



Évolution de la valeur du travail après un cancer du sein : données issues d'une cohorte prospective

Elsa Caumette^{1,2} · Antonio Di Meglio^{3,4} · Inès Vaz-Luis^{3,4} · Cécile Charles⁵ · Julie Havas^{3,4,6} · Garazi Ruiz de Azua¹ · Elise Martin³ · Laurence Vanlemmens⁷ · Suzette Delalogue³ · Sibille Everhard⁸ · Anne-Laure Martin⁸ · Asma Dhaini Merimeche⁹ · Olivier Rigal¹⁰ · Charles Coutant¹¹ · Marion Fournier¹² · Christelle Jouannaud¹³ · Patrick Soulie¹⁴ · Paul-Henri Cottu¹⁵ · Olivier Tredan¹⁶ · Gwenn Menvielle¹ · Agnès Dumas¹⁷

Reçu le 20 janvier 2022 / Accepté le 20 février 2022 / Publié en ligne le 10 mars 2022

© Les auteurs, sous licence exclusive de Springer Science+Business Media, LLC, filiale de Springer Nature 2022

Résumé

Contexte Le retour au travail après un cancer peut être influencé par des facteurs psychosociaux, notamment une réorganisation des valeurs personnelles, qui accordent davantage d'importance à la vie privée qu'à la vie professionnelle. Ce changement dans la perception qu'ont les patients de leur vie professionnelle est toutefois mal compris.

Méthodes Nous avons utilisé les données d'une cohorte française (CANTO, NCT01993498) de femmes diagnostiquées avec un cancer du sein (CS) primaire de stade I à III, évaluant de manière prospective les priorités de vie entre le travail et la vie privée au moment du diagnostic et deux ans après le diagnostic. Nous avons identifié les femmes qui ont signalé un changement dans leurs valeurs de vie en faveur de la vie privée, et nous avons étudié les déterminants cliniques, démographiques, professionnels et psychosociaux de ce changement à l'aide de régressions logistiques.

Résultats Dans l'ensemble, 46 % ($N = 1097$) des femmes avaient réorganisé leurs priorités de vie en faveur de leur vie privée deux ans après le diagnostic. Les facteurs associés positivement à ce changement comprenaient le fait d'avoir reçu un diagnostic de cancer du sein de stade III, de percevoir son travail comme peu intéressant, d'être employée/employée de bureau (par opposition à un poste de cadre), de ne percevoir aucun soutien de la part de son supérieur hiérarchique au départ, de percevoir des interférences négatives du cancer dans la vie quotidienne et de percevoir un impact positif de l'expérience du cancer. Les symptômes dépressifs étaient associés négativement à ce changement.

Conclusion Après un cancer du sein, il semble y avoir un réaménagement important des valeurs de la vie, avec une plus grande importance accordée à la vie privée. Ce changement est influencé par des déterminants cliniques, mais aussi par des facteurs liés au travail et psychosociaux.

Implications pour les survivants du cancer Les parties prenantes doivent tenir compte de ce changement dans la perception qu'ont les patients de leur vie professionnelle, au même titre que les effets physiques tardifs classiques, lorsqu'elles conçoivent des programmes post-cancer du sein visant à faciliter le retour au travail.

Mots clés Cancer du sein · Changement de valeur du travail · Cohorte

Introduction

Le cancer du sein (CS) est la principale cause de cancer dans le monde, avec 2,3 millions de cas diagnostiqués en 2020 [1]. Selon la base de données GLOBOCAN (disponible à l'adresse <https://gco.iarc.fr/today/home>), plus de la moitié des femmes diagnostiquées avec un CS en 2020 étaient âgées de 20 à 59 ans. Compte tenu de l'augmentation de la participation des femmes au marché du travail dans le monde entier et du recul de l'âge légal de la retraite [2, 3], le retour au travail (RTW) après un CB constitue un défi majeur pour de nombreuses patientes et pour la société [4]. Les déterminants du RTW ont fait l'objet de nombreuses études.

d'un point de vue médical, en mettant l'accent sur le rôle du stade du cancer, des comorbidités et des traitements [5-9]. En outre, le retour au travail est fortement réduit chez les femmes en mauvaise santé mentale [6, 10] et celles ayant un statut socio-économique faible [11, 12], ces dernières principalement en raison d'une plus grande exposition à des conditions de travail difficiles. En outre, le retour au travail est un processus complexe dans lequel l'environnement de travail (par exemple, les conditions de travail, le climat de travail, le soutien des collègues ou du supérieur hiérarchique) et des facteurs individuels et interpersonnels, tels que la motivation et le sens du travail, jouent un rôle spécifique [4]. En particulier, plusieurs études ont souligné qu'une diminution de la valeur accordée au travail était négativement associée à une réduction du retour au travail et des heures de travail [13-16].

Le cancer est un événement qui amène à s'interroger sur ce qui est important dans la vie, ce qui peut entraîner une réorganisation des valeurs personnelles

✉ Agnès Dumas agnes.dumas@inserm.fr

Informations complémentaires sur l'auteur disponibles à la dernière page de l'article.

valeurs de vie, y compris la valeur accordée à la vie professionnelle [4, 17]. Plusieurs études qualitatives ont en effet mis en évidence des changements dans la perception qu'ont les individus de la valeur de la vie professionnelle par rapport à la vie privée [18–22]. Dans une étude menée auprès de survivants du cancer traités pour divers diagnostics, la plupart des participants ont déclaré que le travail était devenu un aspect moins important de leur vie après le diagnostic par rapport à d'autres domaines, tels que la famille et les amis [18]. D'autres études qualitatives, toutes menées auprès de survivants du cancer du sein, ont fait état de changements dans la perception qu'ont les femmes de la valeur du travail [15, 19, 20, 22] et même d'une perte du « goût du travail » [21]. Dans ces études, les femmes décrivent la période post-cancer comme un moment où elles accordent plus d'importance à leurs propres intérêts et à leur bien-être [22] ou où elles privilégient la maternité plutôt que la réussite professionnelle [19].

Si certaines études ont décrit l'engagement professionnel dans un lieu de travail spécifique après un cancer [23, 24], très peu d'études quantitatives se sont intéressées à l'évolution de la perception qu'ont les patients de leur vie professionnelle après un cancer. Dans une étude canadienne menée auprès de la population générale, les survivants du cancer du sein étaient deux fois plus nombreux que les témoins à déclarer qu'ils « accordaient moins d'importance au travail » qu'il y a trois ans [25]. À notre connaissance, une seule étude quantitative s'est intéressée à l'évolution de la perception de la vie professionnelle et a examiné ses déterminants [26]. Dans cette étude, où des femmes ont été suivies de manière prospective pendant deux ans après leur diagnostic, les deux tiers des participantes ont déclaré au départ que le travail était « l'un des aspects les plus importants de leur vie ». Ce taux a eu tendance à diminuer légèrement au fil du temps, les femmes soutenues par leurs collègues au moment du diagnostic étant plus susceptibles d'accorder de l'importance au travail [26]. Cependant, la plupart des participantes étaient urbaines et privilégiées, et seuls quelques facteurs explicatifs ont été examinés. En effet, ces changements dans l'équilibre des valeurs de vie entre vie professionnelle et vie privée pourraient résulter des conséquences psychologiques du cancer, qui sont connues pour être principalement négatives en raison de l'anxiété suscitée par la peur de la mort et la peur d'une récurrence du cancer [27, 28], mais aussi positives. En effet, la période post-cancer est également perçue par certaines personnes, qui reconnaissent la possibilité de la mort, comme une seconde chance, et est associée à un changement psychologique positif appelé « croissance post-traumatique » [29]. En effet, comme la croissance post-traumatique permet aux survivants du cancer de développer une nouvelle conception de la vie avec de nouvelles priorités [30–32], son développement peut être associé à un changement dans la valeur accordée à la vie professionnelle.

