

« Répercussions du cancer sur la vie professionnelle de 400 salariés d'Ile-de-France »

Rapport Intermédiaire

Juin 2008

Convention ARC n° 8406
Convention INCa n°07/3D1418/IASH-28-1/NC-NG

Sommaire

Sommaire	2
I. Objectifs de la recherche et équipe de recherche	4
1. Questions préliminaires	4
2. Objectifs généraux et opérationnels	5
3. Perspectives	5
4. Une recherche pluridisciplinaire	5
Tableau 1 : Localisation des cancers enregistrés dans la population suivie par les médecins du travail du SMTOIF depuis 1991	6
5. Bibliographie	7
II. Rappel du protocole d'enquête et du calendrier initial	8
1. Une enquête quantitative et une enquête qualitative	8
1.1. Première phase : enquête quantitative	8
1.2. Seconde phase : enquête qualitative	9
2. Calendrier initial	9
III. État d'avancement de la recherche	10
1. Constitution du Comité de Pilotage et calendrier de l'étude (janvier 2007)	10
Tableau 2 : Récapitulatif des phases de la recherche par rapport au calendrier	10
2. Recensement des cas de cancer selon les critères d'inclusion dans l'étude (janvier à juin 2007)	11
3. La construction des questionnaires (janvier à juin 2007)	11
3.1. Le questionnaire médecin du travail	12
3.2. Le questionnaire salarié n°1	12
3.3. Le questionnaire salarié n° 2	13
4. Validation des questionnaires (juin à septembre 2007)	14
4.1. Questionnaire médecins du travail	14
4.2. Questionnaires salariés	14
4.3. Validation des questionnaires salariés	14
5. Conduite de l'enquête par questionnaire (octobre 2007 à mars 2008)	14
5.1. Accord de la CNIL	14
5.2. Recueil du consentement du salarié et respect de la confidentialité	14
5.3. Bilan des dossiers envoyés	15
5.4. Bilan des questionnaires retournés	15
Schéma 1 : Bilan de l'enquête par questionnaire	15
IV. Premiers résultats de l'analyse quantitative	16
1. Caractéristiques socio-démographiques de la population de l'étude (n=402)	16
Tableau 3 : Répartition des cas de cancer dans la population de salariés	16
Tableau 4 : Localisation du cancer chez les salariés auxquels aucun questionnaire n'a été envoyé	17
Tableau 5 : Catégories socio-professionnelles des salariés auxquels aucun questionnaire n'a été envoyé	18
2. Les médecins du travail à l'articulation de la trajectoire de soins et du parcours professionnel	18
2.1. Qui sont les médecins investigateurs ?	18
2.2. Des possibilités de collaboration relativement nombreuses mais qui ne sont pas systématiquement mobilisées	18

Tableau 6 : « Oui, je pouvais bénéficier pour ce salarié de la collaboration... »	19
2.3. De faibles liens entre les structures de soins et les médecins du travail	19
2.4. Le suivi de moyen terme de la réintégration professionnelle	20
3. Les salariés ayant repris le travail qui ont répondu au questionnaire salarié n°1 (n=286)	21
3.1. Profil socio-démographique des répondants au questionnaire salarié 1	21
a) Répartition par sexe, âge et CSP (Catégorie Socio Professionnelle)	21
Tableau 7 : Répartition de la population par sexe et par âge	21
Tableau 8 : Répartition de la population par sexe et CSP	22
Tableau 9 : Répartition de la population par âge et CSP	23
b) Vie familiale	24
c) Localisation du cancer	24
Tableau 10 : Répartition des cas de cancer parmi les répondants au questionnaire salarié n°1	25
d) Type de traitements reçus et durée des traitements	25
e) Etat de santé perçu	26
3.2. Des trajectoires professionnelles relativement stables mais un futur incertain	26
a) Niveau de diplôme et accès à la formation	26
b) Intégration dans l'emploi	27
c) Perspectives d'avenir	29
Tableau 11 : Souhaits pour le poste actuel en fonction de la CSP	32
Tableau 12 : Souhaits pour le poste actuel en fonction de l'âge	32
3.3. L'impact de la maladie sur l'emploi en général	33
Tableau 13 : Sentiment d'avoir été pénalisé dans l'emploi à cause de la maladie en fonction du sexe	33
Tableau 14 : Sentiment d'avoir été pénalisé dans l'emploi à cause de la maladie en fonction de la CSP	33
Tableau 15 : Sentiment d'avoir été pénalisé dans l'emploi à cause de la maladie en fonction de l'âge	34
Tableau 16 : Sentiment de devoir faire ses preuves, plus qu'avant, au travail, en fonction du sexe	34
Tableau 17 : Sentiment de devoir faire ses preuves, plus qu'avant, au travail, en fonction de la CSP	34
Tableau 18 : Sentiment de devoir faire ses preuves, plus qu'avant, au travail, en fonction de l'âge	35
4. Conclusion	36
V. Organisation de la phase qualitative de l'étude	37
VI. Hypothèses et premiers éléments d'analyse sociologique	39
1. Introduction	39
Encadré 1 : Méthodologie	40
2. Différents types d'aménagements des postes de travail au moment du retour	40
Tableau 19 : Typologie des aménagements de la charge de travail	43
3. Des aménagements qui relèguent les travailleurs à la périphérie de leur monde social d'entreprise ?	45
Encadré 2 : « Quand j'ai voulu reprendre mon travail, je me suis aperçue qu'on n'avait plus besoin de moi. »	46
4. Confrontation des hypothèses aux données empiriques	49
4.1. L'effet du « travailleur en bonne santé »	49
4.2. Des aménagements qui matérialisent une perte de contrôle sur le réel	50
Encadré 3 : impact du cancer d'une salariée sur son manager	50
5. Conclusion provisoire	52
6. Bibliographie	52
VII. Ce qu'il reste à faire	55
VIII. Annexes	56
1. Annexe financière	56
2. Dossier « Médecin investigateur »	56

I. Objectifs de la recherche et équipe de recherche

1. Questions préliminaires

L'objectif principal de cette recherche est d'analyser les évolutions de la situation professionnelle des salariés atteints d'un cancer et d'en étudier les déterminants par une enquête auprès des salariés(es) et des médecins du travail responsables de leur suivi professionnel.

Les informations aujourd'hui accessibles sur la situation des salariés porteurs d'un cancer sont des données très générales qui rend difficile la construction d'un descriptif d'accompagnement adapté. Ainsi, l'enquête de la Drees réalisée en 2004 auprès de 4460 personnes ayant eu un diagnostic de cancer deux ans avant l'enquête et sélectionnées parmi les bénéficiaires de l'Allocation Longue Maladie, permettait d'avoir une vision des problèmes rencontrés dans la vie professionnelle et plus largement les difficultés économiques vécues par les personnes deux ans après la découverte d'un cancer. Elle montrait que deux patients sur dix avaient perdu leur emploi dans les deux ans suivant le diagnostic, et apportait des précisions sur leur statut dans l'entreprise pour ceux qui avaient conservé leur emploi (Le Corroller-Soriano et alii, 2006 ; Malavolti et alii, 2006). Cependant, elle ne permet pas de décrire les mouvements et les évolutions de la situation des salariés dans le temps ni de suivre le trajet professionnel de chacun d'entre eux.

Nous avons relevé un certain nombre de problèmes pointés par cette étude qui gagneraient en pertinence en étant plus précisément décrits et quantifiés. La pénalisation dans la carrière, le licenciement peuvent être perçus par les salariés comme des conséquences de leur maladie (Maunsell et alii, 2004). Qu'en est-il exactement ? Disposant des observations des médecins du travail et de celles des salariés, nous pourrions croiser les points de vue et faire la part de la subjectivité. En outre, certaines personnes continuent à travailler pendant toute la durée de la prise en charge de leur maladie (15% dans l'enquête Drees). D'autres prolongent les arrêts de travail. Existe-t-il des déterminants qui nous permettraient d'identifier ces différences d'attitude ?

Par ailleurs la personne qui travaille est en relation, du fait de sa maladie, avec différentes structures (lieu des soins, lieu du travail, protection sociale) entre lesquelles, à priori, il n'y a pas convergence d'intérêt et donc peu le souci d'une réflexion commune. Or, passer d'un lieu à un autre revient, pour cette personne, à passer d'un mode de fonctionnement à un autre, d'un système logique à un autre et peut induire une sensation déstabilisante de discontinuité. Les patients parlent déjà du sentiment d'une perte d'identité du fait de la maladie, il semblerait qu'elle soit affectée dans ses multiples aspects (Ricoeur, 1990).

L'enquête que nous proposons de mener apportera des éclairages nouveaux et complètera l'étude conduite par la Drees. Nous proposons ainsi d'affiner les connaissances apportées par l'enquête « ALD Cancer » de la Drees par la collecte de données originales au moyen d'outils quantitatifs et qualitatifs.

L'objectif est d'interroger 400 salariés volontaires suivis par 100 médecins du travail en 2005 et 2006 à l'aide d'un auto questionnaire détaillé sur les trois étapes de la prise en charge de leur maladie, de l'établissement du diagnostic à la reprise du travail et la réintégration dans l'entreprise. Un questionnaire supplémentaire sera également rempli par le médecin du travail apportant des éléments complémentaires sur la situation du salarié dans l'entreprise. L'étude qualitative sera réalisée à l'aide d'une grille d'entretiens semi directifs.

2. Objectifs généraux et opérationnels

L'objectif général de la recherche est d'analyser les évolutions de la situation professionnelle des salariés atteints d'un cancer et d'en étudier les déterminants par une enquête auprès de salariés (es) et de médecins du travail responsables de leur suivi professionnel. Cet objectif général peut se décliner en plusieurs objectifs secondaires. Il s'agit, notamment :

- D'avoir une connaissance plus précise des difficultés des salariés ayant un cancer à travers l'étude de différentes trajectoires individuelles ;
- De repérer les moments les plus critiques pour lesquels un accompagnement pourrait être réfléchi et proposé ;
- De sensibiliser les professionnels de santé (médecins du travail, médecins traitants, équipes de soins en cancérologie) aux difficultés rencontrées par les patients qui travaillent et proposer la construction d'outils simples de repérage de ces difficultés.

D'un point de vue opérationnel, il s'agit d'analyser les retentissements de la maladie sur le travail au cours de trois étapes où la trajectoire de la maladie heurte la trajectoire professionnelle :

- Du moment allant du diagnostic à l'établissement du plan de traitement ;
- Lors de la prise en charge thérapeutique (souvent prolongée par des traitements adjuvants) ;
- Lors du retour au travail (la « réinsertion »).

3. Perspectives

Trois retombées majeures sont attendues de ce travail :

Diffusion de connaissances auprès des professionnels de santé (médecins du travail, équipes en cancérologie, médecins traitants) afin de transformer leur compréhension de ce que disent et vivent leurs patients. L'amélioration de la prise en charge des cancers passe en effet par une meilleure compréhension des situations auxquelles sont confrontés les patients.

Mise en place d'un dispositif de soutien et d'accompagnement des personnes ayant un cancer, extensible aux pathologies chroniques, pour faciliter leur retour au travail et leur maintien dans un emploi en conformité avec leurs compétences ou leurs possibilités.

Evaluer l'évolution des situations des personnes atteintes de cancer dans leur milieu professionnel après la mise en place d'actions de soutien.

4. Une recherche pluridisciplinaire

Le médecin du travail qui suit une population de 1500 à 3000 salariés annuellement, est régulièrement confronté à la survenue de cas de cancers, sa position lui permettant souvent d'avoir un rôle actif dans le diagnostic précoce ou le dépistage de cancers.

En 1991, le programme « L'Europe contre le Cancer » a choisi pour thème la Prévention du cancer et la Promotion de la Santé sur le lieu de Travail, et une conférence nationale sur ce thème était organisée sous l'égide de la Ligue Nationale Contre Le Cancer, impliquant de nombreux professionnels de la Santé dont un grand nombre de médecins du travail. C'est de cette année 1991 que date la collaboration entre la Société de Médecine du

Travail Ouest Ile de France (SMTOIF), réunissant 500 médecins du travail, et le Service d'Epidémiologie de l'Institut Curie, avec pour objectif, dans un premier temps, de recenser la nature des cancers (localisations rencontrées, stade, facteurs de risque) dans une population de salariés, dont la moyenne d'âge est de quarante ans, et dont les effectifs sont tronqués après soixante ans.

Ainsi s'est mis en place depuis 1991, de façon prospective, un enregistrement des cas de cancer en entreprise, impliquant une cinquantaine de médecins du travail volontaires. Chaque médecin du travail est confronté annuellement à 3 ou 4 cas de pathologie cancéreuse, et la réunion de ces cas a permis de constituer à ce jour une base de données portant sur 2256 cas de cancers (tableau 1 ci-après).

Tableau 1 : Localisation des cancers enregistrés dans la population suivie par les médecins du travail du SMTOIF depuis 1991

code	LOCALISATIONS DES 2256 CANCERS REPERTORIES	effectif	H	F	age moyen
15	Tumeur maligne du sein	741	4 (0,47%)	737 (52,42%)	48
10	Tumeur maligne de la trachée, bronches et poumon	178	141 (16,59%)	37 (2,63%)	50
16	Tumeur maligne de l'utérus	159	0	159 (11,31%)	43
5	Tumeur maligne de l'intestin	144	87 (10,24%)	57 (4,05%)	51
14	Tumeur maligne de la peau (baso ou spino)	130	56 (6,59%)	74 (5,26%)	48
30	Tumeur maligne de la peau (mélanomes)	88	44 (5,18%)	44 (3,13%)	43
24	Tumeur maligne de la thyroïde	83	17 (2%)	66 (4,69%)	42
26	Autres tumeurs malignes tissus lymph. et histiocy.	82	47 (5,53%)	35 (2,49%)	47
18	Tumeur maligne de la prostate	65	65 (7,60%)	0	56
21	Tumeur maligne autres organes génito-urin.	53	48 (5,65%)	5 (0,36%)	36
20	Tumeur maligne du rein et org. urinaires autres	52	38 (4,47%)	14 (1%)	48
17	Tumeur maligne ovaire et autres annexes	51	0	51 (3,63%)	44
28	Leucémies	48	31 (3,65%)	17 (1,21%)	48
1	Tumeur maligne de la cavité buccale	48	37 (4,35%)	11 (0,78%)	49
9	Tumeur maligne du larynx	42	38 (4,47%)	4 (0,28%)	49
19	Tumeur maligne de la vessie	35	32 (3,76%)	3 (0,21%)	54
22	Tumeur maligne de l'encéphale	34	22 (2,59%)	12 (0,85%)	47
25	maladie de Hodgkin	32	18 (2,12%)	14 (1%)	37
7	Tumeur maligne parties autres app. digest	27	17 (2%)	10 (0,71%)	50
4	Tumeur maligne de l'estomac	24	16 (1,88%)	8 (0,57%)	50
6	Tumeur maligne du pancréas	22	17 (2%)	5 (0,36%)	47
2	Tumeur maligne du pharynx	18	16 (1,88%)	2 (0,14%)	48
23	Tumeur maligne de siège autre et sans précision	17	8 (0,94%)	9 (0,64%)	43
3	Tumeur maligne de l'œsophage	15	13 (1,53%)	2 (0,14%)	50
12	Tumeur maligne des os et cartilages art.	15	10 (1,18%)	5 (0,36%)	45
27	Myélome multiple et tumeurs immunoprolifératives	13	5 (0,59%)	8 (0,57%)	47
11	Tumeur maligne parties app. resp et org. thorac	12	7 (0,82%)	5 (0,36%)	52
8	Tumeur maligne des cavités naso-sinusiennes	10	8 (0,94%)	2 (0,14%)	48
29	Tumeurs évol. Imprévisible et de nature inconnue	9	4 (0,47%)	5 (0,36%)	48
13	Tumeur maligne tissu conj. et autres tissus mous	9	5 (0,59%)	4 (0,28%)	46

2256 850 (37,7%) 1406 (62,3%)

Ce tableau montre que, compte tenu du jeune âge de la population suivie, l'épidémiologie des cancers survenant en période d'activité professionnelle est très éloignée des chiffres que l'on connaît dans la population générale. Les cancers féminins sont plus nombreux que les cancers masculins, alors que le sex-ratio de la population salariée suivie

était de 1. Ce chiffre n'a rien d'étonnant (il est également retrouvé dans l'étude de la Drees) car l'incidence des cancers reste plus élevée chez la femme que chez l'homme jusqu'à 45 ans environ (Inserm, 2003).

Le cancer le plus fréquemment rencontré est le cancer du sein (741 cas soit 52% des cancers féminins et 33% du total). Compte tenu de leur âge de survenue, les cancers du poumon (178 cas, soit 8% du total) et les cancers colorectaux (144 cas, soit 6% du total) sont beaucoup moins nombreux dans cette population. Les cancers de l'utérus (159 cas) représentent 11% des cancers féminins.

Cette enquête nous montrait également que le médecin du travail était directement à l'origine du quart des diagnostics de cancer, et qu'il permettait dans 7 cas sur 10 l'activation d'une stratégie de dépistage ou l'établissement d'un diagnostic précoce (par exemple face à une toux persistante chez un fumeur).

Devant l'importance du cancer du sein, le groupe mettait en place une enquête de terrain afin d'évaluer le suivi mammographique des salariées et le respect des préconisations Européennes en matière de dépistage des cancers du sein, portant sur plus de 5000 salariées.

Le panel d'entreprises représentées au sein de la SMTOIF est très vaste, les médecins de la société exerçant pour moitié en services médicaux inter-entreprises (ACMS, AMETIF... allant de la micro-entreprise à des entreprises de 500 salariés), et pour moitié en services médicaux autonomes (attachés à une ou deux grosses entreprises).

L'expérience et l'implication de la SMTOIF dans le domaine de la cancérologie, le travail collaboratif mené avec le service d'Epidémiologie de l'Institut Curie, ses liens avec les autres Sociétés de médecine du travail, nous ont naturellement conduits à déposer un projet dans le cadre de l'appel d'offre de l'INCa de 2006. Nous nous sommes entourés pour la conduite de ce projet, par définition pluridisciplinaire, des compétences du service de psycho-oncologie de l'Institut Curie (Anne Brédart), de la Maison des Patients du Centre René Huguenin (Monique Sevellec), et de Guillaume Huyez, sociologue, chercheur associé au Centre d'Etudes de l'Emploi et au Centre de Recherches et d'Intervention Sociologiques de l'Université de Liège.

5. Bibliographie

- Le Corrolier-Soriano Anne-Gaëlle, Malavolti Laëticia, Mermilliod Catherine, Groupe d'étude ALD Cancer, 2006. « Les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic », *Études et Résultats*, n° 486, 12p.
- Malavolti Laëticia, Mermilliod Catherine, Bataille Philippe, Compagnon Claire, Moatti Jean-Paul, Groupe d'étude ALD Cancer, 2006. « Situation professionnelle et difficultés économiques des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic », *Études et Résultats*, n° 487, 8p.
- Maunsell Elizabeth, Drolet Mélanie, Brisson Jacques, Brisson Chantal, Mâsse Benoit, Deschênes Luc, « Work situation after breast cancer : results from a population-based study », *Journal of Cancer Institute* Vol. 96 n° 24, 15 décembre 2004, p.1813-1822.
- Ricoeur Paul, 1990, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil.
- INSERM, 2003, *Évolution de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000*. Éditions INSERM.

II. Rappel du protocole d'enquête et du calendrier initial

1. Une enquête quantitative et une enquête qualitative

L'enquête prévoyait deux phases : une phase quantitative par questionnaire et une phase qualitative conduite par entretiens.

1.1. Première phase : enquête quantitative

La première phase du projet aura comme objectif de constituer les outils nécessaires à la réalisation de l'enquête et à les tester dans le cadre d'une étude de faisabilité. Le questionnaire de l'enquête de la Drees pourrait constituer un point de départ, certains points en seront supprimés et d'autres approfondis.

Ce questionnaire doit porter sur trois périodes : au moment du diagnostic, pendant les traitements, après les traitements. Il doit permettre de recueillir les éléments suivants :

- *Période entre l'évocation du diagnostic et le début du traitement :*
Durée de cette période ; possibilité de se rendre aux rendez vous sans pénalisation ; effets sur les relations avec la hiérarchie, avec l'équipe.
- *Période de prise en charge thérapeutique :*
Durée de cette période ; le travail durant cette période (continu, intermittent ?) ; les conditions financières (prise en charge totale, partielle), le remplacement ; les liens avec l'équipe de travail durant cette phase.
- *Période de réinsertion post-thérapeutique :*
Interruption du contrat de travail (invalidité, licenciement, préretraite) ; si retour à l'emploi, selon quelle modalité (temps plein ? Mi-temps thérapeutique ?) ; retour dans le même emploi, avec le même salaire et le même plan de carrière ou non ; qualité des relations avec la hiérarchie et avec l'équipe ; la satisfaction au travail ; la modification des représentations ; l'état psychologique par rapport au travail (Stress, Anxiété, Dépression) ; le retentissement sur la vie familiale ; la qualité de vie globale.
- *Seront également recueillis certains déterminants permettant d'analyser les réponses aux questions précédentes :*
Le sexe et l'âge ; la localisation du cancer (sein... classification simplifiée R9), la structure de prise en charge (CHU, CLCC, autres hôpitaux, secteur privé) ; la catégorie socio-professionnelle et le niveau d'étude ; le niveau de responsabilités dans l'emploi ; le secteur d'activité (sécurité de l'emploi ?) ; la taille de l'entreprise et de l'équipe de travail (isolement au travail ?) ; la proximité entre domicile, lieu de travail et lieu de soins ; la pénibilité du travail.

En plus du questionnaire adressé aux salariés, les médecins du travail rempliront également un questionnaire pour chaque cas de cancer recensé qui permettra d'appréhender la vision du professionnel sur la réinsertion du salarié, les éventuels problèmes posés au sein de l'équipe et avec la hiérarchie... Il décrira en outre l'aménagement éventuel du poste de travail, des horaires du salarié etc.

