ci dépend de tous les facteurs précédents.

Le type de prise en charge joue aussi un rôle dans l'optimisation du processus de retour au travail, et ceci va être survolé dans les chapitres suivants.

Afin d'avoir une vue d'ensemble de ces facteurs, on peut utiliser le modèle très intéressant créé par Feuerstein (9). Dans le but de faciliter la recherche sur le sujet, il met ceux-ci en perspective dans un tableau, qui nous reproduisons ici :



Inventaire et évaluation des interventions existantes

On peut imaginer l'importance d'interventions visant à améliorer le retour au travail des patients atteints de cancer, mais il faut des données fiables méthodologiquement pour évaluer quel type d'intervention est vraiment efficace. Tamminga (11) et De Boer (10) ont chacun contribué à cette démarche en produisant deux revues de littérature qui répertorient et évaluent les interventions visant à améliorer le retour au travail des patients soignés pour un cancer.

Tamminga (11) a sélectionné vingt-trois articles décrivant dix-neuf interventions différentes, qu'il classe en deux sous-types d'interventions, celles dirigées sur la personne (encouragement, éducation et information, ou entraînement des capacités de gestion des émotions) ou celles dirigées sur l'environnement (réhabilitation, réorientation professionnelle, retour progressif à l'emploi, soutien sur le lieu de travail) et les combinaisons de ces deux catégories. Les résultats de ces études sont pour la plupart peu significatifs car leur méthodologie est de bas niveau. Sur les quatre études avec un contrôle, seulement une (50) montre une amélioration significative du taux de retour au travail, ce qui ne permet pas de tirer une conclusion globale.

A noter que sur toutes ces études, seules trois visaient principalement à améliorer le retour au travail ou la situation professionnelle, il y a donc un manque à ce niveau. Selon Tamminga, cela révèle que le retour au travail n'est pas considéré comme un objectif important, et de plus, le fait que le contenu des interventions soit très variable montre qu'il y a un manque conceptuel au niveau de l'élaboration des interventions visant le retour au travail.

Un autre élément intéressant de la revue de Tamminga est l'un des critères d'évaluation des articles, qui consiste à savoir si l'étude est conforme à un modèle de prise en charge des patients atteints de cancer (51) qui se présente de la manière suivante : l'oncologue est celui

qui gère la prise en charge du patient pendant la période la plus précoce de la maladie, puis c'est le médecin généraliste qui prend le relais, et ceux-ci doivent communiquer adéquatement. L'importance du médecin du travail est différente suivant les systèmes de santé, et il peut, dans certains systèmes, remplacer le médecin généraliste dans ce modèle. La majorité des interventions dans Tamminga ne suit pas ce modèle, et celui-ci considère qu'il serait important que les interventions soient mieux intégrées dans ce schéma de prise en charge.

La revue de The Cochrane Collaboration de De Boer (10) prend en compte uniquement les essais contrôlés randomisés (randomised controlled trials, RCTs) et les études contrôlées « avant-après » (controlled before-after studies, CBAs) et obtient quatorze RCTs et quatre CBAs, ce qui inclut un total de 1652 participants. De Boer classe ces interventions en plusieurs catégories : cinq sont psychologiques (conseils, informations sur la maladie ou le système médical, entraînement à la gestion des émotions et des situations) ; une physique (exercice, entraînement fonctionnel), neuf médicales et finalement trois multidisciplinaires. Il y a aussi la catégorie des interventions professionnelles (adaptations sur le lieu de travail, modifications des horaires ou des tâches, et programmes de réhabilitation professionnelle) mais aucune étude ne correspondait à ces critères. L'utilité des interventions psychologiques, physiques et médicales n'a pas été prouvée. Seule l'utilité des interventions multidisciplinaires, incluant des aspects psychologiques, physiques, et plus ou moins professionnel, a été mise en évidence.

Trois études (23,24,52) sont en cours, et seront intéressantes à suivre, car elles appliquent ces principes en développant et testant de nouvelles interventions. La première (52) consiste en une consultation pour des patients atteints d'un cancer colorectal, avec une brochure d'informations sur l'impact probable de la maladie sur la capacité de travail, la façon de gérer les symptômes au travail, et la communication avec l'employeur. La deuxième (23) se compose d'une réhabilitation professionnelle précoce, d'un entretien avec un médecin du travail et le supérieur pour décider d'un plan de retour au travail, et d'une communication entre le médecin traitant et le médecin du travail. La dernière (24) étudie l'effet d'une consultation systématique dans un service de réhabilitation professionnelle.

Rôle des médecins

Quelle est l'importance des médecins dans la prise en charge de la problématique du travail chez les patients atteints de cancer ? Il est démontré dans certaines études que les conseils prodigués par les médecins ont un impact positif sur le retour au travail (53). Cependant, si l'on se penche sur le point de vue des patients, exprimé dans plusieurs études qualitatives et regroupées dans la revue de Banning (7), on découvre que beaucoup des patients considèrent n'avoir pas reçu autant de soutien et d'informations qu'ils l'auraient souhaité de leur médecin. Ce manque est aussi retrouvé par Taskila (54), qui étudie l'importance du soutien apporté par les collègues, les supérieurs, et les professionnels de santé, et démontre un manque ressenti par les patients autour du soutien apporté par le personnel médical

Une étude très intéressante de Verbeek (6) évalue la qualité du service de réhabilitation offert par les médecins du travail et démontre en effet l'impact positif sur le retour au travail lorsque la qualité du service est bonne. Cependant, il atteste aussi d'un manque de performance au niveau des connaissances sur les traitements, et au niveau de la communication entre les médecins traitants et la continuité de soins. Ces critères, ainsi que la maîtrise d'interventions visant le traitement des plaintes et l'amélioration des relations au travail, sont considérés par lui comme les éléments importants pour la qualité de la prise en charge.

Verbeek (8) explore d'une autre manière les mesures concrètes que pourraient effectuer les médecins en réexposant le modèle qui a été construit autour des maladies musculo-

squelettiques et qui peut aussi bien s'appliquer aux pathologies cancéreuses. Selon celui-ci, il y a trois possibilités d'interventions : prodiguer un meilleur traitement qui vise l'amélioration des limitations au travail, proposer des adaptations au travail, par exemple un retour progressif, et améliorer les capacités personnelles. Il précise aussi que le soutien lorsque le travail est recommencé est plus efficace que des interventions préalables.

Frazier (55) propose une série de tâches qui pourraient être effectués par les professionnels de la santé suivant des patients atteints de cancer ; expliquer au patient l'impact sur le travail, les limites typiques attendues et leur durée, et gérer les symptômes ; faire une place pour la question de l'emploi dans le plan de soins en s'informant des inquiétudes du patient à chaque visite ; lui conseiller de garder contact avec son employeur durant l'arrêt maladie et si le patient est d'accord, communiquer avec l'employeur ; fixer des buts à court terme, l'aider à décider de quand revenir au travail, en lui conseillant de recommencer avant la récupération totale ; lorsque cette étape est atteinte, l'aider à gérer le retour à la normalité, le stress, à trouver des solutions pour les différents problèmes qui se présenteraient, par exemple par rapport à la communication avec les collègues, à leurs réactions et remarques insensibles ; lui conseiller de se renseigner par rapport aux ressources de l'entreprise et de s'adresser aux ressources humaines ; le conseiller en matière de finances ; et s'il y a trop de difficultés et perte du travail, l'aider à faire un plan de carrière et trouver un nouveau travail.

Nieuwenhuijsen (56) a son tour propose un guide de dix conseils par rapport à la prise en charge du retour au travail, qui est détaillé en annexe de ce travail.

C'est en étudiant la littérature détaillée ci-dessus que s'est développée l'idée de ce travail, d'explorer l'implication des professionnels de la santé autres que les médecins du travail. Il est intéressant de savoir que parallèlement à cela, une étude très semblable à la présente a été conçue par Bains (25) et est parue en août 2011. Celle-ci sera donc traitée ultérieurement, dans la discussion.

4. ENTRETIENS

4.1 Méthode

Participants

Huit médecins ont été interviewés. Cinq travaillent en oncologie avec les spécialités FMH d'oncologie, oncologie-hématologie, et médecine interne, tandis que trois sont installés, avec la spécialité FMH de médecine générale. L'échantillon a été composé afin de réunir des oncologues d'hôpitaux universitaire et périphériques, et de clinique privée, ainsi que des médecins généralistes ayant leur cabinet dans des localités plus ou moins importantes. Six sont des hommes, deux des femmes. Il n'y avait pas de critères de sélection autre que le titre FMH, et le fait de travailler dans un service d'oncologie pour les uns et en tant que médecin généraliste pour les autres.

Ces médecins ont été recrutés de manière volontaire dans l'étude par différents moyens. Trois oncologues ont été présentés comme susceptibles d'être intéressés à répondre à l'étude par une intervenante de la Ligue Vaudoise contre le Cancer. Un s'est proposé de lui-même après demande d'un entretien dans un service universitaire. Une oncologue et un généraliste ont été contactés grâce à une connaissance commune. Un des généralistes était un futur responsable de stage, tandis que l'autre a été contacté au hasard après recherche d'un médecin généraliste des environs dans l'annuaire téléphonique.

Technique d'entretien

Les entretiens ont été conduits de mai à juillet 2011 et ont été arrêtés lorsqu'une saturation des résultats a été atteinte. Les entretiens ont été conduits sur le lieu de travail des participants, en face-à-face. Les entretiens se sont faits de manière semi structurée, basés sur la grille d'entretien qui suit. De plus, un article (56, et en annexe), contenant un plan de dix conseils sur le retour au travail pour les patients atteints de cancer, a été présenté afin d'obtenir des commentaires. Les entretiens ont duré de 20 min à 1 heure 20 min, ont été enregistrés, et retranscrits thématiquement. Après la retranscription, les comptes-rendus écrits ont été envoyés aux médecins participants, qui ont pu corriger les quelques points mal formulés (en italique dans les comptes-rendus) et donner leur accord.

Grille d'entretien

La grille a été construite à partir de la littérature existante, entre autres sur les thèmes utilisés dans l'étude de Verbeek (6), décrite dans la revue de littérature. Les thèmes ont été exprimés en questions, et quelques points supplémentaires (en italique dans la grille) ont parfois été utilisés pour relancer la discussion ou clarifier la question.