Dans l'ensemble, il existe peu de données mesurant le changement dans

la perception qu'ont les patients de leur vie professionnelle et du cancer, ainsi qu'une mauvaise compréhension des facteurs qui la déterminent. Étant donné que les mesures de soutien visant à aider les patients à reprendre le travail, telles que les programmes de réadaptation ou de reconversion professionnelle, doivent tenir compte des préoccupations des patients, nous avons utilisé des données prospectives recueillies dans une vaste cohorte multicentrique de survivants du cancer du sein afin de quantifier l'ampleur du changement dans la valeur accordée à la vie professionnelle par rapport à la vie privée et d'identifier

les facteurs cliniques, démographiques, professionnels et psychosociaux associés à ce changement.

Méthodes

Conception de l'étude et population

Nous avons utilisé les données de la cohorte prospective française CANTO (Cancer Toxicities ; NCT01993498) composée de femmes diagnostiquées avec un cancer du sein primaire de stade I à III dans 26 centres anticancéreux. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique français CPP-Île-de-France 7 le 14 octobre 2011 (réf. 11-039) et par le comité français autorités sanitaires, l'ANSM, le 14 septembre 2011 (réf. 2011-A011095-36). Toutes les femmes étaient âgées de 18 ans ou plus au moment du diagnostic et ont donné leur consentement éclairé par écrit. L'objectif de cette cohorte est d'étudier les toxicités des traitements anticancéreux et leur impact social. Elle est décrite ailleurs [33]. Les femmes ont été recrutées par un oncologue au moment du diagnostic du cancer du sein. Les données ont été recueillies de manière prospective lors d'un examen clinique et à l'aide de plusieurs questionnaires auto-déclarés au moment du diagnostic, puis 1 et 2 ans plus tard. Ces questionnaires comprenaient une question sur les priorités de vie en termes de vie professionnelle et de vie privée au moment du diagnostic et 2 ans plus tard (voir la section « Mesures » ci-dessous), ce qui a permis de définir la population étudiée.

Au total, 9 597 patientes de la cohorte CANTO atteintes d'un cancer du sein de stade I à III diagnostiqué entre 2012 et 2017 étaient disponibles au moment de l'analyse. Pour notre projet, nous avons exclu les femmes âgées de plus de 57 ans au moment du diagnostic (c'est-à-dire celles qui étaient proches de l'âge légal de la retraite) ($n = 4753$), les femmes qui n'avaient pas subi de chirurgie mammaire ($n = 25$) et les femmes qui ne travaillaient pas au moment du diagnostic ($n = 888$). Par la suite, nous avons exclu les femmes qui donnaient la priorité à leur vie privée au moment du diagnostic, afin d'évaluer le changement de priorités dans leur vie en faveur de leur vie privée ($n = 1690$). Nous avons également exclu les groupes suivants : les femmes pour lesquelles aucune donnée sur les conditions de travail au moment du diagnostic n'avait été recueillie (les questions spécifiques concernant les conditions de travail n'ont été incluses dans les questionnaires CANTO qu'après 2013) ($n = 617$) ; les femmes décédées moins de deux ans après le diagnostic ($n = 11$) ; les femmes ayant développé une récurrence locale ou à distance moins de deux ans après le diagnostic ($n = 35$) ; les femmes pour lesquelles aucune donnée n'était disponible ($n = 34$) ; les femmes perdues de vue ($n = 12$) avant 2 ans après le diagnostic ; les femmes sans emploi ou en congé maladie 2 ans après le diagnostic ($n = 382$) ; et les femmes pour lesquelles des données sur la mesure des résultats étaient manquantes ($n = 53$), ce qui a laissé 1 097 femmes pour l'analyse (Fig. 1).

Mesures

Résultats

Comme l'expliquent Petersson et al., il n'existe pas de norme de référence pour opérationnaliser la valeur perçue du travail [34].

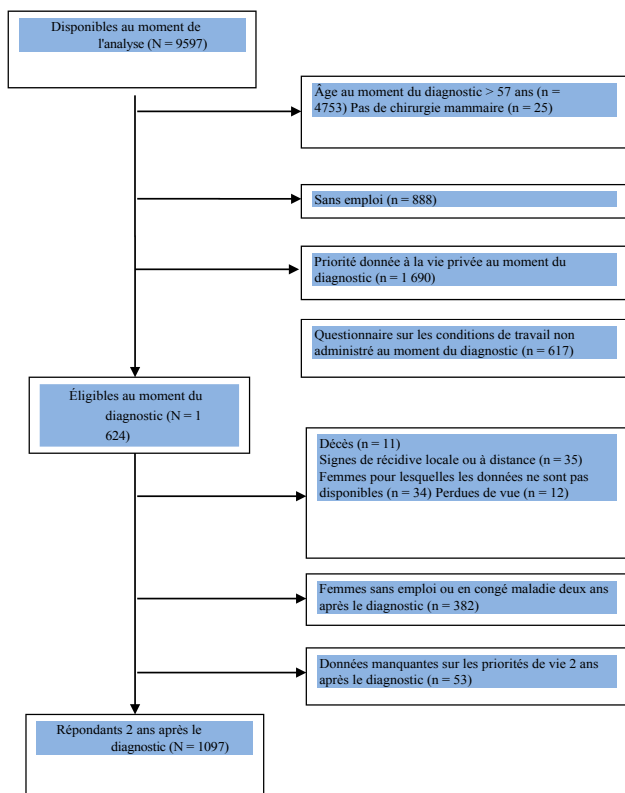


Fig. 1 Organigramme de la population de patientes

Afin d'évaluer l'importance que les survivantes du cancer du sein accordent au travail dans leur vie, nous avons évalué l'évolution de leur perception de la vie professionnelle par rapport à leur vie privée. Les femmes

ont été interrogées sur leurs priorités en matière de vie privée et de vie professionnelle au moment du diagnostic et deux ans plus tard, à l'aide d'un questionnaire issu d'une enquête nationale française sur les survivants du cancer, précédemment administrée à plus de 4 000 survivants dans le cadre de l'enquête VICAN. Cette question est la suivante : « Aujourd'hui, diriez-vous que... i) votre vie privée et votre vie professionnelle sont tout aussi importantes l'une que l'autre, ii) votre vie privée est plus importante, iii) votre vie professionnelle est plus importante » [35]. Notre critère d'évaluation était le changement des priorités des femmes en faveur de la vie privée au cours de cette période de deux ans chez celles qui ne donnaient pas la priorité à la vie privée par rapport à la vie professionnelle au moment du diagnostic. Notre critère d'évaluation était donc une variable binaire : un changement des priorités de vie en faveur de la vie privée (oui/non).

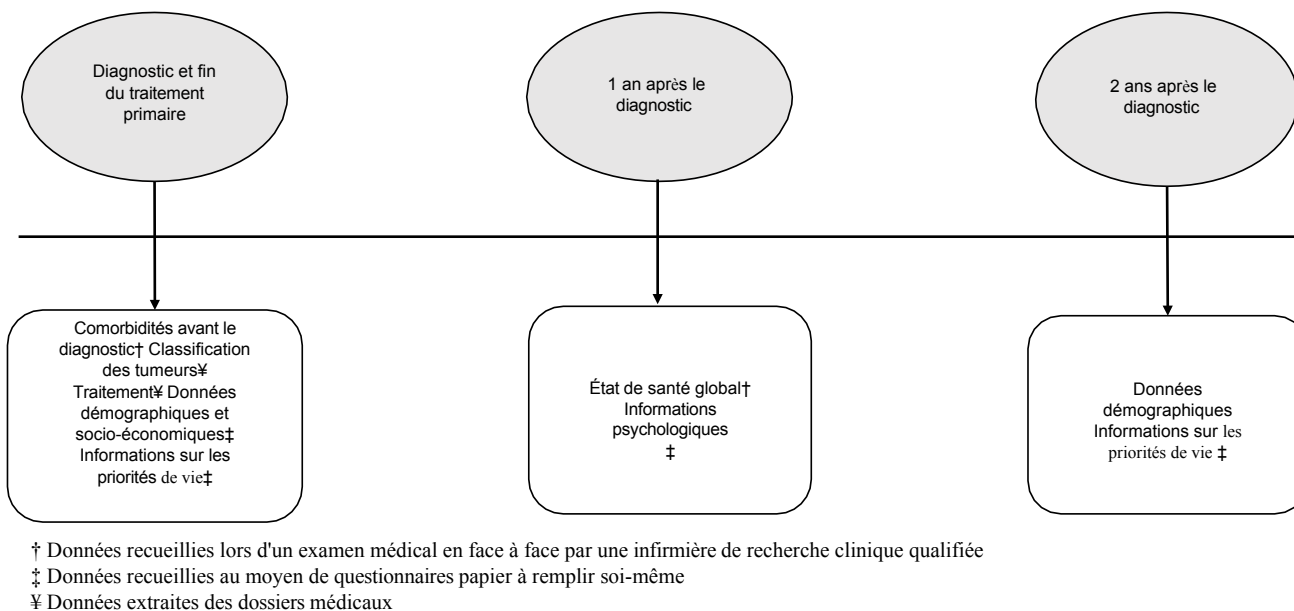
Covariables

Les variables indépendantes comprenaient des caractéristiques cliniques, démographiques, professionnelles et psychosociales recueillies à différents moments (Fig. 2).