1.2. Seconde phase : enquête qualitative

La phase d'enquête qualitative se fera à partir de l'analyse de contenu d'entretiens semi-directifs conduits sur le modèle du « récit de vie ». Les grilles d'entretien reprendront les trois moments de la prise en charge tels que précédemment décrits. Cependant, nous privilégierons le recueil d'informations sur la reprise du travail.

Nous porterons attention aux bouleversements psychiques, au réaménagement de la relation à soi et au monde, au sens de la vie et par conséquent au sens du travail.

Nous interrogerons la personne sur sa perception de son environnement de travail ainsi que sur sa perception de l'avenir.

Une sélection de patients volontaires (entre 30 et 50) sera réalisée parmi les répondants à l'auto-questionnaire. Les différentes tranches d'âge seront représentées et le quota homme/femme respecté.

2. Calendrier initial

L'ensemble du projet doit être réalisé en deux ans.

- *Une première étape de 6 mois sera nécessaire pour :*
La réalisation des questionnaires (nécessité de réunions pluridisciplinaires médecins du travail, psychologues, sociologues, épidémiologistes) ; le test de ces questionnaires (faisabilité sur un échantillon d'une dizaine de patients) ; l'établissement et la validation des grilles d'entretien ; le recensement des patients susceptibles de rentrer dans l'enquête, leur information et la demande de consentement ; les démarches vis-à-vis de la CNIL.
- *L'Enquête elle-même sera réalisée sur un an. Cette phase comprend :*
L'envoi des auto-questionnaires (récupération, relances ...), recueil des questionnaires médecin du travail : cette étape devrait durer 3 mois environ. La saisie des questionnaires, afin de permettre rapidement la conduite des entretiens semi directifs, phase qui devrait s'étaler sur 9 mois. Pendant la conduite des entretiens, l'analyse statistique des questionnaires pourra débiter.
- *Analyse complète des résultats : cette dernière étape devant durer 6 mois :*
Confrontation des analyses quantitatives et qualitatives ; préparation et édition du rapport final.

Un bilan intermédiaire sera réalisé à la fin de la première année, présentant les outils réalisés, les résultats de l'étude de faisabilité, ainsi que l'état d'avancement des inclusions. Le rapport définitif sera établi pour la fin de la deuxième année du projet.

Le présent rapport intermédiaire va au-delà des engagements pris lors de l'acceptation du projet par l'INCa et l'ARC comme on le verra par la suite.

III. État d'avancement de la recherche

1. Constitution du Comité de Pilotage et établissement du calendrier de l'étude (janvier 2007)

Un Comité de Pilotage élargi de l'étude a été constitué autour des responsables du projet. Il est composé : du coordonnateur de l'étude (un médecin épidémiologiste) qui assure la validité méthodologique, de trois médecins du travail de secteurs d'activité différents, d'une psychosociologue travaillant auprès de personnes atteintes de cancer, d'un sociologue spécialisé sur les questions liées à l'emploi et au travail ainsi que d'une Assistante d'Etudes Cliniques, qui assure la logistique de l'étude.

Dans un second temps, deux anciens patients sont venus renforcer ce comité, apportant la contribution des salariés.

Le Comité dispose en outre du soutien d'une psychologue clinicienne spécialiste des enquêtes d'opinion des patients et de la contribution d'une statisticienne qui réalise l'analyse des données quantitatives.

Depuis l'acceptation du projet par l'INCa et l'ARC, le Comité de Pilotage de l'étude s'est réuni 20 fois entre le 5 janvier 2007 et le 3 mars 2008, notamment pour élaborer les questionnaires.

Deux réunions ont été organisées avec les médecins du travail investigateurs. Une première fois le 22 mars 2007 afin de leur présenter les objectifs et la méthodologie de l'enquête peu après avoir reçu le financement de l'INCa et de l'ARC et, une seconde fois, le 6 septembre 2007 afin de leur présenter les outils d'enquête.

Une troisième réunion avec l'ensemble des médecins investigateurs est prévue le 10 juin 2008 afin de leur présenter les premiers éléments d'analyse à l'issue de la phase quantitative.

Tableau 2 : Récapitulatif des phases de la recherche par rapport au calendrier

Phase de la recherche	Calendrier initial	Calendrier réalisé
<i>Recensement des cas</i>	Mois 0 → M 6	Janvier 2007 → Juin 2007
<i>Réalisation des questionnaires</i>	M 0 → M 6	Janvier 2007 → Juin 2007
<i>Validation des questionnaires</i>	M 6 → M 9	Juin 2007 → septembre 2007
<i>Enquête</i>	M 6 → M 18	
1. Envoi et réception des questionnaires	----- →	Octobre 2007 → Mars 2008
2. Saisie des questionnaires	----- →	Mars – Avril 2008
3. Analyse quantitative	----- →	<i>En cours</i>
4. Réalisation des entretiens	----- →	<i>En cours</i>
<i>Analyse complète et rapport final</i>	M18 → M 24	

2. Recensement des cas de cancer selon les critères d'inclusion dans l'étude (janvier à juin 2007)

En moyenne, chaque médecin du travail voit 2 à 3 nouveaux cas de cancer par an. Tous les cas de cancer diagnostiqués en 2005 ou 2006 dans la population suivie par les médecins du travail investigateurs ont été recensés, à l'exclusion des récurrences de cancers antérieurs à 2005, des baso-cellulaires et des spino-cellulaires.

Pour ces salariés diagnostiqués en 2005 ou 2006, trois possibilités s'offraient aux médecins investigateurs :

- Envoi du questionnaire salarié n°1 (cas où le salarié a repris le travail au moins une fois après son traitement).
- Envoi du questionnaire salarié n°2 (cas où le salarié n'a jamais repris le travail).
- Pas de questionnaire adressé dans le cas où le salarié est : décédé ; en retraite ; en invalidité ; a été licencié ; est perdu de vue ou a refusé de participer.

Au total, en juin 2007, 82 médecins du travail ont adhéré à l'étude et une liste de 495 inclusions potentielles de salariés a été constituée.

3. La construction des questionnaires (janvier à juin 2007)

Cette étape a été menée parallèlement à la phase précédente. Trois questionnaires vont nous permettre d'explorer les diverses situations des salariés tout au long du déroulé de leur histoire (le moment de l'arrivée de la maladie, ce qui s'est passé ensuite et où ils en sont aujourd'hui).

- Un questionnaire rempli par le médecin du travail concerne tous les salariés inclus dans l'étude.
- Un questionnaire (auto-administré) n°1 est rempli par les salariés qui ont repris leur activité après la phase active des traitements, même s'ils sont de nouveau en arrêt de travail.
- Un questionnaire (auto-administré) n°2 est rempli par les salariés qui n'ont jamais repris le travail.

Ces trois questionnaires figurent intégralement en annexe 2 *infra*.

Les salariés sont interrogés sur des points factuels mais aussi en saisissant leur opinion sur leur situation au travail, leur permettant d'exprimer ainsi leur subjectivité. Nous nous sommes donné la possibilité de croiser un certain nombre d'informations sensibles avec celles d'un autre observateur stratégique de ces situations : le médecin du travail. La complexité du problème nous impose une mise à plat des situations. À travers les différents questionnaires nous pouvons collecter les informations suivantes :

Où cela se passe-t-il ? :

- Dans quel type d'entreprise (taille, secteur d'activité).
- Dans quelles conditions pour le service médical au travail (les possibilités de collaboration, la politique sociale de l'entreprise, le remplacement des absences...).

À qui cela arrive-t-il ? :

- Profils sociodémographiques.
- Population à risque (surveillance particulière).

La situation du salarié dans l'entreprise :

- Contrat de travail, ancienneté.
- Salaire : sa variabilité.
- Les conditions du travail : seul ou en équipe, isolé ou exposé au public.
- L'organisation du travail : poste, contraintes, horaires.

La situation du salarié avec la maladie :

- La nature du cancer.
- Est-il en arrêt de travail, en invalidité ?
- A-t-il des séquelles de diverses natures ?
- Quel est l'avis d'aptitude du médecin du travail ?

Quelles sont les marges de manœuvre du salarié, du médecin du travail, de l'entreprise :

- L'écart entre les aménagements souhaités, possibles et réalisés.
- La distinction entre ce qui se fait pendant la phase des traitements si le salarié n'est pas en arrêt de travail et ce qui se fait après la fin de la phase active des traitements.
- Les aménagements effectifs : réduction du temps de travail, aménagement des horaires, diminution de la charge de travail, ou changement d'activité, d'équipe...

Enfin le lieu des soins (le type de structure) et la nature des liens entre le médecin du travail et les structures de soins (ce qui peut permettre de mieux organiser le retour au travail).

3.1. Le questionnaire médecin du travail

Les questions portant sur l'aspect médical (localisation du cancer, lieu des soins...) ont été réservées au médecin du travail. L'élaboration du questionnaire a eu pour objectifs de préciser les structures sociales des entreprises, l'environnement professionnel des salariés, les liens entre le monde des soins et celui du travail, les altérations possibles des ressources physiques et psychologiques du salarié, les conditions du suivi de la reprise par le médecin du travail.

Pour ce qu'il en est des aménagements et de leur degré d'adaptation à la situation du salarié, il nous a paru indispensable d'explorer l'opinion des médecins du travail parallèlement à celle des salariés. Demandant au médecin et au salarié le descriptif des aménagements souhaités, possibles, réalisés, nous pourrions articuler leurs réponses et les analyser.

De même, nous nous sommes intéressés à « l'état d'esprit du salarié » afin d'interroger de façon croisée nos deux observateurs.

Nous demandons au médecin son point de vue sur la façon dont se passe le retour au travail du salarié, et sa perception de l'avenir : le poste de travail doit-il encore évoluer pour une meilleure adaptation ou bien doit-on s'orienter vers une reconnaissance de handicap ?

3.2. Le questionnaire salarié n°1

Il s'intéresse à la situation du salarié en partant du moment de la reprise de travail, c'est-à-dire au moment où, pour la plupart d'entre eux, la phase active des traitements étant achevée, nous postulons que le salarié peut se réinvestir dans son activité professionnelle.

Ce questionnaire explore de façon assez précise :

- Les conditions de travail du salarié en faisant alterner des questions sur les souhaits et les possibilités de façon à pouvoir dessiner la façon dont le salarié voit sa situation au travail avec ses satisfactions et ses frustrations.

- Les modalités du retour au travail. Nous avons posé 16 questions sur les conditions de la reprise : aménagement, relation avec l'entourage au travail, la perception des autres et de lui-même dans ces conditions nouvelles, la capacité de maintenir son niveau d'activité, la motivation pour le retour au travail.
- L'impact de la maladie sur l'emploi. La recherche de pénalisation versus améliorations, le mode de collaboration pour la recherche de solutions, les difficultés financières.
- Le parcours professionnel du salarié afin de repérer s'il était déjà en difficulté dans sa carrière avant l'apparition du cancer : sa formation initiale et actuelle, les formations suivies, le déroulement de la carrière (linéaire ou chaotique), la satisfaction sur le parcours professionnel, les projets, la capacité à évoluer ou se maintenir au niveau actuel. Nous l'interrogeons aussi sur son « état d'esprit » actuel par rapport au travail.
- La vie quotidienne et l'état de santé général. C'est-à-dire l'état physique et moral actuel et ses conséquences ; le soutien et les aides reçus dans la vie quotidienne pour les tâches ménagères ; le remaniement des priorités dans la vie ; les scores d'anxiété – dépression et le suivi psychologique ; enfin, la vie familiale et sa modification depuis la maladie.
- Le parcours thérapeutique. Nous interrogeons le salarié sur son état de santé actuel et le stade de son traitement. Nous recueillons son ressenti sur la prise en charge de sa maladie par la structure de soins (qualité de la prise en charge et de la relation). Nous avons différencié cette période actuelle de la période avant le traitement (phase du diagnostic et du plan thérapeutique) et de la période des traitements (en arrêt de travail ou non) : les difficultés rencontrées, les possibilités de s'organiser par rapport au travail, l'attitude de l'entourage professionnel. Nous nous sommes intéressés aux conditions dans lesquelles les structures hospitalières peuvent prendre en charge les salariés-patients et quelles sont les facilités accordées aux salariés pour l'obtention de leurs rendez-vous. Il nous est, en effet, apparu important de repérer si, indépendamment de l'état physique et psychologique, il était possible de continuer à travailler pendant la phase active des traitements parce qu'elle serait accompagnée d'aménagements et de soutiens.

3.3. Le questionnaire salarié n° 2

Ce questionnaire s'adresse à des salariés n'ayant jamais repris le travail. Il est globalement calqué sur le questionnaire n°1, en retranchant les questions concernant la reprise et l'aménagement du poste de travail.

4. Validation des questionnaires (juin à septembre 2007)

4.1. Questionnaire médecins du travail

Le questionnaire médecin du travail a été soumis à l'avis d'un groupe de médecins du travail et a évolué pour prendre en compte leurs propositions en se basant sur des cas réels de salariés atteints de cancer.

4.2. Questionnaires salariés

Les questionnaires salariés ont été soumis à l'analyse d'un « focus group » de patients salariés rencontrés à la Maison des Patients du Centre René Huguenin. Deux membres de ce « focus group » ont rejoint le Comité de Pilotage pour l'aider dans la mise en forme du questionnaire et la formulation des questions sensibles.

4.3. Validation des questionnaires salariés

Dans un second temps, les questionnaires salariés ont été testés auprès d'une dizaine de patients. La procédure habituelle de *testing* a été mobilisée (questionnaire sur le questionnaire). Cette procédure consiste à demander, après remplissage du questionnaire, l'avis du répondant sur :

- Difficultés rencontrées pour remplir le questionnaire.
- Le temps passé à le remplir.
- La clarté et la compréhension des questions.
- Aspect dérangeant de certaines questions.

Au total, l'étude de faisabilité, nous a montré que les questionnaires pouvaient être remplis en une demi-heure par les médecins du travail, et que les questionnaires salariés recevaient un bon accueil des salariés testés. Ceux-ci trouvaient que l'outil leur permettait d'exprimer de façon cohérente les difficultés qu'ils avaient rencontrées. Le temps de remplissage, de l'ordre de 3/4 d'heure, ne leur semblait pas un obstacle à la réalisation de l'enquête.

Les questionnaires définitifs sont présentés en annexe 2.

5. Conduite de l'enquête par questionnaire (octobre 2007 à mars 2008)

5.1. Accord de la CNIL

Les questionnaires et le protocole d'enquête ont fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés sur laquelle son Comité consultatif a rendu un avis favorable le 3 septembre 2007. La CNIL a, par la suite, notifié l'autorisation de procéder à la collecte d'informations par l'avis n°907285.

5.2. Recueil du consentement du salarié et respect de la confidentialité

La recherche de l'accord du salarié pour participer à l'étude est faite par son médecin du travail qui lui présente l'enquête et lui propose, selon le cas, de lui faire parvenir le questionnaire salarié. En cas de refus du salarié de participer à l'étude, seul le questionnaire rempli par le médecin du travail est recueilli. Ainsi, seul le médecin du travail connaît le nom et le prénom du salarié : il gère sa propre liste de correspondance avec le numéro d'anonymat. Ce numéro d'anonymat est composé d'une suite de 5 chiffres : les trois premiers

correspondent au numéro du médecin du travail attribué par le Comité de Pilotage, les deux suivants correspondent au numéro du salarié attribué par le médecin du travail.

Après avoir vérifié son accord, le médecin du travail a fait parvenir au salarié un dossier comportant :

- La lettre type d'information rappelant les objectifs de l'enquête.
- L'auto questionnaire.
- Les consignes de remplissage.
- L'enveloppe pré-timbrée pour retourner le questionnaire à l'Institut Curie.
- Un formulaire de consentement écrit formel à renvoyer dans une enveloppe pré-timbrée adressée à son médecin du travail.

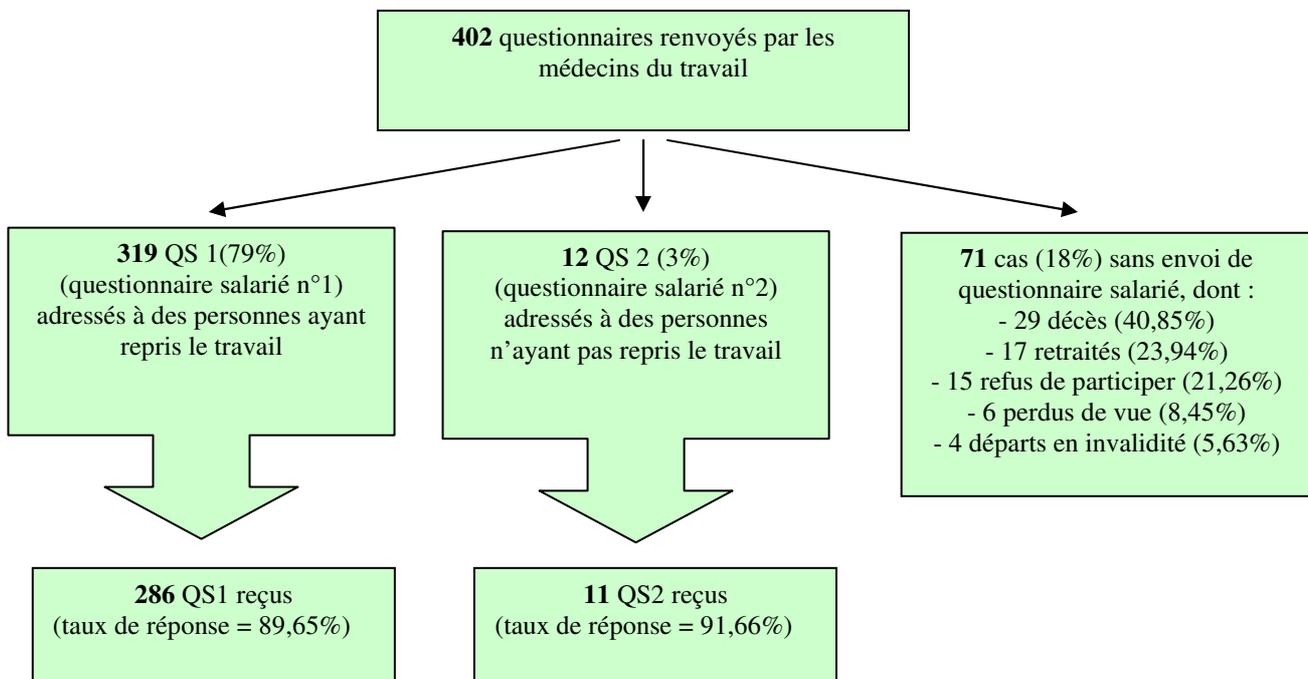
5.3. Bilan des dossiers envoyés

Du 1^{er} octobre au 31 décembre 2007, au fur et à mesure des demandes formulées par les médecins investigateurs, 495 dossiers leur ont été envoyés, dont 401 questionnaires salariés n°1 et 56 questionnaires salariés n°2.

5.4. Bilan des questionnaires retournés

Après plusieurs relances, la phase de collecte et de saisie des questionnaires s'est achevée le 21 mars 2008. Compte tenu des désistements en cours d'enquête et des erreurs de recensements (par exemple cancers diagnostiqués hors bornes) ou des dossiers reçus hors délais, nous disposons finalement de 402 situations de salariés renseignées par 82 médecins du travail (cf. schéma 1 ci-dessous).

Schéma 1 : Bilan de l'enquête par questionnaire



Le taux de réponse élevé (près de 90%) et la qualité du remplissage des questionnaires attestent de la réussite de l'étude.

IV. Premiers résultats de l'analyse quantitative

1. Caractéristiques socio-démographiques de la population de l'étude (n=402)

Tableau 3 : Répartition des cas de cancer dans la population de salariés

LISTE RESUMEE « R9 » (INSERM)			
N° de la classification internationale des maladies 9ème révision		(n)	(%)
15	Tumeurs malignes du sein	145	36.07%
18	Tumeur maligne de la prostate	41	10.20%
5	Tumeur maligne de l'intestin	30	7.46%
10	Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	26	6.47%
24	Tumeur maligne de la thyroïde	18	4.48%
16	Tumeur maligne de l'utérus	17	4.23%
21	Tumeurs malignes d'autres organes génito-urinaires	15	3.73%
20	Tumeurs malignes du rein et d'organes urinaires autres ou np	13	3.23%
26	Autres tumeurs malignes des tissus lymphoïde et histiocytaire	12	2.99%
1	Tumeur maligne de la cavité buccale	11	2.74%
7	Tumeurs malignes d'autres parties de l'appareil digestif et péritoine	10	2.49%
28	Leucémies	9	2.24%
17	Tumeur maligne de l'ovaire et des autres annexes de l'utérus	8	1.99%
14	Tumeur maligne de la peau (mélanomes)	8	1.99%
25	Maladie de Hodgkin	6	1.49%
4	Tumeur maligne de l'estomac	6	1.49%
22	Tumeur maligne de l'encéphale	4	1.00%
19	Tumeur maligne de la vessie	3	0.75%
27	Myélome multiple et tumeurs immuno-prolifératives	3	0.75%
2	Tumeur maligne du pharynx	3	0.75%
3	Tumeur maligne de l'œsophage	3	0.75%
6	Tumeur maligne du pancréas	2	0.50%
9	Tumeur maligne du larynx	2	0.50%
12	Tumeurs malignes des os et du cartilage articulaire	2	0.50%
13	Tumeurs malignes du tissu conjonctif et autres tissus mous	2	0.50%
29	Tumeurs à évolution imprévisible et de nature inconnue	2	0.50%
23	Tumeur maligne de siège autre et sans précision	1	0.25%
8	Tumeur maligne des cavités naso-sinusiennes	0	0%
11	Tumeurs malignes d'autres parties de l'appareil respiratoire et organes thoraciques	0	0%
total		402	100%

Sur l'ensemble de la population, le sex-ratio est de 2 femmes pour un homme. L'âge moyen est d'environ 51 ans.

