

## INTERVENTIONS POUR LE RETOUR ET LE MAINTIEN AU TRAVAIL APRÈS UN CANCER : REVUE DE LA LITTÉRATURE

[Maryse Caron](#), [Marie-José Durand](#), [Dominique Tremblay](#)

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2017/5 Vol. 29 | pages 655 à 664

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-5-page-655.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Interventions pour le retour et le maintien au travail après un cancer : revue de la littérature

## *Interventions to support the return-to-work process after cancer: a literature review*

Maryse Caron<sup>1</sup>, Marie-José Durand<sup>2</sup>, Dominique Tremblay<sup>3</sup>

### ➔ Résumé

La reprise du travail après un cancer peut être un défi et les interventions conçues pour la soutenir sont encore mal comprises.

**Objectif :** Identifier les interventions visant la reprise et le maintien au travail des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer.

**Méthodes :** Une revue de la littérature a été réalisée. La recherche documentaire a principalement été menée dans des bases de données de références bibliographiques. Un processus systématique d'analyse et d'interprétation des résultats a ensuite été complété.

**Résultats :** Vingt-deux articles ont été identifiés. Un premier constat est qu'il existe très peu d'interventions spécifiquement élaborées pour soutenir la reprise et le maintien au travail des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et qu'elles sont principalement proposées par des professionnels de la santé et en milieu clinique. Les activités qui sous-tendent ces interventions sont de la guidance, la remise d'informations et la tenue de groupes de soutien/discussion/information. Les équipes impliquées dans de telles interventions sont multidisciplinaires et se composent généralement d'un ou plusieurs professionnels : médecin du travail, travailleur social et infirmière. Un deuxième constat réside en l'absence de mesure d'efficacité des interventions en dépit de protocoles d'études expérimentaux et quasi-expérimentaux.

**Conclusion :** Deux recommandations pour le développement de futures interventions ressortent de cette revue de la littérature. Tout d'abord, les prochaines interventions développées devraient être soutenues par une théorie d'intervention afin d'augmenter les chances qu'elles aient un effet sur les variables souhaitées. De plus, les futures interventions devraient inclure les milieux de travail et les mobiliser.

**Mots-clés :** Reprise du travail ; Cancer ; Survivants ; Retour au travail ; Interventions.

### ➔ Abstract

*Returning to work after cancer can be challenging for cancer survivors and little is known about interventions designed to support survivors returning to work.*

**Purpose:** The objective of this review was to identify interventions designed to support the return-to-work process after a cancer diagnosis.

**Methods:** A literature review was performed mainly done by consulting bibliographical databases. Systematic analysis and interpretation of the results were then performed.

**Results:** Twenty-two articles were identified. The first finding is that very few interventions are specifically devoted to return to work after cancer and are usually administered in the clinical setting by healthcare practitioners. The activities proposed to support return to work in these interventions are individual counselling, provision of information and support groups. These activities are provided by various multidisciplinary teams composed of one or more professionals: occupational physicians, social workers and nurses. A second finding is that even with the use of experimental and quasi-experimental approaches, no effect was observed on return to work.

**Conclusion:** This integrative review highlights two recommendations for the development of future interventions. First, to improve the efficacy of future interventions on return to work of cancer survivors, these interventions must be developed and supported by an intervention theory. Second, future interventions must include and mobilize workplaces.

**Keywords:** Return to work; Neoplasm; Survivors; Interventions.

<sup>1</sup> Université de Sherbrooke – Faculté de médecine et des sciences de la santé – 3001, 12<sup>e</sup> avenue Nord – J1H5N4 Sherbrooke – Canada.

<sup>2</sup> Université de Sherbrooke École de réadaptation, C – CAPRIT, 9<sup>e</sup> étage Université de Sherbrooke – Campus de Longueuil – 150, place Charles-Le Moyne, bureau 200 – Longueuil – Québec – Canada.

<sup>3</sup> Université de Sherbrooke École des sciences infirmières – Campus de Longueuil – Université de Sherbrooke – 150, place Charles Le Moyne – Bureau 200 – Longueuil – Québec – Canada.

## Introduction

Au Canada, les experts estiment que 63 % des personnes diagnostiquées d'un cancer survivront plus de cinq ans à la suite du diagnostic [1]. Au Québec, tous cancers confondus, les coûts pour la société associés à la perte de production et à la baisse du taux d'emploi à la suite d'un diagnostic sont estimés à 661,5 millions de dollars annuellement [2]. Or, reprendre et se maintenir au travail après la fin des traitements d'un cancer reste un défi. Des études suggèrent que le taux d'emploi est significativement moins élevé chez les survivantes du cancer du sein que dans une population comparable de femmes n'ayant jamais reçu ce diagnostic [3, 4]. Dans la présente étude, le terme « survivant » est utilisé pour désigner une personne que l'Institut National du Cancer qualifie d'en rémission et donc ayant terminé les traitements actifs contre le cancer et ne présentant plus de signes de la maladie [5].

Le retour au travail (RAT) peut être abordé comme un processus qui implique l'enchaînement de différentes phases : l'absence, le RAT, le maintien au travail (MAT) et l'avenir au travail [6]. Une étude rapporte que 11 % des personnes ayant eu un cancer et étant de retour au travail dans les 12 mois suivant leur diagnostic le quitteront définitivement dans les trois ans qui suivent, et ce pour une raison associée au cancer [7]. Ainsi, le RAT et le MAT au travail apparaissent comme des phénomènes beaucoup plus complexes que le simple fait d'être ou non au travail. Il semble donc important de mieux comprendre les interventions conçues spécifiquement pour soutenir le RAT après un cancer et les éléments qui les composent [8].

Afin d'identifier les interventions visant le RAT et le MAT des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer, une revue de la littérature a été réalisée. Quatre questions étaient posées : 1) quels sont les buts de ces interventions, 2) quelles en sont les composantes, 3) quelles sont les ressources humaines impliquées dans leur mise en œuvre et 4) quels sont les effets attendus (ou non).