Caractéristiques cliniques et qualité de vie liée à la santé

Les caractéristiques cliniques comprenaient le stade au moment du diagnostic (I, II ou III), les comorbidités au moment du diagnostic évaluées à l'aide de l'indice de comorbidité de Charlson [36] (0, 1 ou ≥ 2) et le traitement. Des informations sur la chirurgie mammaire (conservative ou mastectomie), la chimiothérapie (oui/non), l'hormonothérapie (oui/non) et la radiothérapie (oui/non) ont également été incluses.

L'état de santé après le traitement a été évalué à l'aide du score global de l'état de santé du questionnaire sur la qualité de vie Core30 Items (QLQ-C30) [37]. Le score varie de



† Données recueillies lors d'un examen médical en face à face par une infirmière de recherche clinique qualifiée
 ‡ Données recueillies au moyen de questionnaires papier à remplir soi-même
 ¥ Données extraites des dossiers médicaux

Fig. 2 Conception des données collectées et utilisées dans l'analyse

0 à 100, un score élevé correspondant à une qualité de vie élevée.

Caractéristiques démographiques et professionnelles

Les données démographiques comprenaient l'âge (< 40 ans, 40-49 ans ou \geq 50 ans), un changement de situation conjugale entre le diagnostic et deux ans après le diagnostic (toujours en couple, nouvelle relation, nouvellement célibataire ou toujours célibataire) et la présence d'enfants financièrement dépendants (âgés de moins de 25 ans) à la maison au moment du diagnostic (oui/non). La catégorie professionnelle de la femme a été recueillie sous la forme d'une variable à 6 catégories (agricultrice/artisan/commerçante, cadre, profession intermédiaire, employée/commis ou ouvrière). Les conditions de travail physiques au moment du diagnostic ont été évaluées en termes de positions de travail pénibles (par exemple, porter des charges lourdes ou les bras levés) (oui/non). En outre, on a demandé aux femmes si elles percevaient leur travail comme ennuyeux ou intéressant. Elles ont été classées selon qu'elles percevaient leur travail comme très intéressant ou non (le second groupe comprenait celles qui percevaient leur travail comme peu intéressant, ennuyeux ou très ennuyeux). Le soutien au travail au moment du diagnostic a été évalué à l'aide de deux variables : le soutien des collègues et le soutien du supérieur hiérarchique. Les deux variables ont été classées en trois catégories sur une échelle de Likert : oui (« toujours », « la plupart du temps »), non (« parfois ») et « ne sais pas ».

fois », « rarement », « jamais ») et non concernés.

Caractéristiques psychosociales

Nous avons utilisé des instruments validés pour évaluer l'impact psychologique et psychosocial du cancer rapporté un an après le diagnostic. La dépression a été évaluée à l'aide de la sous-échelle spécifique de l'échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HADS) et classée en trois catégories (non cas [0-7], douteux [8-10] et cas [11-21]) [38]. En outre, nous avons utilisé le questionnaire Impact of Cancer version 2 (IOCv2), qui mesure la perception de l'impact négatif et positif du cancer sur la vie d'un patient et qui a été validé en français [39]. L'impact positif comprend notamment l'adaptation positive et la croissance personnelle (croissance post-traumatique) [40]. Chaque item du questionnaire IOCv2 est noté sur une échelle de Likert à 5 points où les répondants indiquent leur niveau d'accord (tout à fait en désaccord, en désaccord, neutre, d'accord ou tout à fait d'accord). Les items se combinent en plusieurs dimensions positives et négatives, avec une échelle récapitulative pour l'impact positif et une autre pour l'impact négatif. Une note moyenne (1-5) est calculée pour chaque dimension et pour chaque échelle récapitulative. Nous avons sélectionné les mesures qui, d'un point de vue conceptuel, pouvaient avoir un impact sur la vision du travail, notamment deux dimensions négatives et l'échelle récapitulative de l'impact positif. Les dimensions négatives comprenaient la « peur de la récurrence » et les « interférences négatives du cancer dans la vie quotidienne ». La peur de la récurrence a été évaluée à l'aide de 7 items, dont deux étaient « Le fait d'avoir eu un cancer me rend incertain quant à mon

santé » et « Je crains que le cancer ne réapparaisse ». Les interférences négatives du cancer dans la vie quotidienne ont également été évaluées à l'aide de 7 items, dont deux étaient « L'incertitude quant à mon avenir affecte mes décisions de faire des projets » et « Je me sens coupable aujourd'hui de ne pas avoir été disponible pour ma famille ». Nous avons inclus l'échelle de synthèse positive (17 items), qui examine quatre dimensions : « altruisme et empathie », « conscience de la santé », « signification du cancer » et « auto-évaluation positive », qui, ensemble, reflètent la croissance post-traumatique [40]. Chacune de ces trois variables d'impact du cancer a été dichotomisée en utilisant la valeur médiane pour la population étudiée : \leq 3 (faible) ou $>$ 3 (élevé) pour la peur de la récurrence ; \leq 2 (faible) ou $>$ 2 (élevé) pour les interférences négatives du cancer dans la vie quotidienne ; et \leq 3 (faible) et $>$ 3 (élevé) pour l'échelle de synthèse de l'impact positif.

Analyse

Nous avons effectué des analyses descriptives et des analyses de régression univariées pour chaque variable, et les valeurs $p < 0,05$ ont été considérées comme significatives. Des analyses de régression logistique multivariées ont été effectuées, et les rapports de cotes (RC) et leurs intervalles de confiance (IC) à 95 % ont été calculés. Les analyses ont été effectuées avec SAS 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord).

Résultats

La plupart des femmes qui n'accordaient pas la priorité à leur vie privée au moment du diagnostic avaient plus de 40 ans (89 %), étaient atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II (91 %) (tableau 1) et ne présentaient aucune comorbidité au moment du diagnostic (86 %). Les femmes ayant un statut professionnel inférieur (employée/commis/ouvrière) représentaient 36 % de la population étudiée. Plus d'un tiers des femmes (36 %) ont indiqué que leur travail impliquait des positions pénibles. La plupart des femmes (82 %) percevaient leur travail comme très intéressant. Au moment du diagnostic, 72 % des femmes ont déclaré bénéficier du soutien de leurs collègues et 64 % de celui de leur supérieur hiérarchique. Un an après le diagnostic, le score médian de l'état de santé global était de 66,7 (IQR : 58,3-83,3), et la plupart des femmes ne présentaient aucun symptôme dépressif (85 %). Deux ans après le diagnostic, 78 % des femmes étaient toujours en couple et 5 % étaient nouvellement célibataires.