Hormis les salariés qui n'ont pas renvoyé le questionnaire auto-administré (environ 10%), 17,6% des salariés recensés par les médecins du travail sont exclus de l'analyse principale. Il s'agit des 71 personnes pour lesquelles nous ne disposons que des informations fournies par les médecins du travail, principalement parce que ces salariés sont, depuis le

diagnostic de leur cancer, décédés (29 personnes sur 402), sont sortis définitivement de l'emploi via la retraite ou la mise en invalidité (21 personnes) ou ont refusé de participer à l'enquête ou ont été perdus de vues par le médecin du travail (21 personnes).

Parmi les salariés recensés par les médecins investigateurs qui sont partis en retraite ou qui sont sortis définitivement de l'emploi pour invalidité, le tiers avait un cancer de la prostate, qui est une pathologie de l'homme âgé. Parmi ceux qui sont décédés depuis leur diagnostic, établi en 2005 ou 2006, près de la moitié avait un cancer du poumon ou des voies aéro-digestives supérieures, et un quart un cancer digestif.

Tableau 4 : Localisation du cancer chez les salariés auxquels aucun questionnaire n'a été envoyé

Localisation du cancer	décès		retraite et invalidité	
	(n)	(%)	(n)	(%)
(catégories R9 regroupées)				
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon ou d'autres parties de l'appareil respiratoire et des organes thoraciques	9	31,0	1	4,8
Tumeur maligne de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du pancréas et d'autres parties de l'appareil digestif et péritoine	8	27,6	4	19,0
Tumeurs malignes du sein	3	10,3	1	4,8
Tumeur maligne de la cavité buccale, du pharynx, des cavités nasosinusiennes et du larynx	3	10,3	0	0,0
Tumeurs malignes des os et du cartilage articulaire, de l'encéphale, de siège autre et sans précision et tumeurs à évolution imprévisible et de nature inconnue	2	6,9	2	9,5
Tumeur maligne de l'utérus, de l'ovaire et des autres annexes de l'utérus	2	6,9	1	4,8
Tumeur maligne de la vessie, du rein et d'organes urinaires autres ou np et d'autres organes génito-urinaires	1	3,4	3	14,3
Maladie de Hodgkin, tumeurs malignes des tissus lymphoïde et histiocytaire, myélome multiple et tumeurs immuno-prolifératives, leucémies	1	3,4	2	9,5
Tumeur maligne de la prostate	0	0,0	7	33,3
Tumeurs malignes du tissu conjonctif et autres tissus mous et de la peau (mélanomes)	0	0,0	0	0,0
Tumeur maligne de la thyroïde	0	0,0	0	0,0
total	29	100	21	100

Sur un effectif restreint, la CSP ne semble pas avoir de lien avec le refus de participer à l'étude ou avec le fait d'avoir été perdu de vue par le médecin du travail. Par contre, plus de la moitié des ouvriers auxquels le questionnaire salarié n'a pas été envoyé, sont partis en retraite ou en invalidité. Ceci peut traduire la difficulté à se maintenir en emploi pour ces métiers plus physiques et pour lesquels l'âge de départ en retraite est plus faible que pour les autres catégories de travailleurs. Enfin, pour la moitié des employés et des cadres supérieurs, le motif de non envoi du questionnaire salarié est le décès.

Tableau 5 : Catégories socio-professionnelles des salariés auxquels aucun questionnaire n'a été envoyé

	décès		retraite et invalidité		perdus de vue et refus de participer		Total ligne	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
ouvriers	2	22,2	5	55,6	2	22,2	9	100,0
employés	11	50,0	4	18,2	7	31,8	22	100,0
cadres moyens	5	25,0	8	40,0	7	35,0	20	100,0
cadres supérieurs	10	52,6	4	21,1	5	26,3	19	100,0
autres	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
total	29	40,8	21	29,6	21	29,6	71	100

2. Les médecins du travail à l'articulation de la trajectoire de soins et du parcours professionnel

2.1. Qui sont les médecins investigateurs ?

Parmi les 402 situations de salariés renseignées, 66,4% l'ont été par des médecins exerçant dans des services autonomes de médecine du travail, 22,1% par des médecins exerçant en service inter-entreprise et 11,4% par des médecins relevant de la fonction publique. Comme l'indiquent ces chiffres, une majorité des médecins investigateurs (49 sur 82) exercent dans des services autonomes de médecine du travail et un petit nombre des médecins investigateurs (4) ont une double activité (par exemple service autonome et fonction publique).

L'essentiel des situations renseignées par les médecins investigateurs concernent des salariés travaillant dans des entreprises de grande taille (près de 80% d'entre eux travaillent dans des établissements de plus de 200 salariés), ou dans des établissements faisant partie d'un groupe plus large (65,4% des 402 cas renseignés).

On peut supposer que les ressources mobilisables par les médecins des services autonomes, travaillant donc dans les plus grandes entreprises, sont plus importantes que celles accessibles par les médecins des services inter-entreprises qui doivent repérer autant d'interlocuteurs qu'il y a d'entreprises différentes.

2.2. Des possibilités de collaboration relativement nombreuses mais qui ne sont pas systématiquement mobilisées

Pour chaque situation de salarié renseignée, on demandait au médecin investigateur s'il pouvait bénéficier de l'aide de certaines structures internes aux entreprises pour organiser un maintien ou un retour en activité. Comme on pouvait s'y attendre, les réponses varient selon la taille de l'entreprise, repérée par le fait que le médecin du travail exerce en service autonome ou en service inter-entreprises. Sur chaque item, il y a un écart d'environ 20 points de pourcentage entre les réponses données par les médecins des services autonomes et celles données par les médecins des services inter entreprises.

Tableau 6 : « Oui, je pouvais bénéficier pour ce salarié de la collaboration... »

Type de structure interne (variables MQ9 ¹)	Réponses générales (n=402)	Réponses des autonomes (n=278)	Réponses des inter entreprises (n=80)
D'une assistante sociale	79,6%	80,6% (224)	66,3% (53)
D'un IPRP pour reclassement	29,9%	29,5% (82)	46,3% (37)
D'un Réseau interne de reclassement (RH)	66,2%	75,5% (210)	43,8% (35)
D'une Mission handicap	51,7%	58,6% (163)	37,5% (30)
De la Collaboration de la hiérarchie	87,6%	91,7% (255)	73,8% (59)

Le moins grand nombre de possibilités de collaborations internes pour les médecins du travail exerçant dans des services inter-entreprises n'est que partiellement compensé par le recours à des réseaux extérieurs aux entreprises. Ainsi, dans 30% des cas renseignés par les médecins des services inter-entreprises, ceux-ci pouvaient bénéficier de l'aide d'un réseau externe de reclassement, ce qui n'est le cas que pour 12,6% des cas renseignés par les médecins des services autonomes qui peuvent, par contre, mobiliser des réseaux internes.

L'existence d'assez nombreuses possibilités de collaboration n'implique pas une mobilisation systématique de ces structures. En effet, les médecins n'ont mobilisé au moins une d'entre elles que dans 23,1% des cas. En outre, bien que les médecins du travail exerçant dans des services inter entreprises disposent de moins de possibilités de collaborations que leurs collègues exerçant en service autonome, ils sont presque aussi nombreux que ces derniers à avoir mobilisé au moins l'une des possibilités de collaboration à leur disposition (dans 22,5% des cas contre 24%).

Des investigations complémentaires sont nécessaires pour déterminer ce qui pousse les médecins du travail à mobiliser ou non ce réseau. En particulier, on peut se demander si c'est la gravité de la maladie qui rend nécessaire l'utilisation de ces réseaux ou si d'autres facteurs, y compris sans lien direct avec la maladie, ont une influence (par exemple problèmes antérieurs à l'apparition de la maladie qui nécessitait l'intervention d'une assistante sociale).

Dans un peu moins de 20% des cas renseignés par l'ensemble des médecins du travail, les possibilités de collaboration ont évolué dans un sens jugé plutôt positif. On peut supposer que la mobilisation de ces réseaux contribue à les rendre plus efficaces du fait de l'apprentissage organisationnel qu'une telle mobilisation implique.

2.3. De faibles liens entre les structures de soins et les médecins du travail

Les salariés suivis par les médecins investigateurs ont majoritairement été pris en charge par des centres hospitaliers (52,5% des situations), dans 20,4% des cas par des centres de lutte contre le cancer et dans 22,9% des cas par des cliniques. Les médecins du travail n'ont eu que marginalement des contacts avec cette structure de soins (dans moins de 8% des cas). Quand il y a eu un contact avec cette structure de soins, c'est principalement à l'initiative du médecin du travail.

Ces données confirment la faiblesse des liens existants entre les différents professionnels de santé, alors que l'on peut supposer que ce type de liens permettrait d'envisager, de manière plus efficace, le retour au travail.

Des liens faibles apparaissent aussi avec les médecins conseils de la Sécurité Sociale : en effet ceux-ci n'apparaissent pas jouer de rôle lors de la reprise du travail. Les visites de pré reprise sont rarement demandées (seulement dans 21,9% des cas). De manière marginale par

¹ Les initiales MQ font référence au questionnaire « médecin du travail » et les initiales QS au questionnaire rempli par les salariés. Elles servent à identifier les variables mobilisées.

le médecin traitant (1,5% des cas) et le plus souvent par le salarié (20,4% des cas). Le médecin conseil de la Sécurité Sociale n'apparaît pas à ce stade.

Par contre, lorsque l'on demande aux salariés qui est à l'origine de la reprise du travail, les répondants du questionnaire n°1 (n=286) sont près d'un quart à évoquer le rôle de leur médecin oncologue, un peu plus de 16% celui de leur médecin traitant et environ 7% celui du médecin conseil de la Sécurité Sociale, du comité médical des fonctionnaires ou du médecin du travail tandis que 66,4% des salariés disent qu'ils sont eux-mêmes à l'origine de leur reprise². Il conviendra de regarder, grâce aux tris croisés, si le fait d'imputer le retour au travail à un professionnel de santé ou à sa propre initiative a une incidence sur la qualité du retour au travail.

2.4. Le suivi de moyen terme de la réintégration professionnelle

Travailler sur le retour en activité des travailleurs atteints de cancer nécessite une capacité de suivre, au moins sur du moyen terme, ces salariés. De fait, la population recensée par les médecins investigateurs a plusieurs caractéristiques remarquables.

Comme on l'a déjà souligné, la grande majorité d'entre eux travaillent dans des établissements de taille moyenne ou grande (78,4% dans des établissements de plus de 200 salariés) ou dans un établissement qui fait partie d'un groupe plus important.

Il s'agit en outre d'une population bénéficiant d'une grande stabilité d'emploi. Parmi les répondants au questionnaire salarié n°1 – adressé par les médecins du travail à ceux qui ont repris au moins une fois le travail – plus de 95% possèdent un contrat de travail à durée indéterminée ou sont titulaires de la fonction publique. Il s'agit aussi d'une population bien intégrée dans l'emploi. Avant leur maladie, 87% d'entre eux travaillaient à temps complet. Près de 90% d'entre eux n'ont jamais connu de période de chômage supérieure à 1 an et, lorsqu'ils ont connu des interruptions de carrière longue (hors congés maternité et congés maladie de moins de 21 jours) c'est principalement à cause de leur état de santé (en dehors du cancer pour lequel ils ont été interrogés).

L'ancienneté des salariés dans leur entreprise est très importante : 35,7% des répondants ont une ancienneté égale ou supérieure à 30 ans ; 32,9% une ancienneté comprise entre 15 et 30 ans ; 23,8% une ancienneté comprise entre 5 et 15 ans ; et 6,3% une ancienneté comprise entre 1 et 5 ans. On a là pour partie un effet d'âge : le cancer se déclarant chez des personnes plutôt âgées, alors que le mode privilégié d'accès à l'emploi parmi les jeunes générations est le CDD avec des anciennetés nécessairement moins importantes. Mais ce biais de sélection n'explique pas la totalité de cette surreprésentation des travailleurs bien intégrés dans l'emploi.

On peut faire par contre l'hypothèse que les conditions mêmes de réalisation de leur activité permet aux médecins du travail de suivre essentiellement les travailleurs stables : les travailleurs précaires, les intérimaires, les travailleurs mobiles changeant régulièrement d'employeur seraient-ils moins bien suivis par les médecins du travail (principalement lors des visites d'embauches) et échapperaient-ils à ce suivi de long terme ?

Les médecins investigateurs connaissent ainsi plutôt bien les salariés qu'ils suivent parce qu'ils sont stabilisés dans l'emploi – et dans la même entreprise. Ceci facilite sans doute leur travail lorsqu'il s'agit d'évaluer les possibilités d'aménagements de postes en fonction des contraintes (notamment productives) des entreprises, le type de travail que les salariés sont capables de faire après leur traitement compte tenu de leur état de santé, et le type de soutien que l'on peut escompter de la part du management.

² Total supérieur à 100% en raison des réponses multiples.

3. Les salariés ayant repris le travail qui ont répondu au questionnaire salarié n°1 (n=286)

Ce chapitre s'intéresse aux 286 salariés ayant renvoyés le questionnaire n°1, sous-ensemble des répondants parmi l'ensemble des salariés qui ont repris le travail au moins une fois. Cette population présente un certain nombre de caractéristiques remarquables. Il s'agit en particulier d'une population plutôt bien intégrée dans l'emploi, qui dispose de relativement bonnes conditions de travail et dont le futur professionnel peut, à certains égards, être moins menacé par leur état de santé que par leur âge ou que par les évolutions économiques de leurs entreprises. Une partie de ces caractéristiques pourrait s'expliquer par la nature des entreprises représentées par notre échantillon (cf. pour plus de développement le §2 *supra*).

3.1. Profil socio-démographique des répondants au questionnaire salarié 1

a) Répartition par sexe, âge et CSP (Catégorie Socio Professionnelle)

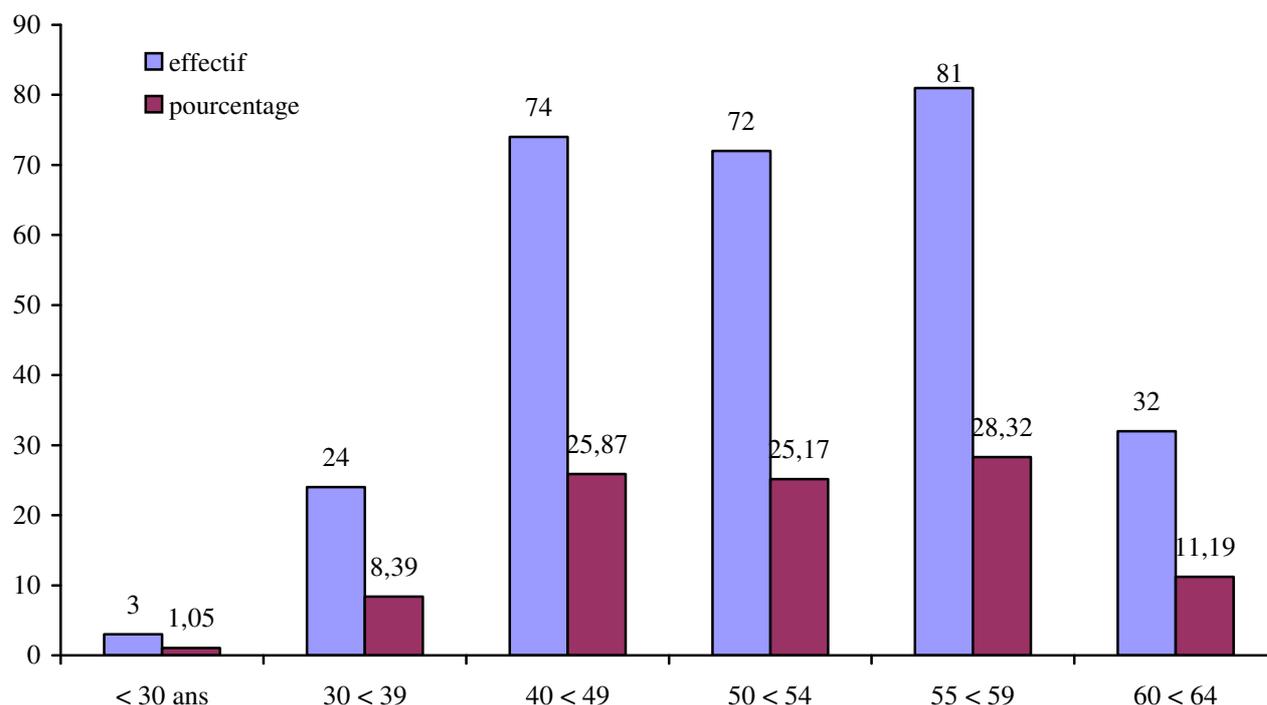
Le sex-ratio dans la population est de 2/3 de femmes pour 1/3 d'hommes (63,64% versus 36,36%) et l'âge moyen est de 51 ans³. Au-delà de 50 ans, les classes d'âges sont découpées en groupes quinquennaux et non plus décennaux afin de pouvoir tenir compte des spécificités de l'emploi des seniors observables en population générale.

Tableau 7 : Répartition de la population par sexe et par âge

Classes d'âge	hommes		femmes		total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
inf. 40 ans	12	42,86	16	57,14	28	100
40 - 49 ans	15	20,55	58	79,45	73	100
50 -54 ans	21	29,17	51	70,83	72	100
55 - 59 ans	38	46,91	43	53,09	81	100
60-64 ans	18	56,25	14	43,75	32	100
total	104	36,36	182	63,64	286	100

³ L'âge des répondants a été calculé à partir de leur année de naissance (SQ118) rapportée à l'année 2008, prise comme référence.

Répartition de la population par groupes d'âges

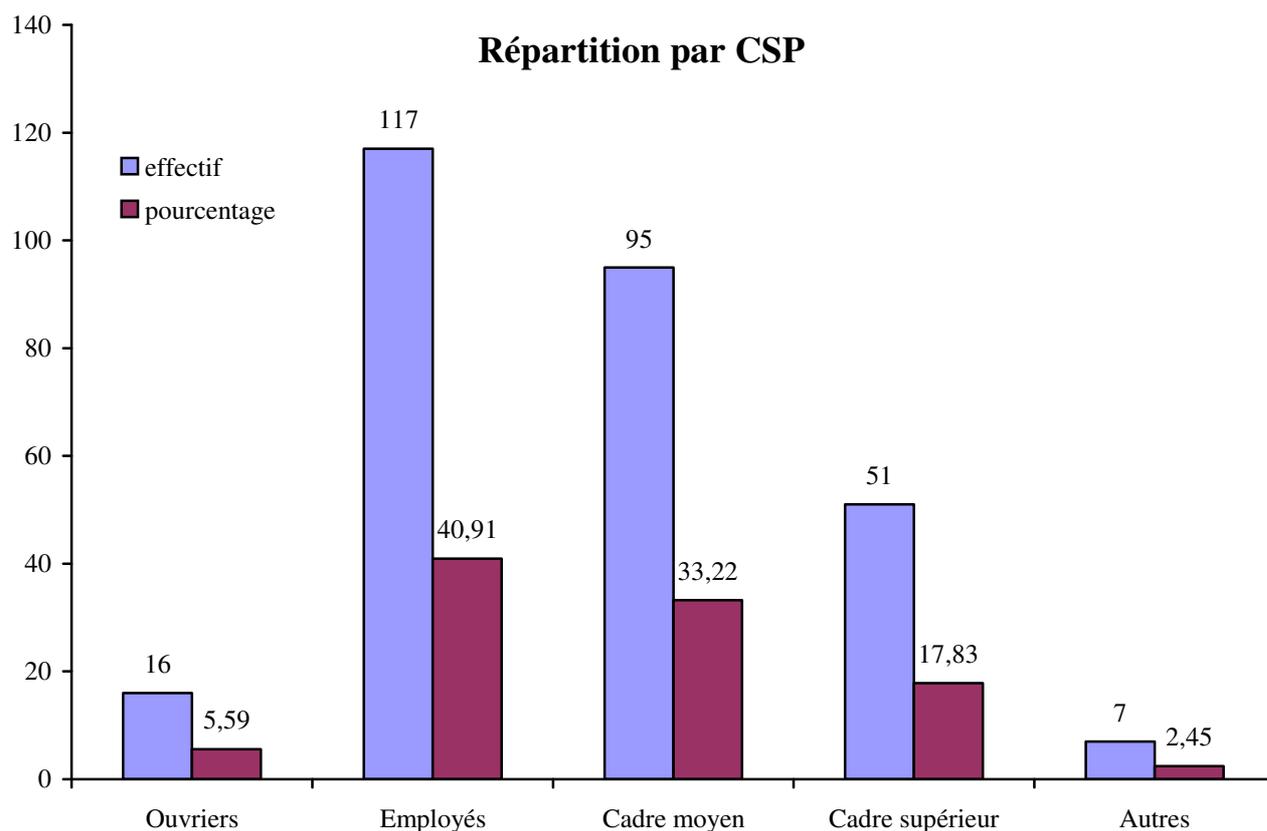


On note que la population féminine est composée en majorité d'employées et de cadres moyens alors que la population masculine est sur-représentée en cadres et ouvriers. La seule catégorie socio-professionnelle où la répartition hommes/femmes est globalement similaire à la moyenne de la population est celle des cadres moyens.

Tableau 8 : Répartition de la population par sexe et CSP

CSP	hommes		femmes		total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Ouvrier	15	93,75	1	6,25	16	100
Employé	16	13,68	101	86,32	117	100
Cadre moyen	38	40,00	57	60,00	95	100
Cadre supérieur	31	60,78	20	39,22	51	100
Autres ⁴	4	57,14	3	42,86	7	100
total	104	36,36	182	63,64	286	100

⁴ Agriculteurs, commerçants et artisans, inclassables.



L'âge relativement élevé des cadres, et en particulier des cadres supérieurs (dont près de 20% ont plus de 60 ans) s'explique de deux manières. D'une part, par l'accès plus tardif à ces positions au cours de la vie professionnelle. D'autre part, par le fait que les cadres restent, dans la population générale, plus tardivement en emploi que les autres catégories de travailleurs et, en particulier que les ouvriers.