## Méthodes

Une revue de la littérature inspirée de l'approche proposée par Whittemore et Knalf a été menée selon les étapes suivantes : identification du problème, recherche

documentaire, analyse des données et présentation des résultats [9]. L'approche intégrative proposée par ces auteurs vise à inclure des études ayant différentes méthodes, qualitatives ou quantitatives. De plus, cette approche est particulièrement appropriée pour établir l'état des connaissances dans un domaine et ensuite appliquer directement les résultats à la pratique. La section suivante détaille chacune des étapes suivies. La première étape est celle de l'identification du problème soit ici, de mieux comprendre les interventions conçues spécifiquement pour soutenir le RAT après un cancer et les éléments qui les composent.

## Recherche documentaire

La recherche documentaire a mobilisé trois approches complémentaires. Tout d'abord, le repérage des articles a été fait dans de grandes bases de données de références bibliographiques reconnues dans le domaine de la médecine : Medline, CINAHL, SCOPUS et Academic Search Complete. Aucune limite de date n'a été imposée pour la sélection des articles puisque nous voulions avoir une vue d'ensemble de toutes les interventions développées et étudiées au fil des ans. Le cadre PICO a été utilisé pour établir les mots-clés [10].

Par la suite, une recherche manuelle à partir des listes de références bibliographiques des articles retenus a été réalisée. Enfin, dans le cadre d'une approche collégiale, trois chercheurs ayant une expertise en soins infirmiers et en réadaptation au travail ont été consultés par courriel afin qu'ils identifient une courte liste d'articles qu'ils considéraient comme les meilleurs articles sur le sujet. Ces références ont ensuite été confrontées à la liste obtenue lors de la revue dans les bases de données.

Les articles retenus pour cette revue devaient porter sur une intervention favorisant ou comprenant une composante favorisant le RAT de survivants du cancer. Les articles devaient aussi avoir été publiés dans la langue française ou anglaise. Les écrits de type *commentary*, éditorial, prise de position ou les revues des écrits sans méthode claire ont été exclus tout comme les articles traitant d'interventions médicales ou pharmaceutiques, d'une première entrée sur le marché du travail après un cancer pédiatrique et ceux traitant de la réinsertion sur le marché du travail dans un nouveau milieu.

La sélection des écrits a été menée en trois temps, titres, résumés et textes complets, où chaque fois les critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués.

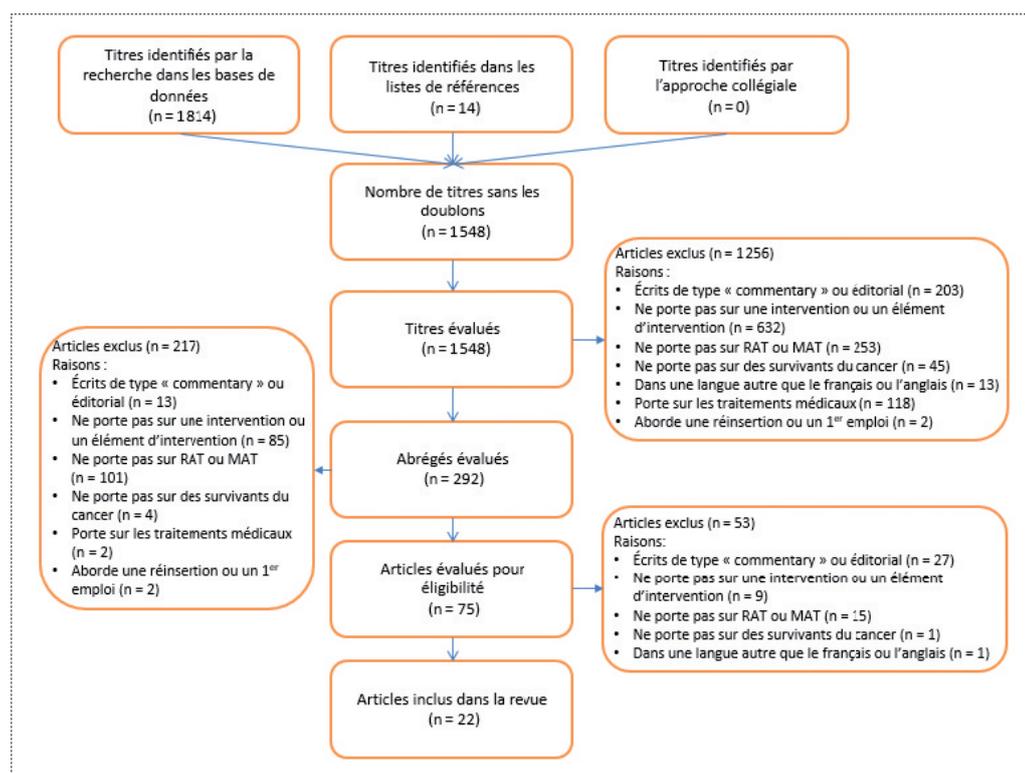


Figure 1 : Stratégie de sélection des articles

## Analyse des données

Un classement a tout d'abord été fait selon le lieu de déploiement de l'intervention : milieu clinique ou environnement de travail. Ensuite, un codage structurel selon les questions de recherche a été réalisé et des tableaux d'extraction de données ont été construits.

Dans une étape subséquente, des matrices ont été construites pour la présentation comparative des données (patrons, thèmes et relations) [11]. Au bilan, des constats ont été élaborés pour chacun des sous-groupes selon le lieu de déploiement des interventions.

## Résultats

La figure 1 présente la stratégie de sélection des articles. Sur un total de 1 548 titres trouvés, 22 articles ont été retenus dans cette revue. Les articles exclus l'ont été parce qu'ils étaient de type « *commentary* » ou éditorial (n = 243), ne portaient pas sur une intervention ou un élément d'intervention (n = 726), le RAT ou le MAT (n = 369) ou les

survivants du cancer (n = 50), portaient sur des traitements médicaux (n = 120), abordaient une réinsertion ou un 1<sup>er</sup> emploi (n = 4) ou encore étaient dans une langue autre que l'anglais ou le français (n = 14). Parmi les études retenues, 17 ont été réalisées en Europe (Angleterre, Royaume-Uni, France, Suède, Norvège, Pays-Bas, Allemagne) [12-28] et cinq ont été menées en Amérique du Nord (États-Unis) [29-33].

