

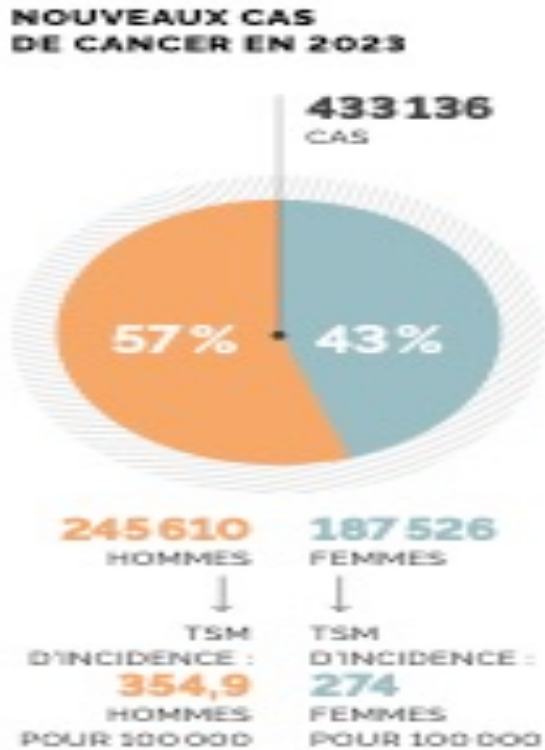


Etre traité pour un cancer en 2024 : un obstacle pour le retour au travail ?

Pr Florence Duffaud, MD, PhD

Service d'Oncologie médicale CHU la Timone , Aix-Marseille Université
Marseille

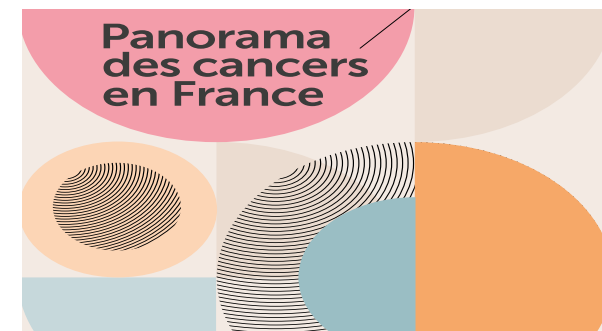
Données épidémiologiques générales



- Entre 1990 et 2023 : Doublement du nombre de nx cas de cancers
- Raisons:
 - Evolution démographique de la population
 - accroissement (+30% chez hommes et chez femmes))
 - ET vieillissement (+48% chez hommes, + 27% chez femmes)
 - Augmentation du risque:
 - comportements, modes de vie
- **40% de cancers évitables !**
 - Liés changement comportements/modes de vie
 - ➤ 17000 nx cas évitables



Données épidémiologiques générales: les cancers en chiffres



ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC EN 2023

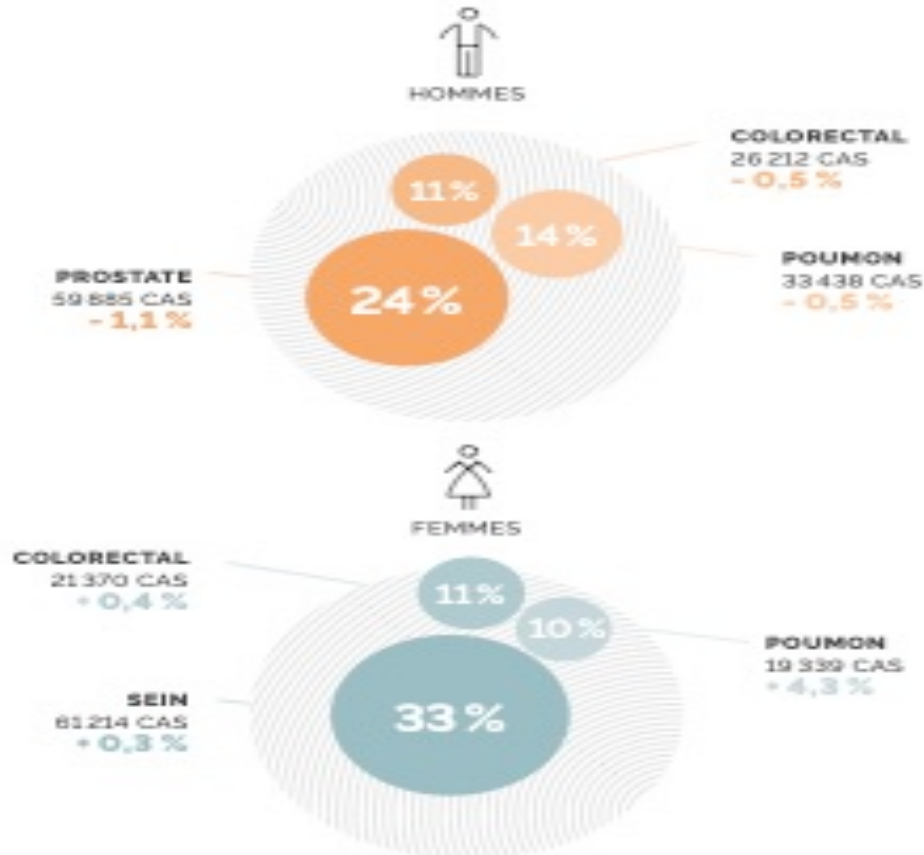
70 ans

CHEZ LES HOMMES

68 ans

CHEZ LES FEMMES

NOMBRE DE CAS EN 2023 ET ÉVOLUTION DU TAUX D'INCIDENCE ENTRE 2010 ET 2023



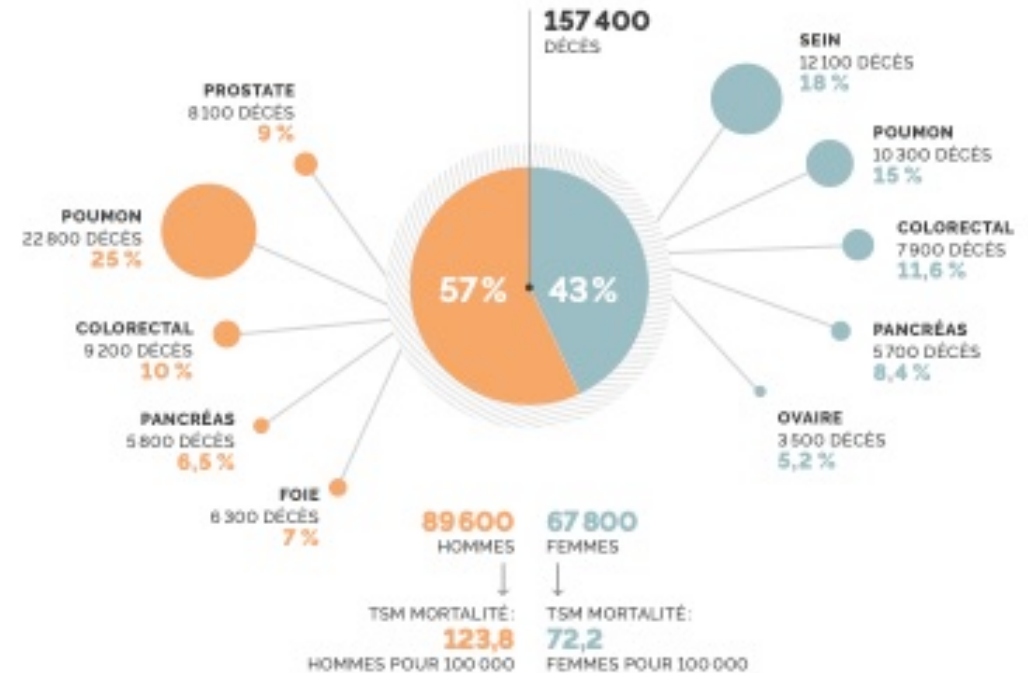
ÉVOLUTION DU TAUX DE MORTALITÉ STANDARDISÉ (2010-2018)

La diminution globale de la mortalité est le résultat de diagnostics plus précoces et d'avancées thérapeutiques importantes, notamment parmi les cancers les plus fréquents.

Le TSM de mortalité a diminué de:



NOMBRE DE DÉCÈS EN 2018

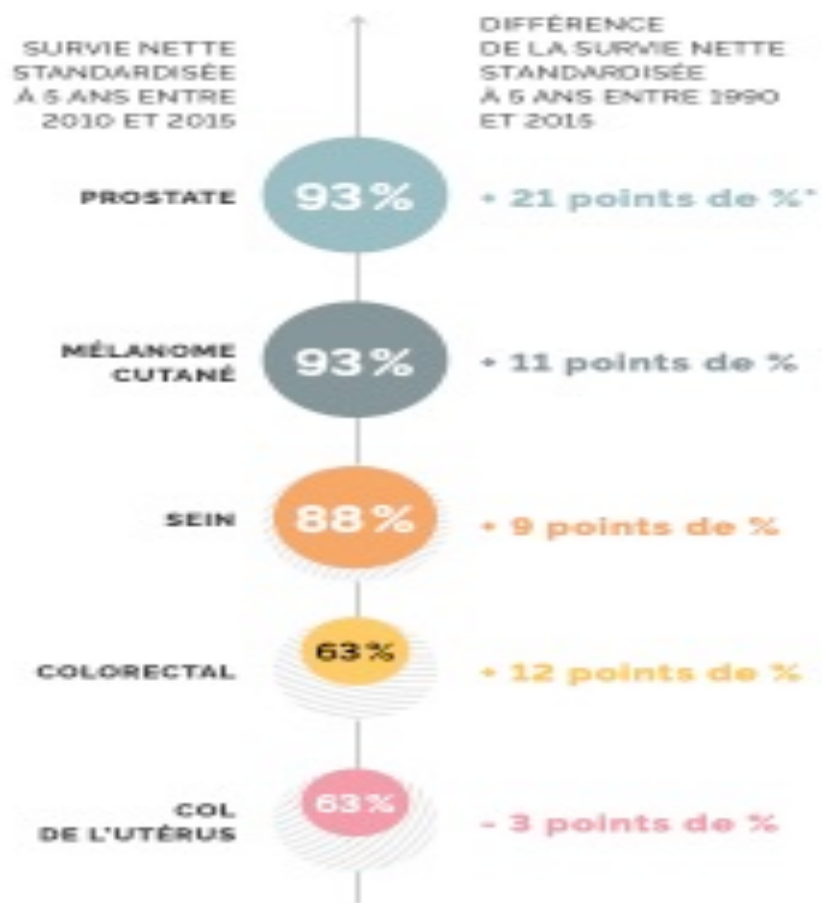


À noter: pour la prostate, les dernières données disponibles datent de 2018.