Généralités	Que pensez-vous de l'importance de la problématique du retour au travail chez les patients atteints de cancer ?
Attitude	Pensez-vous que c'est votre rôle d'aborder le sujet avec le patient ? Sinon, de qui d'autre ? (<i>Oncologues versus généralistes, médecins du travail, infirmiers, assistants sociaux, autres ?</i>)
Dépistage	Comment abordez-vous la question de l'emploi et à quel moment de la prise en charge ? (<i>Systematiquement ou seulement quand vous suspectez des difficultés, spontanément ou quand le patient l'aborde ?</i>)
Arrêts de travail	Comment se passe la prescription d'arrêts de travail ? (<i>Durée ? Appréciation du médecin versus autoévaluation du patient ?</i>)
Interventions	Quel type de soutien apportez-vous au patient ? Que faites-vous en pratique quotidienne dans le suivi ? - <i>Soutien psychologique, écoute, etc.</i> - <i>Conseils (Attitude face à la révélation du diagnostic, aux réactions des collègues, etc.).</i> - <i>Conseils pratiques (Garder contact avec l'employeur et les collègues, fixer un planning de retour, recommencer précocement mais à temps partiel, etc.).</i> - <i>Adaptations sur le lieu de travail (Changements dans les tâches, emploi du temps flexible, mi-temps thérapeutique, etc.), contact et discussion avec l'employeur.</i> - <i>Gestion des symptômes associés à la maladie et au traitement entraînant une diminution de la capacité de travail (Fatigue, dépression, douleurs, bouffées de chaleur, insomnies, troubles cognitifs, etc.)</i> - <i>Conseils financiers, assurances sociales, etc.</i> - <i>Référer le patient à un médecin du travail, à une assistante sociale, à une association (Ligue contre le Cancer p. ex.).</i>

Situations problématiques	Quels sont les problèmes les plus fréquents que vous observez dans votre pratique ? Quelles sont les situations les plus à risques ?
Information et connaissances	Les patients vous demandent-ils comment le cancer et les traitements risquent d'affecter leur travail (<i>limitations typiques attendues, de quelle durée, etc.</i>) et que leur répondez-vous à ce sujet ? Avez-vous l'impression d'avoir assez d'informations sur : - L'impact des cancers et de leurs traitements sur la capacité de travail du patient. - Les mesures possibles pour aider le patient dans son retour au travail ? le réseau d'intervenants, les ressources à disposition pour gérer cette problématique ?
Besoins	De quelle manière pourriez-vous mieux aider les patients dans leur retour au travail ? Qu'est-ce qui vous serait utile ? (<i>Guidelines, brochure d'information pour les médecins ou pour les patients, consultation spécialisée à l'Institut de Santé au Travail, exemple du plan en 10 étapes de Nieuwenhuijsen et al.</i>)

Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens a été faite de façon qualitative, en suivant les thèmes de la grille d'entretien. Leur contenu est restitué ci-dessous et les comptes-rendus des entretiens peuvent être consultés en annexe.

4.2 Restitution des entretiens

Importance du problème dans la perspective des médecins

La majorité des médecins reconnaissent l'importance de la problématique du retour au travail des patients atteints de cancer, une des thérapeutes allant même jusqu'à la nommer de gravissime. Ceux-ci pensent que c'est un thème important, tout d'abord car c'est un des sujets de préoccupation du patient. Un des médecins de famille nous dit que le travail est « une partie de l'équilibre de l'être humain » et qu'il a l'impression que le retour au travail améliore même le pronostic. De plus, il aborde le fait que, en plus d'être essentiel pour la personne, c'est un point important pour la société aussi. Deux des médecins parlent aussi du point de vue sociétal, en évoquant le fait que c'est le marché du travail intolérant qui rend la situation difficile.

En pratique, plusieurs oncologues relèvent que c'est une question chronophage, et l'un d'eux pense que ce n'est pas au médecin de consacrer du temps à cette activité. Deux des généralistes considèrent que ce n'est pas une problématique primordiale, en particulier dans leur consultation, car ils voient peu de patients concernés.

Plusieurs médecins mettent en évidence la variété des situations, dépendantes du type et de la gravité du cancer, du type de situation professionnelle, et des caractéristiques personnelles du patient. Ils séparent les patients en deux catégories, ceux en situation de recommencer facilement le travail (jeunes, cancer peu avancé, traitement léger, court arrêt de travail), et les autres ; avec pour certains, l'idée que pour la première catégorie, le retour au travail se fait facilement, tandis que pour les autres, le retour au travail n'est de toute façon pas envisagé.

Rôle du médecin selon les participants

Tous les médecins considèrent que cela rentre dans leur rôle de s'occuper de la question du travail chez les patients traités pour un cancer, entre autres car cela fait partie de la qualité de vie que le médecin vise à donner au patient. Il y a dans les faits plusieurs systèmes qui se profilent, avec plus ou moins d'importance accordée au rôle de l'assistant social par rapport au médecin. La plupart des oncologues considèrent que c'est à eux-mêmes de s'occuper de la question du travail, sauf dans les situations problématiques qu'ils adressent à l'assistant social. Un seul des médecins considère que ce n'est pas dans son rôle de s'occuper de cette question autrement qu'en l'adressant plus loin, en prévoyant systématiquement une consultation avec l'assistant social.

Ce qui parle en faveur de la prise en charge par le médecin, selon les participants, est le fait qu'il est la personne qui connaît le mieux la maladie, le pronostic du patient et les traitements, et que c'est donc la mieux placée pour évaluer la capacité de travail et le temps de récupération probable, et pour en informer le patient. De plus, c'est le médecin qui signe les certificats d'incapacités de travail, de l'AI, etc.

Les avantages de la prise en charge par l'assistant social, selon les médecins, découlent de sa bonne connaissance du système, il est spécialisé dans la question.

Quant aux généralistes, deux avis très différents se profilent. Selon l'un, c'est à l'oncologue de traiter cette question car c'est lui qui voit le patient au moment où ceci devrait être abordé, tandis que selon l'autre, c'est le médecin de famille qui connaît le mieux le patient dans sa globalité, ses conditions de travail, etc.

Temps et manière d'aborder le sujet

Tous les médecins abordent le sujet avec le patient, mais le moment choisi paraît assez variable. Au moins trois des médecins s'inquiètent d'aborder la question de manière précoce, un des oncologues en parle même dès la première consultation. Un des généralistes et un des oncologues soulignent l'importance d'en parler tôt, car cela permet de raccourcir la durée d'arrêt de travail, et d'ainsi en minimiser les conséquences pratiques et psychologiques qui peuvent être causées par le retrait social que cela implique. Cela permet aussi de dédramatiser la situation et d'éviter que le patient ne s'imagine que cancer égale forcément invalidité. Deux autres moments mentionnés pour aborder la question sont lorsque la fin des traitements se profile, ou si le patient en parle spontanément. Dans tous les cas, une discussion est enclenchée au plus tard à la signature de l'arrêt de travail, ou lorsque l'AI rentre en jeu.

La signature des arrêts de travail semble en effet un moment où une discussion se crée autour de la question. La grande majorité des médecins explore dans ce moment-là la vision du patient de ses capacités par rapport au travail et en tient compte dans sa décision, tout en les poussant ou retenant si nécessaire. Un seul dit proposer au patient un temps donné de retour au travail fondé sur un point de vue médical et ensuite évaluer comment le retour s'est passé. Comme le souligne un des oncologues, il faut aussi tenir compte de la flexibilité de l'emploi, afin de ne pas risquer de péjorer la situation socioprofessionnelle du patient. En effet, les praticiens essaient par exemple de faire retourner le patient à temps partiel, mais cela n'est pas toujours possible, ou doit être défini très précisément afin d'éviter une mauvaise mise en pratique.

En quoi consistent les interventions concrètes du médecin autour du retour au travail

Selon certains participants, le médecin a tout d'abord à soigner la pathologie médicale, cependant la plupart pensent qu'il faut aborder la question du travail. Il faut, selon plusieurs, cadrer le patient, en le rassurant et le stimulant parfois ou au contraire en le freinant,

l'apaisant. Le médecin doit informer le patient, se prononcer sur le pronostic, les conséquences du traitement, et les possibilités de réinsertion, et finalement doit signer les certificats d'incapacité de travail et remplir les formulaires pour l'AI.

Certains médecins essaient d'expliquer les effets secondaires attendus, et comment les gérer et les prévenir, mais la plupart disent ne pas pouvoir prévoir les effets de la maladie et des traitements, ni leur impact sur l'emploi.

Les oncologues donnent rarement eux-mêmes des conseils financiers et asséurologiques, mais s'en préoccupent et adressent les patients à l'assistant social, si besoin ou systématiquement, selon les lieux et les systèmes de prise en charge.

En ce qui concerne le contact avec le monde du travail, les médecins rapportent avoir peu ou pas de contacts avec les employeurs et laissent le patient gérer lui-même la discussion avec le supérieur, bien qu'en l'encourageant et en le guidant plus ou moins dans cette démarche. Un des généralistes dit qu'il est parfois confronté à des téléphones d'employeurs, ce qu'il trouve délicat. Si le patient a donné son accord, il essaie alors de proposer des adaptations de travail, mais les employeurs ne sont pas toujours coopérants. Un seul généraliste dit avoir régulièrement des contacts avec l'employeur, avec l'accord du patient, pour informer et conseiller des adaptations. Les médecins ne mentionnent pas spontanément leurs conseils sur la gestion des rapports avec les collègues mais, après la lecture des études, quelques-uns confirment donner divers conseils aux patients sur ce sujet, tel que celui de rester en contact avec l'employeur, d'apporter en main propre le certificat d'incapacité de travail par exemple, et de l'informer de l'évolution, ainsi que le conseil de garder le contact avec les collègues, bien qu'ils mentionnent que ceci se fait souvent automatiquement et que cela dépend beaucoup du poste, des collègues, et du type d'entreprise. A ce sujet, un généraliste note le risque de stigmatisation sociale à la révélation du diagnostic et une oncologue avertit les patients que ça sera à eux de tendre la main, car on ne la leur tendra pas à cause de la peur.