Trois des articles sélectionnés portent sur la même intervention [22-24] et ont donc été regroupés et sont considérés pour la suite comme une seule intervention. Deux autres articles portent sur une même intervention, mais offertes à deux échantillons différents à deux moments différents c'est-à-dire, 60 participants en 1993 et 199 en 1994 [18, 19]. Ces deux études ont aussi été regroupées comme une seule intervention. Par conséquent, la suite des résultats présentés dans cette section provient de l'analyse de 19 études, provenant de 22 articles.

Les interventions ont été déployées suivant deux types de milieux : les « *milieux cliniques* » (par exemple : hôpital, clinique, centre de santé) et les « *environnements de travail* » (par exemple : entreprises, gouvernement). Les interventions en milieux cliniques semblent être plus étudiées puisqu'elles font l'objet de 15 études rapportées dans 18 articles [12-14, 16-20, 22-31].

Tableau 1 : Caractéristiques générales des articles inclus (milieux cliniques)

Auteur, date et pays	Devis	Participants	Nombre de sujets inclus	Interventions	Effets mesurés en lien avec le RAT
Bains <i>et al.</i> [11] 2011 Angleterre	Devis prospectif pré-test et post-test	Patients Âge moyen : 56,25 ans Hommes : 61 % Cancer colorectal : 100 %	N = 13	En externe* Durée de l'intervention : ponctuelle, une seule rencontre Composantes de l'intervention : 1. Remise d'information 2. Guidance	–
De Blasi <i>et al.</i> [16] 2014 France	Étude pilote exploratoire qualitative	Patients et survivants Âge moyen : 47 ans Femmes : 85 % Cancer du sein : 80 % En rémission : 95 %	Groupe expérimental : n = 20 Groupe de comparaison : n = 43	En externe Durée de l'intervention : 10 mois Composantes de l'intervention : 1. Guidance 2. Groupe de soutien/discussion/info	–
Groeneveld <i>et al.</i> [24] 2013 Pays-Bas	Étude phénoménologique	Survivants Âge moyen : 56 ans Femmes : 90 % Cancer du sein : 70 %	N = 10	En externe Durée de l'intervention : 12 semaines Composante de l'intervention : 1. Activité physique	–
Hubbard <i>et al.</i> [12] 2013 Royaume-Uni	Devis pilote d'étude randomisée contrôlée	Survivants (poste chirurgie) Âge moyen : 50,5 ans Cancer du sein : 100 % Stade II : 44 %	Groupe expérimental : n = 7 Groupe de comparaison : n = 11	En externe Durée de l'intervention : ponctuelle, souvent un seul téléphone Composantes de l'intervention : 1. Remise d'information 2. Guidance 3. Continuité d'approche	Durée du congé maladie Nombre de journées d'absence (en lien ou non avec l'expérience de cancer) après le RAT
Nieuwenhuijzen <i>et al.</i> [25] 2006 Pays-Bas	Devis de série patients	Patients Médecins spécialistes du travail Âge moyen patient : 45,8 ans Hommes : 27 % Cancer du sein : 50 %	Patients : n = 35 Médecins spécialistes du travail : n = 24	En externe Durée de l'intervention : le temps des traitements de radiothérapie Composantes de l'intervention : 1. Remise d'information 2. Continuité informationnelle	–
Tamminga <i>et al.</i> [21, 22, 23] 2010, 2012 et 2014 Pays-Bas	Étude randomisée contrôlée multicentrique	Patientes Âge moyen : 47,5 ans Cancer du sein : 62 %	Groupe expérimental : n = 65 Groupe de comparaison : n = 68	En externe Durée de l'intervention : un maximum de 14 mois Composantes de l'intervention : 1. Remise d'information 2. Guidance 3. Implication du milieu de travail	Proportion de personnes RAT sur le nombre total de participants Niveau d'aptitude de la personne à répondre aux exigences de son poste de travail
Vidor <i>et al.</i> [15] 2014 France	–	Survivantes Âgées entre 18 et 55 ans	–	En externe Durée de l'intervention : environ un an Composantes de l'intervention : 1. Continuité informationnelle 2. Guidance	–
Thijs <i>et al.</i> [26] 2012 Pays-Bas	Étude de cohorte rétrospective	Survivants Âge moyen : 49 ans Cancer du sein : en majorité	Groupe expérimental : n = 72 Groupe de comparaison : n = 38	En externe Durée de l'intervention : 18 semaines Composante de l'intervention : 1. Activité physique	Durée du congé maladie Modification du nombre d'heures travaillées après le RAT