Données épidémiologiques générales: les cancers en chiffres



**POUR QUELS CANCERS OBSERVE-T-ON
LES MEILLEURS TAUX DE SURVIE ?**



* la survie est passée de 72 % en 1990 à 93 % en 2015, soit une augmentation de 21 points de %

**QUELS SONT LES CANCERS
DE MAUVAIS PRONOSTIC ?**

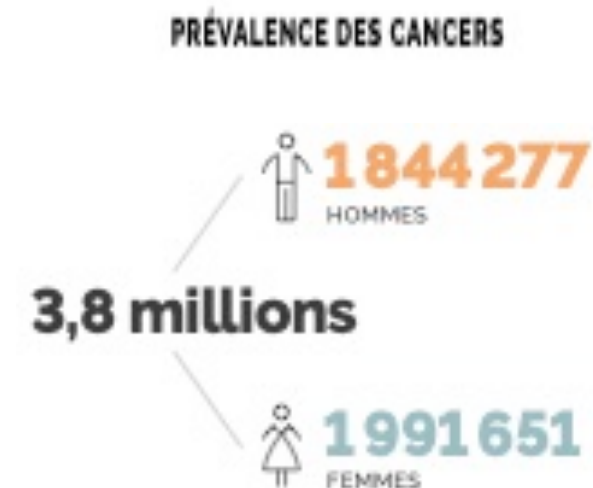


TABLEAU 1. Survie nette standardisée (SNS) à 5 ans et intervalle de confiance (IC à 95%) des personnes diagnostiquées entre 2010 et 2015, selon le sexe, France métropolitaine. Tumeurs solides

Localisation	SNS à 5 ans (%) et IC à 95 %					
	Tous sexes		Hommes		Femmes	
Pronostic favorable (SNS >65 %)						
Représentent 40 % des cancers incidents chez l'homme et 55 % chez la femme						
Thyroïde	96	[95 ; 97]	93	[91 ; 94]	97	[96 ; 97]
Prostate	93	[93 ; 93]	93	[93 ; 93]	-	
Mélanome de la peau	93	[92 ; 93]	91	[90 ; 92]	94	[93 ; 95]
Testicule	93	[91 ; 95]	93	[91 ; 95]	-	
Sein	88	[88 ; 89]	-		88	[88 ; 89]
Corps de l'utérus	74	[73 ; 75]	-		74	[73 ; 75]
Mélanome de l'uvée	74	[69 ; 78]	74	[67 ; 80]	74	[67 ; 80]
Rein	70	[69 ; 70]	69	[68 ; 70]	71	[69 ; 72]
Pénis	68	[63 ; 73]	68	[63 ; 73]	-	
Pronostic intermédiaire (SNS entre 33 et 65 %)						
Représentent 28 % des cancers incidents chez l'homme et 26 % ^b chez la femme						
Côlon et rectum	63	[63 ; 64]	62	[61 ; 62]	65	[64 ; 66]
Col de l'utérus	63	[61 ; 64]	-		63	[61 ; 64]
Vulve	62	[58 ; 65]	-		62	[58 ; 65]
Sarcome	61	[59 ; 62]	62	[60 ; 65]	60	[58 ; 62]
Larynx	59	[57 ; 61]	59	[57 ; 61]	61	[56 ; 66]
Intestin grêle	57	[55 ; 59]	55	[51 ; 58]	59	[56 ; 63]
Vessie	54	[52 ; 55]	55	[53 ; 56]	49	[47 ; 52]
Cavités nasales ^a	54	[50 ; 58]	56	[51 ; 60]	51	[45 ; 58]
Lèvre-bouche-pharynx	45	[44 ; 46]	41	[40 ; 42]	56	[54 ; 58]
Vagin	45	[38 ; 52]	-		45	[38 ; 52]
Ovaire	43	[42 ; 44]	-		43	[42 ; 44]
Pronostic défavorable (SNS <33 %)						
Représentent 32 % des cancers incidents chez l'homme et 19 % ^b chez la femme						
Estomac	30	[29 ; 31]	27	[26 ; 29]	35^b	[33 ; 37]
Système nerveux central	26	[24 ; 27]	23	[22 ; 25]	28	[26 ; 30]
Vésicule et voies biliaires	22	[21 ; 24]	22	[20 ; 25]	22	[20 ; 25]
Poumon	20	[19 ; 20]	18	[17 ; 18]	24	[23 ; 25]
Foie	18	[17 ; 19]	18	[17 ; 19]	19	[17 ; 21]
Œsophage	17	[16 ; 18]	16	[15 ; 17]	20	[18 ; 22]
Pancréas	11	[11 ; 12]	10	[9 ; 11]	13	[12 ; 14]
Mésothéliome de la plèvre	10	[7 ; 13]	10	[7 ; 13]	10	[5 ; 18]

^a Cavités nasales : sinus annexes de la face, oreilles moyennes et internes

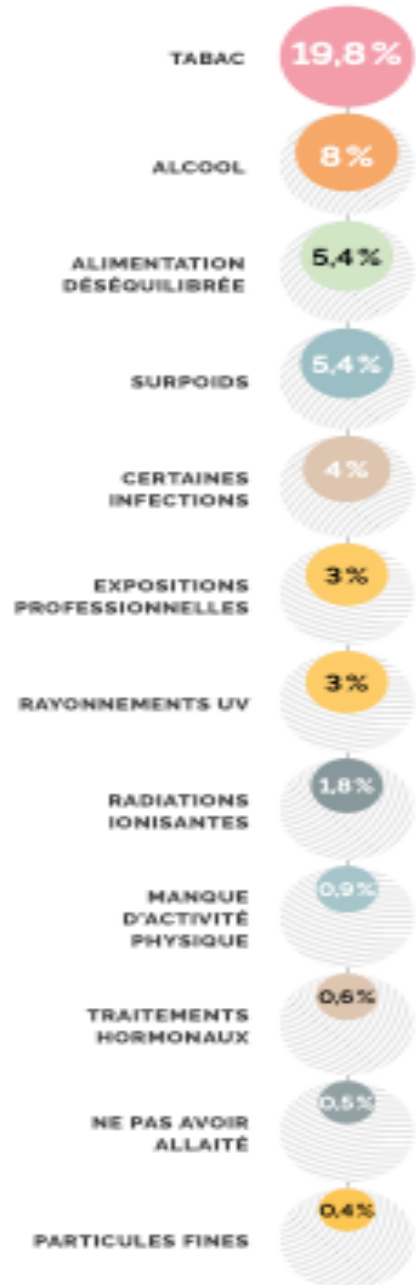
Les traitements médicaux ...et les progrès

• **Cancers avancés / métastasés – Médiannes de Survie Globale (SG)**

- Cancers du sein - 22 à 30 mois
- Cancer du colon - 30 à mois
- Cancer du poumon - 16-17 (non à ptes cell) 7-11 (à petites cell)
- Cancer de prostate - 55 à 60 mois
- Mélanome - 60 mois

- Cancer de l'ovaire Taux survie à 5 ans 43-45%
- Cancer du col Taux de survie à 5 ans 15-17%
- Cancers du rein Taux de survie 20-24 mois (bons pronostics), 10-13 (pro interm) 5-6 (mauvais pro)
- Cancers du pancréas - médiane SG 6 mois
- Cancers de l'estomac - médiane SG 12 mois

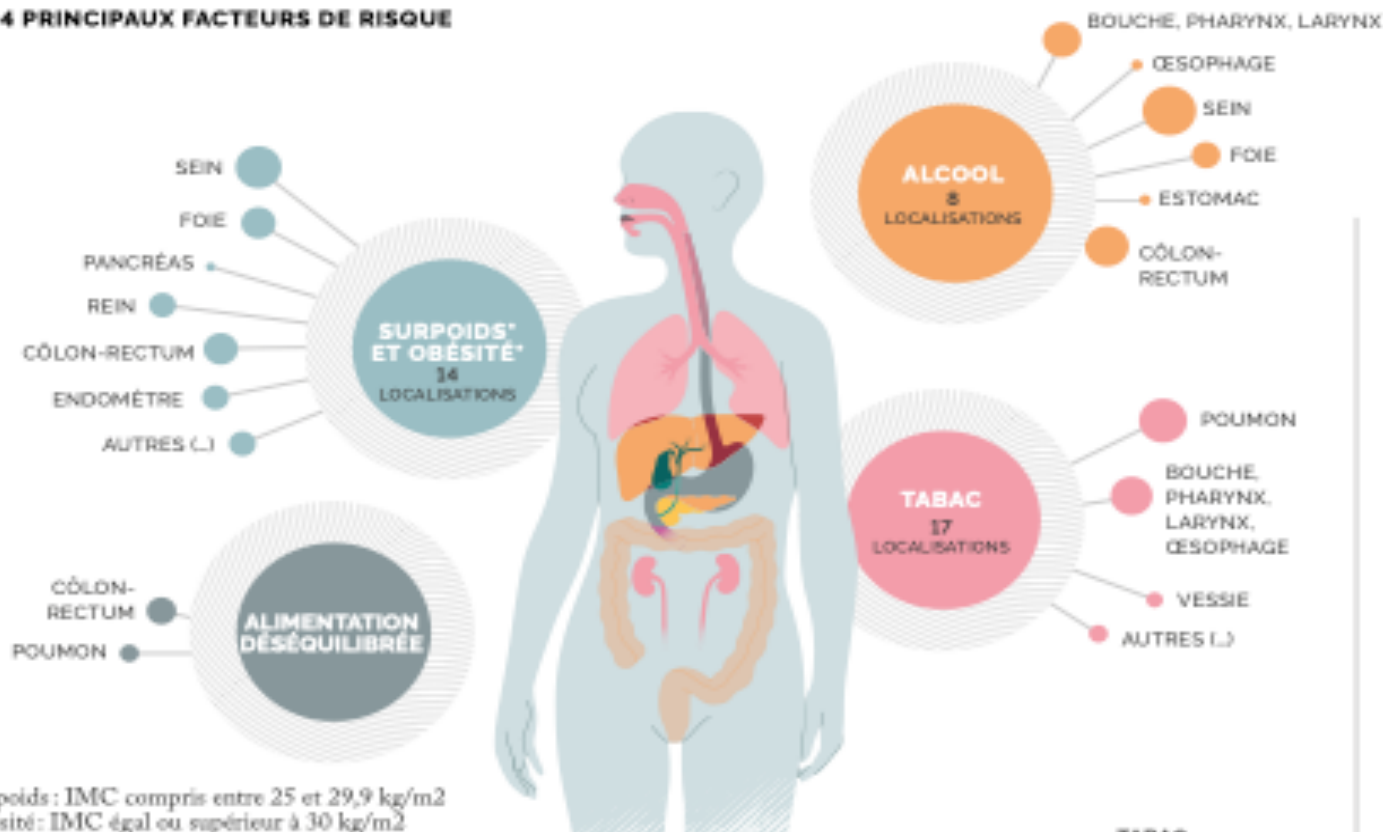
40 % DES CANCERS PEUVENT ÊTRE ÉVITÉS



Proportion des cancers liés aux principaux facteurs de risque.

Facteurs de risque des cancers

LES 4 PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE



* surpoids: IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m²
* obésité: IMC égal ou supérieur à 30 kg/m²



68 000

NOUVEAUX CAS DE CANCER SERAIENT ATTRIBUABLES AU TABAC EN 2015.

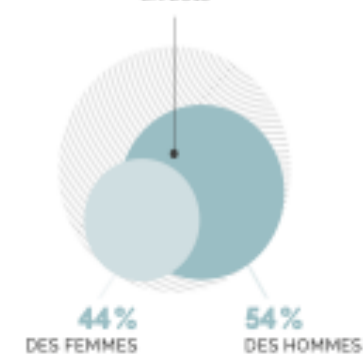
28 000

NOUVEAUX CAS DE CANCER SERAIENT ATTRIBUABLES À L'ALCOOL EN 2015.