Deux ans après le diagnostic, près de la moitié des femmes (46 %) avaient réorganisé leurs priorités dans leur vie privée. Dans les analyses multivariées (tableau 2), un changement vers la vie privée était plus probable lorsque le diagnostic était un cancer du sein de stade III (OR = 1,98 [1,06 ; 3,73]), lorsque le travail n'était pas perçu comme très intéressant (OR = 1,65 [1,13 ; 2,41]), le fait d'être employée/employée de bureau (OR = 1,62 [1,11 ; 2,35]) par rapport à un poste de cadre) et le fait de ne pas être soutenue par son supérieur hiérarchique (OR = 1,55 [1,09 ; 2,21]). Un glissement vers la vie privée était également associé à une diminution de l'état de santé global (OR = 0,99 [0,98 ; 1,00]),

Tableau 1 Caractéristiques cliniques, démographiques, socio-économiques et psychosociales des femmes en fonction de leur réorientation vers la vie privée après un cancer du sein (France, cohorte CANTO, $N = 1097$)

	Toutes les femmes ($N = 1097$) priorités de vie	Femmes ayant réorienté leurs vers la vie privée ($N =$ 508, 46 %)	Valeur p*
Caractéristiques cliniques et qualité de vie liée à la santé			
Stade au moment du diagnostic, N (%)			0,004
I	478 (44,2)	199 (41,6)	
II	513 (47,4)	247 (48,2)	
III	91 (8,4)	54 (59,3)	
Manquant	15	8	
Score de Charlson au moment du diagnostic, N (%)			0,51
0	897 (86,3)	410 (45,7)	
1	78 (7,5)	37 (47,4)	
2 ou plus	64 (6,2)	34 (53,1)	
Manquant	58	2	
Chirurgie, N (%)			0,07
Conservateur	793 (72,3)	354 (44,6)	
Mastectomie	304 (27,7)	154 (50,7)	
Données manquantes	0	0	
Chimiothérapie, N (%)			0,0002
Non	429 (39,1)	169 (39,4)	
Oui	668 (60,9)	339 (50,8)	
Manquant	0	0	
Hormonothérapie, N (%)			0,47
Non	189 (17,2)	92 (48,7)	
Oui	908 (82,8)	416 (45,8)	
Manquant	0	0	
Radiothérapie, N (%)			0,46
Non	69 (6,3)	29 (42,0)	
Oui	1028 (93,7)	479 (46,6)	
Manquant	0	0	
État de santé global 1 an après le diagnostic, médiane (Q1-Q3) ^a	66,7 (58,3–83,3)	66,7 (50–75,00)	0,0014
Caractéristiques démographiques et socioéconomiques			
Âge au moment du diagnostic, N (%)			0,9
< 40	117 (10,7)	56 (47,9)	
40-49	511 (46,6)	237 (46,4)	
> 49	469 (42,8)	215 (45,8)	
Manquant	0	0	
Changement de statut marital entre le diagnostic et deux ans après le diagnostic, N (%)			0,27
Femmes toujours en couple	850 (78,3)	402 (47,3)	
Femmes nouvellement en couple	28 (2,6)	14 (50,0)	
Femmes nouvellement célibataires	53 (4,9)	18 (34,0)	
Femmes toujours célibataires	154 (14,2)	68 (44,2)	
Données manquantes	12	6	
Enfants financièrement dépendants au moment du diagnostic, N (%)			0,42
Non	364 (33,6)	162 (44,5)	
Oui	720 (66,4)	339 (47,1)	
Manquant	13	7	
Classe professionnelle au moment du diagnostic, N (%)			0,026
Agriculteur/artisan/commerçant	70 (6,4)	28 (40,0)	
Cadre	329 (30,2)	131 (39,8)	
Profession intermédiaire	292 (26,8)	141 (48,3)	

Tableau 1 (suite)

	Toutes les femmes (N = 1097)	Femmes ayant réorienté leurs priorités vers leur vie privée (N = 508, 46 %)	Valeur p*
Employée/employée de bureau	349 (32,1)	177 (50,7)	
Ouvrier	48 (4,4)	26 (54,2)	
Données manquantes	9	5	
Position de travail pénible au moment du diagnostic, N (%)			0,85
Non	695 (64,2)	321 (46,2)	
Oui	387 (35,8)	181 (46,8)	
Manquant	15	6	
Perception du travail au moment du diagnostic, N (%)			0,0003
Très intéressant	889 (82,0)	386 (43,4)	
Peu intéressant ^b	195 (18,0)	113 (58,0)	
Manquant	13	9	
Soutien des collègues au moment du diagnostic, N (%)			0,05
Non	230 (21,3)	123 (53,5)	
Oui	775 (71,7)	347 (44,8)	
Pas concerné	76 (7,0)	32 (42,11)	
Manquant	16	6	
Soutien d'un superviseur au moment du diagnostic, N (%)			0,0009
Non	302 (28,3)	165 (54,6)	
Oui	680 (63,7)	293 (43,1)	
Sans importance	86 (8,0)	32 (37,2)	
Manquant	29	18	
Caractéristiques psychosociales			
Dépression 1 an après le diagnostic, N (%) ^c			0,09
Non-cas	877 (84,7)	401 (45,7)	
Cas douteux	102 (9,9)	57 (55,9)	
Cas	56 (5,4)	22 (39,3)	
Manquant	62	28	
Crainte d'une récurrence 1 an après le diagnostic, N (%) ^d			0,0017
Faible	468 (45,1)	192 (41,0)	
Élevée	569 (54,9)	289 (50,8)	
Manquant	60	27	
Interférences négatives du cancer dans la vie quotidienne 1 an après le diagnostic, N (%) ^d			< 0,0001
Faible	448 (43,5)	174 (38,8)	
Élevé	582 (56,5)	304 (52,2)	
Manquant	67	30	
Échelle de synthèse positive pour l'impact du cancer sur la vie du patient 1 an après le diagnostic, N (%) ^d			0,004
Faible	338 (32,8)	135 (39,9)	
Élevé	693 (67,2)	343 (49,5)	
Manquant	66	30	

Parmi les femmes qui ne donnaient pas la priorité à leur vie privée au moment du diagnostic

* Les valeurs P < 0,05 ont été considérées comme significatives

^a La santé un an après le diagnostic a été évaluée à l'aide du score global de l'état de santé (0 à 100) du questionnaire sur la qualité de vie Core 30 Items (QLQC30)

^b La perception d'un emploi comme peu intéressant comprenait : peu intéressant, ennuyeux ou très ennuyeux

^c La dépression a été évaluée à l'aide de la sous-échelle spécifique de l'échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HADS)

^d Les répercussions négatives et positives du cancer sur la vie des femmes ont été évaluées à l'aide du questionnaire Impact of Cancer (IOCv2). Seuils : ≤ 3 (faible) et > 3 (élevé) pour la crainte d'une récurrence ; ≤ 2 (faible) et > 2 (élevé) pour les répercussions négatives du cancer sur la vie quotidienne ; et < 3 (faible) et ≥ 3 (élevé) pour les répercussions positives du cancer

interférences négatives du cancer dans la vie quotidienne (OR = 1,38 [0,99 ; 1,93]), et un score élevé pour l'échelle récapitulative positive de l'impact du cancer (OR = 1,43 [1,05 ; 1,95]) recueillis un an après le diagnostic. Un recentrage sur la vie privée était associé de manière négative aux symptômes dépressifs un an après le diagnostic (OR = 0,49 [0,25 ; 0,97]).

De plus, nous avons effectué une analyse complémentaire auprès des femmes qui accordaient la priorité à leur vie privée au moment du diagnostic, et 21 % d'entre elles (163 femmes) ont réorganisé leur vie en fonction de leurs priorités professionnelles. En raison de la petite taille de l'échantillon et du manque de puissance statistique, nous n'avons pas effectué d'analyses plus détaillées.

Discussion

Les objectifs de notre étude étaient de quantifier le changement dans la valeur accordée à la vie professionnelle par rapport à la vie privée et d'identifier les facteurs cliniques, démographiques, professionnels et psychosociaux associés à ce changement. Près de la moitié des femmes qui ne donnaient pas la priorité à leur vie privée par rapport à leur vie professionnelle au moment du diagnostic ont réorganisé leurs priorités de vie et ont donné la priorité à leur vie privée deux ans après leur cancer du sein. Ce changement vers la vie privée était associé à des facteurs cliniques, psychosociaux et professionnels.