	Étude contrôlée	Patientes	Cancer du sein : 100 %	Groupe expérimental : n = 75 Groupe de comparaison : n = 77	En milieu clinique et à domicile Durée de l'intervention : 2 mois Composante de l'intervention : 1. Guidance	Proportion de personnes RAT sur le nombre total de participants
Maguire <i>et al.</i> [13] 1983 Angleterre	Étude contrôlée	Patientes Cancer du sein : 100 %	Cancer du sein : 100 %	Groupe expérimental : n = 75 Groupe de comparaison : n = 77	En milieu clinique et à domicile Durée de l'intervention : 2 mois Composante de l'intervention : 1. Guidance	Proportion de personnes RAT sur le nombre total de participants
Berglund <i>et al.</i> [17, 18] 1993 et 1994 Suède	Devis prospectif avec un groupe de comparaison appareillé (1993) Devis prospectif avec groupes randomisés contrôlés (1994)	Survivants Cancer du sein : 83 % (1993) et 80 % (1994)	Cancer du sein : 83 % (1993) et 80 % (1994)	Groupe expérimental (1993) : n = 30 Groupe de comparaison (1993) : n = 30 Groupe expérimental (1994) : 90 Groupe de comparaison (1994) : n = 10	En milieu clinique externe Durée de l'intervention : 7 semaines Composantes de l'intervention : 1. Activité physique 2. Groupe de soutien/discussion/information	Proportion de personnes RAT sur le nombre total de participants
Bertheussen <i>et al.</i> [19] 2012 Norvège	Devis prospectif ouvert	Survivants Âge moyen : 52,5 ans Femmes : 77 % Cancer du sein : 56 %	Survivants Âge moyen : 52,5 ans Femmes : 77 % Cancer du sein : 56 %	N = 163	En séjour** Durée de l'intervention : 15 semaines (séjour de 3 semaines suivi d'un séjour d'une semaine 8 à 12 semaines plus tard) Composantes de l'intervention : 1. Guidance 2. Activité physique 3. Groupe de soutien/discussion/information 4. Continuité d'approche	–
Mehnert et Koch [27] 2013 Allemagne	Étude longitudinale prospective	Survivants Âge moyen : 48,7 ans Cancer du sein : 59,5 %	Survivants Âge moyen : 48,7 ans Cancer du sein : 59,5 %	N = 750	En séjour Durée de l'intervention : 3 semaines Composantes de l'intervention : 1. Guidance 2. Activité physique 3. Groupe de soutien/discussion/information 4. Physiothérapie 5. Psychothérapie individuelle	–
Sachs <i>et al.</i> [28] 1980 États-Unis	Étude non contrôlée	Patientes Cancer du sein : 100 %	Patientes Cancer du sein : 100 %	N = 107	En séjour Durée de l'intervention : environ 5 jours Composantes de l'intervention : 1. Activité physique 2. Guidance 3. Groupe de soutien/discussion/information 4. Continuité d'approche	–
Capone <i>et al.</i> [29] 1980 États-Unis	Étude non contrôlée	Patientes Cancer gynécologique : 100 %	Patientes Cancer gynécologique : 100 %	Groupe expérimental : n = 56 Groupe de comparaison : n = 41	En séjour Durée de l'intervention : non mentionné Composantes de l'intervention : 1. Guidance 2. Groupe de soutien/discussion/information	Proportion de personnes RAT sur le nombre total de participants
Gordon <i>et al.</i> [30] 1980 États-Unis	Étude contrôlée avec groupes non équivalents (deux groupes témoins et un groupe intervention) et avec multiple « time series »	Patientes Femmes : 67 % Cancer du sein : 31,8 %	Patientes Femmes : 67 % Cancer du sein : 31,8 %	Groupe expérimental : n = 157 Groupe de comparaison 1 : n = 83 Groupe de comparaison 2 : n = 68	En séjour et externe Durée de l'intervention : 6 mois Composantes d'intervention : 1. Groupe de soutien/discussion/information 2. Continuité d'approche	Proportion de personnes RAT sur le nombre total de participants

\* Intervention se tenant lors de courtes visites (de soins, de suivi...) en milieux cliniques.

\*\* Intervention se tenant dans des cliniques spécialisées où les participants séjournent jours et nuits sur une période déterminée de temps.

### Interventions en milieux cliniques

Les interventions en milieux cliniques présentent deux types d'objectifs : orientés spécifiquement sur le RAT (IRAT) (n = 8) et portant sur les aspects plus globaux de la santé des survivants du cancer (IG) mais dont l'effet sur le RAT est étudié (n = 7). Cinq des IRAT ont aussi au moins un objectif secondaire : améliorer les mécanismes de continuité informationnelle, c'est-à-dire la transmission, entre les professionnels de la santé, de l'information sur les événements antérieurs ainsi que son utilisation pour adapter les soins au patient [26], améliorer les soins aux patients [22-24], favoriser la qualité de vie [20, 22-24], diminuer les inégalités sociales en matière de RAT [16] ou encore maintenir les fonctions physiques, psychologiques et sociales [28]. Les IG ont comme objectifs de favoriser le rétablissement physique [14, 18, 19, 25, 27, 29], la qualité de vie [25, 27], favoriser le retour à une vie active (ex. retour au travail, reprise de rapports sociaux) [14, 18, 19, 29, 30] et d'offrir du soutien psychosocial [29, 31]. Le tableau I présente l'ensemble des interventions en milieux cliniques et des études dont elles ont fait l'objet.

La figure 2 présente les moments où se déploient les interventions. Dans la catégorie des IRAT, il existe une grande variation quant au moment du déploiement des interventions tout comme en ce qui concerne leur durée. Quant aux IG, elles sont offertes majoritairement après la fin des traitements anticancéreux.

La grande majorité des interventions sont déployées par des équipes formées de deux professionnels [16, 26, 31] ou des équipes multidisciplinaires [17-20, 22-24, 29] pouvant compter jusqu'à sept membres. Dans les IRAT, les équipes sont souvent composées d'une combinaison de professionnels : médecin du travail [16, 17, 22-24], travailleur social [17, 20, 22-24], infirmière [20, 22-24] ou encore chercheur [12, 26]. Lorsque ce dernier fait partie des ressources impliquées dans le déploiement de l'intervention, son rôle réside le plus souvent dans la remise d'information [12, 26], la guidance auprès du survivant, identifié comme « *counseling* » dans la littérature anglaise [12] et dans la continuité informationnelle, pratique décrite plus haut [26]. Pour les IG, ce sont les physiothérapeutes [25, 27, 29] et les infirmières [14, 18, 19, 29] qui sont les plus présents dans les équipes déployant les interventions.