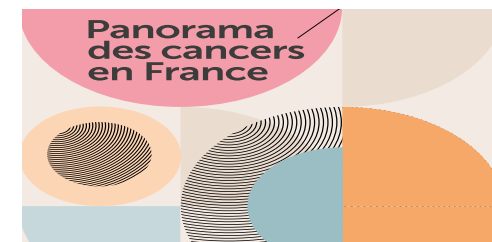
19 000

NOUVEAUX CAS DE CANCER SERAIENT ATTRIBUABLES À UNE SURCHARGE PONDERALE EN 2015.

49 %
DES FRANÇAIS SONT EN SURPOIDS OU OBÈSES EN 2015



Les soins

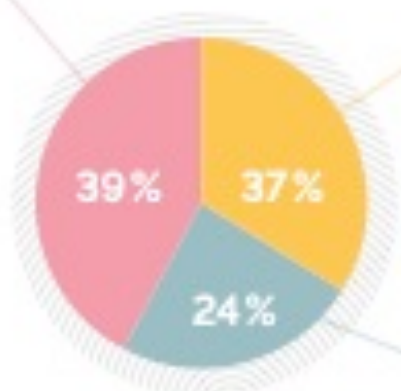


LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

1 649
ANATOMOPATHOLOGISTES,
STABLE PAR RAPPORT À 2018

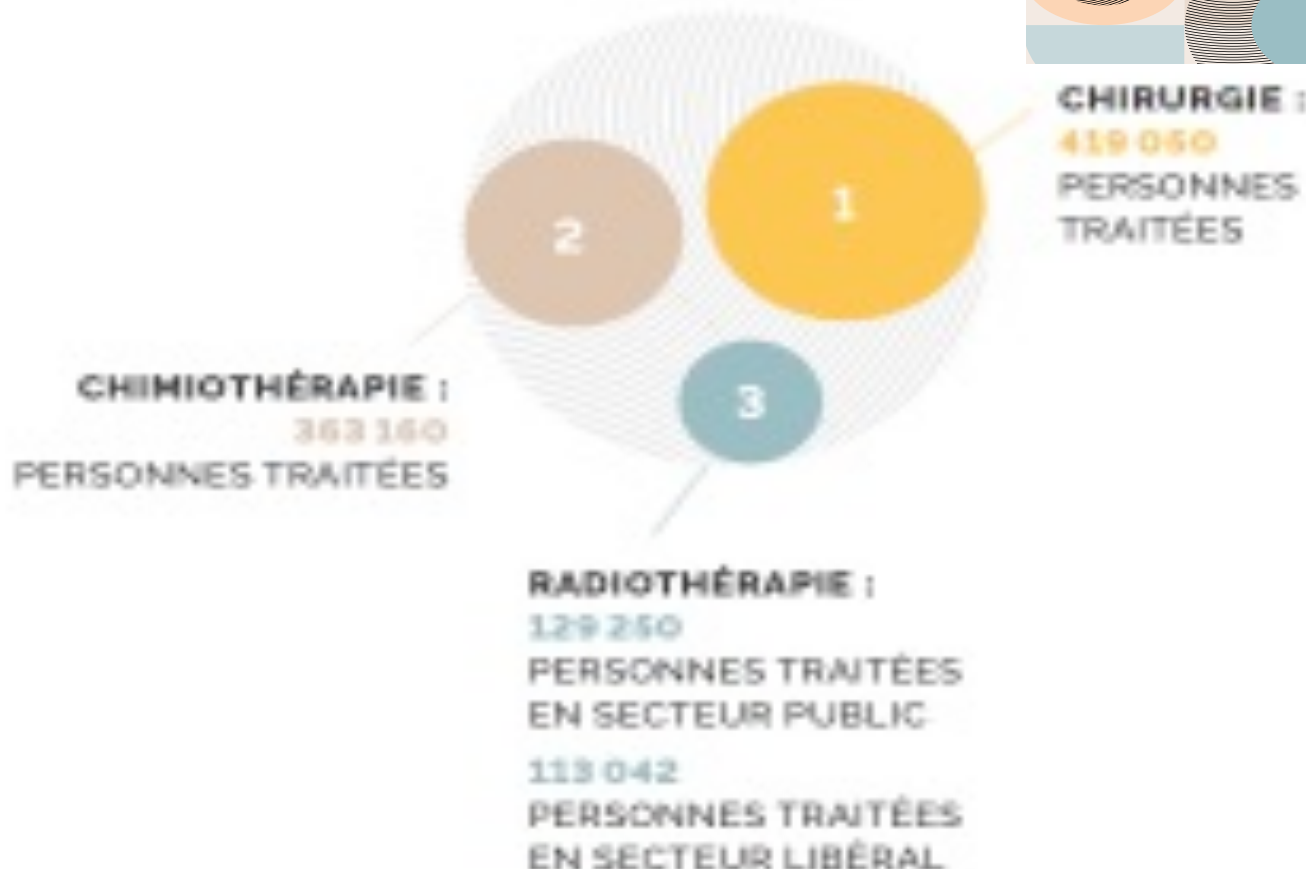
1 579
ONCOLOGUES MÉDICAUX,
+ 23% PAR RAPPORT À 2018

1 012
RADIOTHÉRAPEUTES,
+ 8% PAR RAPPORT À 2018



L'activité de cancérologie représente plus d'un quart de l'activité hospitalière globale.