Les facteurs cliniques associés à un recentrage sur la vie privée étaient le diagnostic d'un cancer de stade IIIBC et une détérioration de l'état de santé général après le traitement. Cela suggère que le fait de privilégier la vie privée par rapport à la vie professionnelle pourrait être une conséquence des effets tardifs d'un traitement, les patients adaptant leur vie à la détérioration de leur état de santé et aux limitations qu'ils subissent [41]. En outre, le lien entre le passage à une vie privée et le stade au moment du diagnostic peut refléter l'impact d'un diagnostic de cancer avancé, dont le pronostic est moins favorable que pour les autres stades. En effet, le diagnostic de cancer a conduit certains patients à mener une réflexion existentielle, avec une prise de conscience de leur mortalité [42]. Ce phénomène peut être plus prononcé chez les patients atteints d'un stade avancé de la maladie.

À l'aide du questionnaire IOC [39], un questionnaire validé et innovant qui évalue spécifiquement les impacts psychosociaux du cancer, nous avons examiné le lien entre ces impacts perçus du cancer et le changement des priorités de vie après le cancer. Ces impacts psychosociaux du cancer, même s'ils sont décrits comme positifs et négatifs, sont deux impacts complémentaires et non opposés du cancer [40]. Dans notre étude, la croissance post-traumatique (mesurée par l'échelle de synthèse positive) et le fait de signaler des interférences négatives du cancer du sein dans la vie quotidienne étaient tous deux associés à un changement accru des priorités de vie vers la vie privée, ce qui reflète l'impact contrasté du cancer et de ses conséquences sur le changement des valeurs de vie [17]. Le cancer perturbe la vie d'une femme. Ses perspectives de vie sont bouleversées à bien des égards, ce qui conduit certaines femmes à adopter un comportement résilient et

expérimentent une croissance post-traumatique. Une étude longitudinale sur la croissance post-traumatique a révélé que 83 % des femmes diagnostiquées avec un cancer du sein ont déclaré avoir tiré au moins un bénéfice de leur expérience du cancer du sein [43]. Cependant, la dépression était associée à un changement moins important des priorités de vie en faveur de la vie privée. Ce résultat contre-intuitif doit être interprété avec prudence, car la dépression ne touchait qu'une petite partie de notre population (5 %). Ce résultat pourrait néanmoins s'expliquer par une diminution de l'intérêt ou du plaisir pour presque toutes les activités et une diminution de la capacité à se concentrer et à faire de nouveaux projets pour l'avenir [44].

En outre, nous avons examiné le lien entre les conditions de travail et le changement des priorités de vie vers la vie privée. Nous avons étudié le soutien apporté par les collègues et le supérieur hiérarchique au moment du diagnostic. Seul le soutien du supérieur hiérarchique était significativement associé à un changement vers la vie privée, ce qui souligne l'importance de la qualité de la relation avec le supérieur hiérarchique. Dans la littérature sur le retour au travail après un cancer, il existe peu de données sur le rôle spécifique de la relation avec le supérieur hiérarchique au moment du diagnostic (c'est-à-dire indépendamment des aménagements et des dispositions pris au travail après le traitement). Cependant, des études ont montré que, en général, le soutien du supérieur hiérarchique influençait fortement le climat de travail [45], qui est un facteur prédictif important de l'engagement au travail [46] et du retour au travail après un cancer [22].

De plus, dans notre étude, les employés/commis étaient plus susceptibles de changer et de donner la priorité à leur vie privée après un cancer. Ce résultat pourrait s'expliquer par les conditions de travail difficiles de ces travailleurs (manque de latitude décisionnelle et d'horaires de travail flexibles, et pressions psychologiques), mais aussi par une satisfaction professionnelle moindre dans ces groupes par rapport aux professions cadres [47]. Dans notre étude, la satisfaction professionnelle était associée à la priorité accordée à la vie privée après un cancer, bien que la satisfaction professionnelle n'ait été évaluée que de manière approximative à l'aide d'un item évaluant la perception du travail (très intéressant/peu intéressant).

Plusieurs aspects méthodologiques méritent d'être abordés. Tout d'abord, notre étude s'appuie sur l'une des plus grandes cohortes cliniques de survivantes du cancer du sein au monde, qui comprenait des informations granulaires collectées de manière prospective sur diverses covariables. Ensuite, nous avons utilisé une nouvelle méthode pour mesurer l'évolution de la valeur accordée au travail. Il convient toutefois de noter qu'il n'existe pas de référence absolue pour évaluer ce déterminant important du retour au travail. D'autres études quantitatives ont utilisé différentes mesures, telles que l'importance du travail, l'engagement au travail et la satisfaction au travail, pour examiner l'évolution de la valeur accordée au travail après un cancer, en utilisant principalement l'échelle d'engagement au travail d'Utrecht (UWES) ou le questionnaire général sur les facteurs psychologiques et sociaux au travail (QPS Nordic) [4, 15, 23, 24]. Cependant, ces questionnaires sont avant tout conçus pour évaluer la situation des travailleurs à un moment donné dans un lieu ou un environnement de travail spécifique. Ils sont assez longs et leur pertinence pour mesurer rétrospectivement l'engagement ou la satisfaction au travail, après un événement tel qu'un diagnostic, est discutable.

Tableau 2 Caractéristiques cliniques, démographiques, socioéconomiques et psychosociales associées à un changement vers une vie privée deux ans après le diagnostic d'un cancer du sein (France, cohorte CANTO, $N = 867$)

	OR	IC à 95
Caractéristiques cliniques et qualité de vie liée à la santé Stade au moment du diagnostic (réf. = I)		
II	1,27	[0,89 ; 1,80]
III	1,98	[1,06 ; 3,73]
Score de Charlson au moment du diagnostic (réf. = 0)		
1	1,08	[0,62 ; 1,87]
2 ou plus	1	[0,66 ; 2,17]
Chirurgie (réf. = conservatrice)		
Mastectomie	1,01	[0,69 ; 1,49]
Chimiothérapie (réf. = non)		
Oui	1,27	[0,89 ; 1,82]
Hormonothérapie (réf. = non)		
Oui	1,01	[0,68 ; 1,49]
Radiothérapie (réf. = non)		
Oui	1,25	[0,65 ; 2,40]
État de santé global ^a	0,92	[0,84 ; 1,01]
Caractéristiques démographiques et socioéconomiques		
Âge (en années) au moment du diagnostic (réf. ≤ 40)		
40-49	0,97	[0,60 ; 1,54]
> 49	0,95	[0,58 ; 1,57]
Changement de statut relationnel entre le diagnostic et deux ans après le diagnostic (réf. = toujours en couple)		
Nouvelle relation	1,22	[0,52 ; 2,88]
Nouvellement célibataire	0,68	[0,32 ; 1,41]
Toujours célibataire	0,92	[0,60 ; 1,41]
Enfants financièrement dépendants au moment du diagnostic (réf. = non)		
Oui	1,19	[0,86 ; 1,64]
Classe professionnelle au moment du diagnostic (réf. = cadre) (profession)		
Agriculteur/artisan/commerçant	1,31	[0,64 ; 2,69]
Profession intermédiaire	1,25	[0,85 ; 1,84]
Employé/commis	1,62	[1,11 ; 2,35]
Ouvrier	1,75	[0,79 ; 3,89]
Position de travail pénible au moment du diagnostic (réf. = non)		
Oui	0,87	[0,63 ; 1,20]
Perception du travail au moment du diagnostic (réf. = très intéressant)		
Peu intéressant ^b	1,65	[1,13 ; 2,41]
Soutien des collègues au moment du diagnostic, N (%) (réf. = oui)		
Non	1,04	[0,70 ; 1,55]
Non concerné	1,04	[0,52 ; 2,07]
Soutien du supérieur hiérarchique au moment du diagnostic, N (%) (réf. = oui)		
Non	1,55	[1,09 ; 2,21]
Non concerné	0,78	[0,40 ; 1,55]
Caractéristiques psychosociales ;		
Dépression un an après le diagnostic (réf. = non-cas) ^c		
Doute	1,15	[0,70 ; 1,88]
Cas	0	[0,25 ; 0,97]

Tableau 2 (suite)

	OR	IC à 95
Crainte d'une récurrence un an après le diagnostic (réf. = faible) ^d		
Élevée	1,13	[0,82 ; 1,56]
Interférences négatives du cancer dans la vie quotidienne un an après le diagnostic (réf. = faible) ^d		
Élevée	1,38	[0,99 ; 1,93]
Échelle récapitulative de l'impact du cancer sur la vie du patient 1 an après le diagnostic (réf. = faible)		
Élevé	1,43	[1,05 ; 1,94]