L'image que nous transmettent les généralistes de leur pratique, consiste en un espace ouvert pour la discussion, l'expression des émotions, des inquiétudes, la clarification de certains points mal compris par le patient, etc. Un espace de soutien et de réassurance, d'accompagnement et de suivi au long terme, bien que ceci soit variable selon les patients. L'impression de perte de contact avec les patients au moment du diagnostic de cancer est variable selon les généralistes, tout comme l'est apparemment la relation et la communication avec les médecins spécialistes. C'est parfois eux qui repèrent et gèrent les effets secondaires des traitements ou un état dépressif réactionnel par exemple. Ce sont eux qui prennent le relais des oncologues, dans la prise en charge et la signature des arrêts de travail, lorsque la problématique oncologique en elle-même est terminée.

Type de problèmes rencontrés, et patients les plus à risque de difficultés

Chaque médecin évoque quelques facteurs, qu'on peut classer en facteurs liés à la personne, liés à la maladie et à ses séquelles, aux traitements et à leurs effets secondaires, et liés au type d'emploi et à la situation professionnelle.

Pour ce qui est des facteurs personnels, l'âge est abordé par trois médecins. Selon eux, les patients les plus âgés retrouvent plus difficilement du travail et entraînent moins d'efforts de réinsertion professionnelle chez l'AI. Un facteur ayant beaucoup d'impact sur le retour au travail, selon quatre médecins, est le manque de motivation du patient, que ça soit lié à un travail peu attractif ou à un changement de vision sur la vie. Cependant, un des médecins souligne que c'est rare et que la motivation est en général importante et conservée chez la grande majorité des patients. Un des généralistes nous dit qu'en général il est possible de repérer ceux qui ne veulent pas recommencer et avec qui ça risque de devenir plus compliqué, car ce sont ceux qui disent vouloir attendre d'être guéris pour recommencer. Dans ce registre,

un des médecins évoque les difficultés lorsqu'il y a des discordances entre le médecin et le patient, et un autre mentionne les patients inquiets et angoissés.

Ce qui concerne la maladie rejoint quelque peu les facteurs personnels dans le sens que les types de cancer évoqués comme plus favorables sont les cancers de personne plus jeunes, tels que le cancer des testicules. Par rapport au traitement, la chimiothérapie est évoquée par un généraliste, qui nous dit plutôt la difficulté psychologique que doit être celle des patients après ces traitements longs, fatigants, accompagnés de perte de cheveux et autres effets secondaires. A ce propos la séquelle abordée par deux médecins comme ayant un impact particulier sur le travail, est l'asthénie résiduelle, qui est malheureusement, par rapport à la prise en compte dans les rentes, peu quantifiable car subjective.

Le dernier grand chapitre concerne la part du travail. Le type d'emploi est mentionné par plusieurs médecins, quatre évoquant la pénibilité du travail, surtout physique, et trois l'attractivité du travail, ce qui rejoint d'une certaine manière la question de la motivation. Une des oncologues mentionne aussi la flexibilité du travail, qui influence la possibilité d'adaptation et de retour au travail progressif.

Les situations professionnelles non-sécurisées, les intérimaires et les indépendants, sont plusieurs fois dénoncées comme problématiques, ainsi que la situation des patients préalablement au chômage, et surtout, celle de ceux ayant été licenciés en cours de maladie. Certains médecins accusent à plus grande échelle le système actuel, visant à la rentabilité et peu tolérant pour des adaptations du type temps partiels. Sont encore mentionnés, le rôle de l'employeur, qui peut être plus ou moins arrangeant, et l'importance des potentiels préjugés et discrimination.

Finalement, la longueur de l'arrêt de travail est plusieurs fois mentionnée, et dépend au fond de tous les facteurs précédents.

Thème supplémentaire, questions assécurologiques

Une problématique importante, qui n'était pas explicite dans le questionnaire, mais que la plupart des médecins ont évoquée spontanément, est la question de l'assurance invalidité, rentes et réinsertion professionnelle, et des autres problèmes assécurologiques.

Ce qui concerne au plus près notre problématique est le rôle de l'AI dans la réinsertion professionnelle, or les efforts de l'AI ont justement été, au cours des dernières révisions, concentrés sur ce chapitre. La détection des situations à risque est plus précoce qu'auparavant, il y a une annonce à la détection précoce et un questionnaire à remplir pour des possibilités de reclassement ou d'une rente déjà après quelques semaines d'arrêt de travail, et les efforts de réinsertion sont plus importants. Les médecins, pour la plupart, soulignent et apprécient cet effort, bien qu'ils considèrent qu'il y a encore des améliorations à fournir. En effet, ils ne sont pas convaincus d'une réelle efficacité pratique, compte tenu par exemple du manque de réceptivité du marché de travail, et parce que les démarches sont trop longues et lentes. Un généraliste considère même que la réinsertion professionnelle de l'AI ne s'adresse pas trop aux patients cancéreux, parce qu'elle met trop de temps à se mettre en route.

La précocité de la détection est appréciée, car elle permet d'aborder le sujet et de prendre des mesures plus rapidement, ce qui peut améliorer les chances de retour au travail et peut avoir un bon effet psychologique sur les patients, car cela les motive, les laissant moins aller à attendre de récupérer leurs forces avant de commencer à envisager un retour au travail. Paradoxalement, cela a aussi un effet négatif sur certains patients, à qui la mention de la notion d'invalidité fait peur. De plus, parfois la réinsertion peut être trop rigide, donnant au patient l'impression qu'on nie son vécu et qu'on veut juste évaluer s'il exagère ses symptômes.

En règle générale, les médecins n'ont pas l'impression que les patients sont pénalisés financièrement, à part dans les situations de travail indépendant, intérimaire ou frontalier, car ils sont pris en charge par l'assurance perte de gain, puis par l'AI, et que pour des raisons oncologiques, il y a en général peu de litiges. Ceci est valable en situation aiguë, mais si la situation se chronifie et qu'il y a des facteurs autres que strictement oncologiques et objectifs, cela peut devenir plus compliqué.

Finalement, mentionnons encore la remarque d'un médecin qui nous fait part de la difficulté parfois d'intégrer la pression des assurances et de la société, et la bienfaisance pour les patients. Un autre médecin dénonce les quelques demandes d'abrogation du secret médical par les assurances pertes de gain ou autres, qui entraînent une perte de contrôle pour le patient et une prise de décisions par des tiers sur une stricte interprétation des données.

Informations sur la maladie et les traitements, et leur impact sur le travail

Tous les médecins, oncologues ou généralistes, nous disent qu'il y a une grande part d'incertitude à gérer, car il n'est pas possible de prévoir les effets des traitements, l'évolution de la maladie, et surtout la répercussion sur la capacité de travail. Ceci rend difficile d'informer les patients, qui posent pourtant des questions à ce sujet. Seul un oncologue traitant uniquement des femmes atteintes de cancer du sein dit que, par rapport aux autres types de cancers, il est plus possible de prévoir les effets secondaires. De plus, le plan de traitement est fixé à l'avance, ce qui permet de mieux planifier les suites. Un autre oncologue nous cite quand même certains traitements qui ont des effets très spécifiques, par exemple des chimiothérapies qui ont une toxicité sur les nerfs périphériques, qui se manifeste par une perte de la sensibilité des doigts et orteils.

Pour pallier ce manque de prévisibilité, les médecins essaient d'évaluer avec le patient, ou comme le dit un généraliste, se basent sur ce que le patient rapporte de ce qu'il éprouve.

Quant aux connaissances du réseau, la plupart des médecins s'appuient sur les assistants sociaux, ou pour les généralistes sur le service d'oncologie. Un médecin relève que certaines ressources peuvent ne pas être assez connues par tous.

Du point de vue des généralistes, il semble qu'il y ait une communication des informations par les oncologues plus ou moins satisfaisante, en général bonne mais assez dépendante de l'individu.

Mesures supplémentaires potentielles à mettre en place

Lorsque l'on présente les dix conseils de l'étude de Nieuwenhuijsen (56), la plupart des médecins nous disent trouver cela intéressant, mais avec des réserves. Selon les médecins interrogés, c'est trop rigide et carré, et à remettre dans la réalité pratique. Un des oncologues pense que cela va dans trop de détails et prendrait trop de temps. D'autre part, la plupart des mesures se font, toujours selon les participants, déjà automatiquement, car elles suivent le bon sens. Du moins, un des médecin suggère que ceux qui le font, le font déjà même sans guide, et que les autres ne le feront de toute façon pas, même avec ce document. Cependant, la plupart des médecins confirment ne pas aborder ces points systématiquement et explicitement, et l'un d'eux relève que cela a l'avantage de mettre les différents points sur le papier.

En ce qui concerne le besoin en brochures d'information, les avis sont partagés, les médecins étant parfois eux-mêmes ambivalents. Certains pensent qu'il y a déjà suffisamment d'information, sur Internet, dans les brochures de la Ligue contre le Cancer, sur les sites de l'AI et de l'ORP, etc. Ce qui ressort aussi est qu'il y a déjà beaucoup de documents papier que beaucoup de gens ne lisent pas, autant les médecins que les patients. De plus, selon un médecin, les patients y lisent ce qu'ils veulent comprendre, et rien ne remplace l'information orale.

D'un autre côté, plusieurs pensent qu'il n'y a pas assez d'information, et que cela serait utile d'avoir quelque chose de spécifique, pour les patients (sur leurs conditions en tant qu'employés par exemple), et même pour les médecins (sur les différentes ressources par exemple). Qu'il est parfois bien de pouvoir donner quelque chose d'écrit, que cela fait gagner du temps, surtout que les patients ont beaucoup d'information à gérer à la fois.

Un des problèmes relevé est qu'il est difficile de donner une bonne information écrite étant donné la variété de situations. Les trop grandes généralités ne sont pas utiles et il faudrait une brochure différente pour chaque métier, chaque cancer, relève un médecin.

En ce qui concerne la possibilité d'une consultation spécialisée à l'Institut de Santé au Travail, les avis sont à nouveau partagés. La moitié pense que cela est trop spécifique, qu'il y a déjà assez de structures, et que cela ferait beaucoup de consultations à gérer pour le patient. D'autres pensent que cela pourrait être utile, par exemple d'avoir une structure spécialisée dans la prise en charge des cas les plus complexes. Un des généralistes pense qu'un représentant de l'Institut devrait venir donner un cours à la formation post-graduée.