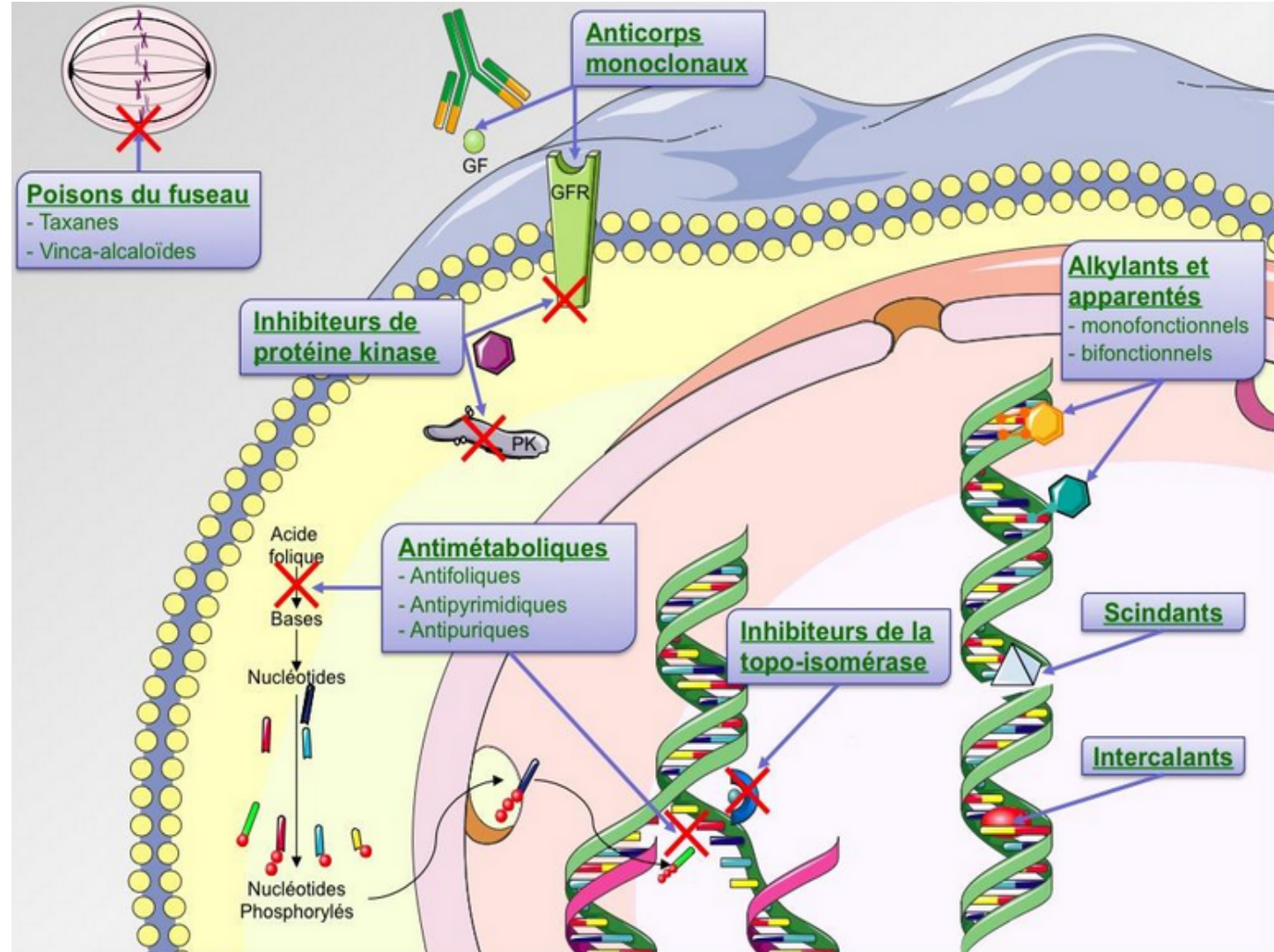
LA RÉPARTITION DES TRAITEMENTS



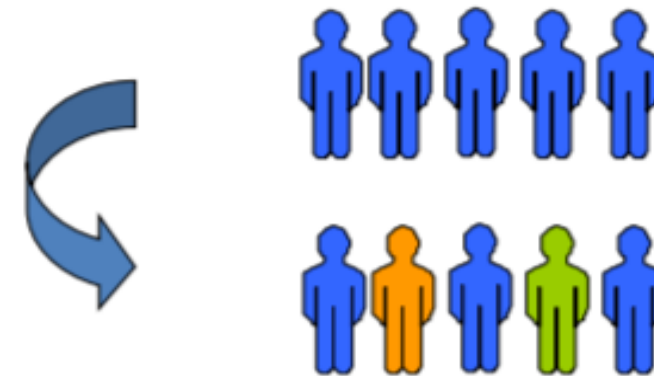
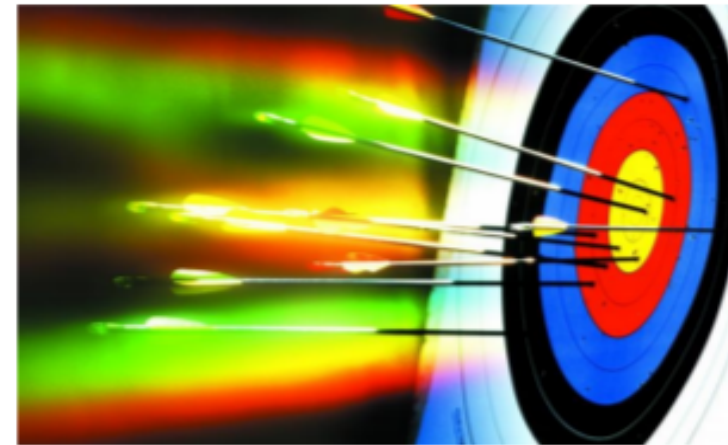
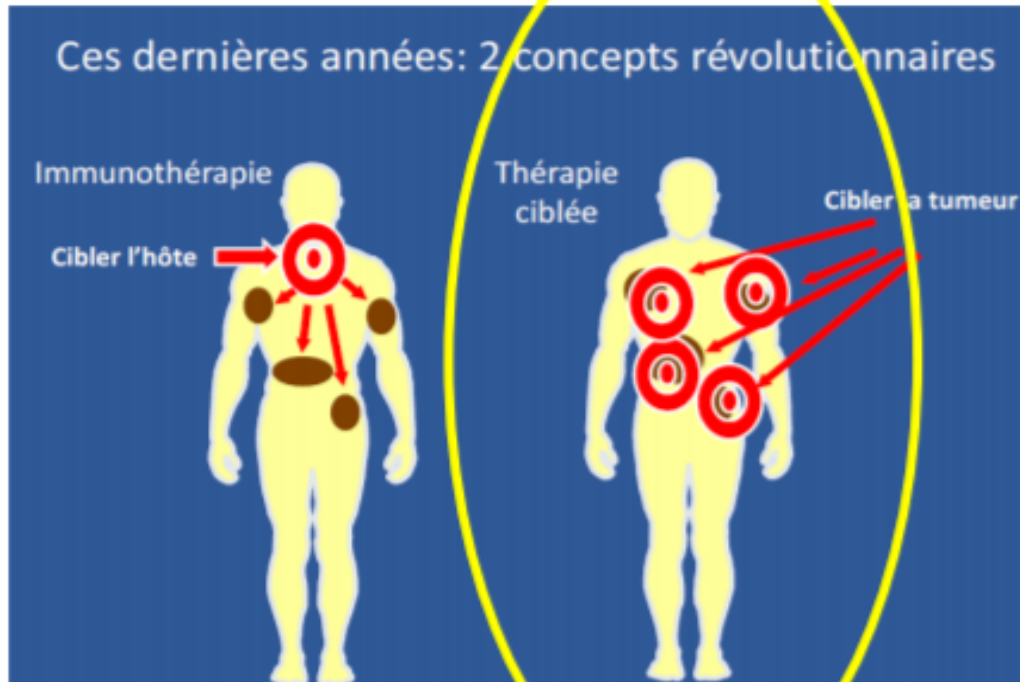
À côté des traitements traditionnels émergent les nouveaux traitements d'immunothérapie spécifique : en 2021, 62 633 patients ont été traités par des inhibiteurs de points de contrôle (+ 21% par rapport à 2020) et 505 par des cellules CAR-T (+ 36% par rapport à 2020).

Les traitements médicaux

- La chimiothérapie (cytotoxiques)
- (Hormonothérapie)
- Thérapies ciblées
- Immunothérapie



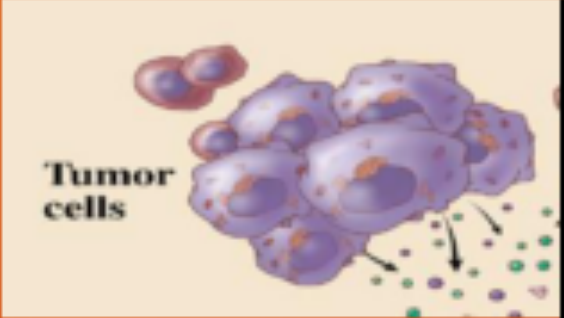
Traitements médicaux en cancérologie



- La tumeur possède son propre génome
- L'idée : à un patient donné correspond un traitement donné

De la biologie à la thérapie

La Cellule cancéreuse

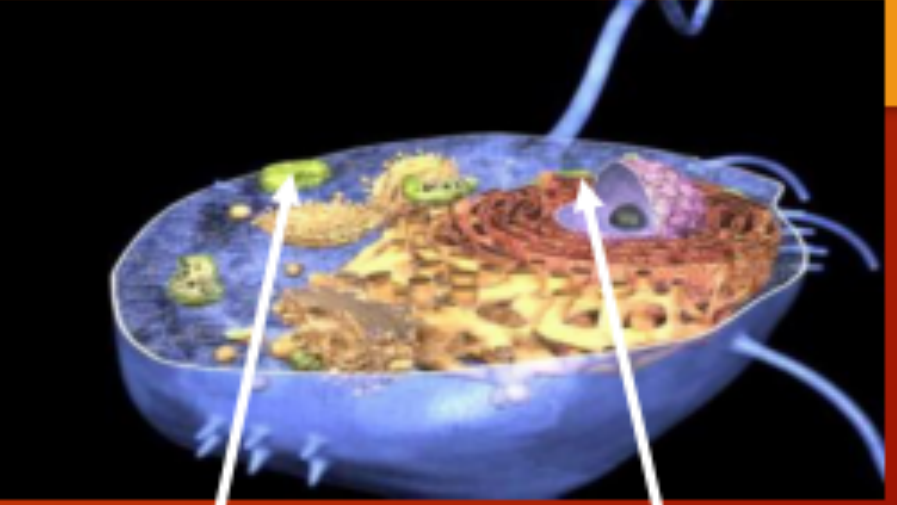
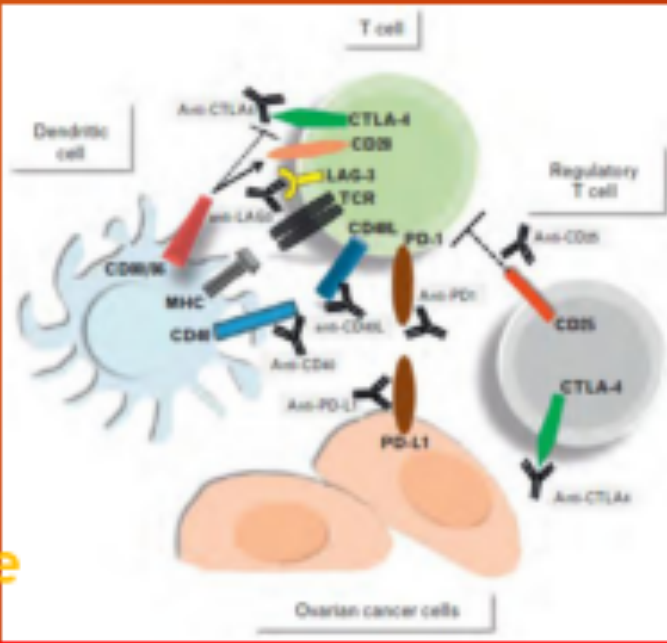


Le microenvironnement



L'angiogenèse

La réponse immunitaire



La Transduction du signal

Le Cycle Cellulaire

Traitements médicaux en cancérologie

Chimiothérapie
Cible : cellules à multiplication rapide et cellules normales
EI : divers en raison de la nature non spécifique du traitement

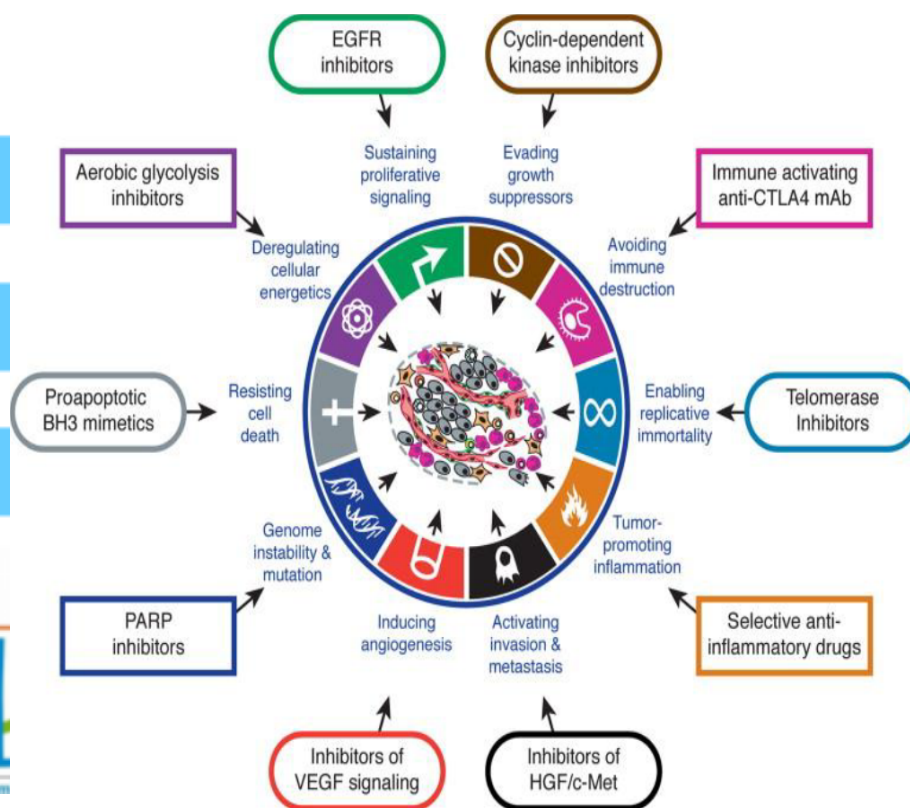
Thérapies ciblées
Cible : molécules spécifiques impliquées dans la croissance et la progression tumorale
EI : selon la nature de la cible

Thérapies d'I-O
Cible : système immunitaire
EI : évènements uniques et en relation avec l'activation du système immunitaire

Certains EI avec I-O peuvent être similaires à ceux d'autres thérapies

MAIS – l'étiologie des EI peut être différente
(diarrhée/colite, fatigue, rash/prurit, endocrinopathie)

Nécessite des stratégies de prise en charge différentes



1. American Cancer Society. Treatment types. <http://www.cancer.org/>; 2. Topalian SL, et al. N Eng J Med 2012;366:2443–54 and oral presentation at ASCO 2013: J Clin Oncol. 2013;31(15 suppl):abstract 3002; 3. Hamid O, et al. N Eng J Med 2013;369:134–44. 4. Dendreon. PROVENGE® prescribin information; 5. YERVOY (ipilimumab) REMS and prescribing information. <http://www.yervoy.com>.