Parmi les femmes qui ne donnaient pas la priorité à leur vie privée au moment du diagnostic

^a La santé un an après le diagnostic a été évaluée à l'aide du score global de l'état de santé (0 à 100) du questionnaire sur la qualité de vie Core 30 Items (QLQC30) ; OU augmentation de 10 points

^b La perception du travail comme peu intéressant comprenait : peu intéressant, ennuyeux ou très ennuyeux

^c La dépression a été évaluée à l'aide de la sous-échelle spécifique de l'échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HADS)

^d Les impacts négatifs et positifs du cancer sur la vie des femmes ont été évalués à l'aide du questionnaire Impact of Cancer version 2 (IOCv2). Seuils : ≤ 3 (faible) et > 3 (élevé) pour la peur d'une récurrence ; ≤ 2 (faible) et > 2 (élevé) pour les interférences négatives du cancer dans la vie quotidienne ; et < 3 (faible) et ≥ 3 (élevé) pour l'impact positif du cancer

du cancer, est discutable. En nous éloignant de la vie professionnelle pour nous concentrer sur la vie privée, nous avons pu mesurer le changement global dans la perception qu'ont les patients de leur vie professionnelle après un cancer, au-delà de leur engagement dans un lieu de travail donné. Nos résultats permettent donc de quantifier ce qui a été rapporté dans des études qualitatives [19-22] et pourraient indiquer un moyen simple d'aborder le changement de valeur du travail après un cancer pour les futures recherches sur les déterminants du retour au travail. Toutefois, les prochaines recherches devraient également recueillir la participation des femmes à un programme de réadaptation, car nous ne pouvons pas être totalement sûrs que nos conclusions sont dues au cancer et ne sont pas simplement la conséquence d'un manque de soutien (absence de programme de réadaptation, par exemple) lorsque les patientes reprennent le travail. Nous pourrions alors également nous interroger sur le changement de priorité à plus long terme, en particulier lorsque les femmes sont considérées comme « guéries ». Une étude menée 5 ans après le diagnostic serait intéressante pour déterminer si le changement de valeur du travail est différent, ainsi que ses déterminants, par rapport à un délai plus court (2 ans après le diagnostic). En outre, bien que notre étude soit basée sur une large cohorte prospective, nous ne pouvons exclure un manque de puissance statistique dans certaines analyses (par exemple, les femmes nouvellement célibataires et les ouvrières). De futures recherches avec la plus grande cohorte possible pourraient nous permettre de mieux évaluer ces facteurs. Enfin, nous pensons que cette mesure simple du changement perçu dans la valeur du travail que nous avons utilisée dans cette étude peut être immédiatement mise en pratique, tout en ouvrant la voie à des recherches sur la survie, avec la nécessité de concevoir un instrument qui inclurait également les raisons perçues du changement dans la valeur du travail, car il semble que les déterminants de ce changement puissent être très différents. Les recherches à venir devraient également recueillir davantage de données empiriques qualitatives et quantitatives sur les hommes survivants afin d'examiner les normes éventuelles liées au genre dans l'évolution de la valeur du travail.

Dans la pratique, il semble important de sensibiliser les professionnels de santé professionnels de santé et les travailleurs sociaux impliqués dans les soins de soutien après un cancer sur l'importance du changement de valeur du travail après

diagnostic et ses déterminants. Si les effets physiques tardifs du traitement sont généralement pris en compte dans la gestion du retour au travail après un cancer, il semble important de tenir compte du contexte social dans lequel vivent les patients, en particulier leurs conditions de travail, ainsi que des conséquences psychologiques potentielles du cancer. Informer les patients sur les processus psychologiques qu'ils sont susceptibles de traverser, notamment le changement de leurs valeurs de vie, et les aider à accéder à tous les droits sociaux et aménagements de travail dont ils pourraient avoir besoin pourrait probablement les aider à mieux anticiper leur retour au travail et, finalement, à améliorer leur qualité de vie au travail après leur guérison.

Conclusion

Près de la moitié des femmes qui ne donnaient pas la priorité à leur vie privée au moment du diagnostic du cancer du sein ont réorganisé leurs valeurs et ont déplacé l'accent mis sur leur vie professionnelle vers leur vie privée après le cancer. Les répercussions physiques et psychosociales du cancer, mais aussi les conditions de travail avant le cancer, sont autant de facteurs qui ont déterminé ce changement dans les valeurs de vie. Il est important que les cliniciens, les psychologues et les travailleurs sociaux tiennent compte de ce changement dans la perception qu'ont les patientes de leur vie professionnelle et qu'ils prennent en considération les facteurs associés lors de la conception des programmes de réadaptation après un cancer du sein. De plus, des recherches futures pourraient examiner si l'évolution psychologique (avant et après le diagnostic) a une incidence sur le changement de valeur accordée au travail. Enfin, d'autres études sur le changement de valeur accordée au travail pourraient être pertinentes dans le cas d'autres cancers féminins ou chez les hommes après un cancer, et pour déterminer s'il existe des facteurs liés au genre qui y sont associés.

Remerciements Nous remercions les patients et leurs familles ainsi que tous les chercheurs et leur personnel impliqués dans CANTO. Nous remercions également toute l'équipe UNICANCER pour la gestion de la cohorte. Les auteurs remercient Thomas BOVAGNET et Sandrine PINTO pour leurs conseils et leur aide dans le traitement des données.

Contribution des auteurs Conceptualisation/méthodologie : Elsa Caumette, Gwenn Menvielle, Agnès Dumas.

Ressources : Ines Vaz Luis, Gwenn Menvielle

Curation des données, analyse formelle : Elsa Caumette, Julie Havas, Antonio Di Meglio, Gwenn Menvielle, Agnès Dumas.

Rédaction : tous les auteurs Validation

: tous les auteurs

Supervision : Gwenn Menvielle, Agnès Dumas

Financement L'étude a été financée par la Fondation française pour la recherche contre le cancer (subvention n° ARC, PGA1 RF20170205420) et par la subvention de recherche Susan G. Komen Career Catalyst (n° CCR17483507) accordée à I.V.L. et au programme ODYSSEA. L'étude CANTO est soutenue par le gouvernement français dans le cadre du programme Investissement d'avenir, géré par l'Agence nationale de la recherche, subvention n° ANR-10-COHO0004. Les recherches d'ELSA CAUMETTE ont été financées par le département de maïeutique de l'université de Montpellier.

Déclarations

Approbation éthique L'étude a été approuvée par les autorités réglementaires françaises sous la référence B11158-20 (14/09/2011) et par le Comité d'éthique français Ile de France VII sous la référence 11-039 (14/10/2011).

Consentement à participer Toutes les femmes étaient âgées de 18 ans ou plus au moment du diagnostic et ont donné leur consentement éclairé par écrit.

Conflit d'intérêts Elsa Caumette : aucun conflit d'intérêts ; Inès Vaz-Luis a des intérêts financiers personnels : soutien institutionnel de Pfizer Am-gen, AstraZeneca (conférences publiques) ; Cécile Charles : aucun conflit d'intérêts ; Julie Havas : aucun conflit d'intérêts ; Garazi Ruiz de Azua : aucun conflit d'intérêts ; Elise Martin : aucun conflit d'intérêts ; Antonio Di Meglio : aucun conflit d'intérêts ; Suzette Delalogue déclare des honoraires de consultation institutionnels provenant d'AstraZeneca, Besins, Sanofi, Rappta ; des honoraires institutionnels provenant d'AstraZeneca, Seagen, MSD, Pfizer ; des honoraires de recherche institutionnels provenant de Taiho, AstraZeneca, Pfizer, MSD, Novartis, Sanofi, GI therapeutics, BMS, Pfizer, Roche ; et un soutien personnel pour participer à une conférence aux États-Unis provenant d'AstraZeneca et Pfizer ; Olivier Rigal : honoraires de Pfizer, Seagen et Viatrix ; Charles Coutant : honoraires de Roche, MSD, AstraZeneca, Seagen ; Marion Fournier : symposium rémunéré Myriade genetics SFCO ; Chris-telle Jouannaud : honoraires de Daiichi Sankyo, AstraZeneca, Pfizer ; Déplacements/hébergement/frais : Novartis ; Patrick Soulie : aucune déclaration ; Paul-Henri Cottu : honoraires : Pfizer, Roche, Lilly, Pierre Fabre, honoraires institutionnels : Novartis, NanoString Technologies ; rôle de consultant/conseiller : Pfizer, Roche/Genentech, Lilly ; Financement de la recherche : Novartis, Pfizer ; Déplacements/hébergement/frais : Pfizer, Roche ; Olivier Tredan Subventions : Roche, BMS, MSD-Merck, honoraires personnels : Novartis-Sandoz, Pfizer, Lilly, AstraZeneca, Daiichi Sankyo, Eisai, Pierre Fabre, Seagen, Roche, MSD-Merck ; Asma Dhaini Merimeche, Laurence Vanlemmens, Sibille Everhard, Anne-Laure Martin : AUCUNE DIVULGATION ; Gwenn Menvielle : aucun conflit d'intérêts ; Agnès Dumas : aucun conflit d'intérêts.