Finalement, à un niveau plus général, un des médecins pense qu'il y a suffisamment de structures, mais qu'il y a un problème au niveau de la circulation des informations, de l'organisation. Un autre remarque qu'il y a une sorte de creux dans la prise en charge, à la fin des traitements.

5. DISCUSSION

5.1 Discussion des résultats des entretiens en rapport avec la littérature

Il est intéressant de voir que les résultats de ce travail rejoignent en grande partie ceux de Bains (25). Selon ses constatations, les professionnels de la santé donnent à leurs patients un nombre limité d'informations, de plus contradictoires, sur la capacité de travail durant les traitements ou sur le moment de fixer le retour au travail. Le manque de connaissances à propos de l'impact du traitement et des symptômes sur la capacité de travail et la durabilité de cet effet, surtout d'une manière spécifique par rapport aux différentes professions, résulte en un conseil minimal. La pratique actuelle se base sur l'expérience professionnelle passée des praticiens, plutôt que sur une base théorique prouvée. Bains en conclut que l'information n'est pas systématique et qu'il y aurait besoin de développer une base de connaissance et une formation, qui pourraient aider les professionnels à offrir des conseils plus précis aux patients. En effet, nous constatons dans cette étude que bien que la plupart des médecins réalisent l'importance du problème du travail chez les patients atteints de cancer, il n'y a pas vraiment de prise en charge systématique de cette question, ce qui peut laisser place à des lacunes.

Pour améliorer ceci, il faut d'abord se demander à qui revient la responsabilité de gérer cette question. La plupart des médecins pensent que c'est leur rôle de s'occuper de la problématique, et ils semblent en effet implicitement désignés, par la responsabilité de remplir les divers formulaires, arrêts de travail, etc. Ils sont en effet les mieux placés pour connaître la maladie du patient et son pronostic, et détiennent souvent la confiance du patient pour gérer de nombreuses questions. Cependant, beaucoup considèrent que cela ne rentre pas dans les priorités et que cette question chronophage passe après la gestion de la maladie et des traitements, ce qui est justifiable. Il est vrai que l'on peut se demander si une partie de ce travail ne pourrait pas être faite par d'autres professionnels de la santé, comme les infirmiers, qui voient parfois plus régulièrement les malades, lors des séances de chimiothérapies par exemple. Il y a aussi un grand rôle à jouer pour les assistants sociaux de la Ligue contre le Cancer, auxquels les médecins font beaucoup référence, qui sont en effet spécialisés dans ce

type de problèmes et pourraient offrir des consultations ou des brochures d'information à ce sujet. L'Institut de Santé au Travail pourrait aussi développer l'offre d'une consultation ou d'une formation continue pour les médecins. Finalement, mentionnons le rôle du généraliste, qui n'est peut-être pas en première ligne pour traiter ces questions, vu qu'elles doivent être abordées précocement, à un moment où il n'est pas toujours en contact avec les patients, mais qui a justement une importance par sa connaissance plus personnelle du patient, et par la possibilité de suivi à long terme.

Il faut ensuite savoir quels sont les patients concernés par un besoin de prise en charge. L'idée générale des professionnels de la santé est que la majorité des patients retourne facilement au travail, et qu'il n'y a qu'une certaine proportion pour qui se présentent des difficultés et que c'est sur ceux-ci que doivent se porter les efforts de prise en charge, par exemple en les référant aux assistants sociaux ou à une consultation spécialisée. On peut imaginer un système de ce type, car en effet, selon les statistiques, le retour au travail est possible pour la plupart, et n'est problématique que pour certains. D'un autre côté, on peut imaginer que chaque patient peut ressentir le besoin d'être guidé dans ce processus, grâce à un soutien plus léger, par exemple sous forme d'une brochure d'information. De plus, il est toujours plus efficace de prévenir ce genre de problématique, plutôt que de chercher à la résoudre lorsque les problèmes sont bien installés, il serait donc utile d'avoir de bonnes stratégies de dépistage. Ceci sous-entend de repérer les personnes à risque, si possible avant que les problèmes se déclarent. Quelles sont les caractéristiques de mauvais pronostic pour le retour au travail ? Les médecins basent leurs connaissances sur leur expérience professionnelle plutôt que sur les facteurs mis en évidence par les études mais ceux-ci correspondent beaucoup. Chacun met en évidence l'importance des caractéristiques du patient, son âge, sa motivation, son attachement au travail, l'importance du type de travail, suivant sa pénibilité ou sa flexibilité, ainsi que de la sévérité de la maladie, la dureté des traitements et l'ampleur des effets secondaires, en particulier de l'asthénie.

Finalement, la dernière question, consiste à savoir quelles sont les démarches concrètes qui devraient être effectuées. En comparant les études qui essaient de définir ce que devraient faire les médecins, avec la réalité exprimée par les praticiens, on constate qu'il y a plusieurs points importants, qui se font de manière plus ou moins complète. Premièrement, la question devrait au moins être abordée. Ceci se fait forcément en pratique, du fait des formalités à remplir, cependant, il faudrait que cela se fasse précocement, ce qui n'est peut-être pas toujours le cas, et pas toujours de manière suffisamment détaillée. Les patients devraient être informés du pronostic de la maladie et des traitements et de leurs conséquences sur la capacité de travail. Ce n'est pas toujours possible, car les médecins ne peuvent pas réellement le prévoir, du fait de la variété des situations, de l'emploi, de la réaction au traitement, et de l'évolution de la maladie. Ceci devrait être mieux documenté afin de donner une base à partir de laquelle travailler et informer les patients. C'est cependant une bonne chose que les médecins se basent sur l'appréciation du patient comme ils le font souvent actuellement, car, selon certaines études, c'est l'auto-évaluation du patient qui est la plus fiable (57,58). Dans le même temps, cela peut être déstabilisant pour les patients et leur donner l'impression de ne pas être conseillés. Les études proposent aussi aux médecins de donner certains conseils concrets, que ceux-ci déclarent donner parfois une fois que l'on en parle, mais qui ne se fait apparemment pas de manière systématique. Ceux-ci pourraient être détaillés dans une brochure d'information pour les patients. Il faut cependant tenir compte du fait que les médecins doivent appliquer ces conseils à la vie courante. Par exemple, les études conseillent de faire recommencer les patients à temps partiel ou de leur conseiller des adaptations au travail, mais ceci n'est pas toujours possible en pratique. Il est vrai qu'il serait bien que les médecins puissent donner des conseils plus précis aux patients, mais en même temps il faut tenir compte de l'originalité de chaque situation, et aussi des facteurs externes, que ne peuvent

modifier les médecins, l'intolérance du marché du travail par exemple. Il semble donc que l'approche actuelle des médecins, basée surtout sur le dialogue, est bonne, mais mérite d'être complétée par des ressources supplémentaires.

5.2 Qualité et limites de l'étude

La qualité de cette étude peut être discutée sur quelques points. Premièrement, l'échantillon de participants était petit, cependant une saturation des résultats a été obtenue. Deuxièmement, la sélection de ceux-ci n'était pas aléatoire. En ce qui concerne la réalisation des entretiens, la maîtrise de l'entretien qualitatif par l'intervieweur n'était pas optimale et a également pu entraîner des biais. De plus, il y a eu quelques problèmes techniques (manque de place sur l'enregistreur, oubli de l'article lors d'un entretien) qui ont pu entraîner une perte d'information.

Cependant, la majorité des médecins a eu un retour positif sur le compte-rendu des entretiens, ce qui parle en faveur de la qualité des entretiens. De plus, les résultats sont comparables à l'étude faite par Bains et al. (25), qui porte sur un plus grand nombre de participants et qui est plus fiable méthodologiquement, avec un recrutement aléatoire, une transcription verbatim des entretiens et une analyse thématique systématique par deux chercheurs.

Enfin, il faut rappeler la composante régionale de l'étude, qui fait en partie sa spécificité et son intérêt, mais en même temps empêche que les résultats puissent être totalement généralisables à d'autres systèmes de santé.

6. CONCLUSION

L'attitude de médecins autour de la question du retour au travail chez les patients atteints de cancer, a pu être mise en évidence par ces entretiens. Il a été constaté que le problème est pris en charge dans la région lausannoise, souvent de manière très personnalisée et attentive aux besoins des patients, mais pas de manière systématique, et que ceci pourrait potentiellement être amélioré. La majorité des médecins interrogés considèrent que cette problématique est importante et que c'est dans leur rôle de l'aborder mais, dans la pratique, cela s'exprime différemment suivant le praticien. Les interventions concrètes sont variées et plus ou moins d'importance est accordée à l'assistant social, qui s'avère un élément essentiel à considérer dans le système de prise en charge. Les praticiens se basent surtout sur leur expérience personnelle, qui se révèle fondée et confirmée par les résultats des études, mais on note tout de même un manque de connaissances à propos de l'impact du cancer sur le travail. Ce manque est d'ailleurs retrouvé au niveau des résultats des études et il mériterait d'être comblé par une recherche plus complète, afin de créer une ressource d'information disponible pour les médecins. Les praticiens mettent en évidence la spécificité de chaque situation et la nécessité de personnaliser la discussion de ce problème, ceci fait qu'ils ont de la peine à imaginer l'utilité de guidelines. Cependant, certains pointent des manques et seraient intéressés par des ressources supplémentaires. À partir de cette étude et du reste de la littérature existante, il sera peut-être possible de développer des outils permettant un meilleur suivi des patients atteints de cancer dans leur rapport au travail.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Hoffman B. Cancer survivors at work: a generation of progress. *CA Cancer J Clin.* 2005 oct;55(5):271–80.
2. Short PF, Vasey JJ, Tunceli K. Employment pathways in a large cohort of adult cancer survivors. *Cancer.* 2005 mars 15;103(6):1292–301.
3. Amir Z, Brocky J. Cancer survivorship and employment: epidemiology. *Occup Med (Lond).* 2009 sept;59(6):373–7.
4. Spelten ER, Sprangers MAG, Verbeek JHAM. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psychooncology.* 2002 avr;11(2):124–31.
5. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol* [Internet]. 2010 janv 28 [cité 2010 déc 2];Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20117019>
6. Verbeek J, Spelten E, Kammeijer M, Sprangers M. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occup Environ Med.* 2003 mai;60(5):352–7.
7. Banning M. Employment and breast cancer: a meta-ethnography. *Eur J Cancer Care (Engl)* [Internet]. 2011 sept 20 [cité 2011 oct 1];Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21933291>
8. Verbeek JH. How can doctors help their patients to return to work? *PLoS Med.* 2006 mars;3(3):e88.
9. Feuerstein M, Todd BL, Moskowitz MC, Bruns GL, Stoler MR, Nassif T, et al. Work in cancer survivors: a model for practice and research. *J Cancer Surviv.* 2010 déc;4(4):415–37.
10. De Boer AG, Taskila T, Tamminga SJ, Frings-Dresen MH, Feuerstein M, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(2):CD007569.
11. Tamminga SJ, de Boer AGEM, Verbeek JHAM, Frings-Dresen MHW. Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review. *Occup Environ Med.* 2010 sept;67(9):639–48.
12. Espace Cancer - Accueil - CHUV - Lausanne - Accompagnement des personnes atteintes du cancer [Internet]. [cité 2011 nov 23];Available from: http://www.espacecancer.chuv.ch/ecc_home/
13. Ligue contre le cancer - En commun contre le cancer - Home [Internet]. [cité 2011 nov 23];Available from: <http://www.krebsliga.ch/fr/>
14. Institut universitaire romand de Santé au Travail - IST : Accueil [Internet]. [cité 2011 nov 23];Available from: <http://www.i-s-t.ch/>