Chimiothérapie (cytotoxiques)

Effets collatéraux des traitements

- Effets aigus
 - Gastro intestinaux, hématologiques.. *rapidement réversibles*
- Effets cumulés
- Ceux qu'on apprend *classiquement décrits*
- Résultent de *l'accumulation* de toxicités infracliniques répétées
 - Leur survenue est fonction de la *dose cumulée*
- Doivent être détectés précocement pour éviter lésion organique *définitive*
 - Toxicités: cardiaque, rénale, neurologique, pulmonaire, auditive
 - Risques : d'infertilité et de cancer secondaire

Effets collatéraux des cytotoxiques

Toxicité cardiaque

Effets *cumulés* durant la séquence thérapeutique

- Risque cardiaque (anthracyclines, herceptine): ↓ FEVG (echo)
 - Toxicité retardée
 - Dose cumulée 550 mg/m² avec doxorubicine
 - Dose cumulée 900 mg/m² avec épirubicine
- Surveillance fonction VG (écho cœur) pendant traitement et après celui-ci
 - Contrôle écho cœur: > 5 cycles , si 2^e indication, si symptômes****

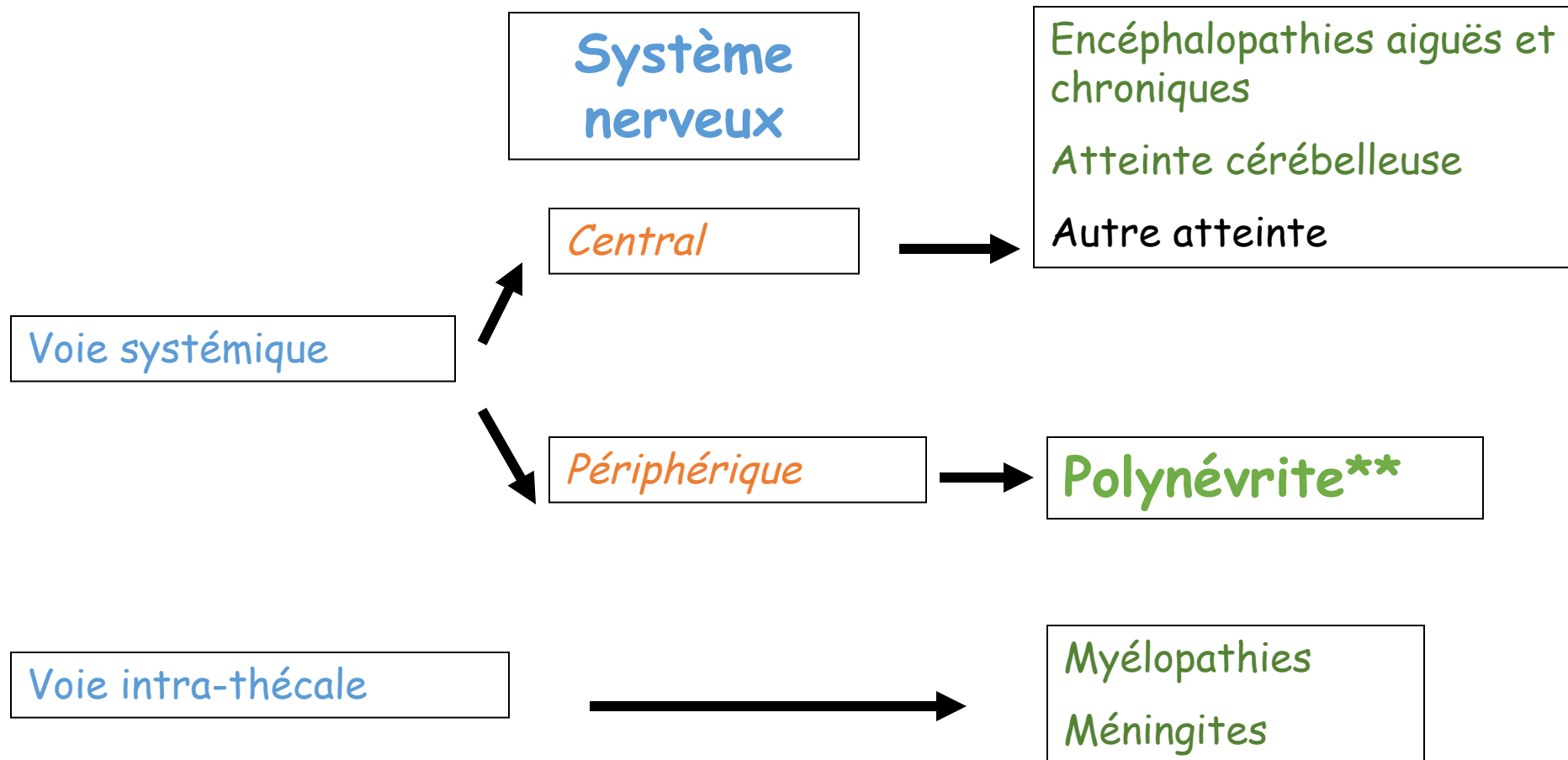
Effets collatéraux des cytotoxiques

Toxicité Rénale : insuffisance rénale aigue et chronique

- **Cisplatine**: risque nécrose tubulaire, IRA oligo anurique , IR chronique/tardive
 - Tox dose dépendante – cumulative (1000 mg/m²) +/- réversible
 - Prévenir par hyper hydratation et surveillance régulière fonction rénale
 -
- **Ifosfamide/ cyclophosphamide HD**: tubulopathie aigue et tardive , cystite
- **MTX (-HD)** : insuffisance rénale, cystite

Effets collatéraux des cytotoxiques

Complications neurologiques



Effets collatéraux des cytotoxiques

Complications neurologiques - périphériques

- Neuropathie périphérique (sensitive et motrice)
- dose dépendante, insidieuse, évolution persistante malgré arrêt du traitement, **réversibilité lente ET incomplète**
 - Troubles sensitifs distaux: fourmillements, engourdissements, brûlures, piqures,
 - Taxanes, vinca alcaloïdes, (poisons du fuseau), sels de platine
 - Traitement antalgique des douleurs neuropathiques, seul traitements symptomatiques disponibles

Effets collatéraux des cytotoxiques

Complications neurologiques- centrales: RARES

- (Aiguës et transitoires)
 - Encéphalopathies diffuses (MTX, IFO, 5FU, ...)
 - Convulsions (HD-CT, Ifosfamide HD), stupeur, coma, somnolence,
 - Atteinte cérébelleuse (5FU)
 - Arachnoidite (MTX HD), Autres atteintes : AVC (CDDP + FU,...)
- Chroniques
 - Encéphalopathies chroniques
 - Leuco-encéphalopathie chronique (MTX)
 - Syndrome cérébelleux (5FU, Aracytine C)
 - Atteinte médullaire

Effets collatéraux des cytotoxiques

Complications auditives liées à la chimiothérapie

- SURDITE liée au Cisplatine
 - Toxicité sur cellules ciliées de l'oreille interne
 - Acouphènes bilatéraux (sifflements)
 - ↘ perceptions des fréquences non vocales
 - +/- réversibles.....Surdité
 - Traitement ?...non

Effets collatéraux des cytotoxiques

Toxicité pulmonaire

Effets *cumulés* durant la séquence thérapeutique

- Fibrose pulmonaire (toux, auscult pulmonaire)
 - Bléomycine: dose cum = 300mg dose totale : a respecter!
 - Précaution; insuff respiratoire, radiothérapie, âge > 70 ans
 - Des dose 200mg : mesure TLCO (EFR) , si réduit de 40% par rapport à TLCO initial ; arrêt définitif de la Bléomycine!
 - Busulfan, dactinomycine, MTX HD,
- Pneumopathie interstitielle (radio simple, scan thorax)
 - CPM, IFO HD, MFX HD, Fludarabine, Gemcitabine, Melphalan, MTC (dose cum 80 mg/m²)

Effets collatéraux des cytotoxiques

Effets *tardifs* après la séquence thérapeutique

- Stérilité / infertilité
- Deuxième cancer

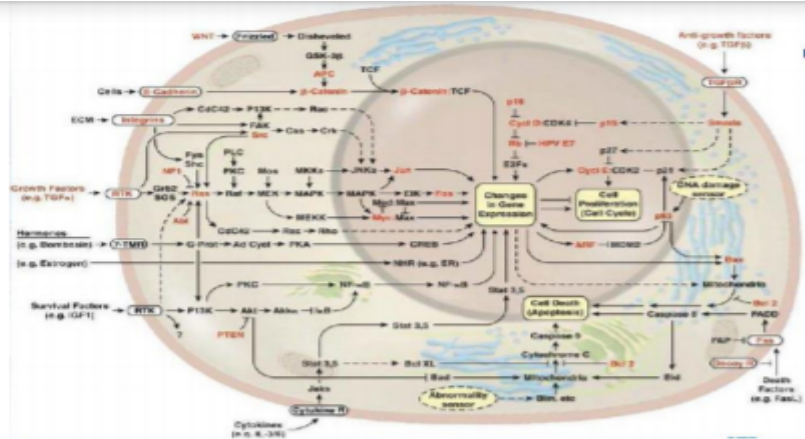
Complications gonadiques CHEZ L'HOMME et la FEMME

- Agents les plus toxiques
 - **Alkylants ++** : procarbazine, endoxan, CDDP, busulfan, IFO, Carboplatine...
 - Radiothérapie (protection par caches)
- Utilisation
 - Hodgkin, LMNH, sarcomes, testicule, leucémies
- Toxicité dépendante de la dose cumulative
- Sensibilité individuelle impossible à prévoir
- *Possibilité de récupération*

Cancers secondaires

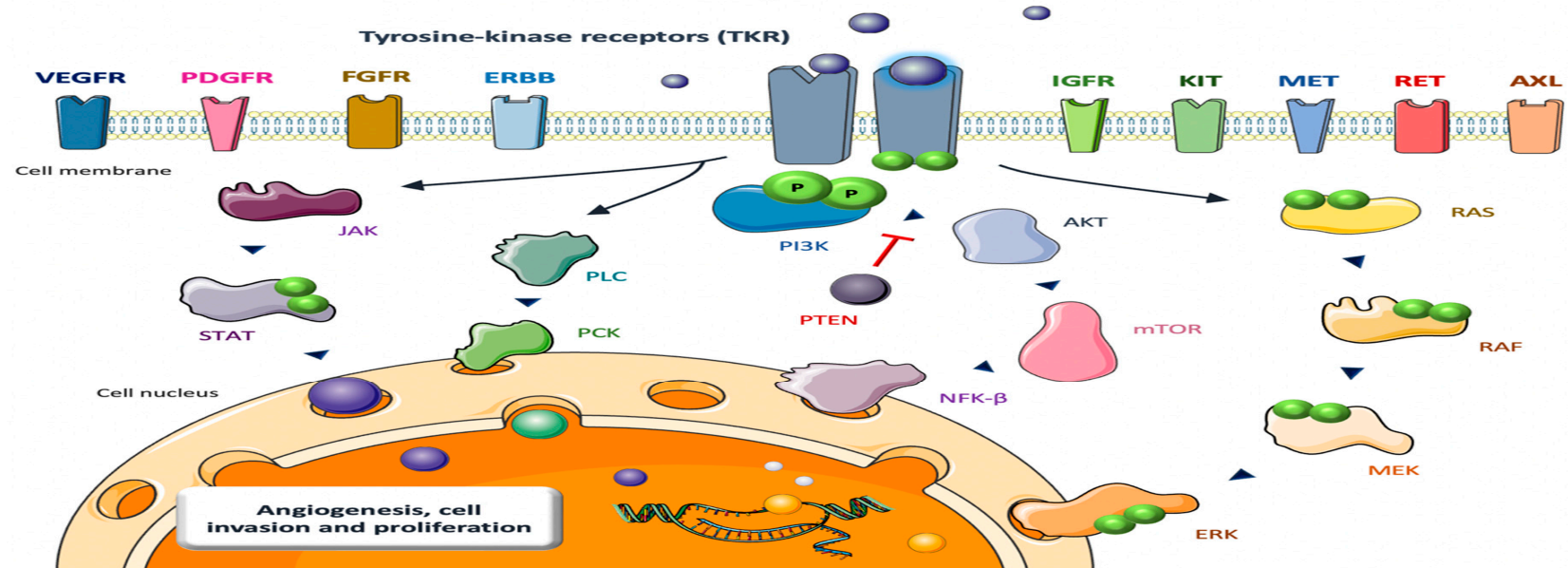
- **Hémopathies secondaires +++**
- Leucémies aiguës (LAM +++) et myélodysplasies
- pronostic redoutable, en augmentation
- caractérisation hématologique (translocations typiques)
- délai de 30 mois à 7 ans
 - Alkylants : tous potentiellement
 - Inhibiteurs de la topo-isomérase II
 - Anthracyclines
 - Anthracènedione (novantrone[®] mitoxantrone)
 - Epipodophyllotoxines Vépéside VP 16[®]
- **Sarcomes**
- Radiothérapie (en territoire irradié)
- Sur lymphoedème