Le tableau II présente une typologie des activités sous-tendant les interventions. Les trois activités les plus souvent retrouvées dans les IRAT sont de la guidance, la remise d'information et les groupes de soutien/discussion/information. La guidance peut prendre deux formes différentes : rencontre en face-à-face [12, 13, 16, 17, 20, 22-23] ou

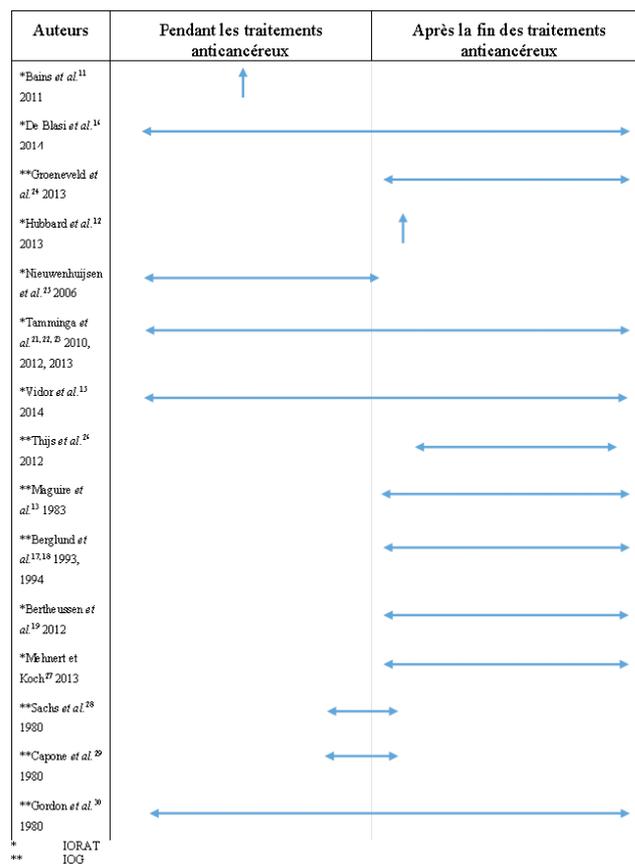


Figure 2 : Ligne du temps pour situer le moment où se mènent les interventions incluses

entretien téléphonique [13]. La plupart du temps, la guidance consiste à informer le participant sur le RAT après un cancer et à évaluer ses besoins. Dans certaines interventions, la guidance inclut aussi l'élaboration d'un plan de RAT [12, 16, 17, 22-24]. Les intervenants qui réalisent la guidance, lorsqu'ils sont identifiés, varient : infirmière [20, 22-24], travailleur social [17, 22-24], infirmier coordonnateur [13], médecin du travail [17], psychologue [16] ou encore le chercheur lui-même [12]. Le moment du déploiement de la (ou des) rencontre(s) de guidance varie également.

La moitié des IRAT comprennent la remise d'information [12, 13, 22-24, 26], le plus souvent un dépliant remis au survivant, par le chercheur [12], l'infirmière, le travailleur social [22-24] ou encore le radiooncologue [26]. Dans l'étude d'Hubbard et collègues (2013), l'intervenant qui réalise cette remise d'information n'est pas identifié [13]. Dans la majorité des cas, le dépliant est remis pendant les traitements anticancéreux [12, 22-24, 26].

Tableau II : Typologie et définition des activités composant les interventions offertes en milieux cliniques

Typologie	Description
Remise d'information	Toutes activités consistant en la remise d'un document d'information (dépliant, document...)
Guidance	Toutes activités consistant en la rencontre individuelle entre un professionnel et un participant ayant pour but d'informer, de conseiller ou de guider Aussi identifiée comme étant du « <i>counseling</i> » dans la littérature anglaise
Groupe de soutien/discussion/information	Toutes activités consistant en la tenue d'activité de soutien, de discussion ou d'information, sous forme de groupe, avec professionnels
Continuité informationnelle	Toutes activités consistant à mettre en place des actions favorisant la communication et le partage d'information entre les acteurs impliqués dans l'intervention ou le processus de RAT
Implication du milieu de travail	Toutes activités favorisant l'implication concrète du milieu de travail
Activité physique	Toutes activités consistant en de l'activité physique ou l'exercice
Continuité d'approche	Toutes activités consistant à mettre en place des mécanismes ou des actions favorisant le référencement à d'autres professionnels, selon les besoins des participants et permettant une cohérence dans le plan d'intervention et permettant à celui-ci d'être plus complet

Trois des huit IRAT comportent un groupe de soutien/discussion/information [17, 20, 28]. Les activités de ces groupes sont très peu détaillées, mais elles comprennent toutes plusieurs séances. Les thèmes abordés lors des séances de groupe de De Blasi et collègues (2014) [17] sont choisis par les participants alors que dans l'intervention de Bertheussen et collègues (2013) [20], ils sont imposés par les ressources responsables du groupe. Aucune information n'est disponible pour l'étude de Mehnert et Koch (2013) [28]. Pour l'intervention de De Blasi et collègues (2014) [17], les ressources responsables sont un psychologue et un médecin du travail tandis que pour de Bertheussen et collègues (2013) [20] elles varient selon le thème abordé.

Tout comme pour les IRAT, les IG comprennent, la plupart du temps, de la guidance [14, 29-31]. Cependant, celles-ci se différencient par un plus grand nombre de rencontres pouvant s'échelonner sur plusieurs mois. Le contenu des séances de guidance diffère également et porte principalement sur l'information et le soutien psychologique. Dans les IG, les personnes responsables de la guidance sont une infirmière [14, 29], un psychologue [30] ou un conseiller en oncologie [31]. Finalement, ces activités se tiennent majoritairement pendant [29-31] et après la fin des traitements anticancéreux [14, 29, 31].

L'activité physique est fréquente dans les IG [18, 19, 25, 27, 29] alors qu'elle est pratiquement inexistante dans les IRAT [20, 28]. Les descriptions des composantes activités physiques des interventions restent peu détaillées. Elles semblent s'offrir sur une période de cinq jours à 18 semaines et l'objectif principal du programme d'entraînement est généralement l'amélioration de la condition physique

[18, 19, 25, 27, 29]. La personne responsable est un physiothérapeute à l'exception d'une intervention où le responsable est un spécialiste de l'activité physique [18, 19]. Finalement, ces activités se déroulent toutes après la fin des traitements anticancéreux.