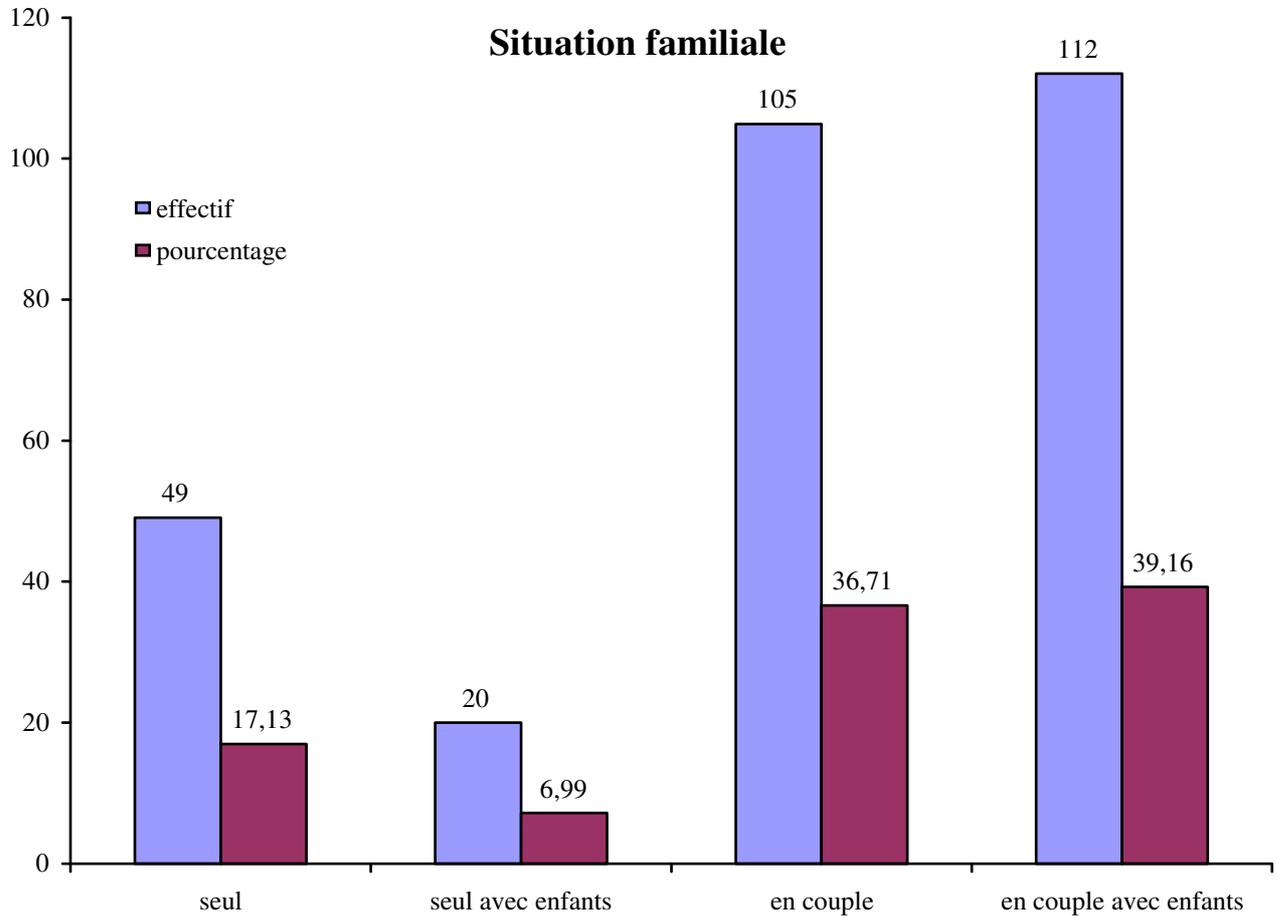
Pour la catégorie d'employés et de « cols blancs », qui est la catégorie la plus représentée dans l'échantillon (ce qui est conforme au poids prépondérant du secteur tertiaire dans l'économie et, en particulier, dans l'économie francilienne) on observe une répartition équilibrée des différentes classes d'âges entre 40 et 60 ans.

Tableau 9 : Répartition de la population par âge et CSP

CSP / âge	inf. 40 ans		40 - 49 ans		50 -54 ans		55 – 59 ans		60-64 ans		total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Ouvrier	2	12,50	2	12,50	4	25,00	7	43,75	1	6,25	16	100
Employé	13	11,11	32	27,35	32	27,35	32	27,35	8	6,84	117	100
Cadre moyen	10	10,53	26	27,37	20	21,05	26	27,37	13	13,68	95	100
Cadre supérieur	2	3,92	9	17,65	15	29,41	15	29,41	10	19,61	51	100
Autres	1	14,29	4	57,14	1	14,29	1	14,29	0	0,00	7	100
total	28	9,79	73	25,52	72	25,17	81	28,32	32	11,19	286	100

b) Vie familiale

Les deux tiers des salariés répondant au questionnaire vivent en couple, avec ou sans enfants. Un peu moins de 10% des répondants ont vu leur situation familiale changer entre le moment où ils ont appris leur maladie et celui où ils répondent au questionnaire.



c) Localisation du cancer

Les cancers du sein représentent plus de 42% des cas diagnostiqués dans la population étudiée et les cancers de la prostate presque 10%.

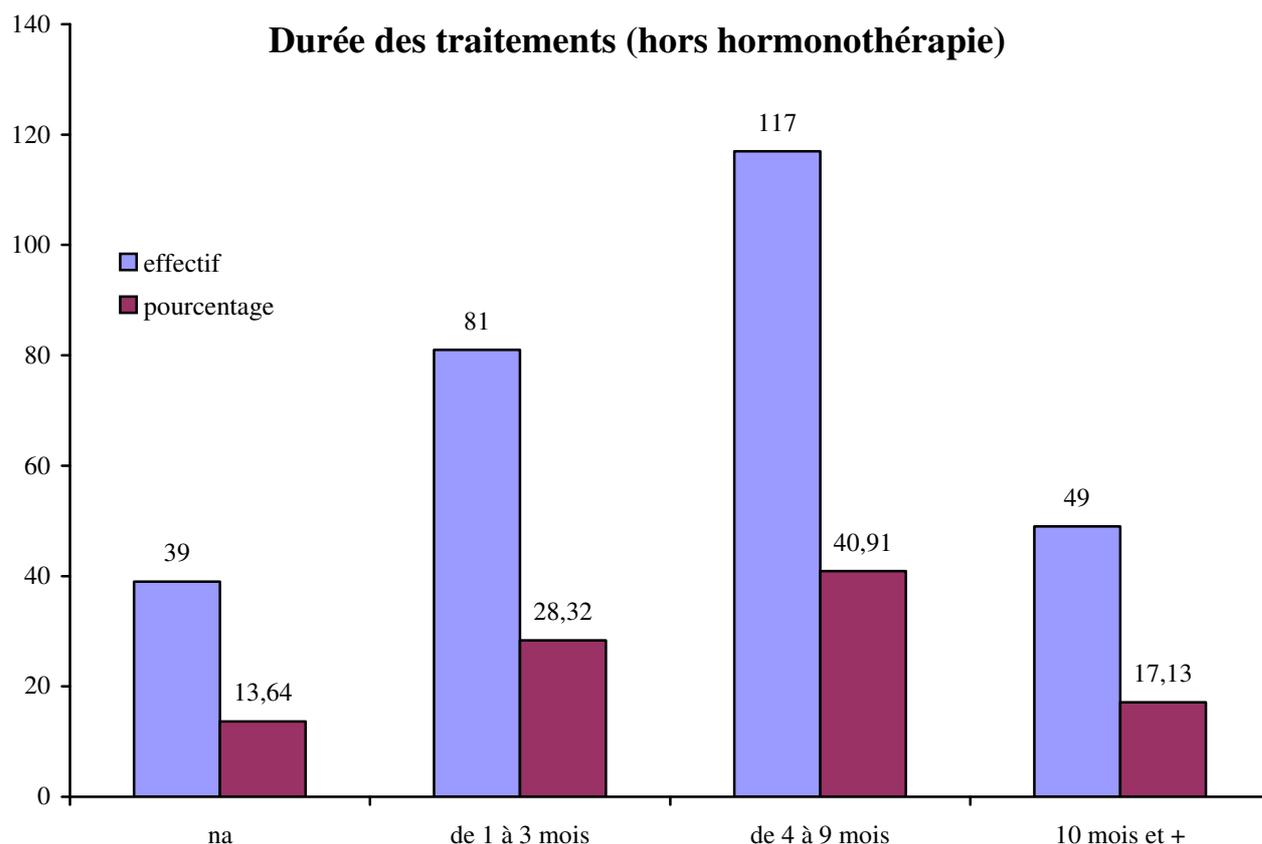
Tableau 10 : Répartition des cas de cancer parmi les répondants au questionnaire salarié n°1

LISTE RESUMEE « R9 » (INSERM) N° de la classification internationale des maladies 9ème révision	(n)	(%)
Tumeurs malignes du sein	122	42,66
Tumeur maligne de la prostate	28	9,79
Tumeur maligne de l'intestin	18	6,29
Tumeur maligne de la thyroïde	15	5,24
Tumeurs malignes d'autres organes génito-urinaires	14	4,90
Tumeur maligne de l'utérus	11	3,85
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	9	3,15
Tumeurs malignes du rein et d'organes urinaires autres ou np	8	2,80
Autres tumeurs malignes des tissus lymphoïde et histiocytaire	8	2,80
Tumeur maligne de la peau (mélanomes)	7	2,45
Tumeur maligne de l'ovaire et des autres annexes de l'utérus	7	2,45
Tumeur maligne de la cavité buccale	7	2,45
Maladie de Hodgkin	6	2,10
Tumeur maligne de l'estomac	5	1,75
Leucémies	5	2,75
Tumeurs malignes d'autres parties de l'appareil digestif et péritoine	4	1,40
Tumeur maligne de l'œsophage	3	1,05
Tumeur maligne du pharynx	2	0,70
Myélome multiple et tumeurs immuno-prolifératives	2	0,70
Tumeur maligne du pancréas	1	0,35
Tumeur maligne du larynx	1	0,35
Tumeurs malignes des os et du cartilage articulaire	1	0,35
Tumeurs malignes du tissu conjonctif et autres tissus mous	1	0,35
Tumeur maligne de la vessie	1	0,35
Tumeur maligne des cavités naso-sinusiennes	0	0
Tumeurs malignes d'autres parties de l'appareil respiratoire et organes thoraciques	0	0
Tumeur maligne de l'encéphale	0	0
Tumeur maligne de siège autre et sans précision	0	0
Tumeurs à évolution imprévisible et de nature inconnue	0	0
total	286	100%

d) Type de traitements reçus et durée des traitements

Les traitements reçus par les salariés sont, essentiellement, la chirurgie (82,87%), la radiothérapie (52,1%) et la chimiothérapie (45,1%).

Sur les 247 salariés qui ont répondu à la question 103, qui porte sur la durée des traitements, la durée moyenne de ces traitements est d'un peu moins de 6 mois et demi. Les non-réponses à cette question ne signifient pas nécessairement que la phase de traitement est toujours en cours : c'est le cas de seulement 9 des 39 personnes qui n'ont pas répondu à cette question.



Sur l'ensemble des répondants, 18,53% (soit 53 salariés) disent être toujours en cours de traitement pour leur cancer au moment où ils remplissent le questionnaire.

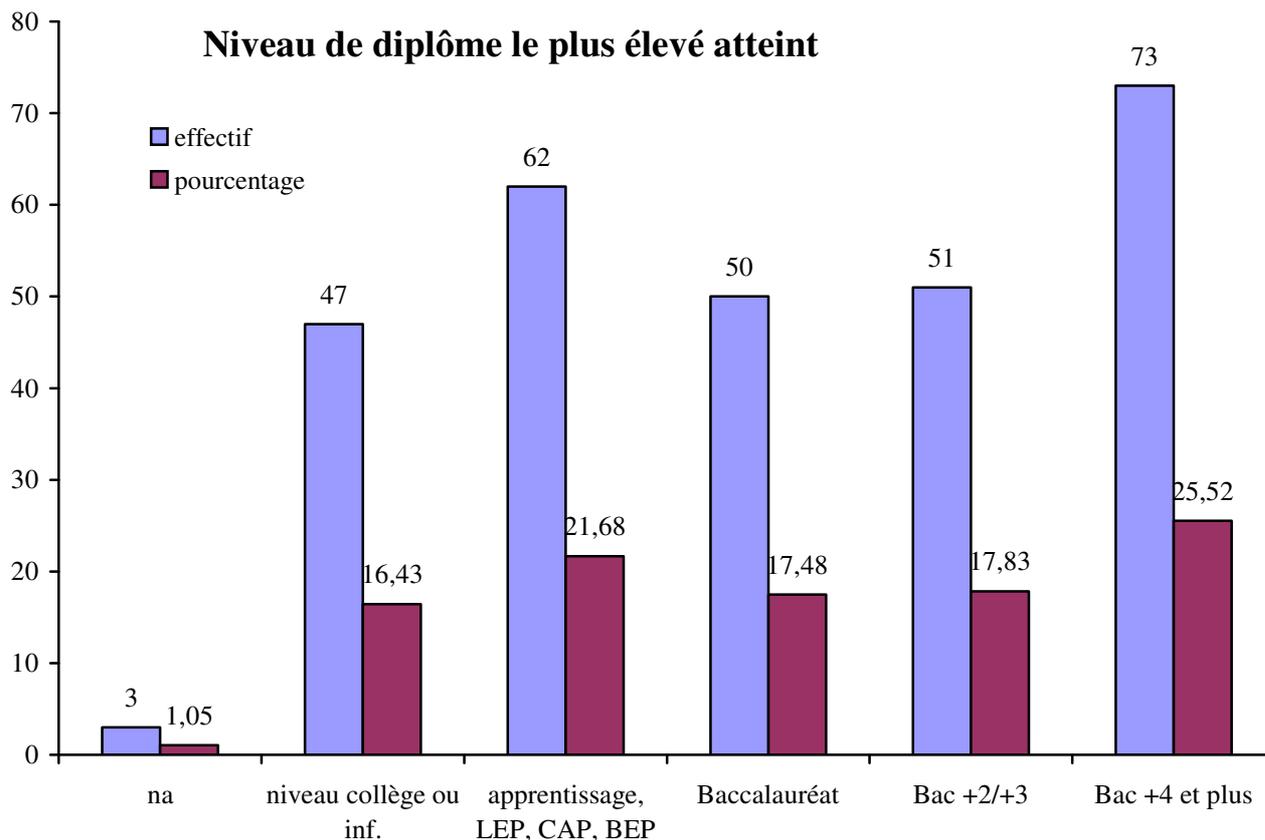
e) Etat de santé perçu

Au moment où ils répondent au questionnaire, les salariés disent très majoritairement être en bonne santé (65% des répondants au questionnaire n°1 disent que leur santé est bonne, et presque 19% disent même qu'elle est très bonne ou excellente). On a peut-être ici, un effet auto-sélectif : les personnes qui seraient le plus à même de dire que leur santé est mauvaise, ou médiocre, ne sont pas revenues au travail. Que cette situation soit potentiellement temporaire (par exemple parmi les répondants au questionnaire salarié n°2), ou définitive, et ceux-là n'ont pas été interrogés directement.

3.2. Des trajectoires professionnelles relativement stables mais un futur incertain

a) Niveau de diplôme et accès à la formation

La population répondante est plus diplômée que la population générale des mêmes classes d'âges. Dans une population en emploi plutôt âgée (les 2/3 ont plus de 50 ans), 60% ont un niveau d'étude au moins égal au bac, et plus de 40% un diplôme au moins égal à un bac+2. En outre, 11,9% des répondants ont suivi une formation diplômante en cours de carrière et près de 42% des répondants ont eu au moins une formation professionnelle au cours des cinq dernières années (c'est-à-dire entre 2003 et 2008).



b) Intégration dans l'emploi

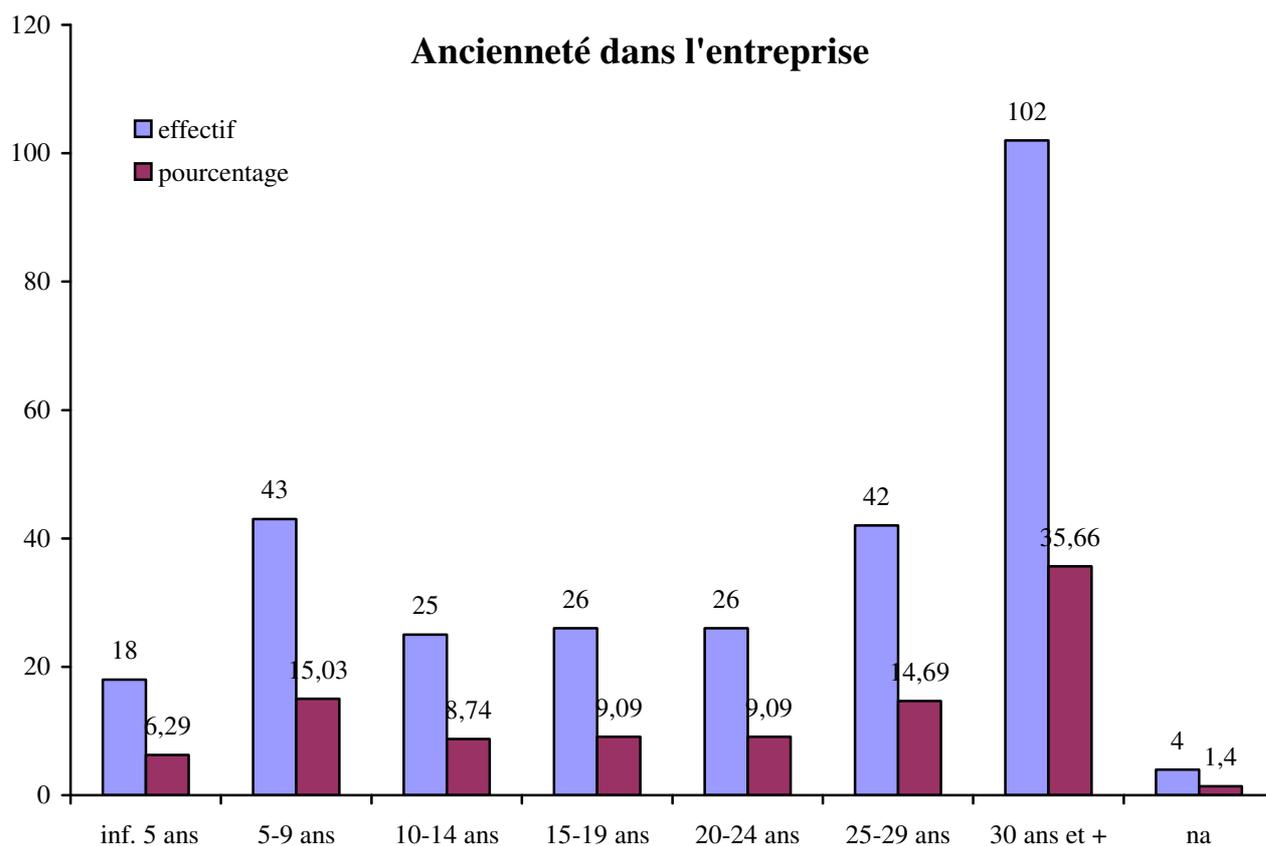
La population répondant au questionnaire est très bien intégrée dans l'emploi : 95% d'entre eux sont titulaires d'un contrat de droit privé à durée indéterminée ou sont titulaires de la fonction publique (huit salariés sur dix travaillent dans le secteur privé). Ils ont aussi une ancienneté assez longue dans leur entreprise : 22 ans en moyenne.

Ces salariés travaillent aussi dans de grandes entreprises : à plus de 77% dans des établissements de plus de 200 salariés. En outre, dans les deux tiers des cas, l'établissement du salarié fait partie d'un groupe d'envergure plus vaste.

Cette intégration à l'emploi, via des entreprises de taille moyenne ou grande, a des effets en termes de protection sociale et de salaire. Ainsi, alors qu'un peu moins de 10% des salariés disent que, depuis leur reprise, leur salaire a diminué par rapport à ce qu'il était avant la maladie, 20% disent qu'il a augmenté ! Notamment du fait des mécanismes normaux de l'entreprise (négociation salariale, indexation du salaire sur l'ancienneté du salarié, primes d'intéressement liés aux résultats globaux de l'entreprise etc.).

Dans plus de 3/4 des cas, la prise en charge financière des arrêts maladie a été assurée intégralement, et près de 65% des salariés disent qu'ils n'ont pas du tout eu de difficultés financières en lien avec leur maladie.