Thérapies ciblées



Le cancer apparaît aujourd'hui comme une maladie de la signalisation cellulaire

Mission Bloquer la signalisation cellulaire

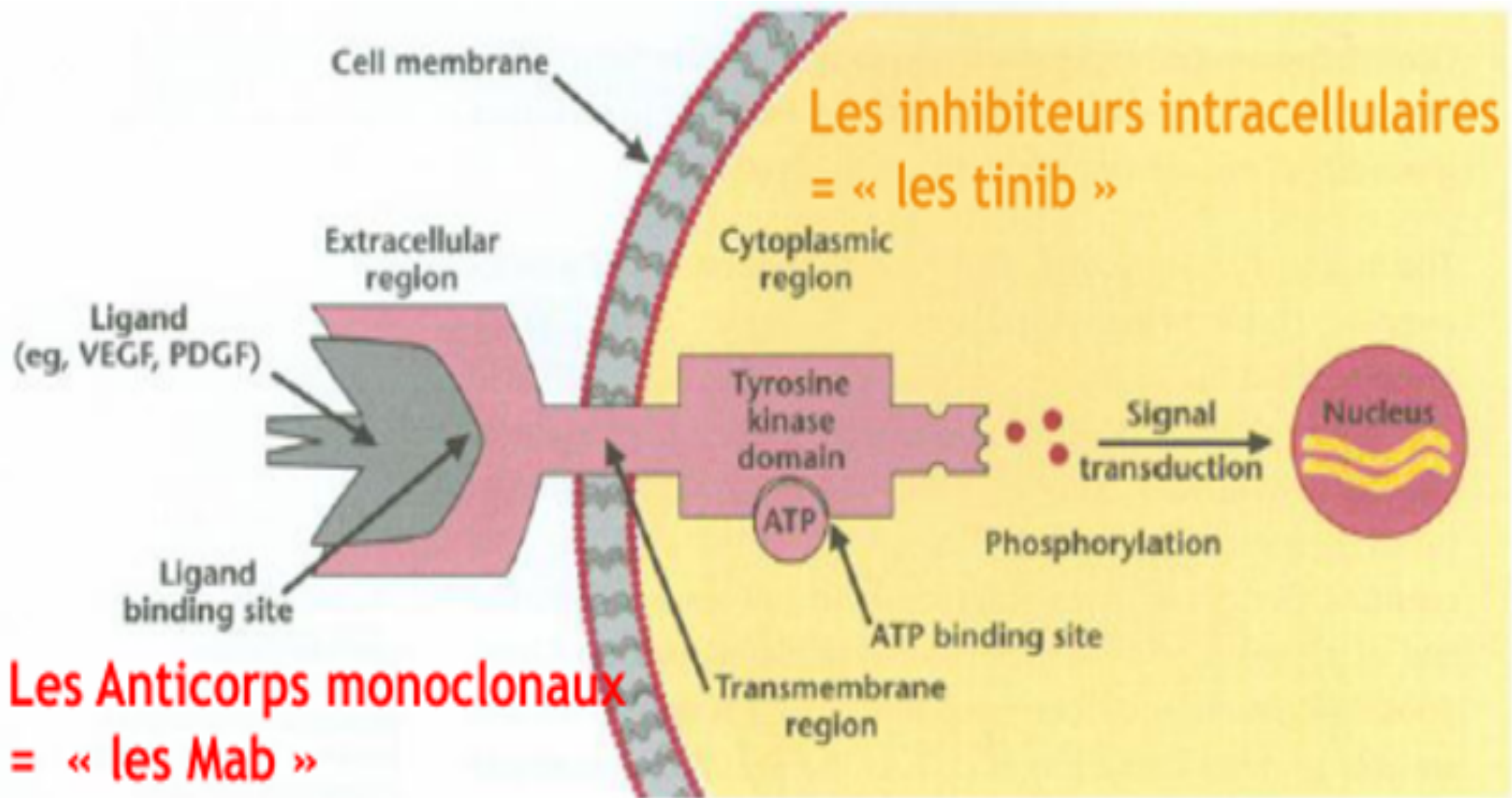


Thérapies ciblées..... Quand les utiliser?

Diagnostic moléculaire et thérapie ciblée

<i>Biomarqueur</i>	<i>Molécule</i>	<i>Indication</i>
Mutations KRAS (codons 12 et 13)	Cetuximab, Panitumumab	Cancer colorectal
Mutation EGFR	Gefitinib, Erlotinib	Cancer du poumon
Fusion EML4-ALK	Crizotinib	Cancer du poumon
Mutation BRAF V600E	Vemurafenib	Mélanome
Fusion BCR-ABL	Imatinib, Nilotinib, Dasatinib	LMC et LAL Ph+
Mutation cKIT	Imatinib	GIST
Amplification HER2	Trastuzumab, Lapatinib	Cancer du sein

Thérapies ciblées



Thérapies ciblées: quelle efficacité? contrôler la maladie?

- Maladie métastatique “*vivre avec*”
 - **Mieux la contrôler...** (stabilisée, en réponse, “rarement” en réponse complète...)
 - pendant un temps plus long
 - **Améliorer la survie**
 - Solution thérapeutique miraculeuse?
 - Non! → bloque 1 ou 2 voies de signalisation, mais pas toutes!
....et développement de résistances
- Maladie invisible (en post-opératoire)
 - *le début.. (GISTs)*

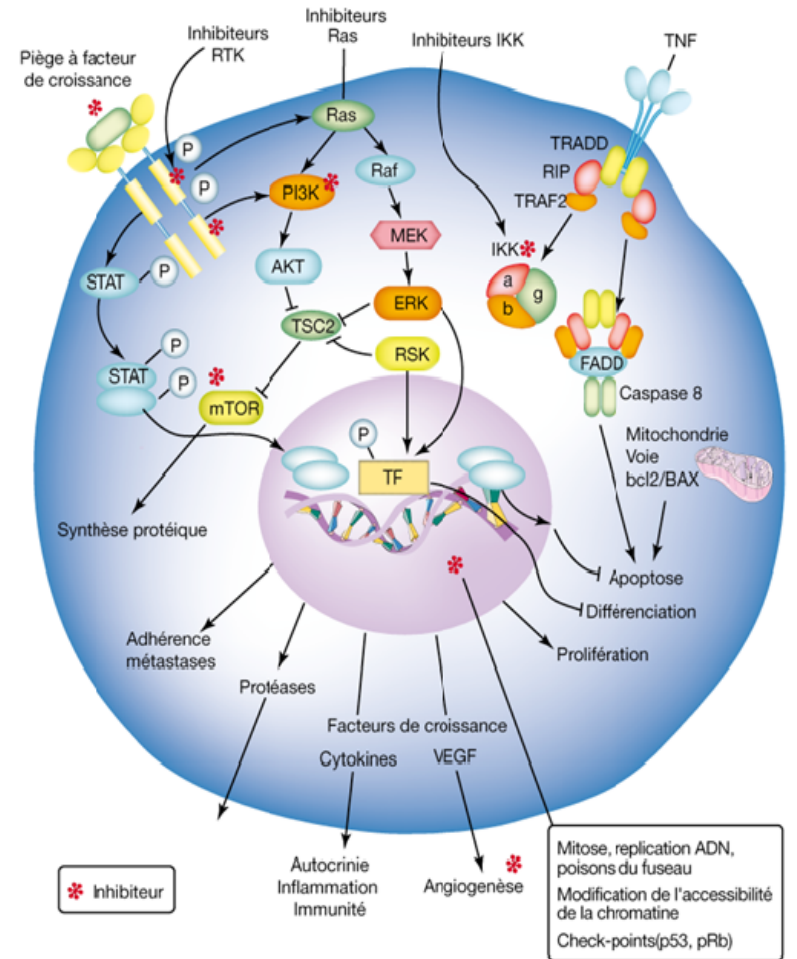


Figure 2. b :
les cibles cellulaires.

Thérapies ciblées pas mal...mais *des effets collatéraux*

- Fatigue **
- Cutané – muqueux
 - Mucite (aphtes,...), réactions cutanées (rash, ulcérations,)
- Biologiques : perturbations (bilans lipidique, thyroïdien, hépatique, rénal...)
- Hématologiques (Baisse des Globules blancs, rouges, des plaquettes...)
- Digestifs (diarrhées, nausées..)
- Hypertension (HTA), hémorragie
- Hémorragies (épistaxis, hématurie..)

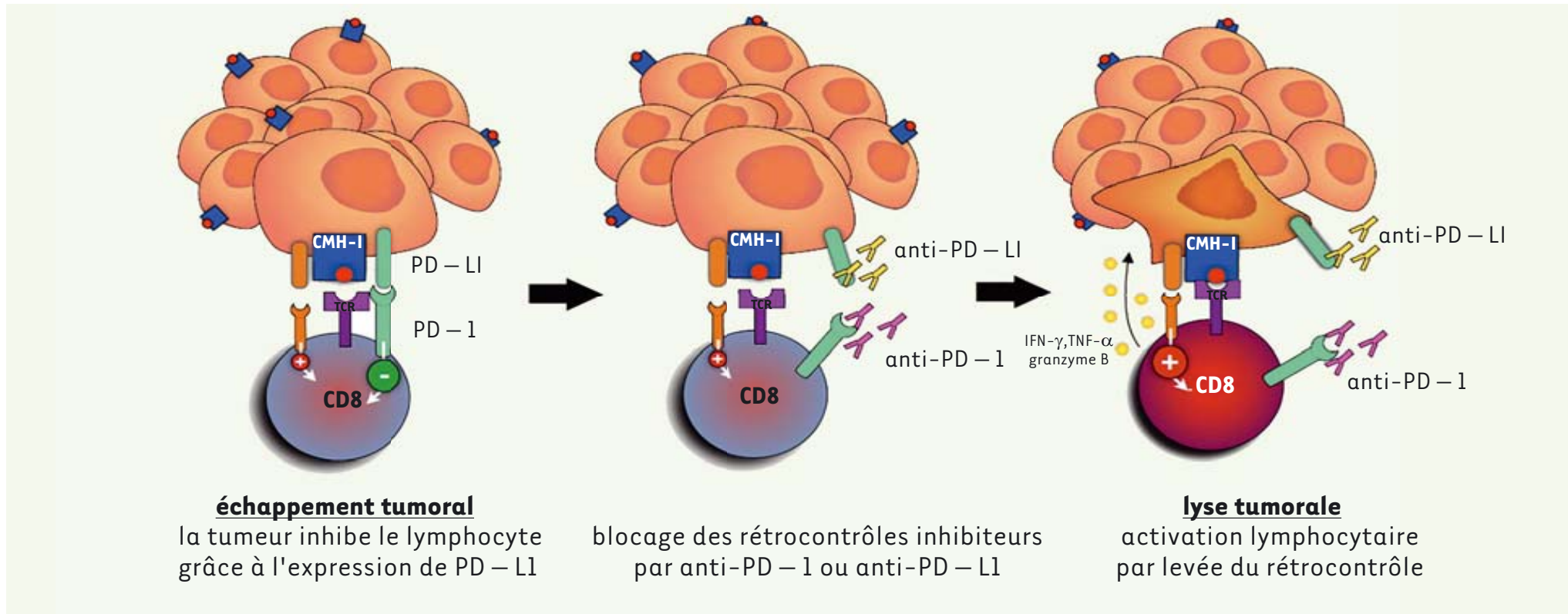
Savoir les rechercher et traiter précocément....que le patient poursuive son traitement..