Références

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Statistiques mondiales sur le cancer 2020 : estimations GLOBOCAN de l'incidence et de la mortalité dans le monde pour 36 cancers dans 185 pays de l'. *CA A Cancer J Clin*. 2021;71:209–49.
- Thévenon O, Horko K. Augmentation de la participation des femmes au marché du travail en Europe : progrès dans l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée ou polarisation des comportements ? *Population INED*. 2009 ; 64 : 235-72.
- Les femmes dans la population active | Département américain du travail [Internet]. [consulté le 7 avril 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.dol.gov/agencies/wb/data/facts-over-time/women-in-the-labor-force#civilian-labor-force-by-sex>
- Mehnert A, de Boer A, Feuerstein M. Les défis professionnels des survivantes d'un cancer du sein. *Cancer*. 2013 ; 119 : 2151-9.
- Carlsen K, Jensen AJ, Rugulies R, Christensen J, Bidstrup PE, Johansen C, et al. Capacité de travail autodéclarée chez les survivantes à long terme d'un cancer du sein. Une étude par questionnaire menée auprès de la population au Danemark. *Acta Oncol*. 2013;52:423–9.
- Dumas A, Vaz Luis I, Bovagnet T, El Mouhebb M, Di Meglio A, Pinto S, et al. Impact du traitement du cancer du sein sur l'emploi : résultats d'une étude de cohorte prospective multicentrique (CANTO). *J Clin Oncol*. 2020;38:734–43.
- Lee MK, Kang HS, Lee KS, Lee ES. Étude de cohorte prospective sur trois ans des facteurs associés au retour au travail après un diagnostic de cancer du sein. *J Occup Rehabil*. 2017;27:547–58.
- Mehnert A. Emploi et questions liées au travail chez les survivants du cancer. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011;77:109–30.
- Schmidt ME, Scherer S, Wiskemann J, Steindorf K. Retour au travail après un cancer du sein : rôle des effets secondaires liés au traitement et impact potentiel sur la qualité de vie. *Euro J Cancer Care*. 2019;28:e13051.
- Sun Y, Shigaki CL, Armer JM. Retour au travail chez les survivantes du cancer du sein : revue de la littérature. *Supp Care Cancer*. 2017;25:709–18.
- Butow P, Laidsaar-Powell R, Konings S, Lim CYS, Koczwara B. Retour au travail après un diagnostic de cancer : méta-analyse des revues et méta-synthèse des études qualitatives récentes. *J Cancer Surviv*. 2020;14:114–34.
- Wang L, Hong BY, Kennedy SA, Chang Y, Hong CJ, Craigie S, et al. Facteurs prédictifs du chômage après une chirurgie du cancer du sein : revue systématique et méta-analyse d'études observationnelles. *J Clin Oncol*. 2018;36:1868–79.
- Drolet M, Maunsell E, Brisson J, Mâsse B, Deschênes L. Absence de travail 3 ans après un cancer du sein : facteurs prédictifs dans une étude basée sur la population. *J Clin Oncol*. 2005 ; 23 : 8305-12.
- Høyer M, Nordin K, Ahlgren J, Bergkvist L, Lambe M, Johansson B, et al. Changement du temps de travail dans une cohorte basée sur la population de patientes suédoises atteintes d'un cancer du sein. *J Clin Oncol*. 2012;30:2853–60.
- Johnsson A, Fornander T, Rutqvist L-E, Vaez M, Alexanderson K, Olsson M. Facteurs prédictifs du retour au travail dix mois après une chirurgie primaire d'aton du cancer du sein. *Acta Oncol*. 2009 ; 48 : 93-8.
- Wennman-Larsen A, Svärd V, Alexanderson K, Friberg E. Facteurs déterminants pour l'exercice d'une activité professionnelle ou non au cours des deux années suivant une chirurgie du cancer du sein : analyse du contenu des réponses ouvertes à l' s de 462 femmes. *BMC Women's Health*. 2021;21:332.
- Bower JE, Meyerowitz BE, Bernards CA, Rowland JH, Ganz PA, Desmond KA. Perceptions de la signification positive et de la vulnérabilité après un cancer du sein : prédicteurs et résultats chez les survivantes à long terme du cancer du sein. *Ann Behav Med*. 2005 ; 29 : 236-45.
- Duijts SFA, van Egmond MP, Gits M, van der Beek AJ, Bleiker EM. Perspectives et expériences des survivantes du cancer concernant les déterminants comportementaux du retour au travail et de la poursuite d'une carrière. *Disabil Rehabil*. 2017 ; 39 : 2164-72.
- Fisher C, O'Connor M. La « maternité » dans le contexte de la vie avec un cancer du sein. *Cancer Nurs*. 2012 ; 35 : 157-63.
- Johnsson A, Fornander T, Rutqvist LE, Olsson M. Facteurs influençant le retour au travail : une étude narrative sur des femmes traitées pour un cancer du sein en phase terminale. *Eur J Cancer Care*. 2010 ; 19 : 317-23.
- Lilliehorn S, Hamberg K, Kero A, Salander P. Signification du travail et processus de retour au travail après un cancer du sein : une étude longitudinale auprès de 56 femmes. *Scand J Caring Sci*. 2013 ; 27 : 267-74.
- Nilsson MI, Olsson M, Wennman-Larsen A, Petersson L-M, Alexanderson K. Réflexions et actions des femmes concernant le travail après une chirurgie du cancer du sein — une étude de groupe de discussion. *Psycho-Oncol*. 2013;22:1639–44.