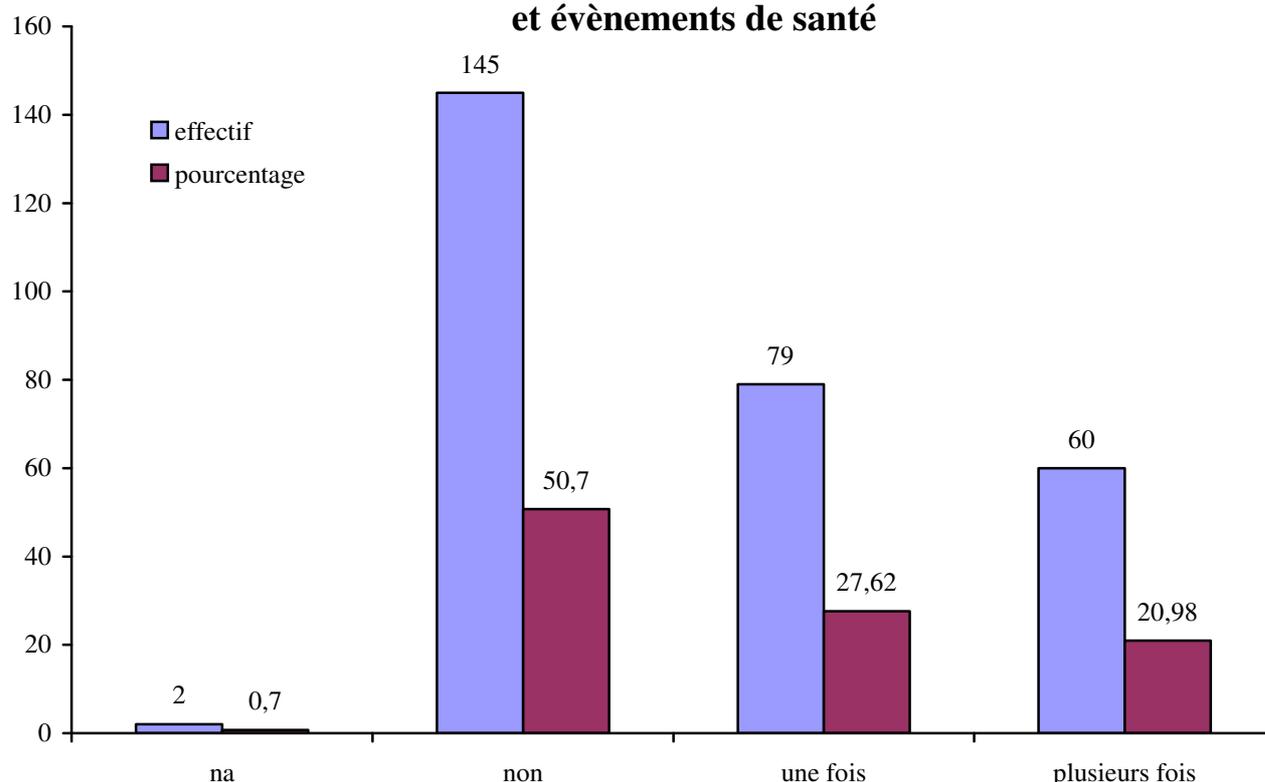
A contrario, 34% des salariés disent avoir eu des difficultés financières même s'ils sont 9% à avoir eu une baisse de revenu.



En dehors des conséquences du cancer pour lequel ils sont rentrés dans le cadre de l'étude, la moitié des salariés n'a jamais connu d'interruptions de leurs carrières (sauf des congés de maternité légaux ou de petits arrêts maladie, inférieurs à 21 jours).

Par contre, près du quart d'entre eux a déjà connu, avant cette maladie, au moins une interruption de leur carrière qui était liée à leur état de santé. Cette interruption était, dans l'immense majorité des cas, inférieure à une année. En outre, près d'un salarié sur 10 a connu au moins une période de chômage de longue durée (c'est-à-dire égale ou supérieure à 12 mois consécutifs) au cours de leur vie professionnelle.

Interruptions dans la carrière, dont chômage de longue durée et événements de santé



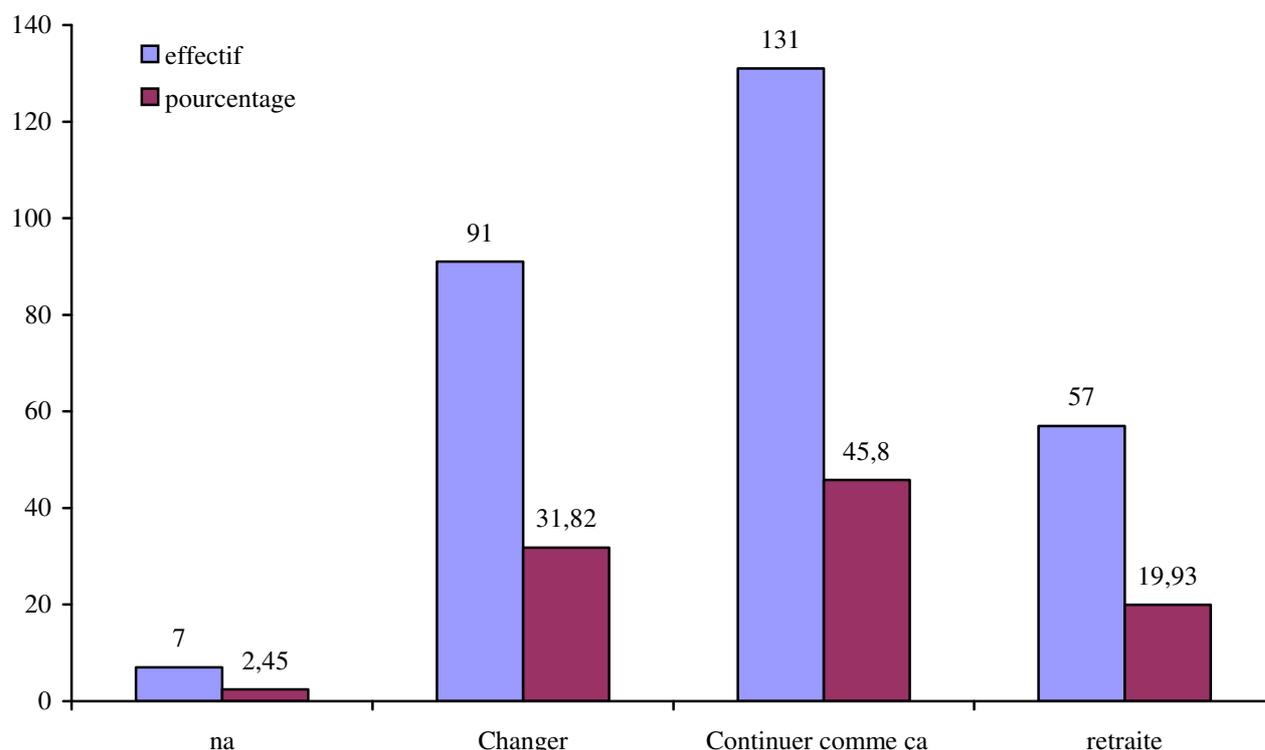
Malgré ces interruptions de carrières (qu'il faudra croiser avec l'âge pour déceler d'éventuels effets de générations) et leur maladie actuelle, les salariés se déclarent majoritairement satisfaits de leur parcours professionnel (à plus de 80%). La modalité de réponse extrême, qui est de déclarer « avoir beaucoup d'insatisfactions » ne recueille que 6% des réponses. Comme pour la satisfaction que l'on peut souligner à propos du travail en général, et des conditions de travail en particulier, il peut y avoir un effet auto-sélectif et un effet de réévaluation, a posteriori, des attentes professionnelles compte tenu de l'expérience du cancer (cf. §3.3. *infra*).

c) Perspectives d'avenir

Comme pour la population générale, plusieurs éléments contribuent à la formation des perspectives d'avenir professionnel des salariés interrogés : la dynamique antérieure de leur carrière, la confiance dans l'avenir de leur entreprise et de sa stabilité économique, les évolutions technologiques ou organisationnelles qui questionnent leurs compétences, leur âge, et, évidemment, leur état de santé.

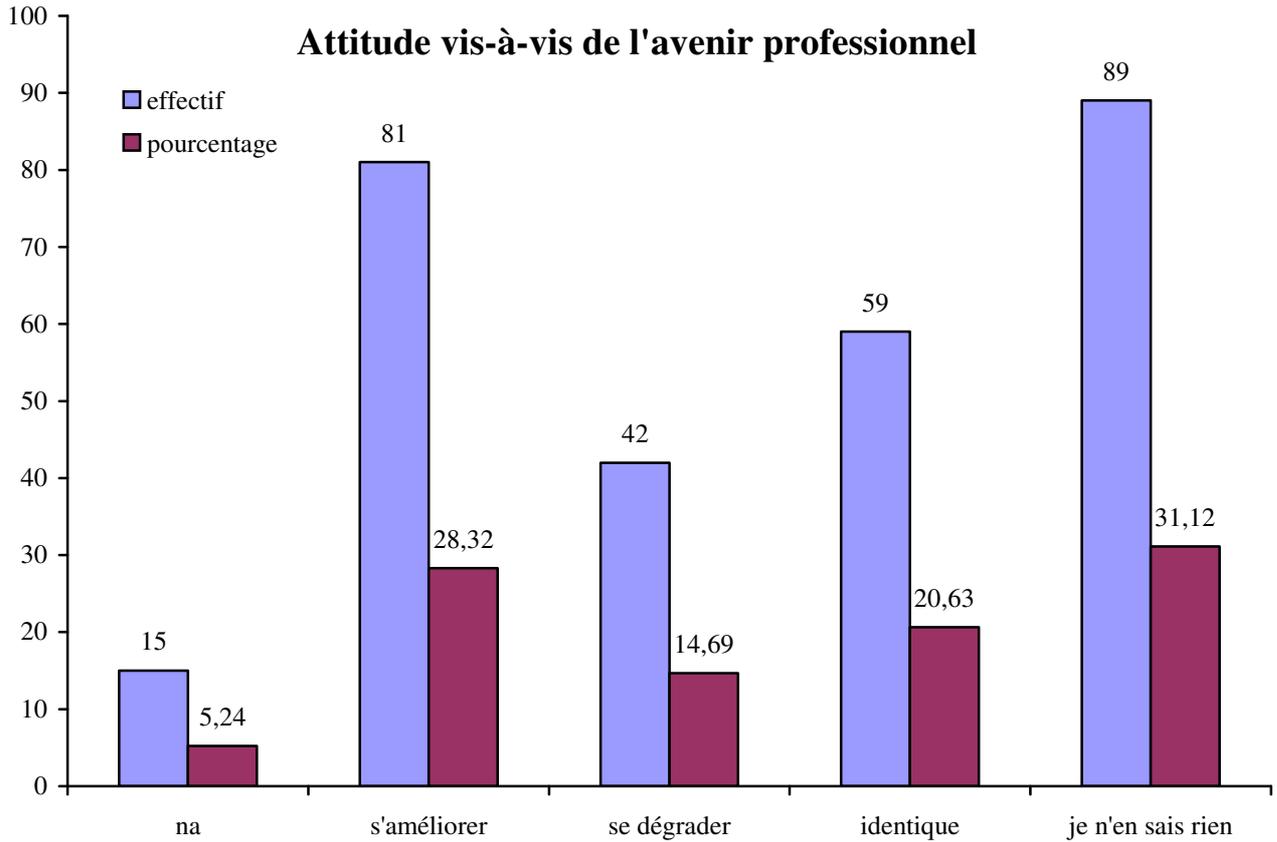
Les projets professionnels à cinq ans des répondants au questionnaire salarié n°1 peuvent se répartir en trois catégories principales : continuer le même travail ; changer (de poste, d'activité, voire d'entreprise) ; et le départ en retraite.

Projets professionnels à 5 ans



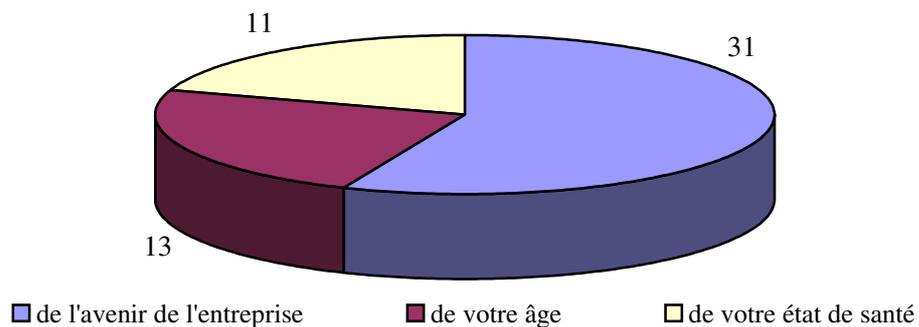
Moins de la moitié des salariés souhaite continuer le même travail, tandis que 20% pensent partir à la retraite à court terme et qu'un tiers expriment une volonté de changement (quelle qu'en soit la modalité). Le fait d'exprimer le souhait de continuer le même travail, comme le fait d'exprimer une volonté de changement peut recouvrir des attitudes contradictoires vis-à-vis du futur. On peut vouloir continuer « comme avant » parce que l'on se sent mieux, ou bien parce que l'on est dans l'incertitude. De même, la volonté de changement peut signifier une capacité de rebond après la maladie ou, au contraire, traduire une insatisfaction vis-à-vis de la situation présente et de laquelle on voudrait s'extraire.

L'incertitude vis-à-vis de l'avenir concerne une part importante des répondants. Ainsi, quand on leur demande s'ils pensent, qu'à l'avenir, leur situation professionnelle va se modifier, presque un tiers des salariés répond : « je n'en sais vraiment rien » (attitude incertaine dans l'histogramme ci-dessous) tandis qu'un autre 20% répond que leur situation restera identique. Par contre, si environ 15% des salariés sont plutôt pessimistes (ils pensent que leur situation professionnelle peut se dégrader), ils ne sont pas loin de 30% à penser qu'elle pourra s'améliorer.



L'incertitude, et sans doute le pessimisme, ne sont pas forcément liés à la maladie ou à l'état de santé des salariés. Ainsi, parmi les 55 personnes qui disent risquer de perdre leur emploi, la moitié disent qu'à leur avis, cela serait principalement dû à l'avenir de leur entreprise, puis, à cause de leur âge et enfin, à cause de leur état de santé.

Si vous pensez que vous risquez de perdre votre emploi, cela est principalement à cause... (n = 55)



Un autre indice de cette incertitude par rapport à l'avenir est fourni par les réponses à la question 20, où il était demandé aux salariés d'exprimer des souhaits quant à leur poste de travail actuel. Parmi les six modalités de réponses proposées, celle qui attire le plus de réponses est formulée ainsi : « je ne souhaite rien ». 54% des salariés le disent, alors que chacune des autres modalités (souhait d'aménagement de poste ou des horaires, souhait de changement de métier ou de lieu de travail, formation) n'attire qu'entre 8 et 15% de réponses.

Il semble que ce sont surtout les employés qui expriment des souhaits particuliers : on peut supposer que pour les autres grandes CSP représentées dans notre population (c'est-à-dire les ouvriers et les cadres), cette moins grande expression de souhaits particuliers traduit, soit une adaptation aux contraintes (on ne demande rien parce que l'on sait ne rien pouvoir obtenir), soit l'existence de marges de manœuvres plus importantes (on ne demande rien parce qu'on a déjà pu obtenir ce que l'on souhaitait).

Tableau 11 : Souhaits pour le poste actuel en fonction de la CSP

	aménagement du poste		aménagement des horaires		faire le même travail ailleurs		changer de métier		une formation		aucun souhait		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
ouvriers	2	11,11	0	0	0	0	2	11,11	1	5,56	13	72,22	18	100
employés	10	7,46	21	15,67	16	11,94	17	12,69	17	12,69	53	39,55	134	100
cadres moyens	10	9,52	11	10,48	9	8,57	9	8,57	9	8,57	57	54,29	105	100
cadres supérieurs	0	0,00	6	11,76	8	15,69	3	5,88	6	11,76	28	54,90	51	100
autres	1	11,11	3	33,33	0	0	0	0	1	11,11	4	44,44	9	100
total	23	7,26	41	12,93	33	10,41	31	9,78	34	10,73	155	48,90	317	100

Quand on cherche à croiser l'expression des souhaits formulés pour le poste de travail avec l'âge, on observe que ce sont surtout les salariés les plus âgés qui disent souhaiter un aménagement de leur poste et qui n'expriment aucun souhait. On peut supposer que leur position dans le cycle de vie et, en particulier, leur proximité avec le départ en retraite, explique ce phénomène. À l'inverse, les souhaits en termes de changements (de métier, de lieu de travail) que l'on retrouve surtout exprimés par les plus jeunes et, en particulier par les quadragénaires, peuvent traduire une projection de plus long terme dans la vie active.

Tableau 12 : Souhaits pour le poste actuel en fonction de l'âge

	aménagement du poste		aménagement des horaires		faire le même travail ailleurs		changer de métier		une formation		aucun souhait		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
inf. à 40 ans	1	3,45	5	17,24	4	13,79	4	13,79	3	10,34	12	41,38	29	100
40-49 ans	6	6,67	17	18,89	11	12,22	13	14,44	10	11,11	33	36,67	90	100
50-54 ans	6	7,50	9	11,25	9	11,25	8	10,00	13	16,25	35	43,75	80	100
55-59 ans	10	11,49	8	9,20	8	9,20	5	5,75	5	5,75	51	58,62	87	100
60-64 ans	0	0,00	2	6,45	1	3,23	1	3,23	3	9,68	24	77,42	31	100
total	23	7,26	41	12,93	33	10,41	31	9,78	34	10,73	155	48,90	317	100

3.3. L'impact de la maladie sur l'emploi en général

Environ 20% des salariés disent avoir été pénalisés dans leur emploi à cause de leur maladie.

On peut faire l'hypothèse que c'est essentiellement la diminution du nombre de responsabilités dans le travail ainsi que le sentiment de devoir faire leurs preuves, plus qu'avant, qui semblent surtout alimenter cette impression négative. Respectivement 19,58% et 15,73% des répondants sont d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé « je dois faire mes preuves plus qu'avant dans mon travail et cela est en lien avec ma maladie » et avec l'énoncé « j'ai moins de responsabilités dans mon travail ».

Mais on constate également que sur les 56 salariés (20%) qui ont eu un changement de poste de travail, la moitié n'en ont pas fait la demande (48%) et pour le quart (27%) ce poste n'est pas jugé adapté à leurs capacités actuelles. De plus, sur les 69 salariés (24%) dont les tâches ont été modifiées, ils sont aussi 48% à ne pas en avoir fait la demande et 26% à ne pas juger cette modification adaptée à leurs capacités actuelles.

Notons que 34% des salariés n'ont pas été associés aux décisions qui les concernent et que 14% ne sont pas satisfaits des modifications.

Cependant, 10,5% des répondants disent qu'ils ont une nouvelle tâche plus gratifiante, et 13% ont bénéficié d'améliorations, ce qu'ils mettent aussi en lien avec leur maladie.

Le sexe ne semble pas avoir d'incidence sur le fait de déclarer avoir été pénalisé par la maladie, même si les hommes le font un peu plus souvent que les femmes (respectivement 21,36% d'entre eux et 19,23% d'entre elles). Par contre, ce sont surtout les employés qui déclarent le plus avoir été pénalisés dans leur emploi du fait de leur maladie et qui sont les moins nombreux à dire qu'ils n'ont pas du tout été pénalisés de ce fait. L'âge semble aussi avoir une importance notable dans l'expression d'un sentiment de pénalisation : ce sont les plus jeunes qui, à la fois disent le plus avoir été pénalisés et qui disent le moins ne pas du tout avoir été pénalisés alors que parmi les plus âgés, ceux qui disent avoir été plutôt pénalisés dans l'emploi du fait de leur maladie sont marginaux.

Tableau 13 : Sentiment d'avoir été pénalisé dans l'emploi à cause de la maladie en fonction du sexe

Dans l'ensemble, estimez-vous avoir été pénalisé dans votre emploi à cause de votre maladie ?	non, pas du tout		plutôt non		plutôt oui		oui, tout à fait		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
hommes	57	55,34	24	23,30	15	14,56	7	6,80	103	100
femmes	100	54,95	47	25,82	14	7,69	21	11,54	182	100
total	157	55,09	71	24,91	29	10,18	28	9,82	285	100

(n= 285, une non réponse).

Tableau 14 : Sentiment d'avoir été pénalisé dans l'emploi à cause de la maladie en fonction de la CSP

Dans l'ensemble, estimez-vous avoir été pénalisé dans votre emploi à cause de votre maladie ?	non, pas du tout		plutôt non		plutôt oui		oui, tout à fait		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
ouvriers	12	75,00	3	18,75	0	0,00	1	6,25	16	100
employés	58	50,00	29	25,00	14	12,07	15	12,93	116	100
cadres moyens	51	54,84	25	26,88	8	8,60	9	9,68	93	100
cadres supérieurs	32	62,75	11	21,57	5	9,80	3	5,88	51	100
autres	4	44,44	3	33,33	2	22,22	0	0,00	9	100
total	157	55,09	71	24,91	29	10,18	28	9,82	285	100

Tableau 15 : Sentiment d'avoir été pénalisé dans l'emploi à cause de la maladie en fonction de l'âge

Dans l'ensemble, estimez-vous avoir été pénalisé dans votre emploi à cause de votre maladie ?	non, pas du tout		plutôt non		plutôt oui		oui, tout à fait		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
inf. à 40 ans	10	37,04	11	40,74	5	18,52	1	3,70	27	100
40-49 ans	39	52,70	18	24,32	4	5,41	13	17,57	74	100
50-54 ans	40	55,56	15	20,83	12	16,67	5	6,94	72	100
55-59 ans	41	51,25	23	28,75	7	8,75	9	11,25	80	100
60-64 ans	27	84,38	4	12,50	1	3,13	0	0,00	32	100
total	157	55,09	71	24,91	29	10,18	28	9,82	285	100

(n= 285, une non réponse).

On trouve le même profil socio-démographique des répondants à la question 48 (« je dois faire mes preuves plus qu'avant dans mon travail ») qui est, comme on l'a vu, la variable qui semble le plus contribuer à expliquer le sentiment de pénalisation dans l'emploi du fait de la maladie. Là aussi, les employés sont surreprésentés parmi ceux qui répondent positivement à cette question (26,8% des employés le disent contre 20,2% de l'ensemble de la population), de même que les salariés de moins de 40 ans et les jeunes quinquagénaires (50-54 ans). Pour ces derniers, il est difficile de savoir, à ce stade de la recherche, si la fragilisation générale des quinquagénaires dans l'emploi n'explique pas une partie du phénomène.