Développer programmes d'éducation thérapeutique...

accompagnement de patients (telesurveillance?)

Vérifiez compliance au traitement !

Immunothérapie (inhibiteurs des points de contrôle)



- Immunité anti tumorale innée dans l'organisme
- Réponse anti tumorale à médiation tumorale (lymphocyte T) inefficace dans les cancers
- **Objectif de l'immunothérapie : restaurer une immunité anti tumorale**

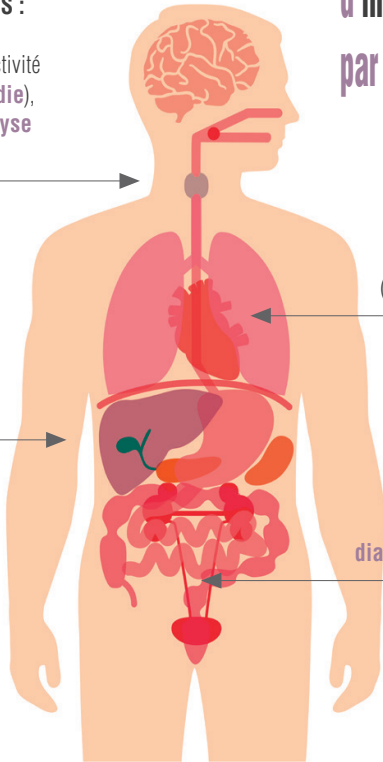
Immunothérapie (inhibiteurs des points de contrôle)

Les effets secondaires d'un traitement à l'aide d'inhibiteurs de points de contrôle sont provoqués par une forme de réaction auto-immune.

ORGANES ENDOCRINIENS :
hyperactivité de la **thyroïde** (**hyperthyroïdie**) ou hypoactivité de la **thyroïde** (**hypothyroïdie**), ou inflammation de l'**hypophyse** (**hypophysite**), par exemple

FOIE : inflammation du foie (**hépatite**), par exemple

PEAU : rougeurs, démangeaisons (**prurit**), dépigmentation (**vitiligo**), par exemple



POUMONS :
inflammation des poumons (**pneumonie**), par exemple

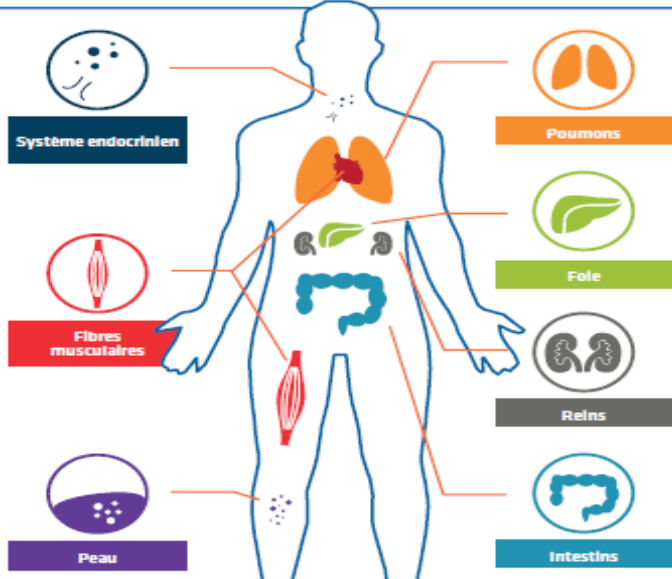
APPAREIL DIGESTIF :
diarrhée, colite, par exemple

Les effets secondaires du traitement par **inhibiteurs de points de contrôle** touchent le plus souvent la peau, le **côlon**, les organes **endocriniens** (comme l'**hypophyse** ou la **thyroïde**), le foie et les poumons.

Généralement, les effets secondaires liés au traitement par **inhibiteurs de points de contrôle** apparaissent dans les semaines ou les mois après le début du traitement mais peuvent durer ou apparaître pour la première fois après la fin du traitement.

- Troubles d'ordre général : la **fatigue** est un effet secondaire fréquent chez les patients traités par **inhibiteurs de points de contrôle**. Bien que sa cause ne soit que très mal comprise, il est important d'exclure la **thyroïde**, l'**hypophyse** et autres troubles **endocriniens**.
- Troubles cutanés : rougeurs diffuses ou démangeaisons.
- Troubles **gastro-intestinaux** : **diarrhée**, notamment si elle contient du sang ou du mucus, ou si elle est associée à des douleurs abdominales intenses.
- Troubles **endocriniens** : **fatigue**, perte de poids, **nausées/vomissements**, soif ou appétit excessifs, miction excessive et/ou fréquente.
- Troubles **respiratoires** : essoufflement, toux.
- Tous les symptômes les moins fréquents suivants :
 - maux de tête ;
 - confusion ;
 - faiblesse ou douleurs musculaires ;
 - engourdissement ;
 - articulations douloureuses ou gonflées ;
 - fièvre inexpliquée ;
 - susceptibilité accrue aux hématomes ;
 - perte de vision.

Les effets secondaires du traitement à l'aide d'inhibiteurs de points de contrôle sont habituellement légers et réversibles s'ils sont rapidement signalés et traités.



Immune-related adverse events (irAE) des inhibiteurs de checkpoint immunitaires en cancérologie



Annals of Oncology 28 (Supplement 4): vi19-iv142, 2017
doi:10.1093/annonc/mdx225

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up[†]

J. B. A. G. Haanen¹, F. Carbone², C. Robert³, K. M. Kerr⁴, S. Peters⁵, J. Larkin⁶ & K. Jordan⁷, on behalf of the ESMO Guidelines Committee[†]

	Anti CTLA-4	Anti PD-1	Combo
Cutanée	++	++	+++
Gastrointestinale	+++	+	++++
Hypophyse	++	0/+	+++
Thyroïde	+	+	++
Diabète	0/+	++	++
Rénale	+	+	++
Hépatique	+	+	++
Pulmonaire	+	++	+++
Thyroïde	+	+	++
Neurologique	+	+	++
Articulaire	0/+	+	
Cardiaque	+	+	++

Effets secondaires	Fréquences	Délai d'apparition en semaines (médiane)
Dermatologiques	Éruption : 0-73 % Prurit : 1-50 %	2 à 150 (4)
Gastro-intestinaux	Diarrhée : 35-54 % (anti-CTLA-4) 20 % (anti-PD-1) Colite : 12 % (anti-CTLA-4) 1 % (anti-PD-1) Hépatite : 1-25 % (anti-CTLA-4) 1-6 % (anti-PD-1)	1 à 107,5 (6)
Pulmonaires	< 1 % (anti-CTLA-4) 1-3 % (anti-PD-1)	1,5 à 127 (34)
Endocriniens	Hypothyroïdie : 8-14 % (anti-CTLA-4) 6-22 % (anti-PD-1) Hypophysite : 4-5 % (anti-CTLA-4) < 1 % (anti-PD-1)	1,5 à 130 (14,5)
Neurologiques	3,8 % (anti-CTLA-4) 6 % (anti-PD-1)	1 à 68 (4)
Oculaires	< 1 %	1 à 72 (7)
Rhumatologiques	15 à 40 %	1 à 127 (38)
Hématologiques	3-4 %	1 à 84 (5,7)
Rénaux	2,2 %	6,5 à 21 (14)
Cardiovasculaires	< 0,1 %	2 à 54 (6)

Effets secondaires à *moyen et long terme* (cancer.net)

- **Fatigue** : Effet le plus fréquent ***
- **Durée**: de qq semaines, à mois...voire des années
- **Pluri factorielle** ***
- **Traitement ++ Activité physique**
 - dormir suffisamment , manger sainement, traiter (anémie, comorbidités...) , traiter (douleur, stress, anxiété, dépression..)
 - Mindbody stratégies (méditation, yoga, acupuncture, relaxation, reiki, qi gong...)
- **Ostéoporose**
 - Chimiothérapie
 - Hormonothérapie
 - Traitement par corticostéroïdes

Effets secondaires à *moyen et long terme* (cancer.net)

- Problèmes cognitifs

- Liés chimiothérapie, TBI, chir ou irradiation cérébrale, hormonothérapie
- 75% des personnes en cours de TRT, 35% des personnes ayant été traitées

- Perte/troubles de mémoire
- Difficultés d'attention/de concentration
- Difficultés de compréhension, Difficultés d'orientation spatiale
- Difficultés de jugement, de raisonnement
- Difficultés à organiser ses idées, de trouver le bon mot
- Difficultés à faire plusieurs choses à la fois
- Comportement non rationnel/ inapproprié socialement

Effets secondaires à *moyen et long terme* (cancer.net)

- Problèmes dentaires

- Chimiothérapie affecte émail dentaire
- Chimiothérapie augmente risque problèmes dentaires (déchaussement...)
- Radiothérapie sur cavité buccale: réduction sécrétion salivaire (bouche sèche...problèmes dentaires), risque d'ostéonécrose mandibulaire

- Problèmes de vision

- Stéroïdes augmentent le risque de problème de vision (cataracte)

Effets secondaires à *moyen et long terme* (cancer.net) ...

- Problèmes digestifs
 - Plutôt de type constipation : liée chimiothérapie, radiothérapie
- Troubles phanères/cutanés
 - Alopécie (rare), sécheresse cutanée
- Difficultés émotionnelles
 - Anxiété, isolement, dépression
 - Sentiment de culpabilité /sentiment de gratitude d'être en vie
 - Troubles du sommeil

Effets secondaires à *moyen et long terme* (cancer.net) ...

- Douleurs chroniques
- Usantes physiquement, moralement
- Ont des conséquences :
 - Qualité de vie,
 - Handicap, perte autonomie ,
 - Isolement ,
 - Risque dépression, anxiété,
 - Difficultés professionnelles

Retravailler après un cancer

Après la maladie, reprendre le chemin du travail n'est pas évident. Trouver les clés pour faciliter le retour à la vie professionnelle.

CHARTE DE L'INCa

Pour améliorer l'accompagnement des salariés touchés par le cancer, l'Institut national du cancer (INCa) et le Club des Entreprises «Cancer et Emploi» ont rédigé, en 2015, une charte de 11 engagements. Les signataires s'engagent, ainsi, à informer leurs collaborateurs de l'existence des différents dispositifs et aides auxquels ils peuvent prétendre mais aussi sensibiliser les équipes aux effets des pathologies cancéreuses et leurs conséquences au travail.

par la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 impulsée par l'Institut national du cancer (INCa). Ce nouveau plan vise, notamment, à améliorer l'accompagnement des patients afin de faciliter leur maintien ou leur retour en emploi pendant et après la maladie, mais aussi sensibiliser l'univers professionnel aux effets indésirables du cancer et des traitements sur l'organisation du travail.