15. Amir Z, Wynn P, Whitaker S, Luker K. Cancer survivorship and return to work: UK occupational physician experience. *Occup Med (Lond)*. 2009 sept;59(6):390–6.
16. Munir F, Yarker J, McDermott H. Employment and the common cancers: correlates of work ability during or following cancer treatment. *Occup Med (Lond)*. 2009 sept;59(6):381–9.
17. Wynn P. Employment and the common cancers: overview. *Occup Med (Lond)*. 2009 sept;59(6):369–72.
18. De Boer AGEM, Frings-Dresen MHW. Employment and the common cancers: return to work of cancer survivors. *Occup Med (Lond)*. 2009 sept;59(6):378–80.
19. Feuerstein M. *Work and cancer survivors*. Springer. New York: Michael Feuerstein; 2009. 350 p.
20. Vidal-Naquet P. *Faire avec le cancer dans le monde du travail*. L'Harmattan. Paris: 2009. 297 p.
21. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit. Rev. Oncol. Hematol*. 2011 févr;77(2):109–30.
22. Brearley SG, Stamataki Z, Addington-Hall J, Foster C, Hodges L, Jarrett N, et al. The physical and practical problems experienced by cancer survivors: a rapid review and synthesis of the literature. *Eur J Oncol Nurs*. 2011 juill;15(3):204–12.
23. Tamminga SJ, de Boer AGEM, Verbeek JHAM, Taskila T, Frings-Dresen MHW. Enhancing return-to-work in cancer patients, development of an intervention and design of a randomised controlled trial. *BMC Cancer*. 2010;10:345.
24. Kyle RG, Culbard B, Evans J, Gray NM, Ayansina D, Hubbard G. Vocational rehabilitation services for patients with cancer: design of a feasibility study incorporating a pilot randomised controlled trial among women with breast cancer following surgery. *Trials*. 2011;12:89.
25. Bains M, Yarker J, Amir Z, Wynn P, Munir F. Helping Cancer Survivors Return to Work: What Providers Tell Us About the Challenges in Assisting Cancer Patients with Work Questions. *J Occup Rehabil [Internet]*. 2011 août 26 [cité 2011 oct 1]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21870065>
26. Böttcher HM, Steimann M, Koch U, Bergelt C. [Return to Work - Experiences and Expectations of Cancer Patients during Inpatient Rehabilitation.]. *Die Rehabilitation [Internet]*. 2011 oct 5 [cité 2011 oct 19]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21976297>
27. Grunfeld EA, Cooper AF. A longitudinal qualitative study of the experience of working following treatment for gynaecological cancer. *Psychooncology [Internet]*. 2010 nov 24 [cité 2010 déc 16]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21105181>
28. Johnsson A, Fornander T, Rutqvist LE, Olsson M. Factors influencing return to work: a narrative study of women treated for breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2010 mai;19(3):317–23.

29. Nilsson M, Olsson M, Wennman-Larsen A, Petersson L-M, Alexanderson K. Return to work after breast cancer: women's experiences of encounters with different stakeholders. *Eur J Oncol Nurs*. 2011 juill;15(3):267–74.
30. Yarker J, Munir F, Bains M, Kalawsky K, Haslam C. The role of communication and support in return to work following cancer-related absence. *Psychooncology*. 2010 oct;19(10):1078–85.
31. Tamminga SJ, de Boer AG, Verbeek JH, Hw Frings-Dresen MH. Breast cancer survivors' views of factors that influence the return-to-work process - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health [Internet]*. 2011 oct 10 [cité 2011 oct 19]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21986836>
32. Sanchez KM, Richardson JL, Mason HRC. The return to work experiences of colorectal cancer survivors. *AAOHN J*. 2004 déc;52(12):500–10.
33. Taskila-Brandt T, Martikainen R, Virtanen SV, Pukkala E, Hietanen P, Lindbohm M-L. The impact of education and occupation on the employment status of cancer survivors. *Eur. J. Cancer*. 2004 nov;40(16):2488–93.
34. Bradley CJ, Neumark D, Luo Z, Bednarek H, Schenk M. Employment outcomes of men treated for prostate cancer. *J. Natl. Cancer Inst*. 2005 juill 6;97(13):958–65.
35. Roelen CAM, Koopmans PC, de Graaf JH, Balak F, Groothoff JW. Sickness absence and return to work rates in women with breast cancer. *Int Arch Occup Environ Health*. 2009 mars;82(4):543–6.
36. Ohguri T, Narai R, Funahashi A, Nishiura C, Yamashita T, Yarita K, et al. Limitations on work and attendance rates after employees with cancer returned to work at a single manufacturing company in Japan. *J Occup Health*. 2009;51(3):267–72.
37. Bradley CJ, Bednarek HL. Employment patterns of long-term cancer survivors. *Psychooncology*. 2002 juin;11(3):188–98.
38. Farley Short P, Vasey JJ, Moran JR. Long-term effects of cancer survivorship on the employment of older workers. *Health Serv Res*. 2008 févr;43(1 Pt 1):193–210.
39. Gudbergsson SB, Fosså SD, Borgeraas E, Dahl AA. A comparative study of living conditions in cancer patients who have returned to work after curative treatment. *Support Care Cancer*. 2006 oct;14(10):1020–9.
40. Syse A, Tretli S, Kravdal Ø. Cancer's impact on employment and earnings--a population-based study from Norway. *J Cancer Surviv*. 2008 sept;2(3):149–58.
41. Ahn E, Cho J, Shin DW, Park BW, Ahn SH, Noh D-Y, et al. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast Cancer Res. Treat*. 2009 août;116(3):609–16.
42. Bradley CJ, Bednarek HL, Neumark D. Breast cancer survival, work, and earnings. *J Health Econ*. 2002 sept;21(5):757–79.

43. Amir Z, Moran T, Walsh L, Iddenden R, Luker K. Return to paid work after cancer: a British experience. *J Cancer Surviv.* 2007 juin;1(2):129–36.
44. Gudbergsson SB, Fosså SD, Dahl AA. A study of work changes due to cancer in tumor-free primary-treated cancer patients. A NOCWO study. *Support Care Cancer.* 2008 oct;16(10):1163–71.
45. Stewart DE, Cheung AM, Duff S, Wong F, McQuestion M, Cheng T, et al. Long-term breast cancer survivors: confidentiality, disclosure, effects on work and insurance. *Psychooncology.* 2001 juin;10(3):259–63.
46. Ahn E, Cho J, Shin DW, Park BW, Ahn SH, Noh D-Y, et al. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast Cancer Res. Treat.* 2009 août;116(3):609–16.
47. Maunsell E, Brisson C, Dubois L, Lauzier S, Fraser A. Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psychooncology.* 1999 déc;8(6):467–73.
48. Rasmussen DM, Elverdam B. The meaning of work and working life after cancer: an interview study. *Psychooncology.* 2008 déc;17(12):1232–8.
49. Chassaing K, Waser A-M. Travailler autrement. Comment le cancer initie un autre rapport au travail ? *Travailler.* 2010;(23):99–136.
50. Maguire P, Brooke M, Tait A, Thomas C, Sellwood R. The effect of counselling on physical disability and social recovery after mastectomy. *Clin Oncol.* 1983 déc;9(4):319–24.
51. Oeffinger KC, McCabe MS. Models for delivering survivorship care. *J. Clin. Oncol.* 2006 nov 10;24(32):5117–24.
52. Bains M, Munir F, Yarker J, Steward W, Thomas A. Return-to-Work Guidance and Support for Colorectal Cancer Patients: A Feasibility Study. *Cancer Nurs [Internet].* 2011 mars 2 [cité 2011 avr 14]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21372705>
53. Pryce J, Munir F, Haslam C. Cancer survivorship and work: symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *J Occup Rehabil.* 2007 mars;17(1):83–92.
54. Taskila T, Lindbohm M-L, Martikainen R, Lehto U-S, Hakanen J, Hietanen P. Cancer survivors' received and needed social support from their work place and the occupational health services. *Support Care Cancer.* 2006 mai;14(5):427–35.
55. Frazier LM, Miller VA, Miller BE, Horbelt DV, Delmore JE, Ahlers-Schmidt CR. Cancer-related tasks involving employment: opportunities for clinical assistance. *J Support Oncol.* 2009 déc;7(6):229–36.
56. Nieuwenhuijsen K, Bos-Ransdorp B, Uitterhoeve LLJ, Sprangers MAG, Verbeek JHAM. Enhanced provider communication and patient education regarding return to work in cancer survivors following curative treatment: a pilot study. *J Occup Rehabil.* 2006 déc;16(4):647–57.