Tableau 16 : Sentiment de devoir faire ses preuves, plus qu'avant, au travail, en fonction du sexe

Du fait de ma maladie, je dois faire mes preuves plus qu'avant au travail	non, pas du tout		plutôt non		plutôt oui		oui, tout à fait		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
hommes	71	70,3	9	8,9	17	16,8	4	4,0	101	100
femmes	108	61,0	34	19,2	21	11,9	14	7,9	177	100
total	179	64,4	43	15,5	38	13,7	18	6,5	278	100,0

(n= 278, huit non réponses. Lecture en ligne).

Tableau 17 : Sentiment de devoir faire ses preuves, plus qu'avant, au travail, en fonction de la CSP

Du fait de ma maladie, je dois faire mes preuves plus qu'avant au travail	non, pas du tout		plutôt non		plutôt oui		oui, tout à fait		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
ouvriers	15	93,8	0	0,0	1	6,3	0	0,0	16	100
employés	62	55,4	20	17,9	18	16,1	12	10,7	112	100
cadres moyens	61	67,0	15	16,5	9	9,9	6	6,6	91	100
cadres supérieurs	35	70,0	6	12,0	9	18,0	0	0,0	50	100
autres	6	66,7	2	22,2	1	11,1	0	0,0	9	100
total	179	64,4	43	15,5	38	13,7	18	6,5	278	100

(n= 278, huit non réponses).

Tableau 18 : Sentiment de devoir faire ses preuves, plus qu'avant, au travail, en fonction de l'âge

Du fait de ma maladie, je dois faire mes preuves plus qu'avant au travail	non, pas du tout		plutôt non		plutôt oui		oui, tout à fait		Total lignes	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
inf. à 40 ans	13	48,1	7	25,9	6	22,2	1	3,7	27	100
40-49 ans	45	61,6	14	19,2	6	8,2	8	11,0	73	100
50-54 ans	43	60,6	7	9,9	16	22,5	5	7,0	71	100
55-59 ans	54	71,1	12	15,8	7	9,2	3	3,9	76	100
60-64 ans	24	77,4	3	9,7	3	9,7	1	3,2	31	100
total	179	64,4	43	15,5	38	13,7	18	6,5	278	100

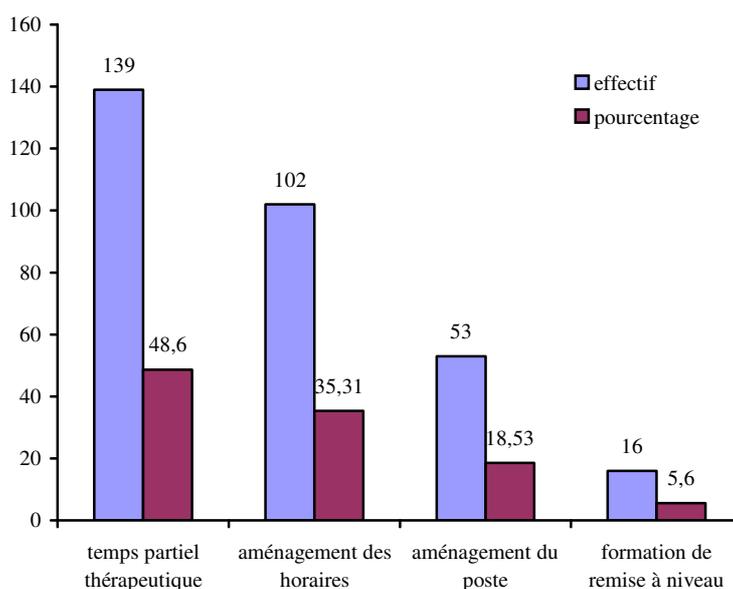
(n= 278, huit non réponses).

Les aménagements et les changements qui accompagnent le retour au travail ont concerné environ un salarié sur deux dans notre population. Néanmoins, un peu plus de 84% des salariés disent avoir retrouvé, lors de leur retour, le même poste qu'avant leur arrêt de travail.

Les principaux changements apportés au poste de travail semblent être la conséquence de la réduction du temps de travail via le temps partiel thérapeutique (temporaire ou permanent) lors du retour : moins d'heures de travail, avec un retrait de certaines fonctions perçues comme les plus exigeantes, ou qui nécessitent une personne à temps complet et, parfois une baisse de rémunération liée à la diminution du temps de travail. Par contre, les aménagements touchant plus directement le contenu du travail sont moins nombreux : seuls 18,53% des salariés en ont bénéficié.

Dans les précisions données en clair par les salariés pour expliquer en quoi leur poste est différent, un petit nombre écrivent que ces changements (mutations, suppression du poste par exemple) étaient planifiés avant leur maladie.

Le salarié a bénéficié, lors du retour au travail
(n>286 : réponses non exclusives)



Au final, près de 9 salariés sur 10 se disent globalement satisfaits ou très satisfaits de leur emploi actuel. Les modalités de variables décrivant le travail sous un jour négatif ne recueillent qu'un nombre limité de réponses. L'interprétation de ces résultats n'est pas aisée. En particulier on peut se demander si cette assez grande satisfaction par rapport au travail, y compris lorsque des difficultés sont soulevées⁵, ne traduit pas une réévaluation par les individus de leurs attentes après la maladie, ou si les individus ne disent pas, en fait, qu'ils sont simplement satisfaits d'être revenus au travail. Ce qui est, comme le souligne l'enquête de la Drees, un élément important dans la construction d'un sentiment subjectif de guérison (voir en particulier la Partie VI *infra* pour de plus amples développements).

4. Conclusion

Ces résultats très préliminaires montrent la richesse et la qualité des informations recueillies. Il reste naturellement un important travail à réaliser pour identifier quelques indicateurs significatifs des difficultés rencontrées (désirs de changements, sentiment d'avoir été pénalisé dans son emploi...). Ces indicateurs pourraient être utilisés pour établir une typologie des salariés en souffrance, afin de pouvoir mieux cibler les actions à mettre en œuvre. Les premiers résultats, relatifs à l'analyse quantitative, seront communiqués aux médecins investigateurs le 10 juin 2008. Une seconde restitution donnant les résultats de l'analyse qualitative sera organisée fin 2008, avant la remise à l'INCa du rapport final début 2009, avec les propositions d'action concrètes.

⁵ Principalement la fatigue et le stress qui sont, malgré tout, des catégories assez floues que l'on retrouve aussi dans la population générale.

V. Organisation de la phase qualitative de l'étude

À l'issue de la phase de collecte des questionnaires, débute une phase d'enquête qualitative réalisée par entretiens semi-directifs auprès de 50 patients. Ces entretiens sont réalisés par une psychosociologue ou un sociologue. Cette phase de la recherche est en cours de réalisation. Les personnes interrogées ont été choisies parmi les répondants du questionnaire N°1 qui en avaient exprimé le souhait.

Les entretiens s'adressent à des personnes qui sont dans une grande diversité de situations. Chacune a un parcours singulier et évolutif (dimension dynamique) et chacune se trouve à un moment différent de ce parcours (dimension temporelle), à la fois de sa maladie et de sa vie professionnelle :

Les entreprises, les conditions de travail sont diverses, les localisations du cancer sont différentes. Pour certains, le travail aura été repris depuis plusieurs mois et pour d'autres récemment, des traitements seront juste terminés ou la maladie sera une histoire plus ancienne. Pour tous, la reprise de travail aura été effective mais un nouvel arrêt de travail, qui tomberait au moment de l'entretien, n'est pas à exclure.

Cette grande diversité de situations doit cependant trouver son unité par un mode de recueil de l'information centré sur une grille d'entretien unique et un bon repérage du « matériel » à recueillir. Les relances, formulées à partir des propres mots des salariés afin de respecter la façon dont ils se représentent leur situation, complèteront les récits spontanés. La difficulté est d'éviter toute hypothèse réductrice pour intégrer la complexité et tendre vers une meilleure intelligibilité des choses.

On a cherché à constituer un échantillon se rapprochant le plus possible de la composition socio démographiques de la population étudiée (n=286). Pour prendre en compte les différences liées aux entreprises, notre échantillon contient des salariés d'entreprises de moins et de plus 200 personnes, rattachées à un groupe ou non.

Nous avons particulièrement veillé à ce que cette étude qualitative nous apporte des éléments sur les situations des salariés qui pourront éclairer les réponses de l'étude quantitative.

En particulier sur les événements qui accompagnent la reprise du travail pour lesquels nous formons l'hypothèse qu'ils ont un effet sur le maintien au travail dans des conditions satisfaisantes. Aussi, notre échantillon est composé de salariés dont les arrêts de travail sont plus ou moins longs, ayant et n'ayant pas eu des aménagements de leur poste de travail (contenu, horaires...) étant satisfaits ou non de ces aménagements.

Nous sommes restés attentifs à la façon dont les médecins du travail et les salariés eux-mêmes définissent leur « état d'esprit » (en regardant la cohérence des réponses), les ressentis sur le retour au travail et son environnement, les projets professionnels, les scores d'anxiété et dépression.

Les interviews donneront des informations sur :

- Ce qui a réellement changé au cours du temps : avant/au moment de la reprise/maintenant
- La nature de ce changement (il porte sur la charge de travail, la qualité du travail, les conditions dans lesquelles il se déroule, son intérêt, la relation aux autres, la reconnaissance des pairs, la reconnaissance par la hiérarchie, la relation à soi)

- Le moment de la reprise : repérer ce qui a pu se jouer à ce moment là, a-t-il été difficile de retrouver la place d'avant et pourquoi ? Qui a pris l'initiative de la reprise, est-elle venue comme une évidence ou comme une demande (de qui) comme une obligation ?
- Ce qui a été mis en place, ce qui a dû se négocier et comment ; qu'il s'agisse d'aménagement du poste, des horaires ou de place dans l'équipe... ; que la négociation concerne les collègues, la hiérarchie, le médecin du travail... les actions qui auraient pu être mises en place et qui ne l'ont pas été.
- Les étapes du parcours professionnel : la formation initiale, l'évolution dans la carrière ou les changements de fonctions, nouvelles qualifications ?
- Qu'est ce que le cancer a changé dans la vie du salarié, de l'individu (vous sentez-vous la même personne qu'avant votre maladie, avez-vous sur votre travail et son environnement une opinion tout à fait différente, arrivez-vous à vous projeter dans l'avenir, que voyez -vous de votre travail, de vous ?)
- Amener la personne à préciser ses représentations et comment sont les choses de son point de vue pour comprendre ses réactions, les émotions et les sentiments que font naître sa situation.

VI. Hypothèses et premiers éléments d'analyse sociologique⁶

1. Introduction

Les études disponibles sur le thème travail et cancer aboutissent à quatre résultats principaux sur lesquels s'établissent un assez large consensus. D'abord, la localisation de certains cancers rend plus difficile, voire impossible, d'envisager un retour en activité. C'est en particulier le cas des pathologies touchant les VADS (voies aéro-digestives supérieures) ou les cancers de la tête et du cou. Ensuite, plus le travail est exigeant physiquement et mobilise le corps, plus le retour est difficile. Troisième constat, plus l'entreprise permet des assouplissements et des aménagements (dans le temps de travail, dans l'organisation du travail), plus le retour au travail est facile. Enfin, il y a un effet négatif à long terme sur la trajectoire professionnelle des interruptions de carrière dues à la maladie (voir, par exemple, Spelten et alii, 2002). La question du maintien en activité, ou du retour en emploi, de travailleurs touchés par le cancer ne saurait ainsi se résoudre à une simple question médicale. La capacité à revenir en emploi est élaborée conjointement par les médecins (en particulier les médecins du travail et les médecins conseils de la sécurité sociale qui évaluent respectivement l'aptitude à un poste en particulier et l'aptitude au travail en général), l'entreprise – les managers bien sûr mais aussi les pairs qui évaluent la qualité du travail fourni et supportent les conséquences d'éventuels aménagements de poste – et le travailleur lui-même qui met en balance ses motivations et les difficultés rencontrées au travail.

Les actions engagées afin de favoriser le maintien ou le retour en emploi de travailleurs atteints par le cancer doivent ainsi répondre à plusieurs types de contraintes, parfois antagonistes. L'entreprise doit combiner des exigences productives (et de productivité individuelle) et les exigences de prévention primaire de la santé de ses salariés. Les médecins, et en particulier les médecins traitants, ont peu de connaissances des conditions de travail de leurs patients et peuvent considérer que le travail n'est pas un enjeu essentiel dans le processus de soin. Les travailleurs eux-mêmes ont parfois la volonté de reprendre une « vie normale », « comme avant » alors même que leurs capacités ne sont, parfois, objectivement plus les mêmes. Ils doivent décider de la manière dont ils rendent public ou non leur état de santé sur leur lieu de travail et trouver leur place entre travail normal et travail aménagé et, éventuellement, accepter le stigmate associé aux dispositifs réservés aux travailleurs handicapés selon les logiques mises au jour par Goffman (1975).

La manière dont ces différentes contraintes sont gérées au niveau des entreprises reste peu connue, de même que la spécificité éventuelle des effets du cancer sur le parcours professionnel futur par rapport à d'autres pathologies lourdes ou chroniques. En outre on sait relativement peu de choses sur les raisons que peuvent avoir les salariés atteints de ce type de pathologie de vouloir rester en emploi, ni à quelles conditions ce maintien peut contribuer à leur bien-être. Le bienfait pour les patients eux-mêmes de ces actions de maintien en emploi, qui s'inscrivent dans une logique d'activation, est rarement discuté. Par contre, les analyses complémentaires de l'enquête de l'ALD Cancer indiquent que le retour au travail et, en particulier, le retour au travail en pensant arriver à travailler aussi bien qu'avant, participe de la construction d'un sentiment subjectif de guérison chez des patients, deux ans après le diagnostic (Peretti-Watel et alii, 2008).

⁶ Guillaume Huyez-Levrat, sociologue, chercheur associé au Centre d'Etudes de l'Emploi (Noisy-Le-Grand) et au Centre de Recherche et d'Interventions Sociologiques (Université de Liège, Belgique).

La recherche vise à répondre à certaines de ces questions. En particulier, nous voulons discuter ici d'un résultat paradoxal de la récente enquête du groupe ALD-Cancer à la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees) consacrée à la situation professionnelle de personnes atteintes d'un cancer deux ans après le diagnostic (Le Corroller-Soriano et alii, 2006 ; 2008 ; Malavolti et alii, 2006). Cette étude indique, entre autres résultats, que parmi les individus ayant repris leur activité après le cancer, ceux qui ont bénéficié d'aménagements de postes ou de leur temps de travail sont plus de deux fois plus nombreux que les autres (28% contre 11%) à faire état de conséquences négatives de leur maladie sur leur travail. Un tel résultat – qui repose sur une appréciation subjective des salariés – semble questionner l'utilité de tels aménagements alors même qu'ils sont régulièrement décrits comme favorisant le retour en emploi.

En croisant des sources secondaires et les premiers résultats tirés de la recherche conduite à l'Institut Curie (**voir encadré 1**) on précisera d'abord le type d'aménagements élaborés dans les entreprises pour permettre le retour en emploi de ces travailleurs. On questionnera ensuite leurs effets sur la position de ces salariés dans un monde social d'entreprise. On envisagera alors l'hypothèse que les aménagements proposés lors d'un retour au travail après un épisode de cancer ne peuvent se faire qu'au prix d'une relégation des salariés dans leur « monde social d'entreprise ». Une telle relégation conduit les travailleurs à éprouver une moins grande satisfaction au travail en raison d'une combinaison de pertes économiques, de perte d'intérêt dans l'activité, de pertes qualitatives et quantitatives dans les relations sociales au travail. Cette moins grande satisfaction leur fait alors évoquer un effet négatif de leur maladie sur leur vie professionnelle. Dans un dernier temps, on indiquera des pistes de travail pour la suite de la recherche et, notamment, les moyens de soumettre cette hypothèse à l'épreuve des données empiriques qui sont en train d'être collectées.

Encadré 1 : Méthodologie

En plus des premiers éléments tirés de l'analyse des questionnaires (cf. *supra*) et, en l'attente des entretiens réalisés avec des salariés sur le modèle du récit de vie (Bertaux, 2005), des entretiens complémentaires ont été effectués avec des managers de certaines des grandes entreprises couvertes par les médecins du travail participant à la recherche. Ces entretiens permettent de mieux saisir le point de vue des entreprises et de mieux cerner leurs contraintes.

2. Différents types d'aménagements des postes de travail au moment du retour

Le retour au travail après un événement de santé tel que le cancer nécessite souvent un allègement du poste de travail en raison de la limitation des aptitudes du salarié induite par la maladie et ses séquelles éventuelles, par les traitements adjuvants ou, plus simplement, par son absence pendant un temps plus ou moins long. La question de l'aménagement des postes de travail a d'abord été pensée dans le champ du handicap. Dans une logique d'intégration sociale, les acteurs économiques sont invités à envisager des « aménagements raisonnables » pour permettre aux personnes handicapées de travailler. Le refus de mettre en place de tels dispositifs techniques modifiant l'environnement de travail et permettant de compenser les effets du handicap constitue, au regard du droit européen, une discrimination directe lorsque la mise en place de telles mesures n'impose pas une charge disproportionnée aux

employeurs⁷. Le droit français a ajouté l'état de santé dans la liste des critères de discrimination prohibé⁸ et la Chambre sociale de la Cour de Cassation a, dans un arrêt de principe rendu le 9 janvier 2007, consacré jurisprudentiellement la notion de discrimination indirecte en raison de l'état de santé⁹. Ces évolutions juridiques signifient que la responsabilité civile et pénale des entreprises peut désormais être engagée si certains de leurs salariés, présentant un trouble de santé, ont connu des difficultés dans leur emploi (baisse de rémunération, freins dans l'accès à des promotions par exemple) que n'auraient pas connu les travailleurs en bonne santé si elles ne peuvent justifier que ces différences de traitement sont justifiées, appropriées et raisonnables par rapport à un objectif légitime. Les entreprises devront aussi avoir mis en œuvre des aménagements adéquats pour limiter les effets négatifs d'une mauvaise santé de leurs salariés sur le déroulement de leur carrière.

Ces aménagements peuvent prendre des formes diverses selon les possibilités de l'organisation et la volonté des salariés. Pour l'instant ils sont construits autour de deux variables principales : le nombre de tâches demandées et l'intensité du travail. Il s'agit alors essentiellement d'alléger la charge de travail en retirant certaines fonctions perçues comme les plus fatigantes ou en réduisant les horaires de travail. En particulier, lorsqu'il est difficile d'intervenir directement sur la pénibilité du travail, la variable d'ajustement est le temps d'exposition à cette pénibilité. Mais au-delà de la diminution de la charge de travail, il apparaît que la flexibilité dont peuvent bénéficier les salariés atteints d'un cancer pour organiser leur activité et leur temps de travail est un facteur déterminant pour la réussite d'un maintien ou d'un retour au travail (Grenwald et alii, 1989).

Le retrait de certaines tâches, couplées ou non avec une diminution des responsabilités, s'apparente au phénomène de « déprise » que Serge Clément et Marcel Druhle ont analysé à propos de la réorganisation des activités sociales des personnes vieillissantes et qui contribuent à un « réaménagement de la vie » (Barthe et alii, 1988). On peut aussi l'associer au mécanisme d'*optimisation sélective avec compensation* décrit par Paul et Margaret Baltes, toujours dans le champ de la gérontologie : l'abandon de certaines activités, ou le moindre investissement sur certaines activités, permet de concentrer ses forces sur un groupe plus restreint d'activités dans lesquelles on peut continuer à exceller en développant des techniques particulières (Baltes, 1997). Ainsi, le manager d'une agence bancaire rencontré note, à propos d'une de ses collaboratrice revenue à temps partiel après un cancer, qu'elle arrive à avoir le même commissionnement (primes d'objectifs) que ses collègues à temps pleins car elle a la possibilité de concentrer ses efforts sur des clients qu'elle connaît bien (**cf encadré 3 infra**).

Mais alors que pour la gérontologie, la vieillesse peut être perçue comme une succession auto-entretenu de déprises, l'allègement d'un poste de travail après un événement de santé est implicitement pensé comme un phénomène transitoire, le temps d'un retour « à la normale » des capacités de travail, sauf si un signal fort, comme un « label » de travailleur handicapé, est posé. Or, le processus de recouvrement des capacités de travail n'est ni linéaire ni prévisible dans le cas du cancer (comme d'ailleurs dans le cas d'autres maladies chroniques ou évolutives). Les changements dans la situation de travail ne peuvent ainsi pas être limités à une courte période après un traitement chirurgical ou une première phase de traitement adjuvant, mais s'étend sur plusieurs années (Maunsell et alii, 1999). De sorte que si l'on note souvent une aide particulière apportée par les collègues de travail ou la hiérarchie directe au

⁷ Article 5 de la directive Européenne 2000/78 du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail

⁸ Art. 225-1 du code pénal et 122-35 du Code du travail.

⁹ Numéro de pourvoi 05-43.962.

salarié qui revient au travail (acceptation d'un transfert de charge, fort soutien moral...), cette aide est décrite comme ne résistant pas au temps.

Dans notre recherche, les médecins du travail estiment néanmoins que, dans plus de 80% des cas, la réintégration du salarié au travail, après la période active des soins est moyenne ou très bonne (respectivement 18,9% et 62,4% des cas) et dans 60,2% des cas ils estiment que depuis la reprise du salarié jusqu'à aujourd'hui cette réintégration évolue favorablement contre 3% où la situation, selon eux, se dégrade [MQ53 et MQ54]¹⁰.

La capacité du collectif de travail à absorber les différences dépend du regard que les collègues portent sur la personne malade qui va bénéficier d'aménagements particuliers. Les pairs peuvent craindre en particulier de devoir supporter une charge de travail supplémentaire, notamment dans des contextes productifs où existent des contraintes d'objectifs qui déterminent une part de la rémunération. Ce phénomène est renforcé par la suspicion sur la légitimité de ces aménagements quand la maladie n'est pas « visible » ou que les travailleurs veulent maintenir le secret sur leur état de santé et la raison de leurs absences (Bury, 1982). Ainsi, les aides à l'intérieur des établissements (qu'il s'agisse d'aménagements des postes de travail ou des horaires, de la compréhension des collègues ou de la hiérarchie notamment) sont plus formalisées lorsque l'on se trouve en face de travailleurs qui bénéficient d'une reconnaissance administrative d'un handicap et se concentrent sur ces populations (Amar, Amira, 2003).