Les effets des interventions sur le RAT, lorsqu'ils sont étudiés, sont mesurés sur différentes variables : la durée de l'absence au travail [13, 27], la proportion de personnes de retour au travail [14, 18, 19, 24, 30, 31], le nombre de journées d'absence à la suite du RAT [13], le niveau d'aptitude de la personne à répondre aux exigences de son poste de travail [24] et la modification du nombre d'heures travaillées après le RAT [27]. Ces effets sont mesurés dans le cadre d'études ayant des protocoles expérimentaux [13, 19, 24] ou quasi-expérimentaux [14, 18, 27, 30, 31]. Aucune des interventions étudiées n'a démontré d'impact sur la durée de l'absence [13, 27], le nombre de journées d'absence à la suite du RAT [13] et le niveau d'aptitude de la personne à répondre aux exigences de son poste de travail [24]. Deux études [19, 24] n'ont démontré aucun effet de leur intervention sur la proportion de RAT ; seule une étude [14] a conclu que les participants du groupe expérimental étaient significativement plus nombreux à être de retour au travail 12 à 18 mois après l'intervention.

### Les interventions dans les environnements de travail

Les articles portant sur cette catégorie d'interventions explorent ce qui est proposé pour les survivants de cancer sur leur lieu de travail, et quels sont les acteurs promoteurs

de ces actions. Plus précisément sont identifiés les perspectives organisationnelles et les accommodements mis en place par les employeurs [15, 33] ou les survivants eux-mêmes [21, 32] pour soutenir le RAT après un cancer [15, 33].

Parmi les interventions répertoriées, certaines se font avant le RAT, c'est-à-dire pendant la phase de traitement et la période d'absence du travail [15, 21], alors que d'autres se tiennent pendant et après le RAT [15, 21, 32, 33].

Ces interventions peuvent être formelles ou informelles. Dans la catégorie des interventions formelles, des politiques et procédures spécifiques au RAT après un cancer [15] sont mises en place et déployées par les employeurs et supérieurs immédiats. Cette catégorie compte aussi des accommodements pouvant prendre différentes formes : tenue d'une rencontre pré-RAT [33], temps payé pour les rendez-vous médicaux [33], télétravail [33], latitude dans les décisions par rapport aux horaires et tâches [33], retour progressif par modification des horaires et des tâches de travail [15] ou encore une modification de l'environnement de travail [15-33]. La durée pendant laquelle les accommodements sont maintenus n'est mentionnée dans aucune des études.

Dans la catégorie des interventions informelles, deux éléments sont rapportés à savoir la réduction, par la survivante, des tâches en environnement de travail non associées à l'emploi [32] et le soutien général des collègues [21, 32].

Aucune des interventions en milieux de travail n'a fait l'objet d'étude en mesurant les effets.

## Discussion

La présente revue de la littérature avait pour but d'identifier les éléments-clés d'une intervention de soutien favorisant le RAT et le MAT de survivant du cancer.

Un premier constat est que les interventions favorisant spécifiquement le RAT et le MAT sont principalement offertes par des professionnels de la santé et en milieu clinique. Ainsi les interventions semblent majoritairement fondées sur un modèle biomédical, qui se concentre sur l'individu et son problème de santé [34]. Dans ce type de modèle, c'est le professionnel de la santé qui prend la décision du RAT à la suite de son évaluation du patient et de son problème de santé [35, 36]. L'environnement dans lequel évolue l'individu n'est aucunement pris en compte et les interventions développées sur cette base ne se

concentrent que sur l'individu. Or, le modèle strictement biomédical est progressivement délaissé ces dernières années avec, entre autres, l'apport de modèles nouveaux ciblant non seulement l'individu mais aussi l'identification des facteurs environnementaux dans lequel il évolue et pouvant influencer le RAT [36]. Ainsi, plusieurs études portant sur le RAT à la suite de troubles musculosquelettiques ou de santé mentale, soulignent l'importance de considérer les milieux de travail dans une approche multidisciplinaire [37, 38]. Or, l'implication du milieu de travail semble difficile dans le contexte du RAT à la suite d'un cancer. L'étude de Tamminga et collègues (2012) est un bon exemple de cette difficulté. Cette intervention comportait une rencontre formelle entre le survivant du cancer, l'employeur et le médecin du travail. Or, dans les faits, cette rencontre n'a eu lieu que dans un cas sur 10 [23]. Les auteurs ne donnent pas d'hypothèse qui pourrait expliquer ce résultat. Ils avancent par contre l'idée que cette absence de rencontre pourrait expliquer l'absence d'effet mesuré sur les proportions de RAT des participants. L'absence d'implication des milieux de travail a aussi comme conséquence que les interventions se concentrent à donner de l'information au survivant tout en lui laissant la responsabilité du RAT. Contrairement à ce que préconisent les bonnes pratiques de gestion de retour à l'emploi, aucune intervention étudiée ne comprend un accompagnement dans l'environnement de travail [37]. Ainsi, les façons de mobiliser les milieux de travail et de les inclure dans les interventions devraient faire l'objet de futures études.

Un deuxième constat est le manque d'effet mesuré des interventions malgré l'utilisation de protocoles expérimentaux et quasi-expérimentaux. Les hypothèses avancées par les auteurs des différentes études indiquent soit un manque d'effet mesuré dû à des facteurs méthodologiques (manque de puissance statistique et biais de sélection) [13] ou encore à des facteurs d'implantation (formation insuffisante des acteurs impliqués ou difficulté à impliquer les milieux de travail) [24].