Quels freins au retour à l'emploi?

- Les symptômes qui persistent
- Les représentations sociales du cancer
- De la fragilité dans un monde performant



La maladie et les traitements peuvent laisser des séquelles, physiques, psychiques. Mais ce n'est pas une fatalité!
Des adaptations et aménagements de poste sont possibles.



Quels freins au retour à l'emploi? Les symptômes qui persistent

Fatigue, fatigabilité ... liée aux traitements, à la maladie

Troubles de la mémoire et de la concentration

Troubles du sommeil

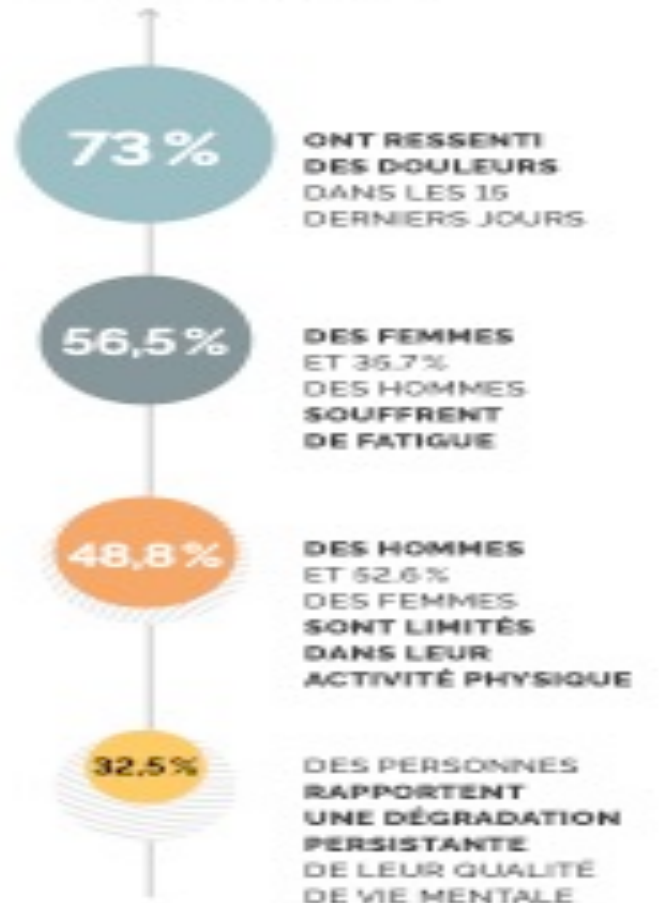
Douleurs chroniques

LES SÉQUELLES DU CANCER OU DES TRAITEMENTS, 5 ANS APRÈS

63,5%

DES PERSONNES SOUFFRENT DE SÉQUELLES DUES AU CANCER OU AUX TRAITEMENTS (ENQUÊTE PUBLIÉE EN 2018).

ELLES SE RÉPARTISSENT DE LA FAÇON SUIVANTE :



Quels freins au retour à l'emploi?

- Les principaux symptômes qui persistent
 - *Etude sur les répercussions du cancer sur la vie professionnelle **
 - 61% des salariés se disent plus fatigables qu'avant
 - 41% reconnaissent des troubles du sommeil
 - 14% souffrent de douleurs chroniques
 - 33% reconnaissent des troubles de la mémoire, de la concentration
 - Ce chiffre atteint 45% chez femmes ayant eu cancer du sein
 - Autres symptômes...
 - Peur de la rechute
 - Angoisse/anxiété de la reprise, anxiété de la maladie
 - *Répercussions du cancer sur vie professionnelles: étude réalisée auprès de 402 salariés d'Ile de France avec 82 médecins du travail. INCA/Institut Curie

Quels freins au retour à l'emploi?

- Représentations sociales du cancer
- **3^{ème} rapport observatoire sociétal des cancers**
- Le cancer est un « **sujet tabou** » en entreprise
 - Pour 63% des salariés ayant ou ayant eu un cancer
 - Pour 57% des personnes n'ayant jamais été confrontées à la maladie
 - Pour 8% des chefs d'entreprises
- **Enquête INCA/Inpes 2012**
 - 51% des français considèrent que lorsqu'on a un cancer on est plus capable de travailler comme « avant »

Quels freins au retour à l'emploi?

- De la fragilité dans un monde performant
- Peur du regard des collègues
- Redoutent une mise à l'écart des collègues
- Doute sur leur capacité à retrouver leurs réflexes professionnels
- Perte/manque de confiance en eux , perte estime de soi (peut isoler le salarié) ➤ risque dévalorisation
- Sentiment d 'inutilité

Ancien malade, un salarié comme les autres?

Enquête VICAN2

- Parmi les personnes ayant un emploi au moment du diagnostic de cancer
 - 78% ont eu trajectoire continue d'emploi
 - 6,6% ont changé d'emploi , 5,6% sont au chômage à l'issue des 2 ans
 - 8,4% sont en inactivité , 1,2% sont à la retraite
- Entre 2010 et 2012, la situation professionnelle s'est dégradée
- 2 ans après le diagnostic de cancer
 - Le taux d'activité est passé de 88% à 80%
 - Le taux d'emploi est passé de 75% à 61%
 - Le taux de chômage est passé de 7% à 11% (vs. 10% par rapport pop générale)
- Personnes les plus touchées par la perte d'emploi
 - Catégories socio prof. ...Les plus jeunes, les plus âgées
 - Les personnes mariées , personnes avec niveau d'étude < Bac
 - Personnes travaillant dans PME
 - (VICAN2: enquête sur la vie 2 ans après un cancer)

Les études VICAN 2 et 5² montrent, sans surprise, que la capacité des individus à se maintenir en emploi à la suite d'un diagnostic de cancer dépend du pronostic qui lui est associé.

« Tout doit être fait pour faciliter la réinsertion socioprofessionnelle et répondre à l'ensemble des difficultés que les « ex » patients rencontrent lors du retour au travail »

Retravailler s'anticipe

Mieux préparer le retour...pour une réinsertion réussie

- *Mise en place d'actions coordonnées avec les différents acteurs*
- **Constat:** En France le patient revient souvent sans que le médecin du travail ait eu un contact avec l'équipe soignante
 - Dans 92% des cas le médecin du travail n'a pas été en contact avec les équipes soignantes la visite de pré reprise, non obligatoire, mais réalisée à la demande du salarié n'a lieu que dans 25% des cas
 - Le médecin ignore tout de la maladie du patient et de l'état santé du salarié à son retour
 - Le patient /salarié revient sans même savoir si des aménagements de poste sont possibles
- **1^{ère} Action: Systématiser la visite de pré reprise ?**
 - L'occasion d'envisager les modalités de reprise en *impliquant le salarié, l'employeur, le médecin du travail et le réseau interne à l'entreprise*, tout en prenant en compte les facteurs de risques (séquelles, douleurs, fatigabilité, trouble anxieux, durée de l'absence)

Préparer le retour : *Organiser la reprise ...l'anticiper*

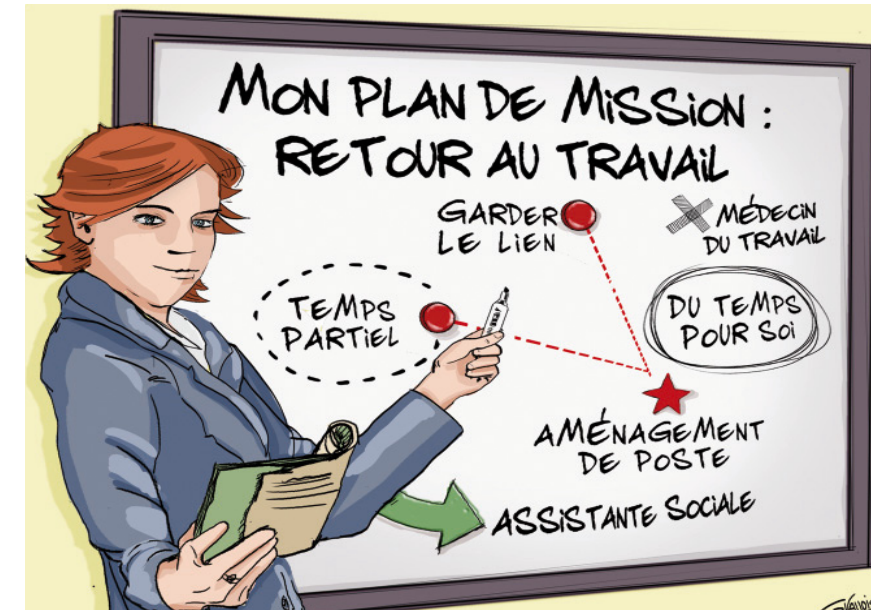
- **Visite de pré reprise , une étape clef *****
- But: faciliter la réintégration **
- Souvent méconnue des salariés
 - Utilisée dans 25% des cas
 - 37% des personnes ayant retrouvé leur poste déclarent avoir bénéficié
- **Quand?**
- Dès le traitement ?
- Pas trop précipitée par rapport fin du traitement? Temps de récupération nécessaire
- **Qui la demande?**
- Le salarié , le médecin généraliste, médecin conseil

Mieux préparer le retour... pour une réinsertion réussie

- *Mettre en place des actions coordonnées avec les différents acteurs*
- *Formaliser les consultations de l'après cancer*
 - *Pour aider le patient à entrer ds une nouvelle phase et faciliter sa réinsertion*
- *Structurer un protocole de retour à l'emploi*
- *Allemagne, Pays bas ; une source d'inspiration ?*
 - *Un protocole de retour à l'emploi est obligatoire, structuré*
 - *En Allemagne le salarié conserve pdt un certain temps un statut de malade , ce qui permet en accord avec la hiérarchie d adapter les horaires et la charge de travail*
 - *Le dialogue médecins spécialistes - médecins du travail est mieux instauré*
- *Création d'un livret d'information*
 - *Comme il en existe aux Pays Bas*
 - *Ex Livret de l'Institut Curie : reprend expérience d'anciens patients, donne conseils*

Ce qui peut faciliter le retour

- Garder le lien
 - Ne pas s'isoler, pour ne pas affronter seul sa reprise
- Demander un **temps de convalescence**
 - Prendre le temps de se reconstruire, prendre soin de soi
- Anticiper le retour
 - **Visite de pré reprise**
- Opter pour une **reprise progressive**
 - Temps partiel thérapeutique ...adoucit les conditions de la reprise professionnelle
- Demander un **aménagement de poste**
 - Adapter le poste de travail ? (horaires, taches....)
- Demander un **accompagnement après la reprise**
 - La réussite du retour au travail d'un salarié ne se mesure pas seulement au moment de la reprise, mais s'évalue sur la durée.
 - Un accompagnement ds les premiers mois conforte le maintien dans l'emploi



Le retour au travail après un cancer

- Se prépare
- S'anticipe
- S'accompagne
- C'est une décision qui appartient au patient

Alors voilà ce qui peut faciliter votre retour

- 1 Garder le lien
- 2 Demander un temps de convalescence
- 3 Anticiper votre retour
- 4 Opter pour une reprise progressive
- 5 Demander un aménagement de poste
- 6 Demander un accompagnement après la reprise



Retourner au travail,
ce n'est pas la fin des épreuves liées à la maladie....
mais le début d'une *nouvelle expérience*