8. ANNEXES

Entretiens

Entretien no. 1 :

Femme, spécialiste FMH en médecine interne, service d'oncologie, hôpital périphérique.

Généralités	Problématique gravissime : pathologie de la personne versus marché du travail de plus en plus tendu. Dépend beaucoup de la profession du patient.
Attitude	Rôle de l'oncologue et de l'assistante sociale. Du médecin, parce que c'est lui qui décide des incapacités de travail. Plutôt rôle de l'oncologue que du généraliste vu que le cancer est plutôt une affection aiguë.
Dépistage	Sujet abordé à la signature des certificats de travail, donc discussion réactualisée très souvent, chaque mois.
Arrêts de travail	Dépend beaucoup du type d'emploi, si flexibilité possible ou non. Évalue d'abord, si la personne est capable de travailler ou pas, ensuite tient compte de l'emploi, des conditions socioprofessionnelles. Donne arrêts tant que la cause est oncologique pure, ensuite ça passe au généraliste.
Interventions	Essaie de trouver stratégie avec le patient. Prend rarement contact avec l'employeur, mais fait propositions, encourage le patient à rentrer en discussion avec l'employeur et voir ce qui est possible d'adapter. Fait attention à ce que le patient ne soit pas pénalisé du point de vue financier. Délègue à assistante sociale (assistante sociale dans l'hôpital ou assistante sociale de la Ligue contre le Cancer) quand le patient ne s'en tire pas, dans les situations complexes. Conseille toujours de rester en contact avec l'employeur, de l'informer de l'évolution. Par rapport aux collègues, dit au patient que c'est à eux de tendre la main, car on ne la leur tendra pas, parce que les gens ont peur.
Situations problématiques	Pas de problème pour se remettre au travail quand cancers chez les tout jeunes, par ex. cancer des testicules, mais devient plus compliqué chez les un peu plus âgés, par ex. chez femmes avec cancer du sein. Moins d'efforts de l'AI si plus âgés. Si longues interruptions de travail, retour au travail très difficile. Le plus difficile est quand la personne a été licenciée entre temps. Problèmes chez patients au chômage, en demande d'emploi, et pour professions très physiques, et professions peu flexibles. Mauvaise tolérance du marché de travail pour des adaptations du type reprise progressive et temps partiels.
Information et connaissances	Patients s'en inquiètent. Essaie d'en discuter avec eux, mais pas de réponses certaines possibles.
Besoins	Brochures: Déjà beaucoup de choses, souvent pas lues, ne remplacent pas contact direct, de plus les gens y lisent ce qu'ils veulent comprendre. Mais

	<p>peut faire gagner du temps.</p> <p>Consultation à l'IST : Non, trop spécifique</p> <p>10 conseils: Propose des bons conseils, qui se font spontanément et si possible, mais qui sont à remettre dans la réalité.</p>
Divers, autres sujets abordés	<p>Démarche de réinsertion de l'AI est bien, mais le problème est qu'il n'y a pas d'ouverture au niveau du marché du travail</p> <p>Ce qui aiderait les patients serait un marché du travail plus souple, alors qu'il devient de plus en plus rigide, concentré sur la rentabilité et la performance.</p> <p>En général, s'il y a demande AI pour des raisons oncologiques, il n'y a pas de difficulté comme dans les cas des dépressions etc. Devient plus délicat quand le patient veut se réorienter alors qu'il pourrait recommencer un travail équivalent.</p> <p>Du point de vue financier, les patients avec un emploi stable sont peu pénalisés, mais il y a plus de problèmes avec les situations de travail particulières, indépendants et temporaires.</p>

Entretien no. 2 :

Homme, FMH médecine interne et oncologie-hématologie, institut multidisciplinaire d'oncologie, clinique privée.

Généralités	<p>Problématique intéressante et importante, car fait partie des interrogations des patients.</p> <p>Le monde du travail actuel est dur pour les gens malades, pression importante, risque de remplacement.</p>
Attitude	<p>S'occupe de toute la partie médicale et s'assure que la question de l'emploi peut être verbalisée dans un endroit où il y a plus de temps pour cela, chez l'assistante sociale de la Ligue contre le Cancer, qui est spécialisée dans cette problématique et peut être la référence. Le médecin a quand même un rôle effectif à cause de la signature des arrêts de travail et certificats de capacité, informations pour assurances, etc. Mais ce n'est pas le rôle du médecin d'être un pivot pour la réinsertion professionnelle. Il a d'autres fonctions, rôle de relais, rôle d'expert médical. Important qu'il puisse déléguer, et qu'il sache à qui déléguer, le problème est quand certains n'utilisent pas ou ne connaissent la Ligue. Un rôle plus proactif dépend des intérêts personnels du médecin.</p>
Dépistage	<p>Sujet abordé à la signature de l'arrêt de travail, et si besoin d'AI.</p>
Arrêts de travail	<p>Discussion autour de l'évaluation du médecin et de la vision du patient de sa capacité de travail, donc variable selon le patient.</p> <p>Question vient d'emblée, ensuite discussion à combien de pourcents.</p> <p>Variations aussi autour du besoin d'AI.</p>
Interventions	<p>Réfère à une assistance sociale de la LVC, présente dans la clinique, quasi systématiquement et précocement dans la prise en charge.</p> <p>Parfois contact avec avocats, spécialistes.</p>

	mais pas de contact avec l'employeur
Situations problématiques	Situations les plus simples : Arrêt de travail seulement temporaire. Situations plus compliquées : Employeurs peu arrangeants, licenciements avant diagnostic ou en cours d'arrêt de travail, intérimaires, frontaliers, emplois non sécurisés (trous dans le filet social), travailleurs internationaux.
Information et connaissances	Incertitude à gérer, situations très différentes. Dépend beaucoup de l'environnement de travail. Problème au niveau du passage des informations, de la circulation des infos, de l'organisation.
Besoins	Brochures : Déjà pas mal d'informations à la LVC, par exemple un livret sur le droit des patients par rapport aux assurances, mais pas assez d'information pour les patients, sur leurs conditions en tant qu'employés par exemple. Serait bien d'avoir quelque chose à donner, d'accessible, quelque chose de plus spécifique. Pas forcément important, mais à développer. Consultation à l'IST : pourrait être bien pour aider les patients.
Divers, autres sujets abordés	AI : Justification à donner pour arrêts de travail répétés mais en général les patients avec un diagnostic de cancer sont soutenus, peu de refus de pertes de gain ou de demande de 2 ^{ème} avis. Réinsertion AI: changement de régime, accent là-dessus, durée des rentes limitée dans le temps donc plus difficile pour patients avec situations chroniques non évolutives, sous pression. Mais c'est positif que cela commence plus tôt. Parfois semble un peu comme un leurre, serait intéressant de voir chiffres réinsertions, taux de succès. Situations délicates : Demandes d'abrogation du secret médical par assurances pertes de gain et autres assurances, qui entraîne perte de contrôle du patient et prise de décisions par des tiers sur interprétation des données.

Entretien no.3 :

Femme, FMH oncologie et médecine interne, service d'oncologie, hôpital périphérique.

Généralités	Deux types de patients : - Patients en chimio préventive, à but curatif, sur une période de 4 à 6 mois, après laquelle les patients se remettent au travail, avec plus ou moins de séquelles. (p.ex cancer du sein) - Patients avec cancer métastatique, cas dans lesquels la situation est plus problématique. Se fait beaucoup au cas par cas parce que dépend patient, métier, maladie, traitements, etc. Questions autour travail sont assez chronophages, rapports d'assurances, etc.
-------------	--

Attitude	L'oncologue a un rôle important dans l'évaluation de la capacité de travail, du temps de récupération. Mais dès que ça devient problématique, délègue à l'assistante sociale, car elle a plus de connaissances, est spécialisée dans ce domaine et fait donc mieux les choses, et parce qu'il y a déjà beaucoup à gérer du point de vue médical.
Dépistage	Aborde le sujet dès la fin du traitement, ou plus tôt si le patient en parle spontanément.
Arrêts de travail	Discute avec les patients de leur vision des choses, parfois doit freiner les patients, parfois les pousser. Parfois temps partiels, retour progressif.
Interventions	Travaille avec une assistante de la Ligue contre le Cancer. Tous les patients qui ont des problèmes financiers ou pratiques sont dirigés vers elle, voit la majorité des patients au moins une fois. Parfois contact avec employeur, pour conseiller retour progressif, arrangements
Situations problématiques	Retour au travail dépend du métier qu'ils avaient avant, plus délicat avec métiers non gratifiants, physiques, peu intéressants..
Information et connaissances	Patients posent des questions, mais difficile à répondre parce que l'impact des traitements est peu prévisible. Ne connaît pas tout le réseau, donc s'appuie sur les compétences de l'assistante sociale, discute beaucoup avec.
Besoins	Brochures : Pourrait être bien pour patients, et aussi pour médecins. Consultation à l'IST : Pas besoin parce que se fait déjà avec assistante sociale, et déjà trop de choses à gérer pour patient. 10 conseils : Il y a déjà beaucoup de choses à gérer dans la partie médicale, prend trop de temps, va trop dans les détails (p.ex faire un plan avec dates précises etc.) certaines choses se font automatiquement et relèvent du bon sens (p.ex retour progressif, contact avec l'employeur et les collègues).
Divers, autres sujets abordés	Réinsertion par AI, utile et positive dans certaines situations, mais pas toujours.

Entretien no. 4 :

Homme, FMH oncologie, centre pluridisciplinaire d'oncologie, hôpital universitaire.

Généralités	Question problématique et importante, surtout pour les gens qui vont survivre à long terme, donc dépend du type de cancer. Important dans le cas des femmes avec cancer du sein, car 80% environ guérissent et veulent ensuite retourner dans la vie active.
Attitude	Rôle du médecin, d'encourager les patients à retrouver une vie aussi normale que possible. Est celui qui prescrit les arrêts de travail, celui qui planifie les traitements et qui peut le mieux informer la patiente sur la maladie et les traitements.