Deux hypothèses, non avancées par les auteurs, doivent aussi être considérées. En effet, les interventions répertoriées dans cette revue de la littérature sont de nature complexe puisqu'elles comprennent plusieurs composantes indépendantes et interdépendantes et qu'elles sont mises en œuvre. Il est maintenant reconnu que les protocoles expérimentaux, développés pour l'évaluation de l'efficacité de médicaments dans des environnements contrôlés, ne sont pas les mieux adaptés pour évaluer ce type d'intervention [39, 40]. Des publications récentes suggèrent donc d'utiliser des protocoles mixtes (quantitatif/qualitatif) et d'évaluer

non seulement les effets des interventions complexes, mais aussi les processus qui les sous-tendent [39-40]. Ainsi, l'utilisation de protocoles mal adaptés et l'évaluation centrée uniquement sur les effets peuvent être des pistes d'explication du manque d'effet mesuré des interventions comprises dans cette revue.

Une dernière hypothèse peut être l'absence de théorie de programme pour soutenir les interventions développées jusqu'à maintenant. Une théorie de programme est l'explication des liens logiques et les interactions entre les composantes du programme et les bénéfices qu'il devrait produire [39, 40, 41]. Or, aucun article ne pose explicitement la théorie de programme ni les théories qui la sous-tendent. Ainsi, pour la conception de futures interventions, il serait opportun de prendre exemple sur d'autres champs (par exemple, sciences managériales, psychologie sociale, éducation) et de développer une théorie des programmes. Cette façon de faire permettrait d'anticiper les liens logiques entre les composantes de l'intervention et les bénéfices souhaités tout comme les possibles interactions, positives ou négatives, entre les composantes. Pagani et collègues (2017) donnent d'ailleurs l'exemple de l'intervention SHARE, un programme d'éducation sexuelle, où la théorie du comportement planifié, l'interactionnisme et l'analyse sociologique du genre ont servi de base pour le développement de l'intervention. Cette dernière avait entre autres pour but le développement de connaissances, l'acquisition de compétences quant à l'utilisation du préservatif et l'amorce d'un changement d'attitude [40]. Pour les interventions déjà développées, il serait important de procéder à leur évaluation avec une analyse logique qui permettrait d'évaluer leur bien-fondé respectif en répondant aux questions : 1) La théorie de l'intervention est-elle adéquate ? 2) Les activités et ressources sont-elles bien organisées et de qualité et quantité suffisantes ? [41]. Avec les réponses à ces questions, les interventions pourraient bénéficier d'ajustements pour en augmenter l'efficacité ou être abandonnées, si la théorie de programme manque de cohérence.

Comme pour toute étude, notre recherche comporte certaines limites. Tout d'abord, cette revue s'est restreinte aux écrits publiés dans les revues indexées, écartant la littérature grise. Ainsi, certaines interventions émergentes et innovantes qui auraient peut-être comblé certaines lacunes des interventions recensées, n'ont pas été analysées.

Les forces sont liées à la rigueur de la démarche méthodologique utilisée. Tout d'abord, trois techniques de collecte de données ont été employées : la consultation de bases de données de références bibliographiques, des listes de références bibliographiques des articles retenus et d'autres

chercheurs ayant une expertise en soins infirmiers et en réadaptation au travail. Ceci a permis de limiter l'omission d'un écrit « classique » ou d'une intervention particulièrement reconnue. Finalement, la systématisation du processus d'analyse et d'interprétation des résultats a permis de limiter la menace d'erreurs méthodologiques.

## Conclusion

Deux recommandations pour le développement de futures interventions ressortent de cette revue de la littérature. Tout d'abord, les futures interventions devraient inclure les milieux de travail et les mobiliser. Ensuite, les prochaines interventions devraient être davantage explicitées et soutenues par une théorie des programmes afin d'augmenter leur compréhension, leur évaluation et preuve d'efficacité.

*Aucun conflit d'intérêt déclaré*

## Références

1. Société canadienne du cancer, Comité consultatif. Statistiques canadiennes sur le cancer. Toronto (Canada) : Société canadienne du cancer ; 2015. 160 p.
2. Boucher P, Langlois PE. Les coûts économiques du cancer au Québec en 2013. Montréal (Canada) : Coalition Priorité Cancer ; 2014. 63 p.
3. Ahn E, Cho J, Shin DW, Park BW, Ahn SH, Noh DY, *et al.* Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast Cancer Res and Treat.* 2009;116(3): 609-16.
4. Maunsell E, Drolet M, Brisson J, Brisson C, Mâsse B, Deschênes L. Work situations after breast cancer: Results from a population-based study. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96(24):1813-22.
5. Institut National du Cancer. Dictionnaire [internet]. Boulogne-Billancourt ; février 2017 [cité le 14 avril 2017] 1 p. Disponible sur <http://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/R/remission>.
6. Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MNM, Anema JR. A Developmental Conceptualization of Return to Work. *J Occ Rehabil.* 2005;15(4):557-68.
7. Short PF, Vasey JJ, Tunceli K. Employment Pathways in a Large Cohort of Adult Cancer Survivors. *Cancer.* 2005; 103(6):1292-301. doi : 10.1002/cncr.20912
8. Hoving J, Broekhuizen M, Frings-Dresen MH. Return to work of breast cancer survivors: A systematic review of intervention studies. *BMC Cancer.* 2009;9(117). doi : 10.1186/1471-2407-9-117
9. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005;52(5):546-53.

10. Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz, Fontelo P. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2007. doi : 10.1186/1472-6947-7-16
11. Miles MB, Huberman AM, Saldana J. *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. 3th ed. Thousand Oaks (États-Unis): Sage Publications; 2014. 408 p.
12. Bains M, Munir F, Yarker J, Steward W, Thomas A. Return to work guidance and support for colorectal cancer patients. *Cancer nurs*. 2011;34(6). doi : 10.1097/NCC.0b013e31820a4c68
13. Hubbard G, Gray NM, Ayansina D, Evans JMM, Kyle RG. Case management vocational rehabilitation for women with breast cancer after surgery: a feasibility study incorporating a pilot randomised controlled trial. *Trials*. 2013;14(175). doi : 10.1186/1745-6215-14-175
14. Maguire P, Brooke M, Tait A, Thomas C, Sellwood R. The effect of counselling on physical disability and social recovery after mastectomy. *Clin Oncol*. 1983;9(4):319-24.
15. Grunfeld A, Rixon L, Eaton E, Cooper AF. The organisational perspective on the return to work of employees following treatment for cancer. *J Occup Rehabil*. 2008;18:381-8.
16. Vidor C, Leroyer A, Christophe V, Sillier M, Foncel J, Van de Maële J, *et al*. Decrease social inequalities return to work: development and design of a randomised controlled trial among women with breast cancer. *BMC Cancer*. 2014. doi: 10.1186/1471-2407-14-267
17. De Blasi G, Bouteyre E, Bretteville J, Boucher L, Rollin L. Multidisciplinary department of return to work after cancer: A french experience of support groups for vocational rehabilitation. *J psychosoc oncol*. 2014;32(1):74-93.
18. Berglund G, Bolund C, Gustavsson UL, Sjoden PO. Starting again: A comparison study of a group rehabilitation program for cancer patients. *Acta Oncol*. 1993;32(1):15-21.
19. Berglund G, Bolund C, Gustavsson UL, Sjoden PO. A randomized study of a rehabilitation program for cancer patients: the Starting again group. *Psycho-Oncology*. 1994;3:109-20.
20. Bertheussen GF, Stein K, Hokstad A, Sandmael JA, Helbostad JL, Slavesen O, *et al*. Feasibility and changes in symptoms and functioning following inpatient cancer rehabilitation. *Acta Oncol*. 2012; 51:1070-80.
21. Torp S, Nielsen RA, Gudbergsson SB, Dahl AA. Worksite adjustments and work ability among employed cancer survivors. *Support care cancer*. 2012;20:2149-56.
22. Tamminga SJ, de Boer AGEM, Verbeek JHAM, Taskila T, Frings-Dresen MHW. Enhancing return to work in cancer patients, development of an intervention and design of a randomised controlled trial. *BMC Cancer*. 2010. doi: 10.1186/1471-2407-10-345
23. Tamminga SJ, de Boer AGEM, Bos MMEM, Fons G, Kitzen JJEM, Plaisier PW, *et al*. A hospital-based work support intervention to enhance the return to work of cancer patients: A process evaluation. *J Occup Rehabil*. 2012;22(4):565-78. doi : 10.1007/s10926-012-9372-2
24. Tamminga SJ, Verbeek JHAM, Bos MMEM, Fons G, Kitzen JJEM, Plaisier PW, *et al*. Effectiveness of a hospital-based work support intervention for female cancer patients: A multi-centre randomised controlled trial. *PLoS ONE*. 2013. doi: 10.1371/journal.pone.0063271
25. Groeneveld IF, de Boer AGEM, Frings-Dresen MHW. Physical exercise and return to work : cancer survivors' experiences. *J Cancer Surviv*. 2013;7(2):237-46.
26. Nieuwenhuijsen K, Bos-Ransdorp B, Uitterhoeve LLJ, Sprangers MAG, Verbeek JHAM. Enhanced provider communication and patient education regarding return to work in cancer survivors following curative treatment: A pilot study. *J Occup rehabil*. 2006;16(4): 647-57.
27. Thijs KM, de Boer AGEM, Vreugdenhil G, van de Wouw AJ, Houterman S, Schep G. Rehabilitation using high-intensity physical training and long-term return to work survivors. *J Occup Rehabil*. 2012;22(2):220-9.
28. Mehnert A, Koch U. Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation – a prospective study. *Scand J Work Environ Health*. 2013;39(1):76-87. doi : 10.5271/sjweh.3291
29. Sach SH, Davis JM, Reynolds SA, Spagnola M, Hall P, Bloch A. Postmastectomy rehabilitation in a community hospital. *J Family Pract*. 1980;11(3):395-401.
30. Capone MA, Good RS, Westie KS, Jacobson AF. Psychosocial rehabilitation of gynecologic oncology patients. *Arch Phys Med Rehabil*. 1980 ; 61 :128-32.
31. Gordon WA, Freidenbergs I, Diller L, Hibbard M, Wolf C, Levine L, *et al*. Efficacy of psychosocial intervention with cancer patients. *J Consult Clin Psychol*. 1980;48(6):743-59.
32. Sandberg JC, Strom C, Arcury TA. Strategies used by breast cancer survivors to address work-related limitations during and after treatment. *Women's Health Issues*. 2014;24(2):197-204.
33. Nowrouzi B, Lightfoot N, Cote K, Watson R. Workplace support for employees with cancer. *Curr oncol*. 2009;16(5):15-22.
34. Knauf MT, Schultz IZ. Current conceptual models of return to work. *In*: Schultz IZ, Gatchel RJ, éditeurs. *Handbook of return to work*. New York (États-Unis) : Springer Science+Business Media ; 2016. pp. 27-51.
35. Pransky G, Shaw W, Franche R, Clarke A. Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers: current models and opportunities for improvement. *Disabil Rehabil*. 2004;26(11):625-34.
36. Schultz IZ, Crook J, Meloche G, Berkowitz J, Milner R, Zuberbier OA, Meloche W. Psychological factors predictive of occupational low back disability: Towards development of a return to work model. *Pain*. 2004; 107:77-85.
37. Durand MJ, Corbière M, Coutu MF, Reinharz D, Albert V. A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work*. 2014;48(4):579-89.
38. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Managing long term sickness absence and incapacity of work*. London (Royaume-Uni): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009. 86 p.
39. Dupin CM, Breton E, Kivits J, Minary L. Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique. *Santé publique*. 2015;27(5):653-7.
40. Pagani V, Kivits J, Minary L, Cambon L, Claudot F, Alla F. La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique. *Santé Publique*. 2017;29(1):31-9.
41. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *In* : Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, éditeurs. *L'évaluation : concepts et méthodes*. Montréal (Canada) : Les presses de l'Université de Montréal ; 2011. pp. 49-70.