Pour éviter de devoir rendre compte de leur maladie ou de ses effets, certains peuvent être tentés de restreindre leur sphère d'activité sociale : une telle logique contribue à isoler les individus et à rendre plus difficile pour eux le développement de nouvelles relations, ce qui nuit à leur réinsertion professionnelle. Les auteurs d'une étude canadienne sur la réinsertion professionnelle de travailleurs arrêtés pour un problème de santé mentale ont ainsi noté que les mesures d'adaptation du travail (par exemple retour progressif) ont des effets ambivalents. Positifs dans le processus de recouvrement des capacités de travail, ils peuvent dégrader « la qualité des rapports sociaux de travail » et compromettre la réussite de cette réinsertion sur du plus long terme (Saint-Arnaud et alii, 2003). On observe un phénomène similaire au sujet de certains mécanismes pensés pour favoriser le maintien en activité des travailleurs âgés, comme la pré-retraite progressive. Ce mécanisme, où la durée hebdomadaire du travail est réduite en contrepartie d'un recul du moment de départ en retraite, a comme effet de cantonner les travailleurs dans des postes moins intéressants de l'entreprise et à leur faire perdre pied, ce qui a comme effet d'accélérer leur départ définitif (Laconde, Le Coz, 2004 ; Huez, 2005).

Le tableau 19, ci-dessous, présente une typologie des différentes configurations possibles au regard de l'aménagement du poste de travail lors du retour.

¹⁰ Les références notées entre crochet renvoient aux variables mobilisées dans les questionnaires. Les initiales MQ font référence au questionnaire « médecin du travail » et les initiales QS au questionnaire rempli par les salariés.

Tableau 19 : Typologie des aménagements de la charge de travail

		Nombre de tâches et d'activités		
		<i>Plus faible</i>	<i>Similaire</i>	<i>Plus élevée</i>
Demande d'investissement au travail (temps et implication subjective)	<i>Plus faible</i>	« risque de déprise »	« allègement par l'investissement »	Eparpillement de l'activité
	<i>Similaire</i>	« allègement par le retrait d'activités »	« retour à la situation <i>ex-ante</i> »	« changement de l'activité pendant l'absence »
	<i>Plus élevée</i>	« optimisation sélective avec compensation »	« changement de l'activité pendant l'absence »	« changement de l'activité pendant l'absence »

La case centrale du tableau, où le nombre d'activités et la demande d'investissement (en termes de temps, de responsabilités, d'implication subjective) sont similaires à la période précédant l'arrêt correspond à une reprise du poste de travail dans les mêmes conditions. Le quadrant inférieur droit du tableau correspond à des situations où on demanderait en réalité au salarié retournant en activité de faire plus de choses, ou de faire les mêmes choses plus intensément que par le passé. Ces configurations ne participent visiblement pas des stratégies d'aménagements de la charge de travail. Par contre elles peuvent correspondre à un changement de l'emploi survenu pendant l'absence du travailleur. Dans ce cas-là, il ne reprend pas le même poste qu'avant son arrêt, même s'il conserve la même dénomination. En plus du recouvrement de ses habiletés antérieures, le salarié doit alors rattraper celles que ses collègues ont développées en son absence. Dans le quadrant supérieur gauche du tableau, on retrouve les configurations les plus communes d'allègement de poste qui procèdent par retrait de certaines tâches où par une moins grande demande d'investissement au travail.

Sur l'ensemble des cas de salariés renseignés par les médecins du travail (n = 402) la situation professionnelle actuelle du salarié est modifiée par rapport à ce qu'elle était au moment du diagnostic dans 22,4% des cas. Mais ils n'imputent ce changement à l'état de santé du salarié que dans la moitié des cas [MQ14 et 14b]. Néanmoins, un peu moins de la moitié des salariés (47,5%) ont bénéficié d'aménagements ou de changements de postes lors de leur reprise de travail après la phase de traitement [MQ 43]. L'essentiel de ces aménagements a consisté en une réduction du temps de travail et en un aménagement de la charge de travail procédant par le retrait de certaines activités, couplés ou non avec le retrait de certaines responsabilités. Lorsque des changements lors de la reprise après la phase de traitements ont été proposés, ils ont eu comme conséquence un report de la charge de travail sur les collègues dans un peu plus de la moitié des cas [MQ47].

Dans la population étudiée – en particulier les 286 salariés ayant repris au moins une fois leur travail après la phase de traitement et ayant répondu au questionnaire soumis par leur médecin du travail (cf. schéma 1 *supra*), près de 90% disent avoir repris la même profession qu'avant leur arrêt ; 99% réintégré la même entreprise et 84% le même poste qu'avant leur arrêt. Quand ce poste est différent c'est essentiellement du fait de la suppression de certaines fonctions jugées plus pénibles ou de responsabilités, de changements de postes sans modification substantielle du travail (changement de lieu pour rapprocher du domicile ; changement de plages horaires) tandis qu'un petit nombre de répondants indiquent que ce changement n'est pas lié à la maladie : soit qu'il s'agisse d'un avancement, d'une mutation, d'un déclassement ou d'une promotion décidé avant leur arrêt. [SQ4BB].

Lors de leur retour au travail, près de 48% des salariés de notre population ont bénéficié d'un mi-temps thérapeutique (une seule personne dit qu'on lui a refusé cette possibilité), et 35% indiquent avoir bénéficié d'aménagements de leurs horaires (que cela soit en lien ou non avec une réduction de leur temps de travail). Hormis ces aménagements touchant le volume ou l'organisation du temps de travail, 18% des salariés ayant repris le travail indiquent avoir bénéficié d'un aménagement touchant le contenu du travail et seulement deux personnes indiquent que cette possibilité leur a été refusée [SQ23-26]. Ainsi, la plupart des salariés de notre population ayant bénéficié d'aménagements se répartissent entre deux modalités idéal-typiques : l'allègement de la charge de travail par l'investissement ou le retour à la situation ex-ante.

Dans ce contexte, si les 3/4 des salariés disent arriver à faire leur travail comme avant, une forte minorité (20%) disent travailler moins bien qu'avant et une part marginale (3,5%) mieux qu'avant. Dans l'ensemble, 88% des répondants disent être satisfaits de leur travail (29% tout à fait satisfaits et 59% plutôt satisfaits). Ceux qui déclarent qu'ils ne parviennent à faire leur travail depuis leur reprise moins bien qu'avant sont un peu moins nombreux à se déclarer satisfaits que les autres : mais ils sont quand même plus des 3/4 à le dire. C'est surtout la modalité extrême « oui tout à fait » qui explique cette variation. Ainsi, alors que le tiers des salariés qui travaillent « comme avant » sont très satisfaits de leur travail, ils ne sont plus qu'un sur 10 parmi ceux qui expriment des difficultés. Par contre, ils sont plus de 64% à être « plutôt satisfaits » - on peut supposer que ce fort pourcentage de satisfaction traduit une réévaluation des attentes compte tenu de l'épreuve par laquelle ils sont passés [SQ21p et SQ28]. On peut faire le même type de remarque pour ceux qui ont connu une diminution de salaire depuis leur reprise. Ces derniers se déclarent au moins plutôt satisfaits de leur travail à 76,92% [SQ21p et SQ11]. Le fait de travailler seul ou en équipe ne semble pas, par contre, avoir d'impact notable sur la satisfaction générale au travail. Sur un effectif restreint (seul 14% de la population dit travailler seul), on ne constate pas de divergences entre la répartition de leurs réponses et celles de ceux qui travaillent en équipe [croisement SQ21p et SQ14].

Cette satisfaction générale par rapport au travail actuel se confirme sur chaque question plus précise testant le modèle de Karasek, dans lequel la situation de travail est décrite en croisant demande mentale, latitude décisionnelle et soutien social (Karasek, Theorell, 1990). Ainsi, plus de 76% des répondants disent que leur travail leur permet d'apprendre des choses et qu'ils peuvent choisir eux-mêmes la façon de procéder. 83% estiment avoir les moyens nécessaires (y compris en termes de temps) pour faire un travail de bonne qualité, même si, par ailleurs, ils sont plus de 52% à dire devoir travailler sous forte contrainte de temps. Enfin, 89% disent que leurs compétences sont adaptées à leur travail et 80% disent qu'ils ont suffisamment d'entraides et de coopération pour réaliser leur travail. Quand leur état de santé est connu sur leur lieu de travail, les personnes interrogées disent peu que cela a dégradé leurs relations professionnelles : 1,8 % disent que leurs collègues ne leur font plus confiance et 4,6% que leurs supérieurs ne leur font plus confiance. On peut, sur cette question, noter une différence très nette entre les relations avec les collègues et les responsables. En effet, si 65% des salariés disent que la connaissance de leur état de santé n'a rien changé dans leurs relations avec leurs pairs, il ne sont plus qu'un peu moins de la moitié à le dire de leurs relations avec leurs supérieurs [SQ 30]. De même, quand les salariés ont dû s'absenter pendant la période précédant le traitement du fait de leur état de santé, ils n'ont largement pas l'impression que cela a modifié leurs relations avec leurs collègues ou leur hiérarchie. Quand c'est le cas, c'est plutôt dans un sens positif (pour un peu plus de 12% des répondants, que ce soit vis-à-vis des collègues ou de la hiérarchie). Par contre, ils sont presque 9% à dire que cela a dégradé leurs relations avec la hiérarchie, contre 4% à dire que cela a dégradé leurs relations avec leurs collègues [SQ100-101].

Ce regard, au final, plutôt positif sur leur travail n'empêche pas les salariés de le décrire comme fatigant (par 53% des salariés) et stressant (par 64% des salariés). Entre un cinquième et un tiers des répondants signalent des dimensions négatives de leur activité : 15% disent s'ennuyer dans leur travail (plus de la moitié répondent « non pas du tout ») ; 18% des salariés se sentent dépassés par les exigences de leur travail ; 22% n'arrivent pas à suivre le rythme de travail demandé et 34% sont d'accord avec l'énoncé « n'importe qui pourrait faire mon travail ». Des investigations complémentaires sont nécessaires, d'une part pour déterminer si c'est la maladie (en particulier sa gravité) qui contribue à expliquer ce regard plus négatif sur le travail ou bien si d'autres facteurs sont à l'œuvre ainsi que pour, d'autre part, explorer la manière dont ces réponses, données par des salariés ayant eu un cancer, diffèrent ou convergent, avec celles que peuvent donner des salariés pris dans la population générale.

Avancer une interprétation de ces chiffres en relation avec notre question de départ nécessite plusieurs tri croisés. Indiquons en certains : est-ce que les salariés qui ont bénéficié d'aménagements lors de leur retour sont, comme dans l'enquête Drees, plus nombreux que les autres à évoquer les dimensions négatives de leur travail (ce que l'on pourrait lier à la durée de leur mise à distance du travail ou de la gravité de la maladie) ou bien retrouve-t-on une structure plus classique, où la satisfaction au travail évolue en fonction de l'âge (Kallenberg, Loscocco, 1983 ; Clark, 1996) ou en fonction de la CSP et du niveau de diplôme ?

3. Des aménagements qui relèguent les travailleurs à la périphérie de leur monde social d'entreprise ?

Le monde du travail peut être décrit, en suivant les propositions d'Anselm Strauss, en termes de monde social. C'est-à-dire comme un ensemble hiérarchisé d'activités, de techniques qui sont les manières de faire ces activités, et d'espaces où ces activités sont réalisées et ces techniques mises en œuvre. Les différents participants d'un monde social entretiennent des disputes pour définir ce que sont les activités principales par rapport aux activités secondaires, les techniques pertinentes par rapport aux techniques obsolètes et les espaces centraux par rapport aux espaces périphériques et, ainsi, évaluer leur degré d'authenticité comme membre de ce monde social (Strauss, 1992). Dans le secteur de la Banque de détail par exemple, l'activité centrale telle qu'elle est définie par la hiérarchie est celle de conseiller financier, opérant dans une agence ayant un fort potentiel de développement commercial, et capable de placer un certain nombre de produits financiers en suivant les objectifs définis par l'entreprise. À l'inverse, des agences commerciales situées dans des quartiers populaires, où la clientèle dispose de peu de capacités d'épargne, ou encore certaines fonctions administratives au Siège, non directement tournées vers la production de valeur ajoutée, peuvent être décrites comme des secteurs périphériques du monde social et, ceux qui y évoluent, perçus comme moins essentiels à sa bonne marche. À côté de cette définition des frontières du monde social par la hiérarchie, certains salariés peuvent considérer qu'être un bon conseiller financier consiste à pouvoir proposer des produits en adéquation avec la demande de leur clientèle, même si ces produits ne font pas l'objet d'objectifs prioritaires de la part de l'entreprise. D'une manière générale, la capacité d'un salarié à maintenir sa position dans l'emploi – et à l'améliorer – est conditionnée par sa capacité à faire reconnaître son authenticité comme membre du monde social d'entreprise dans lequel il évolue. Pour cela il doit pouvoir acquérir les techniques reconnues comme pertinentes et montrer son aptitude à évoluer dans des espaces centraux et à être occupé sur les activités principales de l'entreprise, ou être en mesure de faire prévaloir sa définition des frontières du monde social.

L'aptitude au travail peut s'entendre dans un premier temps comme une capacité physique à exercer certaines activités mobilisant force physique et résistance à la fatigue. Mais l'acte de travail mobilise bien d'autres dimensions – y compris dans les métiers dits physiques : mémoire, concentration, « coup de main » acquis par l'expérience, connaissances théoriques, savoir-être relationnels etc. L'ensemble de ces compétences et savoirs liés à l'exercice d'un métier, incorporés par un individu, constitue son « capital humain ». Dans une théorie économique du marché du travail, c'est ce capital humain qui est recherché et rémunéré par les employeurs. L'idée de capital implique qu'il peut s'acquérir et se perdre mais, surtout, qu'il peut être valorisé, par exemple lorsqu'il est constitué de compétences rares et utiles, ou dévalorisé, notamment lorsque des évolutions technologiques ou organisationnelles rendent obsolètes certains savoir-faire (**voir encadré 2**). Se pose alors un problème majeur pour ceux qui ont dû s'absenter pendant un temps plus ou moins long : comment peuvent-ils restaurer ou rénover leur « capital humain » alors même qu'ils risquent d'être occupés sur des postes allégés, en termes de temps ou de fonctions, qui correspondent souvent à des activités périphériques des entreprises ? Dans notre population, l'immense majorité des salariés revenant au travail (92%) n'ont pas bénéficié d'une formation de remise à niveau [SQ27]. Il s'agit là sans doute d'une piste à explorer par les entreprises afin de permettre à leurs salariés de se remettre « dans le bain ».

Encadré 2 : « Quand j'ai voulu reprendre mon travail, je me suis aperçue qu'on n'avait plus besoin de moi. »

Un focus group réalisé avec cinq utilisateurs de la maison des patients du Centre René Huguenin de Saint-Cloud a permis de repérer des problématiques différentes pour des travailleurs cherchant à revenir au travail après un cancer qui sont fonction de leur capital humain et des évolutions de l'entreprise. L'expérience de deux femmes en particulier permet d'illustrer des situations diamétralement opposées. D'une part une secrétaire dans un petit cabinet d'avocats ayant une vingtaine d'année d'ancienneté, d'autre part, une cadre dans un groupe industriel de dimension internationale de la même génération. Comment les entreprises concernées ont géré l'absence de ces salariées ? Dans le cabinet d'avocat, Madame A. n'a pas été remplacée. Le travail de secrétariat qu'elle effectuait à été pris en charge directement par les avocats, notamment grâce à l'utilisation des ordinateurs portables (saisie directe des dossiers). Au moment où elle a voulu reprendre son travail, via un mi-temps thérapeutique, l'entreprise n'avait simplement plus besoin de ce poste de secrétaire : elle a été licenciée et l'entreprise n'a pas recrée de poste similaire. « Quand j'ai voulu reprendre, on n'avait plus besoin de moi » dit-elle. À l'inverse, Madame B., qui venait juste de bénéficier d'une promotion au moment où sa maladie a été diagnostiquée, a pu poursuivre en partie son activité via le télétravail. Même si cette situation l'empêchait d'assumer le rôle d'encadrement d'équipe prévu dans ce poste, son responsable a préféré engager une seconde personne pour épauler Madame B. plutôt que de devoir se priver totalement de ses compétences : « Non, j'ai besoin de toi » lui a-t-il dit alors qu'elle pensait renoncer à ce poste très exigeant par rapport à son corps qui ne pouvait plus suivre.

Le capital humain s'accroît non seulement sur le lieu de travail dans la réalisation de l'activité, mais aussi lors d'évènements organisés dans des temps sociaux mixtes entre loisirs et travail qui jouent un rôle majeur dans l'entretien d'un réseau social favorable au processus d'authentification au monde social (pause cigarette, discussion de couloir, pots de fin de semaine etc. autant d'occasions où s'échangent de manière informelle des informations qui peuvent se révéler pertinentes – voire cruciale – pour la réalisation de l'activité¹¹). À l'inverse, pendant une absence, un travailleur peut voir son capital humain se détériorer et rater des occasions d'accroître ce capital par rapport aux travailleurs restés en emploi (formations, opportunités d'entretenir et de développer son réseau professionnel etc.). Il manque aussi des opportunités d'être évalué par sa hiérarchie, ce qui a un impact direct sur la suite de sa carrière dans le sens où c'est la répétition des opérations d'évaluation qui permet d'entraîner une dynamique positive de carrière (Rosen, 1981). Dans une recherche consacrée à l'effet de long terme des absences de managers, Judiesch et Lyness (1999) notent aussi que c'est lorsque des absences, quelle qu'en soit la cause, empêchent les personnes d'être évaluées que les effets de ces absences sont les plus négatifs : les actifs revenant en emploi semblent alors ne jamais retrouver tout à fait le « potentiel de gains » (en termes de salaire mais aussi d'opportunité de carrière future) auquel ils pouvaient normalement prétendre. Ce mécanisme permet d'expliquer pourquoi les ruptures professionnelles en raison d'une pathologie lourde ont des effets négatifs sur le niveau de revenu, non seulement présent, dans la limite posée par les mécanismes de protection sociale, mais aussi sur le long terme – et de plus en plus à mesure que s'allonge la période d'absence (Mincer, Ofek, 1982). On peut aussi comprendre pourquoi ce sont les travailleurs les plus qualifiés qui ont le plus de chances de réussir leur retour au travail après un arrêt : les entreprises seront d'autant plus incitées à trouver des solutions d'aménagement (ou à supporter le coût de ces aménagements) que le coût de remplacement de ces salariés est important (Butler et alii, 1995).

Les pertes de revenus des salariés revenant au travail peut ainsi résulter de la dépréciation de leur capital humain ou, ainsi que le suggère une étude rétrospective sur des salariés de l'Ontario présentant une limitation de leurs capacités de travail suite à un événement de santé, à un transfert des coûts des aménagements rendus nécessaires lors du retour en emploi, en particulier lorsque le retour ne se fait pas chez le même employeur (Gunderson, Hyatt, 1996).

Notons toutefois que, dans notre population, l'impact financier de la maladie semble être limité. 70% des salariés disent que depuis leur reprise leur salaire n'a pas changé par rapport à ce qu'il était avant la maladie. 20% disent même que leur salaire a augmenté. Quand le salaire a diminué, la principale raison invoquée est l'impact d'une réduction du temps de travail ou la perte de certaines fonctions consécutives à l'aménagement de leur poste de travail au moment du retour en activité. L'augmentation des revenus s'explique d'un autre côté par les mécanismes salariaux normaux des entreprises : négociation collective, avancement liée à l'ancienneté etc... De manière cohérente avec ce résultat, environ un tiers des salariés dit avoir eu des difficultés financières en lien avec leur maladie (pour un peu plus de 7% ces difficultés étaient importantes). Ce faible impact salarial de la maladie est néanmoins surprenant, d'autant plus que, par ailleurs, presque 35% des salariés disent que leur salaire varie en fonction d'objectifs individuels.

¹¹ À propos du travail d'aides à domicile intervenant auprès de grands vieillards, Georges Goma a bien montré l'importance de ce qu'il appelle le « capharnaüm ». Un échange apparemment sans ordre entre ces travailleurs où se mêlent anecdotes et propos phatiques, mais où l'analyse permet de déceler des échanges d'informations de nature professionnelle utiles pour le suivi du travail. Un échange d'ailleurs bien plus riche que les informations contenues dans le « cahier de liaison » qui est, dans la situation considérée, l'instrument officiel de ce suivi (Goma-Gakissa, 2002).

L'analyse de ces données est à approfondir et à mettre en lien avec la structure socio-démographique de la population suivie et les caractéristiques des entreprises qui semblent fonctionner selon le modèle du marché interne (Doeringer, Piore, 1971) ce qui, couplé avec le système de protection sociale français, limiterait les effets économiques négatifs de ces périodes d'arrêts par rapport à ce que l'on observe dans les études nord-américaines.

Si on cherche à synthétiser les résultats des recherches existantes sur le maintien en emploi après un événement de santé en croisant la théorie du capital humain et l'approche en termes de mondes sociaux, on peut – en faisant abstraction des différences liées aux pathologies – proposer une typologie à trois strates de la population active touchée par le cancer qui recoupe la tripartition de la force de travail en fonction du niveau de compétences déjà soulignée par les sociologues du travail (par exemple Menger, 2002).