Dépistage	Sujet abordé systématiquement, dès la première consultation. Discute avec la patiente du type de travail qu'elle fait, pour évaluer la situation. Pendant les traitements, le sujet est implicite, à moins que la patiente en parle spontanément. Puis en rediscute à la fin des traitements aigus, lorsque la question du retour au travail devient plus d'actualité.
Arrêts de travail	Renouvelés tous les mois, en discutant avec la patiente de son impression personnelle sur son état et ses capacités. Parfois doit freiner patient, parfois au contraire le pousser.
Interventions	Encourage le patient. Lui conseille de recommencer progressivement pour se tester, mais de ne pas se fixer d'objectifs trop élevés. Le contact avec employeurs et employés se fait souvent automatiquement, mais le conseille aussi. A parfois contacté l'employeur sur la demande de patient, mais en général les discussions d'arrangement de la place de travail (nombre d'heures fixes par jour, déconseiller certaines conditions de travail comme le travail de nuit, etc.) se font à travers le patient. Explique les effets secondaires prévus, comment les gérer, et les prévenir (par ex rester active contre fatigue, etc.) Réfère à l'assistante sociale, quand il y a des problèmes asséurologiques ou quand il y a beaucoup de questions sur ce sujet de la part de la patiente.
Situations problématiques	- Séquelles non objectivables, p.ex fatigue. - Discordances avec la patiente. - Complications au niveau asséurologique, délais et manque de flexibilité, situations limites. - Préjugés et discrimination. - Patient qui change de vision de la vie.
Information et connaissances	Plus simple à prévoir dans le cancer du sein que dans d'autres cancers, plan de traitement plus ou moins fixe sur plusieurs mois. Les différents intervenants du réseau ne sont parfois pas assez connus par certains.
Besoins	Il y a une sorte de creux dans la prise en charge à la fin des traitements. Brochures : D'information pour les patients serait bien, et d'information sur les différentes ressources pour les médecins aussi. IST : Structure très spécialisée de prise en charge des cas plus complexes serait bien. 10 conseils : Applique déjà la plupart des conseils, mais pas systématiquement à chaque fois.
Divers, autres sujets abordés	Réinsertion de l'AI : trop « militaire », donne souvent l'impression au patient qu'on nie ce qu'il a vécu et qu'on veut juste évaluer s'il ment ou pas, donc les braque parfois. Évaluation sommaire et soi-disant objective, peu individualisée.

Entretien no. 5 :

Homme, FMH oncologie-hématologie, centre d'oncologie, hôpital périphérique.

Généralités	Problématique importante. Concerne environ 1/3 des patients, donc les patients avec stade de la maladie pas trop avancé et de moins de 65 ans. Intéressant mais n'est pas préoccupation primaire du médecin (priorité est plutôt sur stade maladie, pronostic, possibilités thérapeutiques). Est peut-être sous-estimé ?
Attitude	Le médecin est la personne la mieux placée pour évaluer la gravité de la maladie et le pronostic. La priorité du médecin est de sortir les gens d'affaire mais aussi de leur donner une qualité de vie aussi bonne que possible, et cela, le travail en fait partie.
Dépistage	Abordé avec tous les patients pour lesquels la question se pose, rapidement, pour faire en sorte que le patient reprenne assez vite ; pour que la durée d'arrêt de travail soit raccourcie, pour raisons sociales, pour que le patient soit rapidement réinséré, et pour raisons psychologiques, pour que le patient ne s'imagine pas que cancer égale invalidité.
Arrêts de travail	Indique quand la reprise à X% sera possible d'un point de vue médical. Le patient essaie et si cela se passe mal, que la reprise n'est pas possible, le patient revient. À ce moment-là, évaluation de pourquoi cela n'a pas été possible, et prolongation éventuelle de l'arrêt de travail. Attention à temps partiel : Spécifier exactement ce que veut dire un 50%.
Interventions	Rassurer, motiver, stimuler, et parfois au contraire freiner, apaiser, cadrer, ralentir. Se prononce sur pronostic, conséquences du traitement, possibilités de réinsertion, remplit formulaires pour l'AI. Pas de contact avec employeurs. Après avoir regardé études, dit conseiller de garder contact avec employeur et avec collaborateur, mais que cela dépend beaucoup du poste Beaucoup de collaboration avec assistantes sociales de la ligue contre le cancer, qui s'occupent de tout ce qui est pratique, sur le terrain, auprès des proches et employeurs, trouvent solutions intermédiaires, négocient avec les employeurs, et s'occupent des aides financières. Quasiment tous les patients en activité professionnelle voient l'assistante sociale.
Situations problématiques	Patient avec manque de motivation (mais rare, en général motivation importante et conservée chez 80% des patients). Parfois pour raisons économiques, patient a reçu son congé avant la fin du traitement, devient plus difficile à réinsérer.
Information et connaissances	Situation assez claire rapidement. Soit palliative, soit curative et retour au travail normalement possible, plus ou moins adapté, selon les effets secondaires des traitements, qui eux ne sont pas trop prévisibles, à évaluer sur le long terme. <i>Sauf certains effets secondaires des chimiothérapies qui sont très spécifiques, par exemple une toxicité des nerfs périphériques qui se manifeste par une perte de la sensibilité des doigts et orteils qui peut entraver durablement la capacité de travail selon le métier.</i>

Besoins	<p>Brochures : Patients ont parfois idées préconçues, mais ne sait pas si brochure changerait vraiment quelque chose. Le dialogue est important surtout.</p> <p>10 conseils : implicitement, ces mesures se font, mais pas de manière aussi planifiée. Peut être utile, mais on peut se passer d'un schéma aussi rigide.</p>
Divers, autres sujets abordés	<p>AI : questionnaire à remplir dès deux-trois semaines d'arrêt de travail, en vue d'une éventuelle invalidité.</p> <p>Patient souvent gêné par cela, avec un effet psychologique négatif sur eux.</p> <p>En général peu de litige, rente invalidité facilement acceptée.</p> <p>Réinsertion AI : contraintes du marché, etc.</p> <p>A notion d'un médecin du travail à la PMU qu'on peut contacter pour une évaluation professionnelle du patient et de ses capacités par rapport au poste. N'en a jamais eu besoin.</p>

Entretien no. 6 :

Homme, spécialiste FMH en médecine générale, installé en cabinet.

Généralités	<i>N'est pas un problème secondaire</i> , mais n'est pas vraiment un problème essentiel; en général les patients très affaiblis ou âgés ne retournent pas au travail et passent à l'AI, ceux qui sont en état pour recommencer à travailler y arrivent assez facilement. Environ deux patients par année dans sa consultation qui rentrent dans cette catégorie.
Attitude	Rôle de l'accompagnateur. Ne perd pas les patients au diagnostic de cancer, au contraire, cela les « fidélise », les voit plus souvent car le généraliste fait la coordination, les contrôles de récidives etc. en plus des consultations de suivi habituelles autres, de plus le patient est souvent plus angoissé, fait plus attention à sa santé.
Dépistage	Thème du travail vite abordé, car dès qu'il y a une incapacité de travail prolongée de trois mois, l'AI enquête sur le besoin de mesures de réinsertion professionnelle.
Arrêts de travail	Un certificat par mois. Dans les premiers temps, certificats plutôt faits par oncologues, ensuite plutôt par généralistes. Discussion sur comment le patient se sent, comment il voit le futur, est-ce que le travail actuel est encore envisageable, etc.
Interventions	Le généraliste apporte un soutien, est quelqu'un que les patients voient régulièrement, à long terme, qui leur explique les traitements etc. et les rassure. Vérifie que ça suit, qu'il y a des rendez-vous, reçoit les différents rapports, au courant de tout ce qu'il se passe, gère effets secondaires, propose changements de traitement par ex. Rare de contacter les employeurs parce que les employés expliquent eux-

	<p>mêmes leur maladie et les employeurs comprennent bien en général.</p> <p>Le contact se garde bien en général, dans grandes entreprises par RH, dans petites par contacts plus personnels. Dit au patient d'amener en main propre son certificat d'incapacité, permet de garder contact, dire où il en est.</p> <p>Pas de rapports avec la ligue contre le cancer, mais en général bien connu des patients par conseil de l'entourage et des oncologues.</p> <p>Médecin du travail consulté seulement si maladie professionnelle</p>
Situations problématiques	<i>Les patients inquiets et angoissés.</i>
Information et connaissances	Essaie d'évaluer avec le patient quel impact physique et psychologique va avoir la maladie sur l'emploi actuel. Évolution très différente selon patient. Ne connaît pas tous traitements, donc en parle avec oncologues, lit dans le compendium, et fonctionne beaucoup par rapport à ce que le patient ressent. Bonne communication avec l'équipe d'oncologie, sont disponibles par téléphone et par écrit, envoient copie des rapports, des labos. L'équipe d'oncologie étant forte, bien organisée, c'est eux qui orientent les patients vers les différentes structures.
Besoins	<p>Guidelines : Trop difficile à faire parce que affections trop différentes et situations patients trop variées</p> <p>Brochures : Déjà bonne information par oncologues, internet, ligue.</p> <p>Consultation à l'IST : Non, suffisamment de ressources disponibles entre l'équipe d'oncologie et la LCC.</p>
Divers, autres sujets abordés	<p>Me parle d'un patient avec Ca hypopharynx, mécanicien-électricien, qui répondit bien aux traitements, bien que très atteint et dénutri, recommença progressivement le travail après plusieurs mois d'absence et de traitements, à 50% puis à 100% deux mois plus tard, fut bien soutenu par un employeur arrangeant et compréhensif.</p> <p>Réinsertion professionnelle précoce de l'AI est positive car les gens doivent se poser assez vite des questions sur l'emploi, se laissent moins aller à attendre de récupérer leurs forces avant de commencer à envisager un retour au travail, motive les gens. Mais souvent décevant parce que la réinsertion en elle-même suit des démarches trop longues, lentes, avec peu de résultat.</p> <p>D'un point de vue financier, d'abord intervention de l'assurance perte de gains puis de l'AI, donc bien pris en charge financièrement, pas de situations financières difficiles, sauf peut-être avec le temps.</p> <p>En général, le cancer fait peur à tout le monde, employeurs comprennent mieux que si dépression par exemple.</p>

Entretien no. 7 :

Homme, spécialiste FMH en médecine générale, installé en cabinet.