23. Gudbergsson S, Fosså S, Dahl A. La survie au cancer est-elle associée à une diminution de l'engagement au travail ? Une étude NOCWO. *J Cancer Surviv.* 2008 ; 2 : 159-68.
24. Hakanen J, Lindbohm M-L. Engagement professionnel chez les survivantes du cancer du sein et les référentes : l'importance de l'optimisme et des ressources sociales s au travail. *J Cancer Surviv.* 2008 ; 2 : 283-95.
25. Maunsell E, Drolet M, Brisson J, Brisson C, Mâsse B, Deschênes L. Situation professionnelle après un cancer du sein : résultats d'une étude basée sur une population . *J Natl Cancer Inst.* 2004 ; 96 : 1813-22.
26. Nilsson MI, Saboonchi F, Alexanderson K, Olsson M, Wenman-Larsen A, Petersson L-M. Changements dans l'importance du travail et la satisfaction professionnelle au cours des deux années suivant une chirurgie du cancer du sein et facteurs associés . *J Cancer Surviv.* 2016;10:564–72.
27. Baker F, Denniston M, Smith T, West MM. Adult cancer survivors: how are they faring? *Cancer.* 2005;104:2565–76.
28. Courtens AM, Stevens FC, Crebolder HF, Philippen H. Étude longitudinale sur la qualité de vie et le soutien social chez les patients atteints de cancer. *Cancer Nurs.* 1996 ; 19 : 162-9.
29. Manne S, Ostroff J, Winkel G, Goldstein L, Fox K, Grana G. Croissance post-traumatique après un cancer du sein : perspectives des patientes, des partenaires et des couples . *Psychosom Med.* 2004 ; 66 : 442-54.
30. Liamputtong P, Suwankhong D. Diagnostic du cancer du sein : perturbation biographique, expériences émotionnelles et gestion stratégique chez les femmes thaïlandaises atteintes d'un cancer du sein. *Sociol Health Illn.* 2015;37:1086–101.
31. Reeve J, Lloyd-Williams M, Payne S, Dowrick C. Revisiter la perturbation biographique : explorer l'expérience individuelle incarnée de la maladie chez les personnes atteintes d'un cancer en phase terminale. *Health (Londres).* 2010 ; 14 : 178-95.
32. Sinding C, Wiernikowski J. Perturbation exclue : récits de femmes âgées atteintes d'un cancer du sein. *Health (Londres).* 2008 ; 12 : 389-411.
33. Vaz-Luis I, Cottu P, Mesleard C, Martin AL, Dumas A, Dauchy S, et al. UNICANCER : étude prospective française de cohorte sur la toxicité chronique liée au traitement chez les femmes atteintes d'un cancer du sein localisé (CANTO). *ESMO Open [Internet].* 2019 [consulté le 25 mars 2021] ; 4. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6735667/>
34. Petersson L-M, Nilsson MI, Alexanderson K, Olsson M, Wenman-Larsen A. Comment les femmes évaluent-elles leur travail peu après une chirurgie du cancer du sein et leurs évaluations sont-elles associées à un congé de maladie ? *J Occup Rehabil.* 2013 ; 23 : 391-9.
35. Bouhnik A-D, Bendiane M-K, Cortaredona S, Sagaon Teyssier L, Rey D, Berenger C, et al. Le marché du travail, les conséquences psychosociales et l'état de santé des survivants du cancer : protocole pour une enquête longitudinale nationale 2 et 5 ans après le diagnostic du cancer (l'enquête VICAN). *BMJ Open.* 2015 ; 5 : e005971.
36. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. Une nouvelle méthode de classification des comorbidités pronostiques dans les études longitudinales : développement et validation de l' . *J Chronic Dis.* 1987 ; 40 : 373-83.
37. Giesinger JM, Kuijpers W, Young T, Tomaszewski KA, Friend E, Zab-ernigg A, et al. Seuils d'importance clinique pour quatre domaines clés de l'EORTC QLQ-C30 : fonctionnement physique, fonctionnement émotionnel, fatigue et douleur. *Health Qual Life Outcome.* 2016;14:87.
38. Zigmond AS, Snaith RP. Échelle d'évaluation de l'anxiété et de la dépression à l'hôpital. *Acta Psychiatr Scand.* 1983 ; 67 : 361-70.
39. Blanchin M, Dauchy S, Cano A, Brédart A, Aaronson NK, Har-douin J-B. Validation de la traduction-adaptation française du questionnaire sur l'impact du cancer version 2 (IOCV2) auprès d'une population de survivantes du cancer du sein. *Health Qual Life Outcome.* 2015;13:110.
40. Zebrack BJ, Ganz PA, Bernaards CA, Petersen L, Abraham L. Évaluation de l'impact du cancer : développement d'un nouvel instrument pour les survivants à long terme. *Psychooncology.* 2006 ; 15 : 407-21.
41. Rasmussen DM, Elverdam B. La signification du travail et de la vie professionnelle après un cancer : une étude basée sur des entretiens. *Psychooncology.* 2008;17:1232–8.
42. Westman B, Bergenmar M, Andersson L. Vie, maladie et mort — Réflexions existentielles d'un échantillon de patients suédois ayant suivi un traitement curatif pour un cancer du sein ou de la prostate. *Eur J Oncol Nurs.* 2006 ; 10 : 169-76.
43. Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. La route de briques jaunes et la cité d'émeraude : recherche d'avantages, réévaluation positive et croissance post-traumatique chez les femmes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce. *Health Psychol.* 2003 ; 22 : 487-97.
44. Association américaine de psychiatrie. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM-5. 5e éd. Washington, DC : American Psychiatric Publishing ; 2013.
45. Burke WW, Litwin GH. Modèle causal de la performance organisationnelle et du changement. *J Manag.* 1992 ; 18 : 523-45.
46. Menguc B, Auh S, Yeniaras V, Katsikeas CS. Le rôle du climat : implications pour l'engagement des employés de service et la performance du service à la clientèle. *J Acad Mark Sci.* 2017 ; 45 : 428-51.
47. Schultz DP, Schultz SE. *Psychology and Work Today.* 10e éd. Londres : Routledge ; 2020.

Note de l'éditeur Springer Nature reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les cartes publiées et les affiliations institutionnelles.

Auteurs et affiliations

Elsa Caumette^{1,2}  · Antonio Di Meglio^{3,4} · Inès Vaz-Luis^{3,4} · Cécile Charles⁵ · Julie Havas^{3,4,6} · Garazi Ruiz de Azua¹ · Elise Martin³ · Laurence Vanlemmens⁷ · Suzette Delalogue³ · Sibille Everhard⁸ · Anne-Laure Martin⁸ · Asma Dhaini Merimeche⁹ · Olivier Rigal¹⁰ · Charles Coutant¹¹ · Marion Fournier¹² · Christelle Jouannaud¹³ · Patrick Soulie¹⁴ · Paul-Henri Cottu¹⁵ · Olivier Tredan¹⁶ · Gwenn Menvielle¹ · Agnès Dumas¹⁷

Elsa Caumette elsa.caumette@umontpellier.fr

Antonio Di Meglio
Antonio.DI-MEGLIO@gustaveroussy.fr

Inès Vaz-Luis
INES-MARIA.VAZ-DUARTE-LUIS@gustaveroussy.fr

Cécile Charles c.charles@bordeaux.unicancer.fr

Julie Havas Julie.HAVAS@gustaveroussy.fr

Garazi Ruiz de Azua
garazi.ruizdeazua@iplesp.upmc.fr

Élise Martin EL.MARTIN@gustaveroussy.fr

Laurence Vanlemmens
l-vanlemmens@o-lambret.fr

Suzette Delalogue
suzette.delalogue@gustaveroussy.fr

Sibille Everhard
s-everhard@unicancer.fr

Anne-Laure Martin
al-martin@unicancer.fr

Asma Dhaini Merimeche
a.merimeche@nancy.unicancer.fr

Olivier Rigal olivier.rigal@chb.unicancer.fr

Charles Coutant ccoutant@cgfl.fr

Marion Fournier
m.fournier@bordeaux.unicancer.fr

Christelle Jouannaud
christelle.jouannaud@reims.unicancer.fr

Patrick Soulie patrick.soulie@ico.unicancer.fr

Paul-Henri Cottu paul.cottu@curie.fr

Olivier Tredan
olivier.tredan@lyon.unicancer.fr

Gwenn Menvielle
gwenn.menvielle@inserm.fr

¹ Sorbonne Université, INSERM, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie Et de Santé Publique, Paris, France

² Département de Maïeutique, Université de Montpellier, Montpellier, France

³ Unité INSERM U 981, Villejuif, France

⁴ Unité Cancer du sein, Département de médecine oncologique, Gustave Roussy, Villejuif, France

⁵ Centre de recherche en santé publique de Bordeaux (U1219), Université de Bordeaux, Bordeaux, France

⁶ Département de recherche clinique, Gustave Roussy, Villejuif, France

⁷ Centre Oscar Lambret, Lille, France

⁸ Unicancer, Paris, France

⁹ Centre Alexis Vautrin, Vandoeuvre-lès-Nancy, France

¹⁰ Centre Henri Becquerel, Rouen, France

¹¹ Centre Georges François Leclerc, Dijon, France

¹² Institut Bergonié, Bordeaux, France

¹³ Institut Jean Godinot Reims, Reims, France

¹⁴ Institut de Cancérologie de L'Ouest – Centre Paul Papin, Angers, France

¹⁵ Institut Curie, Paris, France

¹⁶ Centre Léon Bérard, Lyon, France

¹⁷ Université de Paris, ECEVE UMR 1123, INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), Paris, France