Un premier niveau est constitué par les salariés occupant une position centrale dans leur monde social d'entreprise au moment où se développe la maladie et pour lesquels se concentrent les efforts d'adaptation des entreprises. Ils possèdent des compétences spécifiques, difficilement remplaçables sur le marché du travail et trouvent un intérêt fort dans leur travail. Une étude plus directement consacrée à la réinsertion professionnelle de patientes traitées pour un cancer du sein indique ainsi que celles connaissant une motivation liée à l'intérêt de leur profession reprennent plus facilement que les autres une activité professionnelle. À l'inverse, celles qui connaissent le plus de contraintes d'ordre physique ou psychologique dans leur travail et qui ne sont pas compensées par un intérêt retournent plus difficilement au travail (Dulhuydy, 2006). L'image de « battant » qu'ils peuvent avoir et les efforts consentis par l'entreprise peuvent néanmoins générer d'autres types d'obstacles lors du retour au travail. La peur de décevoir, l'imposition qui leur est finalement faite de taire leurs faiblesses pourrait alors jouer contre leur retour au travail en générant un stress d'autant plus difficile à combattre qu'il demeurerait pour une large part indicible (Thomas-MacLean, 2004).

Un second niveau est constitué par les travailleurs occupant une position médiane dans leur monde social d'entreprise. Ils disposent de compétences moyennes pour partie acquises dans l'entreprise et sont stabilisés dans l'emploi. Leur capital humain peut être restauré lors de leur retour dans la mesure où les entreprises peuvent mettre en place des mécanismes adéquats. Néanmoins, les entreprises peuvent rencontrer des difficultés à faire cohabiter ces postes aménagés et les postes traditionnels. La tendance est parfois de réunir ces postes aménagés dans un même service. Ou bien l'entreprise ne sait organiser des postes aménagés que sur des activités périphériques (dans un service administratif d'une banque plutôt que pour un conseiller financier en agence par exemple). Les salariés concernés peuvent alors connaître un processus de relégation vers la périphérie du monde social d'entreprise. Ils sont maintenus en emploi mais peuvent ressentir un isolement ou un déclassement lié à leur décrochage de la dynamique générale d'évolution de l'entreprise.

Un troisième et dernier niveau est composé des travailleurs occupant des activités périphériques de leur monde social, disposant d'un faible capital humain ou de compétences qui ont été invalidées par les évolutions technologiques ou organisationnelles. Leur retour est d'autant plus difficile que leur position dans l'emploi était menacée avant même l'apparition de leur maladie. Ils semblent devoir être cantonnés dans les mécanismes d'invalidité ou, selon leur âge, dans les quelques mécanismes de pré-retraite qui subsistent et qui permettent d'organiser la sortie des travailleurs ne trouvant plus leur place au travail en raison des opérations de recomposition quantitatives et qualitatives de l'emploi (Le Bianic, 2003). Dans notre population (qui est par ailleurs plutôt stabilisée dans l'emploi) on observe que parmi les 20% de salariés qui craignent de perdre leur emploi dans les années qui viennent, la moitié pensent que ce serait à cause de la pérennité de leur entreprise, puis à cause de leur âge et

enfin à cause de leur état de santé (environ 20% des raisons invoquées pour chacune de ces deux modalités). Ainsi, la fragilisation dans l'emploi pour ces travailleurs atteints par le cancer ne semble pas – en première analyse – liée principalement à leur état de santé, même si celui-ci a un effet amplificateur.

4. Confrontation des hypothèses aux données empiriques

L'étude menée par la Drees sur la situation professionnelle de patients atteints de cancer deux ans après le diagnostic apporte, on l'a déjà souligné, un résultat surprenant. Parmi les travailleurs qui sont revenus en activité, ce sont ceux qui ont bénéficié d'aménagements de leurs conditions de travail qui évoquent, plus que les autres, un impact négatif de leur maladie sur leur vie professionnelle. Plusieurs hypothèses, non exclusives les unes des autres, peuvent être envisagées pour rendre compte de ce phénomène. Comme nous l'avons suggéré dès l'introduction de ce chapitre, une première hypothèse est que les aménagements, consentis lors du retour, induisent une forme de relégation au travail qui se traduit en termes économiques ; en termes d'intérêt de l'activité ; et en termes de relations sociales au travail : trois dimensions qui alimentent la définition de la satisfaction au travail dans la tradition sociologique du dernier demi-siècle (Paugam, 2000). La poursuite des analyses contenues dans les questionnaires et la collecte de nouveaux matériaux, via des entretiens auprès de salariés, permettront de tester cette hypothèse.

Deux autres hypothèses doivent être envisagées parallèlement : l'effet du « travailleur en bonne santé » d'une part, et la prise de conscience d'une perte de contrôle sur le réel, d'autre part.

4.1. L'effet du « travailleur en bonne santé »

Les recherches sur la santé et le travail ont, depuis longtemps, mis en lumière l'existence d'un tel effet, que l'on observe notamment à propos des seniors au travail (voir par exemple Cristofari, 2003). Il se traduirait ici par le fait que les travailleurs ayant le meilleur état de santé n'ont pas eu besoin d'aménagements spécifiques, tandis que ceux ayant l'état de santé le plus dégradé sont déjà sortis de l'emploi, éventuellement sans espoir de retour (par exemple via les mécanismes d'invalidité ou une mise en retraite précoce) ou bien ont eu besoin, pour revenir, de ces aménagements. Néanmoins, les résultats de l'étude Drees ne semblent pas accréditer cette hypothèse. En effet, « le taux de maintien du statut d'emploi deux ans après le diagnostic n'est pas significativement plus bas chez les patients qui présentent une maladie évolutive (...) ou chez ceux qui ont subi les traitements les plus lourds, combinant chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie » (Malavolti et alli, 2006, p.3). Une étude antérieure, conduite auprès de travailleurs canadiens ayant eu un événement de santé limitant de manière permanente leurs capacités de travail, a aussi conclu qu'il n'y avait pas de lien direct entre gravité de la blessure et difficulté à revenir en emploi (Butler et alii, 1995). Pour les travailleurs qui n'interrompent pas leur activité (15% de l'échantillon dans l'enquête de la Drees, surtout des indépendants et les professions libérales) c'est plutôt le système de protection sociale qui est à interroger ainsi que leur capacité à organiser eux-mêmes leur activité (Bury, 1982). Ce résultat est surprenant aux yeux des oncologues de l'Institut Curie impliqués dans la recherche et peut s'expliquer en partie par le fait que l'enquête Drees ne fait pas de distinction entre les différentes localisations du cancer et se concentre sur les survivants à deux ans. Dans notre recherche, parmi les 402 situations renseignées par les médecins du travail, plus de 7% concernent des salariés qui sont morts dans cet intervalle de deux ans, tandis que, parmi les salariés qui ont répondu à l'auto-questionnaire, presque 20% sont toujours en cours de traitement. Un « indice de gravité » doit

ainsi être construit en croisant notamment localisation, durée de l'arrêt et type de traitement afin d'affiner la connaissance sur cette question.

4.2. Des aménagements qui matérialisent une perte de contrôle sur le réel

Une troisième hypothèse est que ces aménagements rendent palpables, pour les personnes concernées, une forme de déclin qui a de fortes répercussions psychologiques et oblige à un travail de reconstruction identitaire. Ce sentiment de perte aurait alors un impact sur la satisfaction au travail. Certains peuvent dénier l'effet de la maladie sur leur capacité de travail et contrarier le travail d'adaptation à la nouvelle situation, engagé notamment par l'environnement professionnel. Le directeur d'une agence bancaire d'un grand réseau français interrogé confirme cette idée, lorsqu'il nous raconte son expérience de manager confronté à une salariée touchée par un cancer (**voir encadré n°3 ci-dessous**). Les difficultés rencontrées lors du retour sont, du point de vue de ce directeur d'agence, liées à deux phénomènes. D'une part, une mauvaise évaluation par la salariée de ses capacités réelles de travail, alors que lui-même n'a pas d'outils pour savoir, a priori, si la personne est vraiment en capacité de tenir le poste. D'autre part, une modification du comportement de la salariée qui l'empêche de retrouver sa place dans l'équipe et qui contribue à fragiliser le support qu'elle peut espérer trouver auprès de ses collègues.

Encadré 3 : impact du cancer d'une salariée sur son manager

Le cancer ne touche pas que les personnes malades, il a des impacts sur leur environnement familial et professionnel. Les managers sont ainsi questionnés dans leur rôle. Ils doivent tout à la fois prêter une attention particulière à la personne malade et être attentifs à ses besoins, notamment lors de son retour, tout en étant soucieux des objectifs de production et de justice dans leurs rapports avec les autres salariés et sans basculer non plus dans un rôle plus amical qui perturberait la relation hiérarchique ou qui pourrait être perçu comme intrusif : « à un moment elle m'a reproché de ne pas prendre de ses nouvelles » explique ainsi le directeur d'une agence bancaire à propos d'une de ses collaboratrices, arrêtée près de 6 mois pour le traitement d'un cancer.

Juste avant son arrêt (qui a été très brutal, puisqu'elle a été hospitalisée suite à une visite médicale de routine), cette salariée était bien notée par le manager. En pleine période d'évaluation annuelle, elle allait être proposée pour une promotion. Son manager le lui avait d'ailleurs dit lors d'une visite faite pendant sa période d'hospitalisation, en pensant que cela pouvait la « booster », comme le fait de savoir qu'il lui gardait sa place à l'agence.

Pendant son absence de 6 mois, avant un retour en mi-temps thérapeutique, puis à 80%, le directeur d'agence a fait le choix de conserver le poste. Au bout de deux mois d'absence, il avait cependant, en fonction des règles internes à l'entreprise, l'opportunité de déclarer le poste vacant : la personne absente aurait alors été gérée directement par la direction des ressources humaines du siège et il aurait pu déclarer ce poste ouvert à la mobilité interne, afin de retrouver un effectif d'agence complet. Le portefeuille de clients de cette salariée n'a pas non plus été redistribué aux autres salariés. Ceux-ci ont assuré l'intérim en plus de leur charge de travail habituel, situation qui continue en partie à ce jour.

La reprise de la salariée s'est faite en trois temps. Une première fois au bout de cinq mois, contre l'avis de son médecin traitant. Au bout de trois jours, la fatigue lui imposait un nouvel arrêt d'un mois avant de reprendre, en mi-temps thérapeutique, pendant presque un an. Au cours du premier trimestre 2008 elle est passée à 80% d'un temps plein. Pour le manager, la situation se gère aujourd'hui, plus ou moins comme n'importe quel temps partiel. En outre, après une période

difficile d'adaptation, le manager considère aujourd'hui que la situation s'améliore doucement : la salariée apparaît être plus professionnelle et avoir retrouvé un équilibre : « elle reprend du poil de la bête » dit-il.

Néanmoins, le bilan de cette expérience, que fait le manager est mitigé. S'il ne regrette pas son choix d'un point de vue humain – notamment vis-à-vis d'une collaboratrice pour laquelle il a de l'estime professionnelle et qui est de la génération de ses enfants – l'impact négatif, sur son agence, de la solution choisie (ne pas procéder au remplacement ; ne pas redistribuer le portefeuille clientèle) lui a fait envisager de demander, pour cette salariée, une mutation sur une autre agence, plus proche de son domicile et le pousse, aujourd'hui, à ne pas conseiller à ses collègues de choisir cette solution.

> Des difficultés d'adaptation de la salariée lors de son retour (verbatim).

« Lors de son retour, j'ai trouvé une femme changée. Elle se butait sur certaines choses, ce qu'elle n'aurait pas fait avant. Tout prenait des dimensions disproportionnées. Par exemple, elle voulait récupérer un double du jeu de clés de l'agence, qu'elle avait avant son arrêt. J'avais refusé en lui disant que c'était prématuré. Et ça, ça a fait un clash. Son mari m'avait même appelé pour m'engueuler. Et c'est vrai que je l'ai mal vécu, parce qu'à un moment j'avais quand même l'impression d'avoir fait au mieux, en lui gardant son poste, ses clients, en lui permettant de reprendre en terrain connu – et même vis-à-vis des clients puisque certains savaient. Même avec les collègues ça coince sur certaines choses, et certains ne prennent pas de gants pour le lui dire (...).

Comme tous les collaborateurs, elle travaille en binôme avec une autre conseillère (notamment pour gérer les urgences en cas d'absence). Celle-ci a été promue à ce poste pendant son arrêt. Au début, elle a voulu se mettre en position d'autorité par rapport à elle, alors qu'elles sont maintenant au même niveau. Là, j'ai du la recadrer.

Ou bien dans les réunions, elle fait parfois des remarques complètement déplacées mais juste pour dire qu'elle est là, pour affirmer sa présence. C'est comme si elle se sentait obligée de compenser, mais du coup elle en fait de trop et ça déstabilise aussi l'équipe. Alors il y a eu quand même une période un peu de foutoir : finalement j'ai obligé les autres collaborateurs à prendre en charge une partie de son travail, en plus du leur, mais elle ne s'est pas repositionnée comme elle était avant pour le reprendre et eux ont aussi l'impression de ne pas avoir de retour par rapport aux efforts qu'ils ont fait pour elle.

Et puis après il a quand même l'impression de beaucoup de mensonges. Alors elle était moins impliqué au travail, ce qui est parfaitement compréhensible, elle est plus fatiguée, elle a pas les mêmes capacités qu'avant et, là encore, c'est compréhensible et on peut faire avec. Mais elle, elle ne voulait pas le reconnaître. Dire qu'elle était fatiguée, ou qu'elle avait des faiblesses. Elle me disait « non je suis capable de faire le travail », alors que ce n'est pas vrai. Depuis deux ans, elle a perdu certaines connaissances, et puis des choses ont évoluées pendant son absence. Après une journée de travail elle est plus fatiguée. Et puis elle apprend moins vite. Elle était très agressive quand j'abordais ça avec elle. Comme si elle en voulait à son entourage de ce qui lui est arrivée. Et puis que les autres avancent alors qu'elle a l'impression de stagner. Et elle me l'a dit : « j'ai perdu deux ans » (...)

Alors avec une autre personne, ça se serait sans doute passée différemment, y compris plus mal, parce qu'il y a la personnalité des gens aussi qui joue (...).

Aujourd'hui, dans la même situation, je referais sans doute la même chose, parce qu'à mon âge on va pas me changer, mais c'est vrai que je ne le conseillerai pas. » (Entretien Chef d'agence Banque 1)

5. Conclusion provisoire

Les actions visant à favoriser sur le long terme le retour au travail des travailleurs ayant été touchés par le cancer doivent d'abord viser à restaurer le capital humain des travailleurs qui ont dû s'absenter. Il s'agit ensuite d'imaginer, lorsqu'ils sont nécessaires, des aménagements qui, à l'inverse des mécanismes actuels, n'alimentent pas une dynamique de déprise du travail mais qui, au contraire, permettent aux salariés de rester authentiques dans leur monde social d'entreprise et, plus généralement, dans le monde social de l'emploi.

Les actions mises en œuvre ne doivent pas viser uniquement le salarié touché mais prendre en compte son environnement professionnel. Les managers qui prennent un risque organisationnel en permettant le maintien en emploi d'un salarié dont les capacités ont été diminuées, doivent ainsi être soutenus de manière appropriée.

La suite de la recherche et, en particulier les entretiens conduits tant avec des salariés qu'avec des managers de certaines entreprises pourra peut-être permettre d'identifier certaines expériences particulièrement efficaces à cet égard ou, au contraire, des erreurs à éviter. Il ne s'agit pas, pour autant, de prétendre établir une liste de « bonnes pratiques » transposables telles quelles, d'un contexte de travail à un autre, qui seraient aveugles aux contingences locales. Le bénéfice attendu de ce type d'exercice est plutôt de rendre accessible, aux acteurs engagés dans le maintien en emploi de salariés touchés par le cancer, une « boîte à outils » dans laquelle piocher en tant que de besoin.

6. Bibliographie

- Amar Michel, Amira Selma, 2003. « L'emploi des personnes handicapées ou ayant des problèmes de santé de longue durée », *Premières informations premières synthèses*, n° 41.3, 7p.
- Baltes Paul, 1997. « L'avenir du vieillissement d'un point de vue psychologique : optimisme et tristesse », dans Dupâquier Jacques (dir), *l'Espérance de vie sans incapacités*, Paris, PUF.
- Barthe Jean-François, Clément Serge, Druhle Marcel, 1988. « Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », *Les cahiers de la recherche sur le travail social*, n°15, p. 11-31.
- Bertaux Daniel, 2005. *Le récit de vie. L'enquête et ses méthodes*, Paris, Armand Colin.
- Bouknight R. Reynard, Bradley J. Cathy, Luo Zhehui, 2006. « Correlates of return to work for breast cancer survivors », *Journal of clinical oncology* vol 24, n°3, p. 345-353.
- Bury Michael, 1982. « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of Health and Illness*, vol 4, n° 2, p. 167-182.
- Butler J. Richard, Johnson G. William, Baldwin L. Marjorie, 1995. « Managing work disability : why first return to works is not a measure of success », *Industrial and labor relations review*, vol 48, n° 3, p.452-469.
- Clark A.E., 1996. « Job satisfaction in Britain ». *British Journal of Industrial Relations*, 34-2, p.189-217.
- Cristofari Marie-France, 2003. *Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel*, Noisy-le-Grand, Rapport de recherche du Centre d'études de l'emploi.
- Dilhuydy Jean-Marie, 2006. « La réinsertion professionnelle des patientes traitées pour un cancer du sein », *Oncologie*, vol 8, p. 245-250.
- Doeringer P., Piore M., 1971. *Internal labour market and manpower analysis*. Lexington, D.C. Health.
- Goffman Erving, 1975. *Stigmate ; les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit.

- Goma-Gakissa Georges, 2002. *Grande vieillesse et prise en charge à domicile : essai de sociologie compréhensive et interactionniste*, Thèse de Sociologie, Université René Descartes.
- Greenwald P. Howard, Dirks J. Susan, Borgatta F. Edgar, McCorkle Ruth, Nevitt C. Michael, Yelin H. Edward, 1989. « Work disability among cancer patients », *Social Sciences and Medicine*, vol 29, n° 11, p. 1253-1259.
- Gunderson Morley, Hyatt Douglas, 1996. « Do injured workers pay for reasonable accomodation ? », *Industrial and labor relations review*, vol. 50, n° 1, p. 92-104.
- Huyez Guillaume, 2005. *La fabrication des salariés vieillissants. Pratiques d'entreprises et perspectives d'avenir professionnel*. Thèse de doctorat en sociologie, Université René Descartes.
- Judiesch K. Michael, Lyness S. Karen, 1999. « Left behind ? The impact of leaves of absence on managers' career success », *The Academy of management journal*, vol 42, n° 6, p. 641-651.
- Kallenberg A, Loscocco K.A., 1983. « Aging, values and rewards : explaining age differences in job satisfaction ». *American Sociological Review* 48, p. 78-90.
- Karasek Robert, Theorell T., 1990. *Healthy work : stress, productivity and the reconstruction of working life*, New-York, Basics Books.
- Laconde Christine, Le Coz Gildas, 2004. *La gestion des âges dans le secteur bancaire*, in La Gestion des âges, rapport annuel de l'IGAS, Paris, La documentation Française.
- Le Bianic Thomas, 2003. « L'inaptitude au travail : une construction sociale ? », *Éducation Permanente*, n° 156, p. 55-66.
- Le Corroller-Soriano Anne-Gaëlle, Malavolti Laëtitia, Mermilliod Catherine (dir), 2008. *La vie deux ans après le cancer*, DREES-INSERM, collection Etudes et résultats.
- Le Corroller-Soriano Anne-Gaëlle, Malavolti Laëtitia, Mermilliod Catherine, Groupe d'étude ALD Cancer, 2006. « Les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic », *Études et Résultats*, n° 486, 12p.
- Malavolti Laëtitia, Mermilliod Catherine, Bataille Philippe, Compagnon Claire, Moatti Jean-Paul, Groupe d'étude ALD Cancer, 2006. « Situation professionnelle et difficultés économiques des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic », *Études et Résultats*, n° 487, 8p.
- Maunsell Elizabeth, Brisson Chantal, Dubois Lise, Lauzier Sophie, Fraser Annie, 1999. « Work problems after breast cancer : an exploratory qualitative study », *Psycho-Oncology*, vol 8, p. 467-473.
- Menger Pierre-Michel, 2002. *Portrait de l'artiste en travailleur. Métamorphoses du capitalisme*, Paris, Seuil & La République des Idées.
- Mincer Jacob, Ofek Haim, 1982. « Interrupted work carreers : depreciation and restoration of human capital », *The journal of human ressources*, vol 17, n°1, p.3-24.
- Paugam Serge, 2000. *Le salarié de la précarité*, Paris, PUF.
- Peretti-Watel Patrick, Serror Valérie, Saliba Marie-Laure, 2008. « Qui sont ces patients qui se disent guéris ? », dans Le Corroller-Soriano et alii (dir), *La vie deux ans après le cancer*, Drees-Inserm, Collection études et statistiques, p.37-47.
- Saint-Arnaud Louise, Saint-Jean Micheline, Rhéaume Jacques, 2003. « De la désinsertion à la réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol 28, n°1, p. 193-211.
- Thomas-MacLean, Roanne, 2004. « Understanding Breast Cancer Stories via Frank's Narrative Types », *Social Science & Medicine*, vol.58, p. 1647-1657.
- Rosen Sherwin, 1981. « The Economics of superstar », *American Economic Review*, n° 75, p. 845-858.

- Spelten R. Evelien, Sprangers A.G. Mirjam, Verbeek H.A.M. Jos, 2002. « Factors reported to influence the return to work of cancer survivors : a literature review », *Psycho-oncology*, vol 11, p. 124-131.
- Strauss Anselm, 1975. *Chronic illness and the quality of life*, St Louis, Mosby.
- , 1992. « Une perspective en termes de monde social », dans *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme* (textes réunis par Isabelle Baszanger), Paris, L'Harmattan.

VII. Ce qu'il reste à faire

Réaliser la phase qualitative (conduite des entretiens).

Réaliser l'analyse quantitative.

Analyser les entretiens à la lumière des résultats de la phase quantitative.

Publier les résultats (rapport de fin d'étude, publications...).

VIII. Annexes

1. Annexe financière

2. Dossier « Médecin investigateur »