Généralités	<p>Le travail est une des grandes parties de l'équilibre de l'être humain. Le terme cancer est vague, polymorphe, dépend du type de cancer, du pronostic.</p> <p>Et il faut aussi distinguer différents types de patients et leurs réactions psychologiques, leur capacité à surmonter les événements.</p> <p>Mais la plupart des gens qui ont survécu retournent au travail, et la plupart des gens sont repris, avec soin, par les employeurs.</p> <p>Gagnant pour la société et gagnant pour le patient : Impression que la reprise du travail améliore le pronostic, et la société a avantage à remettre les gens au travail. Impression qu'on est dans un état social qui se préoccupe encore des gens.</p>
Attitude	<p>Cela rentre dans le rôle du médecin de famille, car il connaît le patient dans sa globalité, sait ce que veut dire le travail pour cette personne, comment est le patron, etc.</p>
Dépistage	<p>La question vient plus ou moins rapidement suivant les patients. Souvent c'est le patient qui dit qu'il veut recommencer. À ce moment-là il faut l'encourager à essayer, le conseiller si problèmes.</p> <p>De toute façon la question est abordée au moment de la signature de l'arrêt de travail, mais commence à en parler surtout après les traitements, au moment de la convalescence.</p>
Arrêts de travail	<p>Dans documentation asséculoologique : tumeur tel type tel stade égale arrêt de travail de tant.</p> <p>Mais en général évaluation se fait, si le patient peut recommencer ou s'il faut adapter. Comment le patient voit l'avenir etc.</p> <p>Spécialiste donne un cadre, arrêt de travail jusqu'à tant, puis à voir avec le généraliste.</p> <p>Certains patients n'arrêtent pas le travail.</p>
Interventions	<p>Beaucoup d'accompagnement, écoute, soutien, encouragements.</p> <p>Envoie vers structure d'oncologie, mais essaie de rester informé. Dit au patient de venir chaque mois pour raconter, ce qui permet d'expliquer les choses non-comprises, rassurer, intervenir si le patient se sent mal suivi, etc.</p> <p>Au début les patients pensent qu'ils ne vont plus jamais pouvoir retravailler. Il faut les rassurer. Le soutien est fondamental, il faut redonner envie, montrer qu'il est possible de retravailler.</p> <p>Contrôles de suivi de récurrence.</p> <p>Repérer un état dépressif réactionnel.</p> <p>Traitement des effets secondaires (anti-nausées, perruques, régime)</p> <p>Parle souvent avec l'employeur selon consentement du patient, pour l'informer et conseiller des adaptations.</p> <p>Adaptations sur le lieu de travail en collaboration avec RH, reclassement (en faisant faire plus d'administratif par ex.), plus facile dans les grandes entreprises.</p> <p>Peu de contacts avec la LVC, mais contacts avec services sociaux, ORP,</p>

	<p>AI.</p> <p>Médecin du travail consulté seulement si maladie professionnelle</p>
Situations problématiques	<p>Dépend de l'intérêt, des conditions de travail. Si travail peu attractif, patient moins motivé. Dépend aussi parfois du patron, du type de structure (administrations et boîtes qui marchent au rendement, où dès que quelqu'un devient moins rentable, on s'en débarrasse) mais en général, plutôt une bonne expérience.</p> <p>Dépend des gens, ceux qui disent qu'ils veulent attendre d'être guéris pour recommencer, sont en général ceux qui ne veulent pas recommencer et avec qui ça devient plus compliqué</p>
Information et connaissances	<p>Les patients demandent, s'inquiètent de s'ils vont pouvoir recommencer, quand et comment, mais il est difficile de leur répondre.</p> <p>Le plus important n'est pas de tout savoir mais de savoir jusqu'où on sait et de demander ensuite.</p> <p>Communication avec spécialistes a fait beaucoup de progrès, reste quand même assez dépendante de l'individu, mais se passe bien avec la majorité des spécialistes.</p> <p>Chaque généraliste se fait son réseau, un hôpital de référence, des spécialistes, des associations, etc.</p>
Besoins	<p>Brochures : Il y a déjà beaucoup d'informations sur Internet, sur sites ORP, détection précoce AI.</p> <p>L'information doit être donnée à la personne que ça concerne, donc de trop grandes généralités ne sont pas très utiles. Il faudrait une brochure différente pour chaque métier.</p> <p>Consultation à l'IST : non pour consultation, mais devraient venir donner cours à la formation post-grade des généralistes.</p> <p>10 conseils: Un peu carré, se fait automatiquement. Soit on le fait déjà, soit on ne le fait pas de toute façon.</p>
Divers, autres sujets abordés	<p>Me parle d'un patient, avec séminome à 20 ans, reprise travail normale. Récemment, adénome tubuleux avec haut degré de dysplasie, traitement par colostomie, il y a 6 mois, reprise du travail après seulement 3 semaines d'arrêt.</p> <p>Mesures AI : détection précoce, reclassement. Après 31 jours d'arrêts de travail, annonce possible à la détection précoce, et évaluation des possibilités de reclassement. Bonne démarche de l'AI, mais encore améliorable.</p>

Entretien no. 8 :

Homme, spécialiste FMH en médecine générale, installé en cabinet.

Généralités	<p>Problématique peu importante dans sa consultation car les patients concernés sont peu nombreux. N'a pas en tête de situation où des gens en âge, en état, et avec la volonté de travailler, ont été exclus du marché du travail. Grande majorité des patients sont des femmes avec cancer du sein, avec bon pronostic, pour qui la question ne se pose pas vraiment car la majorité retourne facilement au travail (Si dans l'âge professionnel, mais chez les généralistes le diagnostic se fait souvent chez les patientes d'un âge avancé, car chez les plus jeunes le diagnostic se fait plutôt par gynécologues). Sinon quelques cas de cancers plus grave (poumon, pancréas) avec en général un âge plus avancé.</p> <p>N'a pas l'impression que le corps médical se désintéresse du problème, n'a jamais eu de plaintes par patients. Parfois difficulté d'intégrer pression assurances et société, et bienfaisance pour patients.</p>
Attitude	Plutôt rôles des oncologues car question qui doit être abordée tôt, or au début du traitement les patients échappent un peu aux généralistes.
Dépistage	<p>Si avait patient concerné, la question serait abordée parce que élémentaire dans prise en charge et le patient en parlerait.</p> <p>Trouve que la question doit être abordée vite sachant qu'un long arrêt de travail mène à une reprise plus difficile. Devrait être abordée dans premières consultations oncologiques, après l'étape de sidération du diagnostic. Permet aussi de dédramatiser, donc intéressant sur le plan psychothérapeutique.</p>
Arrêts de travail	<p>Se fait par l'oncologue, parce que le suivi est régulier.</p> <p>Conseille souvent un retour à 50%.</p>
Interventions	<p>Espace de discussion à visée plutôt psychothérapeutique. Patient posent questions, reviennent sur le sujet, demandent avis. Accompagnement qui dépend du patient, de sa demande, de la qualité de la relation.</p> <p><i>Gérer relation avec les autres: avertit le patient que ce sera difficile, parce que c'est une bonne chose de parler de son diagnostic autour de soi, avec l'employeur et les collègues, mais qu'en même temps, il y a un risque de stigmatisation sociale</i></p> <p><i>Est parfois confronté à un téléphone d'un employeur, démarche délicate. Peut tenter de trouver un poste adapté, mais difficile car employeur n'est pas toujours coopérant. Le médecin le fait donc toujours avec réserve, bien sur avec l'accord du patient.</i></p> <p>Soin des pathologies préalables, intercurrentes, et des complications.</p>
Situations problématiques	<p>Si motivation basse, dépend du type de travail, de la pénibilité. En cas de résiliation du contrat de travail durant maladie, mais est peu fréquent.</p> <p>Difficile de retourner au travail après long arrêt de travail, chimio, perte de cheveux etc., et si asthénie résiduelle</p>
Information et connaissances	<p>Au début du traitement, on ne sait pas comment le patient va réagir.</p> <p>Assez d'information par les oncologues qui font les choses de manières très complète.</p>
Besoins	Brochures : Pas besoin, doit être abordé soit par médecin traitant, soit par

	<p>oncologue au début de la prise en charge, et s'il y a problème, par l'assistante sociale. La relation professionnelle est plus importante qu'une brochure, plus psychothérapeutique, doit être pris globalement dans la relation médecin-patient.</p> <p>Brochures n'améliorent pas les choses, on en reçoit tellement, et la plupart des gens ne les lisent pas. Les médecins aussi sont envahis de littérature.</p> <p>10 conseils: Intéressants, a l'avantage de mettre différents points sur papier, mais n'empêche pas qu'il faut discuter au cas par cas.</p>
Divers, autres sujets abordés	<p>Demandes de réinsertion précoce : Ne s'adresse pas trop aux patients cancéreux, parce que met trop de temps pour se mettre en route, plus adapté aux lombalgies.</p> <p>A l'impression que patients lui échappent parfois, suivant la relation avec l'oncologue. En général, il y avait une bonne collaboration avec le service d'oncologie (prises de sang et contrôles se faisaient chez généralistes), mais se fait un peu moins.</p>

Plan de dix conseils pour le retour au travail (traduit de Nieuwenhuijsen et al., Enhanced provider communication and patient education regarding return to work in cancer survivors following curative treatment: A pilot study.)

1. Fixez un rendez-vous avec votre médecin du travail.
2. Restez en contact avec votre employeur.
3. Restez en contact avec vos collègues.
4. Faites un planning de retour au travail avec votre supérieur et votre médecin.
5. Recommencez à travailler avant d'être complètement remis, mais commencez à temps partiel.
6. Assurez-vous qu'il soit défini dans votre planning de retour au travail : la date du premier jour de retour à temps réduit, le nombre d'heures prévues, quels jours de la semaine seront libres, les tâches prévues, l'évolution précise de l'augmentation du nombre d'heures et de tâches, et la date de retour au travail définitif à temps complet.
7. Les patients reçoivent des informations sur le pronostic à propos du retour au travail.
8. Évaluez le planning toutes les deux semaines avec votre superviseur.
9. Prévoyez un autre planning moins ambitieux, au cas où le premier ne fonctionnerait pas.
10. Les patients reçoivent un exemple de planning.